

LA SANTÉ EST UN DROIT, NON UNE MARCHANDISE !

QUELS ENJEUX
POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

INTRODUCTION

Le droit à la santé est un droit fondamental. Il doit permettre à toutes et tous l'accès à des soins de qualité à un coût abordable.

C'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui le dit en érigeant le droit à la santé comme un principe fondamental. Un principe qui fait reposer sur les épaules des gouvernements la responsabilité de la santé de leurs peuples.

En outre, l'article 23 de la Constitution de la Belgique stipule que « *chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* ». À cette fin, la Constitution garantit notamment : le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique.

Pourtant, force est de constater que ce principe fondamental est de moins en moins respecté. La faute au néolibéralisme, à l'austérité, au tout-au-profit. La faute à la mainmise des préceptes économiques sur les décisions politiques au détriment des populations, du bien commun et donc de la santé... Cette dernière est aujourd'hui soumise aux règles de la marchandisation qui a été imposée à tous les secteurs de la santé : en ambulatoire et au niveau des hôpitaux, au travers de l'explosion des suppléments d'honoraires mais aussi au niveau du prix des médicaments et du coût en maison de repos.

La politique en matière de santé menée par le gouvernement fédéral entre 2014 et 2018 en est la preuve.

Dans cette brochure, après un rappel historique et juridique du droit fondamental à la santé, les grandes lignes de la politique de santé menée par le gouvernement, entre 2014 et 2018, ont été analysées, point par point, avec un constat : le droit fondamental à la santé est attaqué et affaibli.

Cette brochure est le fruit d'un travail de longue haleine mené par la Commission wallonne des Pensionnés et Prépensionnés du CEPAG, avec la FGTB wallonne, et le soutien de nombreuses organisations : Solidaris, la Fédération francophone des maisons médicales, la Plateforme d'action santé et solidarité, le Réseau européen contre la marchandisation de la santé et de la protection sociale, le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP), la Confédération des Seniors Socialistes (C2S), Médecine pour le Peuple, le mouvement « Gang des Vieux en Colère » et Michel Roland (ancien Président de Médecins du Monde et un des fondateurs historiques des maisons médicales en Belgique).

La deuxième partie du document présente les revendications de la Commission wallonne des Pensionnés et Prépensionnés pour (re)faire du droit à la santé un droit fondamental, ainsi que les contributions des organisations qui disent NON à la marchandisation de la santé.

Pour la Commission wallonne des Pensionnés et Prépensionnés :

Luc Jansen, Président

Annie Sabbatini, Vice-Présidente

Michel Rosenfeldt, Animateur

TABLE DES MATIÈRES

1. LE DROIT À LA SANTÉ, UN DROIT FONDAMENTAL !	4
1. Les origines	4
2. Un tournant historique...	6
3. ... Vers une logique managériale	7
4. Question de vocabulaire	8
2. QUAND L'ÉTAT S'ATTAQUE AU DROIT FONDAMENTAL À LA SANTÉ	9
1. Réforme du financement de la Sécurité sociale basée sur la limitation des dépenses	9
2. Limitation du développement d'un service de santé publique efficace	11
3. Marchandisation/privatisation de tout le secteur de la santé	13
3. DROIT À LA SANTÉ ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : VERS UNE SOCIÉTÉ POUR TOUS LES ÂGES	31
1. 1999 : Année internationale des personnes âgées	31
2. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne	32
3. Pour une Charte des Droits des personnes en perte d'autonomie	33
4. Droit fondamental à la santé pour les personnes âgées en perte d'autonomie : qu'en est-il en Belgique et en Wallonie ?	33
4. (RE)FAIRE DU DROIT À LA SANTÉ UN DROIT FONDAMENTAL !	44
Un meilleur financement de la Sécurité sociale	44
Le maintien des soins de santé dans la Sécurité sociale	44
Un renforcement de la concertation sociale au sein de l'INAMI	44
Concernant le budget de l'INAMI	45
Concernant le (dé)conventionnement des médecins	45
Suppléments d'honoraires pratiqués lors des hospitalisations dans une chambre individuelle	47
« Réseautage » et à la réforme du paysage hospitalier	47
Médecine ambulatoire	47
Politique des médicaments	48
Afin d'assurer une meilleure sécurité tarifaire des patients et lutter contre les inégalités et les discriminations sociales en matière de santé	49
Maisons de repos et aux hôpitaux	50
Maisons de repos et aux résidences-services	50
Perte d'autonomie des personnes âgées et à l'accompagnement à domicile	51
Par rapport à l'effet de seuil	52
5. LA PAROLE AUX ORGANISATIONS QUI DISENT <u>NON</u> À LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ	53
Le Réseau européen contre la commercialisation de la santé et de la protection sociale	53
Le « Gang des Vieux en colère »	55
« Pourquoi j'adhère à la démarche du CEPAG qui veut définir, de manière constructive et collaborative, une série de revendications en matière de soins de santé »	60
Déclaration de Solidaris dans le cadre des travaux de la Commission wallonne des Pensionnés et des Prépendionnés sur la marchandisation de la santé	61
Fédération francophone des maisons médicales	62
Médecine pour le Peuple	64
Réseau wallon de lutte contre la pauvreté	67

1 LE DROIT À LA SANTÉ, UN DROIT FONDAMENTAL !

1. LES ORIGINES

C'est le 7 avril 1948 que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS, est créée au sein de l'ONU (Organisation des Nations-Unies). Dès sa mise en place, l'OMS érige le droit à la santé comme un droit fondamental, au même titre que les autres droits sociaux, civils et politiques. Sans ce droit à la santé, il ne peut y avoir ni cohésion sociale, ni véritable citoyenneté sociale.

LES PRINCIPES DE L'OMS POUR LE DROIT À LA SANTÉ

- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- **La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.**
- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.
- Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
- L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.
- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
- **Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.**

Faisant suite aux principes de l'OMS, quatre dimensions ont été définies pour qu'un droit fondamental à la santé puisse être appliqué :

1. **La disponibilité** : qui passe par le développement d'un service de santé publique efficace qui doit jouer un rôle prépondérant dans la politique de santé d'un pays/région/communauté via le financement d'hôpitaux et de soins et services de santé primaires de 1^{ère} ligne, ambulatoire et à domicile, en nombre suffisant et bien réparti géographiquement.
2. **L'accessibilité** : tout le monde, sans aucune discrimination sociale ou d'origine, doit pouvoir effectivement satisfaire ses besoins médicaux essentiels de base. Ceux-ci doivent être accessibles financièrement et géographiquement là où on habite. C'est aussi au nom de ce principe que chaque citoyenne et chaque citoyen doit avoir accès à une information complète et précise concernant sa santé et les risques qu'il peut encourir à cause de son environnement (présence d'amiante, de radiation, les risques liés à une mauvaise alimentation riche en graisse, à la présence de substances chimiques nocives tel que le glyphosate...).

3. L'acceptabilité : grâce à une éthique médicale qui préserve, au nom de certaines valeurs, la dignité des patients. Le serment d'Hippocrate, les législations relatives aux droits des patients, les déontologies professionnelles, et, plus globalement, l'ensemble des obligations que les travailleurs sont tenus de respecter dans le cadre de leur métier, sont les gardes fous de cette dimension. Ces gardes fous sont importants quand il s'agit de s'opposer à une dérive éthique telle que, par exemple, la volonté d'exclure une catégorie de patients sous le prétexte qu'elle coûte trop cher à une politique de santé publique.

4. La qualité qui est fonction :

- de professionnels de la santé, le personnel soignant médical et paramédical, bien formés et en nombre suffisant ;
- d'hôpitaux de proximité, généralistes et spécialisés, disposant des services et du matériel nécessaire pour une prise en charge efficace des soins ;
- de soins et de services à domicile bien répartis géographiquement et qui répondent aux besoins d'une population vieillissante en perte d'autonomie ;
- de médicaments innovants ou non qui répondent aux besoins des patients.

Le droit à la santé est donc un droit fondamental qui doit permettre l'accès à des soins de santé de qualité à un coût abordable pour toutes et tous.

POINT DE VUE JURIDIQUE

Un droit fondamental ne peut être « exigible », c'est-à-dire « garanti effectivement », que si les deux conditions suivantes sont réunies :

- 1.** Le droit en question doit être consacré par des textes nationaux ou internationaux et institué comme créant une obligation pour la collectivité ;
- 2.** L'opposabilité de ce droit doit être organisée par la législation nationale. Ce qui implique la désignation de l'autorité responsable de sa mise en œuvre et la possibilité pour le ou la titulaire de revendiquer son droit devant une instance compétente. Cela donne la possibilité de recourir à un juge pour sanctionner leur non application. Au niveau juridique, on définit ainsi la « justiciabilité » des droits sociaux. Au nom de ce principe, on peut porter une cause devant un tribunal. Ces droits deviennent ainsi « exigibles » car « opposables » à une autorité responsable et compétente.

La protection juridique de ce droit à la santé est aussi ancrée, dans l'article 23 de la Constitution belge, avec d'autres droits fondamentaux sociaux, économiques et culturels.

L'article 23 stipule que « *chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* ».

À cette fin, la Constitution garantit notamment :

- le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitable, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective ;
- **le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ;**
- le droit à un logement décent ;
- le droit à la protection d'un environnement sain ;
- le droit à l'épanouissement culturel et social.

2. UN TOURNANT HISTORIQUE...

Dans les années 90, le droit fondamental à la santé subit une première attaque de fond avec l'apparition d'un **New Public Management (NPM)**. C'est-à-dire, l'imposition progressive d'une approche managériale pour détricoter les services publics, le secteur non-marchand et l'économie sociale. Dans tous les secteurs et services où le NPM a été appliqué, l'objectif a été de rationaliser l'offre de soins (traduire : la diminuer) tout en en réduisant les coûts. Le **NPM** consiste à appliquer les pratiques d'organisation managériale du secteur privé commercial et concurrentiel au secteur public, non-marchand et de l'économie sociale. Au niveau de l'organisation et de la coordination des métiers de l'aide et des soins, cela se traduit par la **parcellisation/atomisation des tâches, la flexibilité à outrance des travailleurs de ces secteurs, l'élimination des temps morts entre les soins et les tâches, c'est le Lean Management**. Une infirmière, une aide-soignante ou une aide-familiale a, par exemple, un temps bien délimité pour faire tel acte médical ou de soin, ce qui augmente évidemment les cadences. Tout cela étant pensé pour accroître la productivité et l'intensification des rythmes de travail avec des audits à la clé visant à promouvoir des démarches d'amélioration continue de la « qualité » à un moindre coût. En un mot : il s'agit de faire « mieux » (en matière de profit surtout) à moindre coût (en pressurant les travailleurs du secteur au niveau de leurs salaires et de leurs conditions de travail).



Les griefs des travailleuses et travailleurs du secteur sont nombreux. Dans une carte blanche publiée le 24 octobre 2019, le SETCa-FGTB dénonce la gravité de la situation :

IL Y A URGENGE POUR LES TRAVAILLEURS DES SOINS DE SANTÉ : NOUS SOMMES ARRIVÉS À L'OS.

Récemment, on a pu lire dans la presse les conclusions de Belfius sur la situation financière des hôpitaux belges dans le cadre de son étude Maha consacrée au sujet. Le diagnostic est sans appel : nos hôpitaux affichent une santé fragile. Ce n'est pas un fait nouveau. En tant qu'organisation syndicale représentative des travailleurs, nous le constatons au quotidien. Et la situation ne va pas aller en s'améliorant. La norme du budget de santé limitée à 1,5 % est largement insuffisante pour répondre à l'évolution des besoins : vieillissement de la population, altération de la santé, ... Ces dernières années, les économies réalisées dans les institutions ont véritablement mis à mal le secteur.

Il n'y a plus de bras, nous sommes à l'os

Sur le terrain, tous les travailleurs de tous les départements du secteur de la santé (que ce soit dans le domaine infirmier, logistique, administratif, financier, technique, médical) sont mis sous pression constante, devant s'adapter constamment pour atteindre les objectifs financiers imposés par les décideurs.

Les conséquences sont dramatiques. Le nombre de travailleurs malades explose, on ne compte plus les démissions, les burn-outs, les malades de longue durée, les postes qui restent vacants — faute de candidats à recruter.

On ne compte plus les témoignages de travailleurs épuisés, à bout de souffle. Des déclarations poignantes, qui émanent de tous les secteurs et de toutes les professions : *« J'ai tenu tant que j'ai pu et un matin, je n'ai plus su me lever (...), Quand je termine ma journée, je m'effondre en pleurs dans ma voiture (...), les cadences de nettoyage sont telles que je n'y arrive plus, des idées noires me viennent, je pense au suicide (...), quand j'entre dans la chambre du patient, j'évite qu'il me pose des questions car je n'ai pas le temps de répondre (...), je travaille tous les jours en danger sans satisfaction (...), je ne conseille pas à mes enfants de faire ce métier (...). »*

C'est certain, la santé économique des hôpitaux est préoccupante mais celles des travailleurs, elle, est alarmante ! Les jeunes fuient le secteur, leur rêve d'humanité, ils choisissent de le vivre en s'impliquant sur leur temps privé.

Face à ce terrible constat, le silence tue

Il ne s'agit pas là d'une nouvelle découverte. Depuis des années, la situation des travailleurs est dénoncée. Des réponses ont quelques fois été apportées mais finalement, les constats restent identiques : hyper flexibilité, précarité, manque de reconnaissance, champ de travail inadaptable, travail en sous-effectif restent la règle.

Et il y a pire à ces silences. Les chiffres sont à présent habilement utilisés par les 'grands porte-paroles' du secteur de la santé pour rendre invisible la vraie réalité de terrain. C'est par exemple le cas avec la question du sous-effectif, où l'on s'évertue à comparer le nombre d'infirmiers en Belgique par rapport à la moyenne européenne. Quelle violence ! Nous sommes certes au-dessus de la moyenne. Mais alors comparons la qualité des soins. La Grèce, l'Angleterre et la France sont-elles des modèles à suivre ?

Nous ne pouvons plus entendre : nous sommes dans les normes alors que nous savons tous que la norme définie ne permet pas d'assurer une qualité de soins qui soit digne. Et on sait que la relève est loin d'être assurée, les écoles d'infirmier voyant le nombre d'étudiants inscrits chuter jusqu'à moins 50 % pour certains. Il n'y a plus de bras et chez certains, plus d'espoir.

La santé est entre les mains des décideurs

Aujourd'hui, la logique est de regarder les finances et non pas les besoins légitimes de la population. Le SETCa-BBTK lance un appel clair aux hommes et femmes politiques, aux informateurs, aux présidents de partis. Il est de votre entière responsabilité d'apporter une réponse aux citoyens en termes de santé publique. Il est de votre responsabilité de donner les moyens financiers aux institutions pour mettre en œuvre votre politique de santé. A vous les gestionnaires des hôpitaux, il est de votre responsabilité de garantir la santé physique et mentale des travailleurs dans chacune de vos institutions. La surexploitation des travailleurs n'est pas une variable d'ajustement à l'insuffisance de moyens car la santé des travailleurs n'est pas à vendre. Il y a urgence, nous sommes à l'os. Il est temps de remettre la santé (et ses travailleurs) au cœur de vos priorités.

Le New Public Management a eu aussi de graves conséquences sur :

- les contrats de gestion des administrations publiques ;
- l'engagement de « managers » du secteur privé à la tête des services et des administrations publiques (dont aussi les « entreprises » publiques autonomes tels que Bpost, Belgacom, SNCB, etc.) et aussi à la tête des hôpitaux ;
- l'appel à des entreprises de consultance pour faire des « audits » — c'est-à-dire pour mesurer l'efficacité et la qualité des services.

Le *New Public Management* est donc un processus qui continue à se développer aujourd'hui et qui vise à soumettre, selon des modalités diverses, le service public, non-marchand et l'économie sociale à des impératifs marchands, avec comme objectif ultime **leur privatisation/marchandisation/libéralisation**.

3. ... VERS UNE LOGIQUE MANAGÉRIALE

Les organisations qui ont collaboré à la rédaction de ce document mettent en garde contre les trois dangers principaux qui sont liés à l'implémentation des **logiques managériales** dans le secteur des soins de santé et de l'Aide aux personnes :

1. l'enfermement de l'utilité sociale dans une logique marchande ;
2. une dynamique qui accentue continuellement la commercialisation des soins ;
3. la mise à mal des conditions de travail et du sens à donner au travail social, ainsi qu'une attaque contre la professionnalité des métiers concernés.

Nous considérons également que cette logique managériale va changer le statut du patient, dont on exige qu'il devienne « central », « acteur de sa santé ». Ce nouveau **concept libéral de la « centralité du patient »** permet de glisser rapidement vers la notion de « consommateur de soins » ou encore de « responsabilisation individuelle » : le patient est tenu responsable de son état de santé, ce qui occulte totalement les facteurs collectifs qui contribuent pourtant grandement à altérer la santé des individus : les conditions de vie sociale, environnementales et professionnelles. On retrouve ici un leitmotiv de la doctrine libérale : **reporter sur l'individu les problématiques sociétales**. Du même coup, la responsabilité collective est relativisée car l'état de santé d'une personne, selon cette approche, dépend essentiellement de son comportement. Le patient, en plus de devenir un consommateur de soins, devient un « gestionnaire » de son propre « capital santé ». Cette « image » du consommateur de soins agissant de manière individuelle et rationnelle dans un marché « ouvert » de biens et services de consommation contribue à la marchandisation/privatisation/libéralisation des services publics, non-marchands et de l'économie sociale.

4. QUESTION DE VOCABULAIRE

Le **New Public Management** va recourir au vocabulaire de l'entreprise et aux anglicismes du sabir managérial¹ pour :

- vendre la supériorité des méthodes privées de gestion ;
- mystifier le public ou obscurcir le message, ce qui est le propre de tout discours du Pouvoir.

Le **New Public Management** dévoie aussi le sens de certains mots pour mettre en avant sa vision idéologique du monde.

Nous reprenons ici deux exemples emblématiques de mots dévoyés par ce nouveau langage managérial développés dans l'ouvrage « Des mots qui puent » d'Olivier Starquit (Ed. du Cerisier, 2018) : **le client et la norme**.

L'« **usager** » d'un service public ou le « **patient** » devient un « **client** ». Cette notion de « client » est antagoniste avec la notion même de service public ou non-marchand. Olivier Starquit écrit à ce sujet :

« Si le secteur privé peut choisir ses clients, le secteur public [et non-marchand] est là pour tous les citoyens. Leur nature et leur mission sont différentes. Forcer le secteur public à trier parmi ses usagers, à en délaisser certains revient à le(s) dénaturer et, ce faisant, à l'affaiblir. Cette logique « client » introduit un mode néolibéral de gouvernance à l'attention des agents publics, où le citoyen est redéfini en client et où les administrateurs publics sont encouragés à cultiver l'esprit entrepreneurial, où la concurrence est le modèle général et peut être appliqué à l'ensemble des activités. Les critères d'efficacité et de rentabilité, les techniques d'évaluation s'imposent partout comme autant d'évidences indiscutables. »²

Pour nous, cette analyse de l'auteur peut aussi s'appliquer au secteur non-marchand et à l'Aide aux personnes. Les services qu'ils rendent à la population doivent aussi être accessibles à tous et toutes, en dehors de la logique du marché et de la concurrence.

Dans cette nouvelle optique où l'usager et le patient deviennent « client », on en arrive à évaluer dans une logique marchande la « **qualité** » du service rendu par le service public ou non-marchand. Cette évaluation marchande de la qualité va envahir tous les domaines des relations humaines, sociales et professionnelles. Par rapport aux services publics et non-marchand, les termes qui sont associés au concept de qualité seront désormais : la « **norme** », la « **certification** »/« **accréditation** », et l'« **audit** » :

- la « **norme** » est établie par consensus (c'est-à-dire par des experts) et approuvée par un organisme reconnu qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans le contexte donné ;
- la « **certification** »/« **accréditation** » est la procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus, un service, ou un organisme est conforme aux exigences spécifiées. Dans le secteur hospitalier par exemple, l'accréditation des hôpitaux par des multinationales anglo-saxonnes renforce la logique managériale en son sein. « *Quelle marge de manœuvre restera-t-il aux autorités publiques pour programmer et organiser le secteur hospitalier wallon quand l'existence d'un hôpital dépendra non plus d'un agrément ministériel mais de l'accréditation émise par un organisme étranger ?* » (doc. réf. : « Politique de Soins de santé et d'Aide aux personnes en Wallonie sous le prisme conservateur libéral », Note aux membres du Bureau de l'IW, doc. réf. : IW/19/NB.15 du 3 mai 2019) ;
- l'« **audit** » est un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et aptes à atteindre les objectifs.

Quand un service public, non-marchand ou de l'économie sociale est passé au crible d'une évaluation de sa « qualité » (de type managérial) et que l'« usager » ou le patient devient un « client », le service public, non-marchand ou de l'économie sociale en question devient un produit de consommation soumis à la concurrence et il n'en reste pratiquement plus rien quant à sa spécificité, son utilité et à sa définition d'origine.

1. Par exemple : « Best Practice », « Deal », « Marketing », « Manager », « Management », « Lean Management », « audit », « Leadership », « Team building », « Benchmarking », « Brainstorming », « Bottom-up », « Workshop », « Deadline », « Business », « Input/output »...

2. STARQUIT, Olivier, Des mots qui puent, Ed. du Cerisier, mars 2018, pp 52-53.

2 QUAND L'ÉTAT S'ATTAQUE AU DROIT FONDAMENTAL À LA SANTÉ

Penchons-nous maintenant sur ce qu'il reste aujourd'hui du droit fondamental à la santé en Belgique, après la mise en œuvre du New Public Management. Nous prendrons ici comme référence les conséquences de la politique qu'a menée le gouvernement Michel entre 2014 et 2018 en matière de santé.

La politique menée en matière de santé a-t-elle renforcé ou affaibli les quatre dimensions nécessaires pour qu'un droit fondamental à la santé soit appliqué (la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins) ?

C'est pour répondre à cette question que nous allons reprendre ci-dessous, point par point, les grandes lignes de la politique de santé que le gouvernement fédéral a menée entre 2014 et 2018, en expliquant à chaque fois pourquoi cette politique a attaqué notre droit fondamental à la santé.

1. RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE BASÉE SUR LA LIMITATION DES DÉPENSES

En 2017, au nom de l'équilibre budgétaire, une loi a réformé le financement de la sécurité sociale (dont fait partie l'assurance maladie-invalidité - INAMI) avec comme objectif principal de réduire son déficit en limitant les dépenses au lieu d'augmenter les recettes par :

- le rétablissement des cotisations sociales patronales qui n'ont cessé de diminuer au fil du temps, au prétexte de créations d'emplois... qu'on n'a jamais vu se concrétiser ;
- l'augmentation de la contribution des revenus du capital au financement de la sécurité sociale ;
- la réduction du temps de travail sans perte de salaire et avec embauche compensatoire pour augmenter le nombre de travailleurs cotisant à la sécurité sociale.

Concrètement, le Gouvernement « Michel » a préféré :

- Augmenter les salaires nets des travailleurs en diminuant les cotisations sociales patronales via un « Tax Shift ».

Les montants concernés par le Tax Shift portent sur un total de 7,7 milliards d'euros en 2016 et 10,3 milliards d'euros à l'horizon 2020 ! Ce que le Gouvernement « Michel » ne dit jamais, c'est que cette augmentation des salaires nets ne compense pas la perte des revenus que les travailleurs ont subie à cause de ses autres décisions comme le saut d'index, l'augmentation de la TVA sur l'électricité, la hausse des accises sur le diesel et l'alcool et ... le non-remboursement de certains soins de santé.



À cause du Tax Shift, les cotisations sociales patronales ont baissé entre 2015 et 2019 de 32,25 % du salaire brut à 25 % !

- **Allonger** la durée de la carrière professionnelle au nom du vieillissement de la population.
- **Réduire** les dépenses de la sécurité sociale par une responsabilisation des bénéficiaires qui sont considérés comme trop dépendants.

Dans cette optique, les cotisations sociales — qui ne sont rien d'autre que du salaire indirect, socialisé et mutualisé — sont depuis longtemps considérées par l'idéologie libérale comme des « charges » sur le travail... et le choix des mots instille ici la réponse : une « charge » entrave, elle constitue un poids qu'il faut à tout prix réduire, faire baisser, alléger. Ce qui pèse est connoté négativement. D'où l'utilisation de la notion de « coût du travail » au lieu de « salaire » et de la notion de « charges sociales » au lieu de « cotisations sociales » ... Transformer les cotisations sociales en charges sociales vise surtout à cacher le fait que le travail

est la source de toute création de valeur. Cela a déjà été démontré aussi bien par des économistes libéraux comme Adam Smith et David Ricardo que par Karl Marx. Le travail ne peut donc pas être un coût ou une charge sociale. Le capital (les moyens de production) constitue en fait le seul coût réel dans la production des biens et services que nous utilisons chaque jour.

- **Baisser** les « charges » sur le travail est en réalité une baisse des salaires qui ne dit pas son nom.
- **Réduire** les dépenses de la sécurité sociale en responsabilisant les bénéficiaires considérés comme trop dépendants, a pour conséquence que la sécurité sociale n'aura plus pour objectif premier de répondre aux besoins des travailleurs et des allocataires sociaux. En défaisant le lien entre recettes de la sécurité sociale et besoins de la population, on assigne à la sécurité sociale l'objectif premier de contribuer à l'assainissement des finances publiques, ce qui provoquera une baisse des prestations sociales. Un système économique basé sur la propriété privée des moyens de production et dont la seule finalité est la maximisation des profits (et son accumulation) ne peut se reproduire qu'en réduisant sans cesse ce qu'il appelle ses coûts. Ce qui signifie la fin de la sécurité sociale telle que nous la connaissons.

Dans cette logique qui vise à diminuer continuellement les dépenses de la sécurité sociale, un équilibre budgétaire ne sera plus jamais atteint, puisque chaque réduction des dépenses en appellera de nouvelles ! Le gouvernement s'est arrogé ainsi subtilement, mais inexorablement, le droit de rétrécir la sécurité sociale.

La marchandisation du produit du travail et des différents facteurs de production, expliquée par Karl Marx au XIX^e siècle, est toujours à l'œuvre aujourd'hui. Elle est le ciment idéologique qui permet de poursuivre une politique de privatisation de la sécurité sociale. Cette privatisation de la sécurité sociale va se traduire par son remplacement progressif par des assurances extralégales privées qui vont de plus en plus répondre, dans une logique de profit, aux besoins non couverts par la sécurité sociale à cause de son sous-financement. La réforme du financement de la sécurité sociale — qui a eu lieu sous la législature du Gouvernement « Michel » — est donc bien une attaque contre un droit fondamental à la santé.



- À cause de la réduction continue des recettes de la sécurité sociale (qui est principalement la conséquence de la réduction des cotisations sociales patronales et des conditions d'octroi limitatives des dotations de l'État — la dotation « classique » et la dotation d'équilibre), le déficit pour 2019 du budget de la sécurité sociale serait, selon les dernières prévisions, de 1,5 milliards d'euros ! Les perspectives sont encore plus alarmistes pour les prochaines années.

➔ Le déficit atteindrait **4 milliards d'euros en 2021 et 6,3 milliards d'euros en 2024.**

- Entre 2006 et 2017, les baisses des cotisations sociales patronales représentent un total de 59,973 milliards d'euros.
- Entre 2016 et 2020, la part des cotisations sociales patronales et des travailleurs dans les recettes de la sécurité sociale a baissé de **76,2 % à 70,2 %** ! Autrement dit, la part des recettes du travail dans le financement de la sécurité sociale ne cesse de diminuer !

➔ En cause : les diminutions continues des cotisations sociales patronales et une augmentation beaucoup trop faible du taux d'emploi en Belgique qui n'est que de 69,8 % au premier trimestre de 2019.

➔ **Les dépenses des différentes branches de la sécurité sociale en 2019 :**

Indemnités de maladie : 9,1 milliards d'euros

Pensions : 28,1 milliards d'euros

Chômage : 5,3 milliards d'euros

Chômage avec complément d'entreprise : 1,0 milliard d'euros

Crédits temps : 0,5 milliard d'euros

Accidents de travail : 0,3 milliard d'euros

Maladies professionnelles : 0,3 milliard d'euros

Soins de santé : 24,1 milliards d'euros

Total : 73,7 milliards d'euros

2. LIMITATION DU DÉVELOPPEMENT D'UN SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE EFFICACE

Entre 2014 et 2018, toujours sous couvert d'équilibre budgétaire au nom de l'austérité, le Gouvernement « Michel » a :

- **Diminué de moitié la norme de croissance** du budget de l'assurance maladie invalidité (INAMI) de **3 % à 1,5 %**.



Cette norme de croissance avait été instaurée pour répondre à l'évolution naturelle des besoins en matière de santé publique. Diminuer cette norme de croissance revient évidemment à ajuster continuellement vers le bas le budget global de l'INAMI au détriment des besoins de la population en matière de santé publique.

Selon l'INAMI, 503 millions d'euros d'économies supplémentaires seront nécessaire en 2019 pour ne pas dépasser la norme de croissance du budget de l'assurance maladie invalidité (INAMI) de 1,5 % ! Une norme de croissance à 1,5 % est beaucoup trop étreinte si l'on veut maintenir le niveau d'accessibilité et de qualité de notre système de soins de santé et elle insuffisante pour intégrer les innovations dans l'assurance maladie.



Le Bureau fédéral du plan estime à 2,2 % la croissance réelle des dépenses publiques de soins de santé « à politique constante », c'est-à-dire en maintenant inchangé le niveau de qualité et d'accessibilité aux soins.

- **Fait subir à l'INAMI des économies budgétaires structurelles** nettes pour un total de **2,1 milliards d'euros (montant officiel de l'INAMI)**. Il s'agit bien d'économies structurelles et non d'un redéploiement des budgets au sein des différentes branches de l'INAMI.



À titre de comparaison : le remboursement des consultations et visites des médecins généralistes est de **1,3 milliards d'euros**.

En outre, et contrairement à ce qu'affirmait la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block, ces mesures drastiques d'économie affectent évidemment les patients ! En effet, parmi les mesures d'économie budgétaire qui ont été appliquées, il y en a quatre qui sont emblématiques parce qu'elles visent en particulier les ménages avec les revenus les plus faibles :

- **Augmenté le prix du ticket modérateur¹** sur les consultations des médecins spécialistes de 17 % en moyenne (+45 % pour 25 % des patients).



Économie réalisée pour l'INAMI sur le dos des patients : **32,9 millions d'euros** !

- **Supprimé l'obligation d'appliquer le tiers-payant pour les malades chroniques**, prévue dans la loi par le Gouvernement précédent (Gouvernement « Di Rupo »).



Économie réalisée pour l'INAMI : **38,7 millions d'euros** ! Le malade chronique, qui accumule déjà des dépenses importantes en soins de santé, doit donc continuer d'avancer les **26,30 €** de sa consultation chez son médecin généraliste avant d'être remboursé par sa mutuelle.



Le tiers payant est un mode de paiement par lequel le prestataire reçoit directement de l'organisme assureur (la mutualité) l'intervention de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités. Seuls les tickets modérateurs éventuels sont directement perçus auprès du patient.

- **Déremboursé des médicaments** qui augmentent les tickets modérateurs de 9 % en moyenne, alors que les médicaments représentent le premier poste de dépenses dans le budget santé des ménages belges (soit **31,3 %**).



Économie réalisée pour l'INAMI, et donc à charge des patients : **44 millions d'euros** !



En cause : les diminutions du remboursement des antibiotiques, des médicaments pour l'estomac et des sprays nasaux décidées en 2017.

- **Indexé les plafonds d'interventions personnelles du « Maximum à facturer »**, qui impacte surtout les ménages avec les revenus les plus faibles.



Explication : « indexer les plafonds d'interventions personnelles » dans le cadre du maximum à facturer revient à relever le montant maximum annuel des frais médicaux à charge des ménages après l'intervention de l'assurance INAMI. Cette mesure d'économie va à l'encontre de l'objectif du « maximum à facturer » qui est de limiter les dépenses en soins de santé des ménages en fonction de leur revenu.

➔ Économie réalisée pour l'INAMI : **14 millions d'euros !**

Il aurait été beaucoup plus équitable de réaliser ces 130 millions d'euros en diminuant par exemple les profits de l'industrie pharmaceutique plutôt que de s'attaquer au droit fondamental à la santé des ménages aux revenus les plus faibles et des plus âgés, ceux-là même qui accumulent les problèmes de santé. La moitié des personnes âgées prenant, en effet, au moins cinq médicaments de manière chronique. Pour elles, la politique induite par la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block peut grimper jusqu'à 120 € par an !

Comme si cela ne suffisait pas, sous prétexte que les traitements de confort coûtent chers et qu'il faut lutter contre la surconsommation médicamenteuse chez les seniors, il a déjà été mis sur le tapis, de façon informelle, l'idée que pour des raisons d'économie on pourrait très bien cesser des traitements médicaux pour les plus âgés car cela n'en vaudrait plus la peine ! Des réflexions de ce type ne sont plus taboues aujourd'hui. Sous le label de sondages pseudo-scientifiques, basés sur une technique des échantillons de citoyens censés représenter la société dans sa diversité, et cautionnés même parfois en utilisant le nom d'universités prestigieuses, des questions « troublantes » sont posées « en toute innocence » telle que par exemple « peut-on cesser des traitements pour les plus âgées ? »². L'objectif de ces « enquêtes » est en fait d'évaluer nos limites quant à l'acceptation de certaines idées qui transgressent toutes éthiques élémentaires, avant d'aller plus en avant dans la mise en œuvre d'une politique qui susciterait un débat sur nos valeurs. Aux Pays-Bas, une députée a fait de la diminution des traitements aux plus de 70 ans une condition de négociations gouvernementales. Dominique Lossignol, spécialiste du traitement de la douleur et membre du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, observe que déjà les plus de 65 ans ne sont pas repris dans les études cliniques de nouveaux traitements. « *Que cela veut-il dire sinon qu'on ne les considère plus vraiment comme la cible principale de la nouvelle molécule ? Balayer nos aînés, ce serait perdre notre humanité. Pourtant, ils ont contribué pendant plusieurs années à la solidarité dans la société. Pour le dire autrement, ils ont payé pour la sécurité sociale actuelle.* »³

Le contexte budgétaire — déjà insuffisant pour répondre à l'évolution naturelle des besoins — n'offre aucune marge de manoeuvre pour de nouvelles initiatives améliorant la qualité ou l'accessibilité aux soins de santé. « On assiste à un désinvestissement dans l'assurance maladie, alors même que les coûts restent insuffisamment couverts — notamment les soins dentaires, la santé mentale, les appareils auditifs et d'optique — et qu'une partie croissante de la population est amenée à reporter des soins essentiels. »⁴

La politique asociale d'assainissement budgétaire menée par le gouvernement « Michel » en matière de soins de santé accentue la progression vers une médecine à deux vitesses. Elle s'attaque à l'autonomie des médecins — dont le rôle est de soigner, quel que soit le contexte budgétaire d'un pays — et à la liberté de choix des patients, tels que ceux de choisir librement son médecin, son hôpital, un service de santé, sa maison de repos, toutes formes d'alternatives à un hébergement dans une maison de repos, ou d'accéder sans entraves aux urgences d'un hôpital dès qu'on en ressent le besoin. Ce libre choix des patients est inscrit en Belgique dans la loi de 2002 relative aux droits et obligations du patient.

2. Il s'agit aussi du titre d'un article du journal « *Le Soir* » du 19/03/2019.

3. Propos de Dominique Lossignol recueillis par le journal « *Le Soir* » du 19/03/2019.

4. Interview de Paul Callewart, Secrétaire général des mutualités socialistes flamandes et Jean-Pascal Labille, Secrétaire général de Solidarité – septembre 2018.

3. MARCHANDISATION/PRIVATISATION DE TOUT LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Ou quand la politique de santé publique fragilise la sécurité tarifaire des patients à cause du développement d'une **offre privée lucrative**, laquelle se développe **au détriment du financement public des soins de santé** et du contrôle des coûts en soins de santé, tant en ambulatoire qu'au niveau des hôpitaux.

La politique d'austérité budgétaire sans précédent menée par le gouvernement « Michel » a accéléré la privatisation/marchandisation des soins, tant en ambulatoire qu'à l'hôpital.



La médecine ambulatoire regroupe les consultations des généralistes, spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes aussi bien à domicile, en cabinet privé qu'à l'hôpital. Le terme ambulatoire implique la prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation, ou en cas d'une hospitalisation d'une durée de quelques heures. On retrouve une prise en charge ambulatoire dans les services de dialyse ou de chimiothérapie, où le patient reçoit son traitement à l'hôpital, puis rentre chez lui pour poursuivre ses activités quotidiennes.

A. LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ EN AMBULATOIRE...

Se traduit par des activités médicales les plus lucratives qui se développent en dehors du cadre « **conventionné** » et qui fragilisent la sécurité tarifaire des patients :

Quelques règles à connaître en matière de soins de santé :

1. DEUX SYSTÈMES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Il existe en Belgique deux systèmes de financement de santé. Le premier, largement majoritaire, est un système dans lequel les soins sont attestés **à l'acte** par le soignant et remboursés en partie aux patients par les organismes assureurs (les mutualités). Le second est financé **forfaitairement** et anticipativement auprès des maisons médicales qui choisissent ce mode de financement, indépendamment de la consommation de soins par le patient. Le forfait peut concerner : les visites et consultations de **médecine générale**, la **kinésithérapie** et les **soins infirmiers**. Dans la pratique, chaque maison médicale peut conclure un accord avec les organismes assureurs (les mutualités). La maison médicale perçoit alors un montant fixe (forfaitaire) par patient et en fonction de la discipline de la profession, qui couvre tous les soins que ce patient reçoit dans cette maison médicale. C'est donc l'INAMI qui finance ces forfaits. Dans ce système, le nombre de prestations par patient ne joue donc pas de rôle, contrairement au système de paiement à l'acte dans lequel les dispensateurs de soins sont rémunérés par prestation (consultation, visite à domicile, etc.). Les mutualités versent ce forfait au début de chaque mois. Pour les consultations de spécialistes, les médicaments, les hospitalisations, etc., la mutualité du bénéficiaire continuera à intervenir comme elle le fait dans le système de paiement à l'acte.

Le forfait est le même pour tous les patients inscrits dans une même maison médicale. Mais il existe des différences entre les maisons médicales :

- **Les maisons médicales « débutantes »** perçoivent toutes le même montant mensuel forfaitaire.

Pour celles-ci, au 1^{er} juin 2019, le forfait mensuel par patient est de :

- **16,15 €** pour les prestations des médecins généralistes de la maison médicale ;
- **7,25 €** pour les prestations des kinésithérapeutes de la maison médicale ;
- **15,62 €** pour les prestations des praticiens de l'art infirmier de la maison médicale.

Un forfait est versé tous les mois aux maisons médicales pour chaque patient inscrit et pour les soins offerts dans le cadre du forfait par la mutuelle du patient.



Pour comprendre comment ce financement fonctionne, prenons l'exemple d'une maison médicale au forfait qui a 1.000 patients et qui propose des consultations en médecine générale et des soins infirmiers. 350 de ses patients sont affiliés à la mutualité Solidaris. Dans ce cas-ci, chaque mois la mutualité Solidaris va verser à la maison médicale, au titre du forfait : $350 \times 16,15 \text{ €} = 5.652,5 \text{ €}$ pour les soins de médecine générale et $350 \times 15,62 \text{ €} = 5.467 \text{ €}$ pour les soins infirmiers, soit un total de 11.119,5 €.

- **Les maisons médicales « matures »** (au moins 2 ans dans le système forfaitaire et au moins 500 patients inscrits) : le montant du forfait varie, notamment, en fonction de spécificités liées aux bénéficiaires qui y sont inscrits.

2. CONCERTATION

En Belgique, les dépenses en soins de santé sont gérées sur le principe de la concertation entre l'assurance maladie invalidité (l'INAMI) et différents partenaires : les interlocuteurs sociaux, les mutualités et les dispensateurs de soins. Les représentants des mutualités et des dispensateurs de soins négocient tous les 12 ou 24 mois les accords « médico-mutuellistes, dento-mutuellistes, etc., pour fixer les honoraires actés par des conventions tarifaires. Ces dernières fixent la part de ces honoraires qui sera à charge de l'INAMI et celle qui sera à charge du patient, appelée « ticket modérateur ». Les médecins conventionnés s'engagent à respecter les tarifs légaux prévus dans les accords médico-mutuellistes.

3. CONVENTIONNEMENT

Un dispensateur de soins est dit « conventionné » lorsqu'il adhère à un accord ou à une convention tarifaire. Dans ce cas, il s'engage à respecter les tarifs légaux fixés par cet accord ou convention. A contrario, un prestataire est dit « non conventionné » lorsqu'il n'adhère pas à cette convention.

4. REMBOURSEMENT

Lorsque qu'un patient se rend chez un prestataire de soins, il reçoit une attestation qu'il doit ensuite transmettre à sa mutualité pour remboursement. Le tarif légal d'une visite ou consultation se scinde donc en deux parties : une partie remboursée ultérieurement par la mutualité (le « tarif officiel »), l'autre partie est à charge du patient (le « ticket modérateur » ou « quote-part personnelle »).

5. BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION MAJORÉE

Les ménages aux revenus modestes et qui sont **bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)** ont droit à une intervention plus importante de la mutualité dans le coût de leurs soins de santé (honoraires, médicaments, etc.).

Au 1^{er} mars 2020, le plafond en dessous duquel on pourra bénéficier du statut BIM est de **19.957,16 € + 3.694,61 €** par personne à charge.

6. DOSSIER MÉDICAL GLOBAL

Les patients qui ont ouvert un **Dossier Médical Global (DMG)** chez leur médecin généraliste **bénéficient d'un remboursement de 30 % du « ticket modérateur » (la quote-part personnelle payée par le patient) de chaque consultation chez son médecin.**

En outre, les patients qui ont soit 75 ans, soit qui sont considérés comme « malades chroniques », soit qui bénéficient d'un forfait pour soins palliatifs à domicile ont droit aux mêmes avantages du remboursement de **30 % du « ticket modérateur » pour les visites des médecins généralistes à domicile.**



C'est le patient qui doit demander personnellement à son médecin traitant d'ouvrir un dossier médical global.



Il s'agit des visites à domicile mais aussi dans les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et les établissements où séjournent des enfants, des personnes âgées, des convalescents ou des personnes handicapées. Sont exclus cependant les visites ou les suppléments aux visites effectuées le soir, la nuit, le week-end ou un jour férié.

Le patient bénéficie des mêmes avantages, que son médecin généraliste soit ou non conventionné.

Le **DMG** peut en effet être prolongé chaque année. Cette prolongation se fait automatiquement par votre mutualité si une consultation ou visite a eu lieu chez votre médecin généraliste au cours de l'année concernée. La prolongation peut également être attestée comme prestation par votre médecin généraliste.

Le meilleur remboursement lié au **DMG** reste valable jusqu'à la fin de la 2^e année calendrier qui suit l'année de l'ouverture ou la prolongation du **DMG**. Un **DMG** ouvert le 21 janvier 2019 par exemple, donne droit à un meilleur remboursement valable jusqu'au 31 décembre 2021.

Le coût actuel remboursable par la mutualité est de **31,8 €** par patient pour l'ouverture ou la prolongation du **DMG**. Il est de **58,3 €** pour les personnes âgées de 45 à 74 ans et qui ont le statut de malade chronique. À partir de 75 ans, le coût s'élève à nouveau à 31,8 € pour les personnes âgées qui ont le statut de malade chronique.

Pour éviter de devoir avancer l'argent, le patient peut demander à son médecin d'appliquer le tiers payant. Le médecin ne peut pas le refuser. Le médecin se fait alors payer directement par la mutualité du patient. Un **DMG** ne coûte donc rien !

Si le médecin généraliste consulté n'est pas le médecin généraliste qui gère le **DMG**, le patient n'a pas droit à un meilleur remboursement, sauf si cet autre médecin a accès aux données du **DMG** et mentionne la lettre « G » sur l'attestation de soins.

La réglementation actuelle stipule que le bénéficiaire pour lequel un **DMG** est géré, a droit à une limitation du ticket modérateur pour les consultations **des médecins généralistes à :**

- **1 €** pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (**BIM**).
- **4 €** pour les patients qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée (**BIM**).

En outre, le remboursement de la consultation de **certaines spécialités** peut être plus élevé à la demande de votre médecin généraliste pour les patients couverts par un **DMG**. Concrètement, la partie à leur charge est diminuée de :

- **5 €** pour les assurés ordinaires.
- **2 €** pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (**BIM**).

Pour en attester, le généraliste remet au patient le document « envoi vers un médecin spécialiste » complété et destiné au spécialiste. Le patient doit s'assurer que ce « document d'envoi » soit joint à l'attestation de soins. L'intervention de la mutualité ne sera majorée que si le bénéficiaire remet les deux documents ensemble (document d'envoi et attestation de soins).

Toutefois, cette mesure ne s'applique qu'**une fois par an et par spécialité**. Par exemple, vous pourrez bénéficier de cette réduction chez le gynécologue une fois par an, chez le pneumologue une fois par an, idem chez l'urologue, etc.

La réduction de l'intervention personnelle s'applique aux spécialités suivantes : cardiologie, dermatovénérologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, gynécologie et obstétrique, médecine interne, neurologie, (neuro)-psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, rhumatologie, stomatologie et urologie.

Le médecin généraliste des patients qui ont ouvert un **DMG** centralise l'entièreté des données médicales des patients en question (prise de sang, radiographies, vaccinations, hospitalisations, traitements, avis de spécialistes, etc.), ce qui évitera aux patients de subir des examens inutiles.



Pour les patients qui ont ouvert un **DMG** et qui vont chez un médecin conventionné, Solidaris rembourse notamment en plus, via son assurance complémentaire : les soins des enfants, les consultations des médecins généralistes et des gynécologues et les soins dentaires préventifs.

7. TIERS PAYANT

Le « **tiers payant** » est la possibilité pour le patient de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. Dans ce cas-ci, le patient paie uniquement le « ticket modérateur » et les éventuels suppléments d'honoraires. Le prestataire de soins (médecin, dentiste, ...) ou l'institution de soins se fait directement rembourser auprès de la mutualité.

Le régime du « tiers-payant » est appliqué aux bénéficiaires de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA), les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), les chômeurs complets depuis au moins 12 mois, les bénéficiaires d'une allocation pour handicapé et aux enfants atteints d'une incapacité physique ou mentales d'au moins 66 %.

Le patient paye uniquement le « tiers payant » :

- à la pharmacie pour l'achat de médicaments remboursables prescrits par le médecin ;
- à l'hôpital. Après une hospitalisation, le patient reçoit une facture qui reprend le coût global des soins reçus, mais il ne paye que le « ticket modérateur », ainsi que les suppléments éventuels.

8. MAXIMUM À FACTURER

Le **maximum à facturer** (MàF) est un système qui limite les dépenses de soins de santé de votre ménage. Si les frais médicaux (les vôtres et ceux de votre ménage) qui restent à votre charge, après l'intervention de l'assurance soins de santé, atteignent un montant maximum au cours de l'année, votre mutualité vous rembourse intégralement les frais qui viendraient encore s'ajouter. Les plafonds au-delà desquels la mutualité rembourse intégralement les soins médicaux sont en 2019 pour le MàF revenus :

Tranches de revenus du MàF revenus	Plafonds
de 0,00 à 19.003,89 €	477,54 €
de 19.003,90 à 29.214,93 €	689,78 €
de 29.214,94 à 39.426,00 €	1.061,20 €
de 39.426,01 à 49.211,59 €	1.485,68 €
dès 49.211,60 €	1.910,16 €

Pour le Maximum à facturer « Maladie chronique », ce plafond de revenu est de 106,12 € en 2019.

9. SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Les suppléments d'honoraires sont entièrement à charge des patients en plus du ticket modérateur. Il n'existe aucun plafond fixé par l'INAMI, ni aucune restriction quant au niveau des suppléments d'honoraires autorisés. La seule « restriction » existante en la matière se situe dans le Code de déontologie médicale qui exige du prestataire qu'il « fasse preuve de modération dans la fixation de ses honoraires ». À part cette restriction verbale et non contraignante, un médecin non conventionné est complètement libre quant au montant des suppléments d'honoraires qu'il demande à ses patients.

10. DES PRESTATAIRES DE SOINS

peuvent choisir d'être partiellement conventionnés : ils s'engagent à respecter les tarifs « conventionnés » qu'à certains moments de la semaine ou de la journée, ou dans certains lieux (à l'hôpital ou dans son cabinet médical privé). En dehors de ces périodes ou lieux où s'applique la convention tarifaire, les professionnels de la santé peuvent donc déroger à ces tarifs légaux.

11. CHAQUE MÉDECIN

doit afficher s'il est conventionné ou non dans sa salle d'attente, ainsi que les jours et les heures pendant lesquels il est conventionné. Lorsqu'on appelle un médecin pour prendre rendez-vous, on doit être informé du statut de médecin conventionné ou non.

12. AUCUN SUPPLÉMENT

ne peut légalement être facturé pour les services d'urgence et les soins intensifs. Même si le médecin n'est pas conventionné.

13. AUCUN SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

ne peut légalement être facturé dans le cadre d'un service de garde organisé.

14. QUAND ON TÉLÉPHONE À UN HÔPITAL

pour prendre un rendez-vous, on répond souvent qu'il faudra attendre plusieurs mois pour obtenir ce rendez-vous ... et il nous est alors proposé, si on ne veut pas attendre aussi longtemps, de prendre rendez-vous au cabinet privé du médecin, où on doit payer des suppléments d'honoraires... avec des tarifs facturés parfois du simple au double.

15. LES MÉDECINS

peuvent facturer légalement comme ils le souhaitent des traitements utilisant de nouvelles technologies médicales qui ne sont pas encore remboursés parce qu'il n'y a pas encore de budget pour ces traitements. C'est le cas par exemple des modèles en trois dimensions réalisées en préparation d'une reconstruction de la mâchoire ou du visage. De nombreux médecins utilisent déjà de telles techniques et demandent beaucoup d'argent. « *Pourquoi ne pas rembourser d'emblée ces nouvelles techniques, comme les anciennes, et examiner ensuite les coûts supplémentaires ?* »⁵

Dans certaines régions, il devient très difficile de trouver un gynécologue, un dermatologue ou encore un dentiste conventionné et il devient aujourd'hui impossible d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste conventionné dans un délai acceptable.



Selon une étude réalisée par Solidaris sur les suppléments d'honoraire en ambulatoire :

En 2017-2018, **39 %** des dentistes, **49 %** des gynécologues, **56 %** des chirurgiens plasticiens, **60 %** des ophtalmologues, **69 %** des dermatologues sont **non-conventionnés**. Ce pourcentage de « déconventionnement » augmente au fur et à mesure que les professions médicales (les kinés, dentistes, médecins, ...) désirent augmenter le prix de leur consultation au-delà de ce que permet les accords médico-mutuellistes.

Par contre, 83 % des chirurgiens, **87 %** des médecins généralistes, **88 %** des psychiatres et **98 %** des gériatres sont toujours conventionnés.

On observe une augmentation de **21 %** du coût pour les soins ambulatoires entre 2016 et 2017. Les Belges ont payé près de **290 millions d'euros** de suppléments d'honoraires lors de consultations chez le médecin, le dentiste et le kiné en 2017 ! Pour arriver à ce montant, la mutualité socialiste a extrapolé au niveau national les données relevées sur 30 millions d'attestations de soins déposées dans ses bureaux (*Le Soir* – 29 mars 2019).

- ⊕ **Un exemple concret :** un dermatologue demande **65 €** d'honoraires alors que le tarif fixé par l'INAMI est de **33,67 €** la séance, dont **21,67 €** sont à charge de l'INAMI et **12 €** à charge du patient. Dans ce cas-ci, le médecin a doublé ses honoraires par rapport au tarif conventionné et le patient devra payer finalement quatre fois plus que sa contribution fixée par l'INAMI : $65 € - 21,67 € = 43,33 €$!

« Baromètre suppléments d'honoraires facturés en ambulatoire en 2016-2017 » - Direction Études – Mars 2019.
http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Etude%20Solidaris_Suppl%20c3%a9ments%20ambulatoires_Mars%202019.pdf

5. Extrait de l'article de Anne Peuteman, rédactrice au « Knack » – « L'héritage de Maggie De Block : Les conséquences de sa politique sont désastreuses » - 13/09/2019.



Selon la compagnie d'assurances Ethias, qui a donné récemment quelques chiffres clés du secteur des soins de santé en Belgique :

- Le taux de « déconventionnement » ne cesse de croître chez les dentistes : il est passé de 29 % en 2005 à 38 % en 2018 !

Les suppléments moyens d'honoraires chez les dentistes pour la pose d'un appareillage orthodontique atteint les 460 € !

Le coût d'un implant dentaire grimpe rapidement jusqu'à 2.200 €, sans remboursement de l'INAMI.

Les soins dentaires deviennent hors de prix : « Une nouvelle dent coûte désormais deux mois de pension... » (Source : « Knack »). Seulement un belge sur trois effectue un contrôle chez le dentiste chaque année et environ 30 % d'entre eux vont chez le dentiste seulement en cas de soucis.

- 27 % des attestations de soins comportent aujourd'hui des suppléments d'honoraires dont 13 % chez les généralistes, 33 % chez les dentistes et 42 % chez les spécialistes. Les dentistes et les médecins spécialistes concentrent 80 % du total des suppléments d'honoraires. Ces suppléments d'honoraires sont en moyenne de 6 € chez un généraliste, 14 € chez un spécialiste, 29 € chez un dentiste et 30 € chez un kiné.
- Alors qu'à peine un généraliste sur dix est non conventionné, ils délivrent à eux seuls un cinquième des prestations des généralistes. Chez les spécialistes, ils sont à peine 17 % à être non conventionnés mais ils réalisent 48 % des attestations de soins des spécialistes. Quant aux dentistes, 39 % sont non conventionnés mais ils attestent près des deux tiers des visites chez les dentistes ! Ce qui est en cause ici c'est la pénurie générale des médecins qui grossit la clientèle de toutes celles et ceux qui ne sont pas conventionné-e-s !
- Lorsqu'on additionne les tickets modérateurs (les frais en soins de santé légalement à charge des patients/malades) et les suppléments d'honoraires non couverts par l'INAMI, le montant total que doit finalement payer le patient/malade peut atteindre finalement 23 € chez un spécialiste non conventionné (à peu près 45 % de la note moyenne) et 36 € chez un dentiste non conventionné (à peu près 36 % de la note moyenne).

« Ethias et la santé », étude du 18 mars 2019. https://www.ethias.be/corp/content/dam/ethias-corporate/Press-Release/fr/2019/2019_03_CP_HospiQualityPlus_FR.pdf



Dans le dernier accord national médico-mutualiste (2018-2019) il a été conclu entre les médecins et les mutualités qu'il faut « optimiser la sécurité tarifaire des patients, via des mesures permettant la maîtrise des suppléments d'honoraires ». On en est loin...

B. LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ AU NIVEAU DES HÔPITAUX

Au niveau des hôpitaux, la marchandisation des soins de santé passe par :

- Un **sous-financement public hospitalier** : 44 % des hôpitaux étaient en déficit en Belgique en 2017. 32 % en 2018 selon l'étude « Maha » (*Model for Automatic Hospital Analyses*) de Belfius. Même s'il s'agit d'une légère amélioration par rapport à 2017, la situation financière des hôpitaux demeure préoccupante. Sous la législature du Gouvernement « Michel », **194 millions d'euros** ont été économisés sur les budgets des hôpitaux.
- Pour garder la tête hors de l'eau, les hôpitaux demandent aux patients — via les médecins — des **suppléments d'honoraires** lors d'une hospitalisation en chambre individuelle. Le pourcentage des suppléments d'honoraires est fixé par l'hôpital et varie d'un hôpital à l'autre et aussi d'un médecin à l'autre. Au niveau des hôpitaux il n'existe pas non plus une réglementation de l'INAMI qui limite les suppléments d'honoraires autorisés. En conséquence de quoi les suppléments d'honoraires pour une chambre particulière peuvent atteindre jusqu'à 3 fois (300 %) le montant des honoraires conventionnés (le tarif légal) fixés par l'INAMI ! C'est déjà exorbitant, mais comme la Loi coordonnée sur les hôpitaux du 10/07/2008 — c'est-à-dire la base réglementaire qui régit tous les hôpitaux — ne fixe aucune limite à ces suppléments d'honoraires, rien n'empêche à l'avenir les hôpitaux de dépasser ces 300 % !

La Loi coordonnée sur les hôpitaux du 10/07/2008 stipule en son article 97 § 1 : « Pour le séjour en chambre individuelle, y compris en hospitalisation de jour, un supplément au-delà du budget des moyens financiers peut être facturé au patient qui a exigé une telle chambre à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments ».

Le Roi fixe le maximum du montant du supplément visé à l'alinéa 1^{er}, qui peut être facturé pour le séjour en chambre individuelle, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance soins de santé et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

Qu'ils soient salariés ou indépendants, les médecins sont liés par des conventions avec les hôpitaux (leur employeur) qui fixent la partie des suppléments d'honoraire qu'ils doivent rétrocéder à l'hôpital où ils travaillent dans l'objectif de participer à l'équilibre financier des hôpitaux. Ces conventions sont très confidentielles. On peut toutefois évaluer que la rétrocession que les médecins font à l'hôpital où ils travaillent varie entre 40 % et 60 % de leurs suppléments d'honoraires !

Si de nombreux hôpitaux forcent sur les suppléments d'honoraires c'est souvent parce que leur budget se trouve dans le rouge.

Selon la revue « *Test Santé* »⁶, le pourcentage moyen de ces suppléments d'honoraires varie selon les régions : 114 % en Flandre, 173 % en Wallonie et 206 % à Bruxelles ! Mais aussi, évidemment, d'un établissement à l'autre.

Un accouchement en chambre double coûte en moyenne 181 euros à la patiente, contre 1.390 euros en chambre individuelle. La pose d'un stent (une endoprothèse vasculaire) revient en moyenne à 254 € en chambre double, contre 2.074 € en chambre individuelle.

- Cette marchandisation de la santé se traduit aussi par le développement et l'importance que prennent les **assurances hospitalisations extra légales** dans notre capacité à payer ou non nos frais d'hospitalisation. Ces assurances renforcent encore plus la dualisation dans l'accès aux soins de santé car :
 - les allocataires sociaux n'en possèdent pas ;
 - beaucoup de travailleurs en sont privés. Ce ne sont que dans quelques secteurs d'activité ou entreprises que des conventions collectives de travail ont instauré des assurances hospitalisations extra légales ;
 - beaucoup de conventions collectives instaurant une assurance hospitalisation prennent fin quand le travailleur prend sa pension ou sa pension anticipée. Ce qui oblige les travailleurs concernés à devoir les racheter à titre individuel, à un âge élevé et, dès lors, quand leur état de santé se détériore, ce qui est encore plus le cas pour celles et ceux qui ont exercé un métier pénible. Ce rachat coûte donc très cher, et les primes à payer par conséquent sont encore plus inaccessibles financièrement pour ces travailleurs qui ont exercé des métiers pénibles, dans des secteurs d'activité où les salaires étaient les moins élevés, et qui, par conséquent auront des pensions peu élevées. Comme ils ont gagné de petits salaires durant leur carrière professionnelle, le montant de leur pension flirte avec le seuil de pauvreté, qui est actuellement fixé à 1.115 € pour un isolé en Belgique !

La question des suppléments d'honoraire est donc particulièrement préoccupante pour les personnes âgées car :

- le montant de leur pension ne leur permet pas de payer ces suppléments d'honoraires ;
- elles sont souvent privées d'assurance hospitalisation ;
- elles n'ont pas les moyens financiers d'en contracter une à titre individuelle.

Ces assurances hospitalisation n'offrent pas non plus une couverture illimitée pour la prise en charge des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation. Cette couverture varie énormément entre les assurances hospitalisation selon le montant des primes payées. Pour une bonne couverture, les primes peuvent atteindre des montants très élevés. Ce qui crée évidemment une discrimination sociale entre les travailleurs selon l'entreprise ou secteur d'activité où ils travaillent. Ce sont dans les secteurs d'activité les plus forts économiquement, où les salaires sont les plus élevés, que les assurances hospitalisations remboursent le plus ces suppléments d'honoraires, et qu'elles prennent aussi en charge les acomptes qui sont de plus en plus souvent demandés lors des admissions en vue d'une hospitalisation. Avec une bonne assurance hospitalisation, on peut choisir d'être hospitalisé dans une chambre individuelle car ces assurances hospitalisations remboursent la totalité ou une partie importante des suppléments d'honoraires, alors que les assurances hospitalisation les moins chères ne le permettent pas.

Sans suppléments d'honoraires, les assurances hospitalisation deviendraient superflues.

6. « *Test Santé* » du 19 février 2018. - <https://www.test-achats.be/sante/soins-de-sante/hospitalisation/news/supplements-honoraires-chambre-individuelle>



Dans une de nos revendications en matière de santé, nous soulignons que l'assurance maladie invalidité (INAMI) instaurée au sein de la sécurité sociale doit mieux encadrer et couvrir les frais d'hospitalisation afin de contrecarrer le développement des assurances hospitalisation.



- Les hôpitaux ont le devoir d'informer les patients — via la « déclaration d'admission » — concernant les plafonds maximums qu'ils appliquent aux suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation dans une chambre particulière.
- Les suppléments d'honoraires ont été abolis dans les chambres communes/doubles, que ce soit en hospitalisation de jour ou non. Malgré cela, les suppléments d'honoraires ont continué à progresser suites à des hospitalisations. **Pourquoi ?**

D'abord parce que des suppléments d'honoraires peuvent encore être facturés pour une hospitalisation dans une chambre individuelle. Or, dans le plus récent hôpital du pays, 80 % des chambres possèdent un seul lit ! Et comme par hasard, il s'agit de deux sites du « Chirec » où les pourcentages de suppléments d'honoraires sont les plus élevés du pays.

Et ensuite, parce que les médecins peuvent aussi refuser d'opérer si le patient ne peut pas ou ne veut pas payer des suppléments d'honoraires. Dans des hôpitaux, les patients peuvent être aussi mis dans un autre choix : une chambre individuelle et la garantie que c'est le professeur qui les opère, ou une chambre commune et c'est l'assistant qui manie le scalpel. Une autre raison qui peut être aussi invoquée par les médecins pour pousser les patients à choisir une chambre individuelle, est que ce choix limite le risque d'infections via des maladies nosocomiales !

- Aucun supplément d'honoraires ne peut être exigé si, pour des raisons médicales, une chambre individuelle est nécessaire ou s'il n'y a pas de chambres de deux personnes ou de chambres communes disponibles. Aucun supplément de frais ne peut également être exigé pour les enfants accompagnés de leurs parents. Les médecins conventionnés peuvent également facturer un supplément d'honoraires en cas de séjour dans une chambre individuelle.
- En cas de plaintes ou de discussions, il est toujours possible de s'adresser au service de médiation de l'hôpital.
- Le volume des suppléments d'honoraires en chambre à 1 lit ne cesse d'augmenter. Le pourcentage de suppléments d'honoraires varie d'un hôpital à l'autre, de 100 % à 300 %. Plus d'un séjour à l'hôpital sur cinq a lieu en chambre particulière.

Selon une étude de l'Agence intermutualiste qui gèrent les données en soins de santé collectées par les 7 mutualités de Belgique :

- Entre 2015 et 2017, la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires en chambre à un lit a été deux fois supérieure à celle des honoraires officiels : 1,2 % d'augmentation annuelle pour les honoraires officiels et 3% d'augmentation annuelle pour les suppléments d'honoraires en chambre à un lit.
- Pour les patients hébergés en chambre particulière, les suppléments d'honoraires comptent en moyenne pour 80 % des honoraires facturés en chambre à 1 lit.
- Les suppléments d'honoraires médicaux pour les séjours en chambre particulière atteignent 419 millions d'€ en 2014 (563 millions d'euros en 2017), soit deux fois plus que les autres montants à charge des patients (l'ensemble des tickets modérateurs payés par les patients et autres montants non remboursables).
- Alors que la facture moyenne par séjour en chambre commune ou à deux lits est en moyenne de 270 €, elle atteint 1.655 € en chambre particulière, soit 6 fois plus !
- 5 % des séjours en chambre particulière ont plus de 3.296 € de suppléments sur les honoraires médicaux. Et 1 % des séjours font l'objet de 6.623 € de suppléments sur les seuls honoraires médicaux.

- Les suppléments d'honoraires dépassent 2.000 € pour plus de 53.000 séjours et 10.000 € pour 1.149 séjours.
- Parmi les 378.254 séjours avec suppléments d'honoraires, 5 % des séjours ont des suppléments d'honoraires supérieurs à 3.305 €.
- Les suppléments d'honoraires pour les séjours pour des prothèses de la hanche dépassent 4.000 € dans plusieurs hôpitaux.
- Alors que les bénéficiaires de l'intervention majorée de moins de 65 ans représentent 12 % de la population globale et 13 % des patients hospitalisés, ceux-ci accèdent beaucoup moins aux chambres particulières (9 % des patients hospitalisés) que l'ensemble de la population (23 % des patients hospitalisés). Ils ne sont toutefois pas épargnés par les suppléments d'honoraires particulièrement élevés puisqu'ils représentent 5 % des patients supportant les suppléments d'honoraires les plus élevés. En moyenne, 1.061 € de suppléments d'honoraires ont été facturés à 24.935 d'entre eux !
- Les personnes âgées de plus de 70 ans sont beaucoup plus nombreuses que les autres à être hospitalisées au cours d'une année. Même si elles recourent moins souvent à la chambre particulière (17 %) que le reste de la population (23 %), un tiers des patients supportant les suppléments d'honoraires les plus élevés a plus de 70 ans alors qu'ils ne représentent que 14 % de la population totale ! En moyenne en 2014, 1.299 € de suppléments d'honoraires ont été facturés à 84.256 personnes de plus de 70 ans.
- Les patients atteints d'affection chronique représentent 27 % des patients avec les suppléments d'honoraires les plus élevés alors qu'ils ne représentent que 8 % de la population totale. Et ceci bien qu'ils soient proportionnellement moins nombreux à recourir à une chambre particulière. La facture dépasse en suppléments d'honoraires médicaux dépasse 4.600 € pour 5 % d'entre eux.
- Les montants des suppléments facturés pour un certain nombre de séjours ou le total des suppléments facturés sur une base annuelle à un patient dépasse largement le seuil du plafond du « maximum à facturer » (MAF), s'élevant à 1.910,16 € en 2020.

« IMA-AIM – Suppléments d'honoraires médicaux lors des séjours hospitaliers – Données 2017 publié en février 2019 », - https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf

D'après l'étude de la compagnie d'assurances Ethias (voir plus haut), 17,6 % des dépenses en soins de santé (hospitalisation et soins ambulatoires) sont à charge du patient après intervention de l'INAMI. Et ces dépenses ont augmenté de 48 % entre 2004 et 2015.

In l'étude d'Ethias intitulée « Ethias et la santé » du 18 mars 2019, lequel accompagnait leur communiqué de presse du 18 mars 2019, qui présentait leur nouveau produit d'assurance hospitalisation. - https://www.ethias.be/corp/content/dam/ethias-corporate/Press-Release/fr/2019/2019_03_CP_HospiQualityPlus_FR.pdf
L'étude d'Ethias n'est malheureusement pas disponible pour le public ! Elle porte la référence : « Ethias et la santé » - 18/03/2019.

Outre la question des suppléments d'honoraires, la logique de la marchandisation des soins de santé en cas d'hospitalisation gagne aussi du terrain :

- Avec l'obligation de devoir payer un acompte pendant la procédure d'admission avant son hospitalisation. La demande d'un acompte et son montant peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Certains hôpitaux en demandent uniquement en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle. Dans d'autres hôpitaux, il peut être aussi demandé en cas d'hospitalisation dans une chambre commune. Souvent, il est beaucoup plus élevé en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle que dans une chambre commune. Des assurances hospitalisations peuvent prendre en charge le paiement de cet acompte (voir ci-dessous).

Par exemple, à l'hôpital public Ambroise Paré à Mons, il est demandé en 2019 :

- **pour une chambre commune** : un acompte de **150 €** pour les assurés ordinaires et de **50 €** pour les statuts « BIM » ou « omnio » ;
- **pour une chambre particulière** : un acompte de **465 €** pour les assurés ordinaires et de **365 €** pour les statuts « BIM » ou « omnio » ;
- le paiement d'un **acompte** est renouvelable tous les 7 jours.



Même si l'hôpital a le droit de vous réclamer un acompte, l'impossibilité de payer cet acompte ne peut pas être invoquée comme motif pour refuser une admission à l'hôpital.

- Avec la tendance à diminuer la durée des hospitalisations suite à un traitement ou une intervention chirurgicale. La décision prise par la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block, en 2015, de lancer des **projets-pilotes pour réduire le séjour hospitalier après un accouchement** de 4 à 2 ou 3 nuits, et trois jours en cas de césarienne, pourrait très vite s'étendre à d'autres traitements ou interventions chirurgicales. Outre les 6 projets-pilotes concernant la réduction du séjour à l'hôpital suite à un accouchement, 12 autres projets-pilotes pour l'hospitalisation à domicile sont actuellement en cours en Belgique. Le Service public fédéral Santé publique entend, par ce biais, tester si les patients peuvent recevoir certains soins à domicile avec les mêmes garanties sur le plan de la qualité et de la sécurité que s'ils recevaient ces soins à l'hôpital. Il s'agit de traitements avec administration intraveineuse d'antibiotiques et de certains traitements contre le cancer. Les projets pilotes courent jusqu'au 1^{er} juillet 2019 et peuvent être prolongés d'un an.

À la demande de l'INAMI, dix compagnies d'assurances membres d'Assuralia ont pour le moment décidé de collaborer sur une base volontaire à ces projets pilotes. Il s'agit plus précisément des entreprises suivantes : AG Insurance, Allianz, AXA, Baloise, Belfius Assurances, DKV, Ethias, Justitia, KBC Assurances et P&V Assurances. Elles sont disposées à intervenir financièrement dans les frais des traitements administrés à domicile comme s'ils avaient été dispensés en hôpital de jour pendant toute la durée des projets pilotes.

Les compagnies d'assurances interviendront dans les frais d'une hospitalisation à domicile en vertu des conditions prévues pour une hospitalisation de jour. Cette intervention s'applique uniquement aux patients qui participent à un projet pilote et qui ont souscrit auprès d'une de ces entreprises d'assurances une assurance hospitalisation couvrant l'hospitalisation de jour. Les frais liés à l'hospitalisation à domicile seront remboursés conformément aux conditions contractuelles de chaque entreprise d'assurances et dans les limites de ce qui est légalement autorisé.

Pour les interventions chirurgicales mineures, il est même déjà mis sur la table la possibilité d'être opéré le matin et d'être de retour à la maison le soir même.

À nouveau, l'objectif recherché est de faire des économies budgétaires. Quand on sait que par rapport aux 6 projets pilotes concernant la réduction du séjour dans un hôpital faisant suite à un accouchement, dans 30 % des cas ce renvoi précoce a donné lieu à une réhospitalisation de la mère ou du bébé ... À nouveau, cette évolution s'oppose à un droit fondamental à la santé.

En outre les services d'accompagnement à domicile, qui sont déjà débordés aujourd'hui, pourraient-ils faire face à une augmentation des besoins qui ne manquerait pas de se produire si on continue à diminuer la durée des séjours hospitaliers ?

- La marchandisation et la réduction continuelle des coûts à charge des hôpitaux a aussi pour conséquence qu'un grand nombre de personnes meurent chaque année des suites d'événements **indésirables** en milieu hospitalier.



Une infection nosocomiale ou infection associée aux soins est une infection contractée au cours d'un séjour dans un établissement de soins. Elle peut être directement liée aux soins ou survenir durant l'hospitalisation, en dehors de tout acte médical. Tous les patients ne sont pas exposés au même risque de survenue d'une infection nosocomiale. Ce risque dépend de l'âge, de l'état de santé du patient, du nombre et de la durée des actes invasifs subis (perfusions, sondes urinaires, etc.), ainsi que du contexte dans lequel ceux-ci sont effectués (urgence, répétition des actes, etc.).

Dans un article de « Test Santé » d'août-septembre 2019 intitulé « Plus de morts que sur la route. Infections liées aux soins », il est précisé que chaque année, 3.000 personnes succombent en Belgique aux conséquences d'une infection nosocomiale contractée à l'hôpital par suite d'une contamination par un virus, une bactérie ou une moisissure lors d'une hospitalisation ! C'est cinq fois plus de morts que le bilan de l'hécatombe routière ! Si l'on y ajoute les infections liées associées aux soins dans par exemple les centres de révalidation ou les maisons de repos, le nombre réel de victimes est sans doute deux fois plus important.

En outre, quand on a besoin de soins médicaux, on est souvent plus sensible aux infections qu'une personne en bonne santé. Les hôpitaux et autres centres de soins sont fréquentés par des bébés, des personnes âgées et des malades chroniques, autant de groupes vulnérables et dont le système immunitaire est affaibli.

Les appareils respiratoires, la pneumonie associée au ventilateur, les perfusions et les cathéters urinaires constituent un risque accru d'infections.

Plus de 100.000 Belges par an sont hospitalisés pour une opération banale et doivent y rester plus longtemps parce qu'ils y ont contracté une infection.

Des mesures adéquates permettraient d'en éviter au moins un tiers via notamment un respect plus strict des mesures d'hygiène et des procédures à suivre pour toutes sortes de soins et de traitements dans tous les établissements de soins.

Un programme de surveillance enregistre depuis 1994 certaines infections associées aux soins dans les hôpitaux, et depuis 2007, les hôpitaux doivent signaler les infections causées par certaines bactéries. **Ce n'est hélas pas encore le cas dans les maisons de repos.**

170.000 patients par an en maisons de repos souffrent d'une infection associée aux soins, dont 42 % sont contractées par voies respiratoires, 34 % par voies urinaires, 12 % aux niveaux de la peau ou de plaies, 2 % à cause d'une incision chirurgicale !

Selon Eurostat (office statistique de l'UE) : en 2016 quelque 1,7 million de décès ont été enregistrés dans l'Union européenne parmi les personnes âgées de moins de 75 ans. **Sur ce total, 1,2 million aurait pu être évité dont :**

- **741.000** de ces décès auraient pu être évités grâce à des interventions efficaces dans le domaine de la santé publique ;
- **422.000** de ces décès auraient pu être traités dans le cadre d'intervention en temps utiles ;
- **30 %** des personnes âgées de 70 ans et plus quittent l'hôpital dans un moins bon état de santé que lorsqu'elles y sont entrées ! Pour les plus de 80 ans, ce taux monte même à 50 % ! Cette situation dramatique est la conséquence d'un alitement prolongé (avec notamment l'apparition des escarres) et d'une prise en charge insuffisante dans les hôpitaux pour « stimuler » et ralentir la perte d'autonomie de personnes âgées qui en ont pourtant besoin à cause de leur perte fonctionnelle permanente ou non.

« Eurostat – communiqué de presse réf. : 101/2016, du 24 mai 2016 ». <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335857/3-24052016-AP-FR.pdf/335c39b1-dc37-4879-8c77-08ba757f5a3a>

- La marchandisation du secteur hospitalier va franchir une **étape supplémentaire** avec la création au plus tard au 1^{er} janvier 2020 en Belgique de **25 réseaux locorégionaux hospitaliers** au sein desquels les hôpitaux devront se répartir les tâches et l'offre médicale entre eux. Il y aura **8** réseaux locorégionaux hospitaliers en Wallonie, **13** en Flandre et **4** à Bruxelles. L'objectif de cette réforme est officiellement « de rationaliser l'offre hospitalière en encourageant les établissements à travailler davantage et plus étroitement les uns avec les autres afin d'améliorer les soins aux patients ». Mais en réalité, l'objectif principal est de **permettre des économies d'échelle**, en faisant croire que ces réseaux permettront d'offrir une meilleure qualité de soins avec plus d'efficacité. Selon le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), la capacité hospitalière pourrait être réduite à cause de cette réforme hospitalière de **9.308 lits** à l'horizon 2025 ! Le réseautage clinique entre hôpitaux s'intègre donc bien dans une optique d'économie budgétaire au détriment des besoins des patients. Le financement des hôpitaux sera également revu, dans le sens de la réforme...

Cet **objectif de « rationalisation »** de la réforme hospitalière en cours mettra donc à mal l'accessibilité aux soins hospitaliers, la survie de bon nombre d'établissements et l'organisation territoriale des soins. L'impact de cette réforme se mesurera aussi par rapport à la distance que devra parcourir un patient pour aller se soigner dans un site hospitalier.

En outre, chaque réseau devra disposer d'une personnalité juridique et de son propre organe de gestion afin de pouvoir assumer les missions qui lui seront confiées. La forme juridique qui est privilégiée dans les textes législatifs de cette réforme hospitalière, tant au niveau fédéral que wallon, est l'ASBL. Ce n'est pas innocent car ce choix privilégié de l'ASBL constitue une attaque frontale contre le statut des hôpitaux publics ! Dans le projet de Décret wallon, voté en deuxième lecture en novembre 2018 par le Gouvernement wallon, il est spécifié que « l'unanimité des hôpitaux membres d'un réseau sera indispensable pour obtenir une personnalité juridique autre que l'ASBL. Ceci donne, de facto, un pouvoir de blocage à un hôpital qui ne souhaite pas la personnalité juridique publique, fût-elle minoritaire au sein du réseau. » (*Tribune* – mars 2019 – page 18).

Bon à savoir concernant le financement des hôpitaux⁷ :

Chaque 1^{er} janvier et 1^{er} juillet, le SPF Santé publique accorde un budget aux hôpitaux : « **le prix de la journée d'hospitalisation** ». Ce budget est différent pour chaque hôpital.

Le prix de la journée d'hospitalisation est un montant forfaitaire qui couvre :

- les frais du séjour, à savoir la location de la chambre d'hôpital (dont l'infrastructure mise à disposition) et les frais d'hôtellerie ;
- les soins à l'hôpital à l'exception :
 - des médicaments ;
 - des prestations techniques ;
 - des honoraires du médecin.

Environ 80 % de ce budget est directement versé à l'hôpital par les mutualités, sous la forme d'avances mensuelles.

La partie restante est attestée via la facture patient par l'hôpital à la mutualité sur la base d'un montant par admission et d'un montant par jour.

Selon le type d'hôpital et les soins de santé pris en charge, les montants totaux (à 100 %) du prix de la journée d'hospitalisation peuvent varier en 2019 de quelques centaines d'euros à un maximum de 2.157,79 € pour un patient admis dans une unité de grand brûlé au Ziekenhuisnetwerk Antwerpen.

Bon à savoir concernant les frais d'hospitalisation à charge des patients⁸ :

Qui paie quoi ?

Le coût d'une hospitalisation se répartit entre vous et votre mutualité. L'hôpital facture directement à votre mutualité les coûts supportés par l'assurance obligatoire soins de santé (et vers les assurances hospitalisations extralégales pour ce qui est pris en charge par elles).

Le montant à votre charge pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation varie en fonction des éléments suivants :

- votre statut : vous êtes un assuré ordinaire ou vous remplissez les conditions pour bénéficier d'un meilleur remboursement (= bénéficiaire de l'intervention majorée) ;
- le choix de votre chambre : chambre commune, chambre à 2 lits, chambre particulière ;
- la période d'hospitalisation.

Le patient hospitalisé paye finalement :

1. Sa quote-part du montant par rapport au « **prix de la journée d'hospitalisation** : une intervention personnelle (URL1) variant en fonction de la durée du séjour et de la qualité de ce patient (bénéficiaire d'une intervention majorée, chômeur, personnes à charge ou non, etc.).

7. Cf. [inami.fgov.be]

8. Cf. [inami.fgov.be]

Montants d'application à partir du 1^{er} janvier 2019 :

Votre statut	Coût de la 1 ^{ère} journée (admission)	Coût de la 2 ^e journée d'hospitalisation	Coût à pd 91 ^e journée d'hospitalisation	En hôpital psychiatrique à pd 6 ^e année
Si vous avez droit à un meilleur remboursement (= bénéficiaire de l'intervention majorée) mais pas de personnes à votre charge	5,77 €	5,77 €	5,77 €	16,25 €
Si vous-même et les personnes à votre charge avez droit à un meilleur remboursement (= bénéficiaire de l'intervention majorée)	5,77 €	5,77 €	5,77 €	5,77 €
Si vous êtes chômeur sans personnes à charge	33,04 €	5,77 €	5,77 €	16,25 €
Si vous êtes chômeur (et pour les personnes à votre charge)	33,04 €	5,77 €	5,77 €	5,77 €
Si vous êtes « enfant à charge » (sauf bénéficiaire de l'intervention majorée)	33,04 €	5,77 €	5,77 €	5,77 €
Si vous avez des personnes à votre charge ou si vous devez payer une pension alimentaire (et pour les personnes à votre charge)	43,52 €	16,25 €	5,77 €	5,77 €
Si vous êtes dans une autre situation	43,52 €	16,25 €	16,25 €	27,08 €

Le coût de la 1^{ère} journée (admission) s'élève à 33,04 € à condition que vous ayez la qualité de chômeur complet depuis 12 mois. Si vous ne répondez pas à cette condition, vous paierez 43,52 € pour cette journée d'admission.

2. Un montant pour les soins dispensés au cours de son hospitalisation qui varie en fonction des éléments suivants :

- du statut du patient : soit il s'agit d'un assuré ordinaire ou soit il remplit les conditions pour bénéficier d'un meilleur remboursement (= bénéficiaire de l'intervention majorée) ;
- du choix de la chambre : chambre commune, chambre à 2 lits, chambre particulière ;
- de La période d'hospitalisation.

3. Un montant pour le coût des médicaments

Lors d'une hospitalisation, vous payez un montant forfaitaire de 0,62 € par jour de soins pour les médicaments remboursables. Votre mutualité prend à sa charge le supplément de coût de ces médicaments.

Attention : les médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé sont à votre charge. Ces médicaments sont donc facturés en plus.

4. Les suppléments éventuels

Le choix de la chambre (chambre double ou chambre commune, d'une part, et chambre individuelle, d'autre part) peut donner lieu au paiement de 2 sortes de suppléments réglementaires :

- suppléments de chambre (= suppléments en sus des frais de séjour couverts par le prix de la journée d'hospitalisation) ;

Quand le patient choisit une chambre individuelle, il doit aussi payer un « supplément de chambre » qui varie d'un hôpital à l'autre. À l'hôpital public « CHU Ambroise Paré » à Mons (lequel est géré par une Intercommunale), ce supplément « de chambre » est de 50 € par jour !

- suppléments d'honoraires (= suppléments en sus des honoraires de prestations).

C. LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ AU NIVEAU DES MÉDICAMENTS

Une **politique des médicaments** qui ne répond plus à des besoins de santé publique et qui procure un profit exponentiel pour les firmes pharmaceutiques. Si certains médicaments pour la tension artérielle et les médicaments qui réduisent le cholestérol sont devenus moins chers, ce n'est pas le cas des nouveaux médicaments dont les prix ont augmenté de façons vertigineuses. Pour la période 2015 à 2018, le dépassement cumulé du budget des médicaments se monte à **1 milliard d'euros** ! Depuis 2015, ce sont des ententes secrètes, et donc non transparentes, entre la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé Maggie De Block et les firmes pharmaceutiques sur les prix des nouveaux médicaments qui sont responsables de cette situation ! Pourtant l'objectif initial de ces ententes secrètes était d'aboutir à un « **deal** » temporaire où, officiellement, l'État paye le prix plein d'un médicament innovant, et, en contrepartie, la firme pharmaceutique accorde à l'État des « **ristournes** » tenues secrètes. Ce « deal » aurait dû permettre d'aboutir à une maîtrise du budget de l'INAMI consacré aux médicaments innovants. Le problème est que les firmes pharmaceutiques n'ont jamais fourni l'information nécessaire à une véritable négociation sur les prix de ces nouveaux médicaments. Fixer un prix de vente équitable est donc impossible puisqu'il n'y a aucune transparence sur les coûts. Rien n'empêche donc les firmes pharmaceutiques de mentir sur les coûts en recherche et développement d'un nouveau médicament pour justifier les prix élevés qu'elles demandent. Grâce à cette tactique, le secteur pharmaceutique a conforté sa stratégie de profit maximum au détriment d'une politique de santé publique qui doit tenir compte des besoins à un coût accessible de médicaments innovants de qualité. Le nombre de ces accords secrets n'a fait qu'augmenter au cours des années (78 en 2015 et 169 en 2017). Quant aux ristournes accordées par l'industrie pharmaceutique : sur les 207 millions d'euros dépensés par l'INAMI en 2015 dans le cadre de ces accords secrets, seulement 54 millions d'euros ont été rétrocédés par les firmes pharmaceutiques. **Pour un euro remboursé en 2015, les firmes pharmaceutiques en touchaient quatre !**

En conclusion, ces conventions ultra-secrètes n'ont pas abouti à une maîtrise du budget de l'INAMI consacré aux médicaments innovants, mais, bien au contraire, à une flambée démesurée des prix exigés par les firmes pharmaceutiques, en contrepartie de ristournes largement insuffisantes en rapport aux sommes dépensées pour l'achat de ces médicaments innovants.



- La dépense en remboursement de médicaments (c'est-à-dire la somme de tous les remboursements partiels et totaux des médicaments) représente actuellement un coût de **4,5 milliards d'euros/an pour l'INAMI** (en moyenne **400 €/an** par habitant) sur un budget global de l'INAMI, toutes branches confondues, de **24,1 milliards d'euros** ! Cela n'empêche pas que le budget moyen des Belges pour leurs médicaments — en plus du paiement de leurs cotisations sociales pour le financement de la sécurité sociale — est de **2,1 milliards d'euros/an** (en moyenne **150 €/an** par habitant) selon la dernière enquête sur le budget des ménages. Ce dernier montant de 150 €/an comprend la **quote-part personnelle** payée par les patients appelé « **ticket modérateur** » + le coût des médicaments non remboursés par l'INAMI + le coût des médicaments en vente libre.
- Selon le Comité de monitoring qui a fait à la demande du gouvernement fédéral une estimation de la situation budgétaire de la Belgique pour 2020-2024, les coûts des médicaments devraient **augmenter de 30 %** ces prochaines années pour atteindre **6,6 milliards d'euros en 2024** ! À ce rythme-là, la facture des médicaments augmente deux fois plus vite que celle des hôpitaux, trois fois plus vite que celle des salaires des médecins et six fois plus vite que celle des salaires des infirmiers ! En conséquence de quoi, il manquerait 1,4 milliards d'euros pour pouvoir rembourser nos médicaments en 2024 !

La **politique des médicaments qui conforte les profits plantureux de l'industrie pharmaceutique** est d'autant plus inacceptable que le budget du secteur des soins de santé subit continuellement des mesures d'économie alors qu'en quatre années le budget des médicaments a augmenté de 600 % (budget multiplié par six). Cette part exponentielle du Budget de l'INAMI consacrée aux médicaments **se fait donc au détriment** du financement des autres branches de l'INAMI et aussi du remboursement d'autres médicaments qui peuvent être plus nécessaires à la population que ceux mis en avant par les firmes pharmaceutiques dans le cadre de ces conventions ultra-secrètes ! Si les soins dentaires sont si mal remboursés par exemple, c'est aussi à cause des bénéfices plantureux de l'industrie pharmaceutique.

Cerise sur le gâteau : l'augmentation sans limite du profit des firmes pharmaceutiques n'empêche pas la pénurie de certains médicaments ! **Bien au contraire, elle en est la cause** ! L'Agence fédérale de médicaments et des produits de santé (AFMPS), qui est un organisme d'intérêt public belge qui joue un rôle essentiel dans la protection de la santé publique, a annoncé en février 2019 qu'il manquait 428 médicaments en Belgique (on en dénombrait 413 en novembre 2018). Cette pénurie concerne aussi bien les médicaments innovants

que les plus anciens comme les aspirines. Il manque ainsi des médicaments pour des maladies cardiaques, pour des cancers et pour certains traitements psychiatriques. **Les causes de cette pénurie** : les laboratoires pharmaceutiques décident que le marché belge représente une certaine quantité de médicaments, et pas plus. Cette « évaluation » ne tient absolument pas compte des besoins des patients, mais du fait que ces laboratoires préfèrent vendre leurs médicaments à l'étranger, où les prix sont plus élevés. Et, évidemment, une fois que les stocks mensuels sont écoulés, il y a rupture dans l'approvisionnement de ces médicaments. Vous avez dit « Santé publique » ?

D. MANQUE DE PLANIFICATION

Quand la politique de santé publique ne planifie pas une offre médicale et paramédicale en soins de santé, avec une formation de qualité de spécialistes de la santé en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population.

Cette planification nécessite de :

- fixer des quotas de la force de travail par discipline médicale (médecins, infirmiers, etc.) qui reposent sur les besoins réels de la population ;
- assurer aux facultés de médecine, aux écoles d'infirmières et des professions paramédicales les moyens nécessaires pour qu'elles soient en mesure de garantir une formation de qualité aux étudiants, sans oublier le financement nécessaire pour assurer des formations continuées tout au long de la carrière professionnelle des travailleurs du secteur.

C'est plus spécifiquement le cas de la Wallonie :

Selon l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ), 144 communes wallonnes sur 262 (plus d'une commune wallonne sur deux !) manquent de médecins généralistes (contre 119 communes en 2016). Cette pénurie de médecins généralistes n'empêche pas la Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block de mener une politique de limitation à l'accès à la profession de médecins en durcissant la délivrance des numéros INAMI qui sont nécessaires aux médecins pour pouvoir exercer leur profession. Cette question a aussi une dimension communautaire quand on sait que la répartition des numéros INAMI entre médecins néerlandophones et francophones, est de 60 % - 40 %.

Namur compte **21** généralistes pour 10 000 habitants, et Charleroi, Mouscron, Arlon, Marche ou Neufchâteau n'en ont que **13** pour 10.000 habitants. En province de Liège, 19 communes sur 84 manquent également cruellement de médecins généralistes. La pénurie est encore plus grave dans les zones rurales. En outre, plus de la moitié des médecins généralistes ont plus de 55 ans en Belgique, et 28 % d'entre eux ont moins de 45 ans, ce qui sera insuffisant pour compenser les nombreux départs à la retraite.

La pénurie guette aussi la médecine d'urgence et le nombre de praticiens de l'art infirmier, en particulier pour les soins gériatriques. « **S'il n'y a pas assez de jeunes désireux d'embrasser une carrière d'infirmier ou d'aide-soignant, il y en a encore moins qui veulent s'occuper de personnes âgées.** »⁹. Et celles et ceux qui choisissent de travailler dans ce secteur des soins aux personnes âgées se plaignent de plus en plus du rythme de travail trop élevé — qui ne leur donne pas le temps de s'occuper réellement du bien-être des résidents d'une maison de repos — d'un salaire beaucoup trop peu élevé et attractif ainsi que d'un manque de reconnaissance sociale de leurs métiers pourtant de plus en plus importants en regard du vieillissement de la population. **À ce rythme-là, il n'y aura plus personne pour s'occuper de nous quand nous serons vieux.** La Belgique et la Wallonie ont besoin de beaucoup plus de ces infirmiers et aides-soignants dont l'apprentissage du métier et les conditions de travail devraient leur permettre de traiter les personnes âgées avec le plus grand respect. Ces métiers ont en outre besoin d'une reconnaissance sociale en rapport avec leur importance, laquelle doit se traduire aussi par une revalorisation généralisée des barèmes salariaux en vigueur.

En conclusion :

- Les moyens que la collectivité mobilise dans le cadre d'une politique de santé publique pour offrir les soins de santé nécessaires à celles et ceux qui sont fragilisés par la maladie, servent de plus en plus à rémunérer des honoraires excessifs des médecins et à couvrir les prix exorbitants des traitements exigés par l'industrie des médicaments et des technologies médicales. Cette politique, en s'attaquant au financement public des soins, limite l'offre médicale et paramédicale en personnel de soins, limitation qui empêche d'assurer un encadrement multidisciplinaire de qualité autour des patients.
- Le droit à la santé est de plus en plus remis en question en Belgique à cause d'une politique d'austérité budgétaire qui a pour conséquence de couper les ailes à toute politique efficace de santé publique, avec comme objectif sous-jacent : **la marchandisation de tout le secteur de la santé**. Cette politique d'austérité budgétaire, qui est avalisée et sacralisée au niveau européen, n'est pas une fatalité inéluctable quand on sait que ces trois dernières années la Banque centrale européenne a injecté plus de **2.500 milliards d'euros** de liquidité sur les marchés financiers. De telles sommes astronomiques auraient été beaucoup plus utiles

9. Ann Peuteman dans « Knack » du 26/03/2019.

si elles avaient servi notamment à renforcer, au niveau européen, le financement des politiques de santé publique.

Cette insécurité financière est accentuée :

- par la complexité des procédures de remboursement — « majorées » ou non — des soins de santé en ambulatoire comme à l'hôpital (statut BIM, Dossier Médical Global, tiers payant, ticket modérateur et le maximum à facturer) ;
- par ce que couvre ou non l'INAMI, les assurances complémentaires des mutualités (couverture qui diffère d'une mutualité à une autre) et les assurances hospitalisation extra légales (couverture qui diffère aussi d'une assurance à une autre et qui peut être limitée dans le temps ou en fonction de la rupture d'un contrat de travail entre le travailleur et l'employeur ou le secteur d'activité qui a instauré cette assurance hospitalisation) ;
- par les procédures administratives compliquées à suivre dans le cas des forfaits de soins infirmiers à domicile, les trajets de soins et la prise en charge des maladies chroniques, et tout ce qui concerne les prothèses orthopédiques et auditives, et les conditions de remboursement des séances de kinésithérapie et des soins dentaires, etc. ;
- par les règles peu claires concernant les frais d'ambulance et leur remboursement selon qu'il s'agit d'un transport médical urgent ou non urgent.

L'insécurité financière est particulièrement tragique pour les personnes âgées car au plus on vieillit, au plus on est susceptible d'être atteint par des maladies chroniques et des pathologies lourdes ou dégénératives. Cette détérioration de la santé a évidemment comme conséquence d'augmenter le nombre de visites chez le médecin (spécialiste ou non) et le nombre et la longueur de séjours à l'hôpital. Pour les personnes âgées, les suppléments d'honoraires peuvent augmenter rapidement — aussi bien en ambulatoire en cas de « déconventionnement » du médecin qu'en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle — avec la multiplication des honoraires de surveillance et des séances de rééducation. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le patient ne peut pas estimer correctement le montant de sa facture finale. Et c'est souvent à cause de cette insécurité tarifaire que beaucoup hésite à se faire soigner.

Il ne faut donc surtout pas croire que la Belgique possède les soins de santé parmi les meilleurs d'Europe, comme l'affirme chaque année les médias en s'appuyant sur la publication des chiffres d'un « index HCP » (**Health Consumer Powerhouse**), lequel évalue les systèmes de santé dans les pays européens. Cet index HCP est en fait élaboré par un **think tank privé et libéral** qui promeut le libre-échange et qui voit d'un très mauvais œil toutes interventions de responsables politiques dans le cadre d'une politique de santé publique. Son évaluation des systèmes de santé européens se fait sur la base d'une méthodologie très critiquable qui utilise principalement comme indicateur la rapidité avec laquelle on peut consulter un médecin/un spécialiste ou le délai d'attente pour faire une radio, une IRM, un scanner ou tout autre examen technique. Ces calculs des délais d'attente réalisés sur base de moyenne et en fonction de l'offre de soins d'un pays ne suffisent évidemment pas à évaluer et comparer les systèmes de santé européens forts différents les uns des autres. L'« index HCP » classe ainsi la Belgique comme ayant un des meilleurs systèmes de soins de santé d'Europe, alors que les inégalités d'accès à notre système de soins de santé n'arrêtent pas de se creuser ! Il est beaucoup plus sérieux de consulter les statistiques sur les soins de santé réalisées par Eurostat car elles se basent sur des indicateurs beaucoup plus objectifs tels que les dépenses en soins de santé, les ressources humaines et techniques en matière de soins de santé, les activités liées aux soins de santé en milieu hospitalier et non hospitalier (qui couvrent les traitements et la prévention), l'utilisation de médicaments et les besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits. Tous ces indicateurs peuvent être utilisés pour évaluer le fonctionnement et les performances des systèmes de soins de santé, y compris la qualité et l'accès aux services de soins de santé.

Selon deux récents bilans de la Commission Européenne¹⁰, qui ont passé au crible la situation économique et sociale dans les différents États membres, **la Belgique serait en fait le plus mauvais élève de l'Union Européenne en matière d'accès aux soins.** La Belgique est le pays d'Europe où l'inégalité d'accès aux soins entre les hauts et les bas revenus serait la plus marquée.

- **Le taux de report des soins pour raisons financières est très fréquent en Belgique. Il est de 40 % pour les personnes à faible revenu.**
- **À l'âge de 50 ans, une personne qui a eu un niveau de vie socio-économique élevé peut vivre en Belgique 6 ans de plus que les autres. L'espérance de vie n'est que de 78,8 ans dans le Hainaut, alors qu'il atteint 82,9 ans dans le Brabant flamand !**

10. Commission Staff Working Document - Country Report Belgium 2019 - COM(2019) 150 final.
[https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-belgium_en.pdf]
Veerle Buffel & Ides Nicaise - ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare - Belgium - 2018.

En outre :

Une vaste étude de Solidaris¹¹ menée depuis un an parmi ses trois millions d'affiliés met en évidence que ces inégalités de santé se retrouvent à plusieurs niveaux :

- Le risque de mourir avant l'âge symbolique de la pension est plus de deux fois plus élevé chez les 5 % de personnes les plus précaires (450 décès sur 150.000 personnes) comparativement aux 5 % les plus aisés (174 décès sur 150.000 personnes).
- Les personnes issues des milieux défavorisés vivent en moins bonne santé que celles des milieux aisés et chaque groupe social a un état de santé supérieur à celui du groupe en dessous. Ces inégalités se manifestent notamment dans les maladies chroniques. Le diabète est deux fois plus présent chez les personnes les plus précarisées que chez les plus nantis. La tendance est la même pour la bronchite chronique.
- Ces inégalités sociales se traduisent également par un mal-être important parmi les personnes en bas de l'échelle sociale. Les personnes les plus précarisées sont 2,3 fois plus nombreuses à être hospitalisées pour des problèmes de santé mentale que les personnes les plus aisées.
- Le recours aux soins préventifs est également très marqué socialement. C'est le cas notamment du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. L'indice de dépistage est respectivement inférieur de 14 % et 11 % pour les femmes précarisées par rapport à la population moyenne alors qu'il est supérieur de 12 % et 13 % parmi les femmes aisées.
- Conséquence de ce qui précède, la consommation de soins est nettement plus élevée dans les milieux précarisés qui comptabilisent 1,4 fois plus de personnes hospitalisées et pour des durées 1,3 fois plus longues.
- « *Quelque **205.000 belges de 16 ans et plus** ne peuvent pas répondre à leurs besoins en soins de santé pour des raisons financières* » (selon l'enquête d'octobre 2017 de la Direction Générale Statistique du SPF Économie sur les revenus et les conditions de vie des Belges). Selon le réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP), beaucoup de malades paupérisés n'osent pas se soigner à cause de l'insécurité financière quant aux coûts des soins de santé.
- Un peu moins de **20 %** des Belges déclarent qu'ils ne peuvent pas se permettre une simple visite chez le dentiste. Cela signifie qu'un Belge sur cinq se sent obligé de rogner sur les soins dentaires. Nous observons le même pourcentage en ce qui concerne la santé mentale : **21 %** des Belges y renoncent faute de moyens. Chez les plus bas revenus, ce chiffre grimpe à **36 %**.



La ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block a pris comme mesure de rembourser dès la fin de 2018 une partie des consultations chez un psychologue. Ce remboursement sera plafonné à deux fois quatre séances, pour lesquelles les patients souffrant de dépression, d'anxiété ou de dépendance à l'alcool débourseront au maximum 11 €. Mais ce remboursement ne s'appliquera que pour les patients de moins de 65 ans ! À nouveau, par cette mesure, on exclut les aînés alors qu'ils ont contribué pendant de nombreuses années à la solidarité dans la société en payant mois après mois leurs cotisations sociales pour financer la sécurité sociale. Où est l'éthique derrière une telle discrimination ?

- Selon les témoignages recueillis par le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (**RWLP**), beaucoup de malades paupérisés ne se soignent pas à cause de l'insécurité financière quant aux coûts des soins de santé. **Il n'est même plus question ici de report de soins !**

À cause du non-respect d'un droit fondamental à la santé et malgré les dispositifs chargés de limiter les dépenses en soins médicaux comme le « Bénéficiaire d'Intervention Majorée (**BIM**), le Maximum à facturer (**MàF**) et le Dossier Médical Global (**DMG**) », les personnes qui ne disposent pas d'un revenu confortable ont de plus en plus de difficultés à se payer des soins médicaux.

L'augmentation du nombre de prestataires « déconventionnés » a des répercussions directes et importantes sur l'augmentation des suppléments d'honoraires. Cette évolution inquiétante est aussi la conséquence d'un désengagement progressif de l'État fédéral par rapport à notre système de soins de santé et la politique de santé publique de la Belgique !

Malgré tout, notre système de santé permet encore de guérir de nombreuses pathologies à un prix réduit en Belgique. Mais pour combien de temps encore ?

11. « Le thermomètre des Belges – Rapport de recherche – Où en sont les inégalités aujourd'hui ? » - janvier 2019 - <http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2019/01/ThermoXI-Rapport-complet.pdf>

NOUS ÉVOLUONS DE PLUS EN PLUS VERS DES SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

« Nous sommes dès lors face à un choix fondamental : optons-nous pour des soins de pointe, parfois inutiles, destinés uniquement aux nantis hautement qualifiés ? Ou pour une offre élargie et de qualité accessible à tous, y compris ceux qui ont le plus de difficultés à y accéder par manque de moyens et de connaissances, et qui doivent se contenter d'une alimentation et des logements de moindre qualité ? »¹²

Réactions et propos de Solidaris à ce sujet :

- Pour Jean-Pascal Labille, le Secrétaire général de l'Union nationale des Mutualités socialistes – Solidaris : *« Nous assistons à une privatisation larvée du financement des soins hospitaliers, accentuée par la politique d'austérité sans précédent menée ces dernières années dans les soins de santé et dans le secteur hospitalier en particulier ».*
- La mutualité Solidaris propose d'investir un demi-milliard d'euros dans l'assurance maladie *« pour refinancer les hôpitaux et les médecins sur une base solidaire, transparente et juste afin de rendre superflus les suppléments d'honoraires ».* Dans l'attente d'une réforme, Jean-Pascal Labille propose un gel généralisé de ces suppléments d'honoraires.

12. Propos de Ri de Ridder – Président de Médecin du Monde et ancien Directeur Général de l'INAMI), de Rita Baeten – analyste politique à l'Observatoire Social Européen (OSE) et de Ray Remmen, médecin généraliste et professeur de médecine générale aux universités d'Anvers et d'Hasselt - « *La Libre Belgique* » du 22 mars 2019.

3

DROIT À LA SANTÉ ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : VERS UNE SOCIÉTÉ POUR TOUS LES ÂGES

Pour qu'une politique de santé d'un État préserve un droit fondamental à la santé de tous ses citoyens et citoyennes, il faut aussi que cette politique planifie et assure un suivi périodique de la situation en matière de santé publique, dans l'objectif de s'améliorer continuellement en regard des enjeux importants tels que, par exemple, le vieillissement de la population, la perte d'autonomie et l'augmentation du nombre de patients atteint de maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance rénale ou les maladies dégénératives et inflammatoires, lesquelles augmentent avec le vieillissement de la population.

Un droit fondamental à la santé doit donc aussi s'appliquer à la personne âgée, quel que soit son niveau de santé physique ou mental, sa perte d'autonomie, son niveau de revenus et sa situation sociale.

Ce « droit fondamental à la santé » ne peut être garanti que si une politique est menée en amont pour que les personnes âgées fassent toujours partie intégrante de la société, en évitant de les exclure, de les isoler, de les discriminer, voire de les rejeter dans un ghetto. Cette réflexion sur l'intégration des personnes âgées au sein de la société s'est concrétisée par l'élaboration de différentes Chartes de droits les concernant, tant aux niveaux de l'ONU, qu'europpéen.

1. 1999 : ANNÉE INTERNATIONALE DES PERSONNES ÂGÉES

Un des jalons importants pour la mise en œuvre de l'intégration des personnes âgées au sein des sociétés où elles vivent, a été la célébration par l'ONU de l'année 1999 comme Année internationale des personnes âgées. L'objectif était de promouvoir « **Une société pour tous les âges** ». Les travaux, les recommandations et les conférences qui ont été développés depuis lors s'articulent autour des axes suivants :

- **l'épanouissement de l'individu tout au long de sa vie ;**
- **les relations et la solidarité entre les générations ;**
- **la place des personnes âgées au sein de la société.**

Le but politique de promouvoir une « société pour tous les âges » et d'exploiter pleinement le potentiel du vieillissement de la population remettait en question des attitudes, des pratiques et des politiques, à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la vie sociale et économique. Le fait d'insister sur la nécessité d'exploiter pleinement les ressources considérables des sociétés vieillissantes constituait un changement de direction radical par rapport à la vision, essentiellement orientée vers les services sociaux à la vieillesse, qui prévalait dans les années 1980-1990.

Pour se concrétiser, ce changement radical dans la vision de la vieillesse doit s'appuyer sur des politiques sociales qui garantissent aux personnes âgées leur indépendance économique, le droit de prendre les décisions qui les concernent et le droit d'être des acteurs sociaux à part entière au sein de la collectivité où elles vivent, et cela quel que soit leur état de santé physique ou mental, leur situation sociale, leur degré d'éducation, leur perte d'autonomie et leurs origines culturelles. Ces politiques sociales doivent aussi assurer, grâce à la solidarité intergénérationnelle, une meilleure sécurité sociale/protection sociale pour les personnes âgées, avec notamment la garantie d'une pension suffisante et de soins et services de qualité, accessibles et abordables financièrement, pour maintenir leur autonomie.

Dans cette optique, maintenir un droit fondamental à la santé ne peut être atteint que si d'autres droits fondamentaux sont également garantis, comme par exemple :

- Le droit à la vie privée, que ce soit à domicile ou en maison de repos.
- Le droit à la vie affective et à une vie sexuelle. Il n'est pas si évident que cela d'avoir des relations intimes en maison de repos.

- Le droit aux loisirs, à la formation, à la culture et à la pratique des activités physiques et sportives.
- Le droit à une information complète et efficace, notamment par rapport à sa santé, dans le respect total de la personne. Etre âgé ne veut pas dire qu'on redevient des enfants !
- Le droit à la citoyenneté responsable et à la participation aux décisions collectives par une présence et une représentation effective dans des instances compétentes. Les Conseils consultatifs communaux des aînés en sont un bon exemple.
- Le droit d'obtenir des services et des aides de nature à accroître les aptitudes à vivre de manière indépendante. Ce qui est en jeu ici c'est autant le développement des aides et services à domicile pour préserver l'autonomie des personnes âgées, que le développement de transports en commun en nombre suffisant et accessible à des personnes en perte d'autonomie, qu'une politique d'aménagement du territoire qui tienne compte d'une population vieillissante moins mobile.
- La liberté de choisir son mode de vie, même en cas de perte d'autonomie.

Le non-respect de tous ces droits fondamentaux agit comme un multiplicateur des problèmes de santé, physiques et psychologiques, et renforce la perte d'autonomie. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui sont souvent très isolées.

En conclusion, toute personne en situation de dépendance doit pouvoir conserver l'intégralité de ses droits fondamentaux, dont son droit à la santé.

C'est bien la conception défendue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « la santé implique que tous les individus, quelles que soient les circonstances du moment ou quel que soit leur âge et leur perte d'autonomie, puissent accéder au bien-être en tirant pleinement parti de leurs capacités fonctionnelles existantes. Le droit à la santé mentale et physique, ainsi que le droit à des mesures de prévention, à la réhabilitation et à la protection légale en cas de soins impliquent la mise en place d'une infrastructure qui permette l'exercice de ces droits. L'environnement physique et social ne peut aggraver l'effet d'une perte d'autonomie et empêcher les personnes âgées de mener une vie gratifiante et productive ».

2. LA CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE

Cette charte a été adoptée le 7 décembre 2000 par l'Union européenne, et le Traité de Lisbonne de 2007 lui donne une valeur juridiquement contraignante. Elle reconnaît :

- **En son article 25 intitulé « Droits des personnes âgées »** : le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle.
- **En son article 26 intitulé « Intégration des personnes handicapées »** : le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.

Les articles 25 et 26 de la **Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne vont servir de socle à l'instauration en juin 2010 d'une Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée.**

Cette dernière Charte européenne élargit le droit fondamental à la santé en prenant plus en compte la perte d'autonomie d'une population vieillissante et ses conséquences sur la vie quotidienne de ces personnes âgées et de leurs proches. Cette Charte stipule en son préambule que : « **Lorsqu'on vieillit et que l'on est amené à dépendre des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, en raison de son âge, d'une maladie ou d'une incapacité, on doit conserver un droit au respect de notre dignité en tant qu'être humain, à notre bien-être psychique et mental, à notre liberté et à notre sécurité** ».

Cette Charte met clairement en évidence deux principes importants auxquels nous souscrivons :

- Les soins de santé et les soins de longue durée, y compris la prévention et les interventions précoces, **doivent être considérés non pas comme un coût mais comme un investissement dont bénéficieront tous les groupes d'âge.**
- Les services de santé et de soins de longue durée dans l'Union européenne doivent être fondés **sur le principe de la solidarité entre les générations** et refléter les dispositions du Traité de Lisbonne, selon lesquelles l'Union européenne « *combat l'exclusion sociale et les discriminations, et promeut la justice et la protection sociales, l'égalité entre les femmes et les hommes, la solidarité entre les générations et la protection des droits de l'enfant* ».

Cette Charte entend être un document de référence en Europe qui définit les principes et les droits fondamentaux qui doivent être encouragés pour améliorer le bien-être de toutes les personnes qui dépendent des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, en raison de leur âge, d'une maladie ou d'une incapacité.

3. POUR UNE CHARTE DES DROITS DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Au niveau syndical, la Fédération Européenne des Retraités et des Personnes Agées (FERPA) a élaboré en octobre 2010 une Charte qui énumère des droits fondamentaux en prenant plus spécifiquement comme référence une population âgée à la retraite et en perte d'autonomie.

Ce document a le mérite de concrétiser ce qu'est un droit fondamental à la santé en mettant en avant les problèmes et les besoins qui se posent au quotidien quand on est une personne âgée paupérisée, à cause de sa petite pension, et en perte d'autonomie.

Dans ce document intitulé « **Pour une Charte des droits des personnes en perte d'autonomie** », la FERPA revendique, à la 1^{ère} personne, entre autres :

- J'ai le droit de bénéficier d'un revenu décent, j'ai le droit à une vie digne et à la prise en charge pour mes frais de santé.
- J'ai le droit de vivre dans un environnement sûr et accessible, de me déplacer sur la voie publique sans danger et d'utiliser des moyens de transport adaptés à mes besoins.
- J'ai le droit d'être entendu, d'être respecté par mes interlocuteurs, et d'avoir une facilité d'accès aux services, guichets et aux magasins, sans devoir faire la file.
- J'ai le droit d'être informé sur mon état de santé à temps et avec objectivité, de prendre des décisions en ce qui concerne les traitements médicaux conjointement avec ma famille et mes médecins de confiance et d'habiliter mon/ma conjoint-e à prendre des décisions en mon nom si je ne suis plus apte à le faire moi-même.
- J'ai le droit d'être soigné en temps opportun et avec professionnalisme, sans de longues périodes d'attentes pour des contrôles médicaux ou des examens spécialisés et d'obtenir des réponses adaptées à mes besoins à travers un réseau de services et d'offres accessibles.
- J'ai le droit d'avoir une assistance afin de préserver mon autonomie et d'améliorer ma situation et mes possibilités de contacts sociaux, en recourant également à l'innovation technologique mise à disposition dans le cadre de la recherche.
- J'ai le droit d'être encadré par un personnel soignant compréhensif et expérimenté en cas d'aggravation de mon état de santé, de recevoir une aide de ma famille et pour ma famille et de bénéficier de soins adaptés et financièrement supportables.
- J'ai le droit de bénéficier de tous soins et de l'attention nécessaire des médecins et du personnel soignant à la maison mais aussi dans les maisons de santé/repos, même en cas d'aggravation de ma dépendance.
- J'ai le droit de bénéficier de traitements contre la douleur, d'exprimer librement mes sentiments et mes émotions, de garder mon identité et de voir mes décisions respectées, mêmes si celles-ci ne sont pas approuvées, et de ne pas perdre espoir quoi qu'il arrive.

4. DROIT FONDAMENTAL À LA SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE : QU'EN EST-IL EN BELGIQUE ET EN WALLONIE ?

Aujourd'hui, malgré l'existence de ces Chartes et Droits fondamentaux aux niveaux international et européen, l'âge est aussi devenu en Belgique et en Wallonie un indicateur qui limite généralement le droit à la santé d'une personne. Et cela de façon encore plus dramatique quand une personne âgée dépend des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, en raison de son âge, de sa maladie ou d'une incapacité.

Le droit à la santé pour les personnes âgées en perte d'autonomie se heurte à nouveau aux **deux mêmes grands obstacles** qui empêchent la mise en œuvre de ce droit fondamental :

1. Une politique ultra-libérale d'austérité budgétaire ;

2. Laquelle vise, sans le dire explicitement, la marchandisation/privatisation de tout le secteur de la santé, des soins et services à domicile à l'hébergement en maison de repos.

Et cela dans un contexte où les personnes âgées et les pensionnés sont de plus en plus paupérisés.

EN BELGIQUE

En Belgique, le montant des pensions n'est pas suffisant pour permettre aux pensionnés de pouvoir bénéficier des biens et des services essentiels à leur existence. Cela est encore plus dramatiquement le cas pour les femmes que pour les hommes.

En utilisant les statistiques 2018 du Service Fédéral des Pensions (SFP), on peut calculer le montant moyen des pensions en Belgique pour les travailleurs qui ont eu une **carrière pure de salarié** (c'est-à-dire une carrière de salarié uniquement, sans avoir travaillé comme indépendant ou comme agent nommé des services publics). Ce montant moyen, qui tient compte de toutes les durées des carrières professionnelles des salariés (et pas uniquement des carrières complètes de 45 années), n'est que de **1.025 €** (brut = net à ce niveau de montant) pour les hommes et de **789 €** (brut = net) pour les femmes ! Ces montants moyens des pensions sont en dessous du seuil de pauvreté, lequel est actuellement de **1.115 €** pour un isolé en Belgique ! Sur les **1.254.787** pensionnés actuels qui ont eu une carrière pure de salarié, **310.932** ont en Belgique une pension inférieure à **1.000 €**, dont **212.294** femmes (**68 %** du total).

Avec de tels montants moyens, Il est malheureusement fréquent que les pensionnés doivent faire des choix dans leur vie quotidienne entre manger correctement, se loger, s'habiller, se chauffer ou se soigner. Et on ne fait même pas allusion dans toutes ces restrictions aux loisirs et aux vacances auxquelles les personnes âgées ont également droit.

Assurer un droit fondamental à la santé dans une telle situation de pauvreté est évidemment un objectif impossible à atteindre. Avec de si faibles pensions, un pensionné n'a pas les moyens de payer son hébergement en maison de repos dont les frais d'hôtellerie et les frais annexes sont très souvent supérieurs à 1.500 €. Quand on sait que les trois-quarts des résidents en maisons de repos sont actuellement des femmes, pas besoins de calculs compliqués pour en conclure qu'être hébergé dans une maison est un luxe qui ne peut être assuré qu'en sollicitant une aide financière des CPAS.

Et pour qu'un CPAS octroie une aide financière sans chercher à la récupérer par la suite, il faut vraiment que la personne ainsi aidée n'ait plus aucun revenu ni aucun bien. En effet :

- Un CPAS ne procure une aide sociale ou financière que de façon résiduaire. Cela veut dire qu'il n'interviendra que quand la personne aura épuisé le recours à d'autres moyens financiers et pour autant qu'elle ait fait valoir ses droits à toutes les prestations sociales (dont par exemple l'Allocation pour les personnes âgées en perte d'autonomie – APA !).
- Si un CPAS intervient dans les frais de séjour et de soins d'une personne résidant dans une maison de repos, la loi permet dans certaines situations aux CPAS de récupérer ce qui peut l'être par des recours auprès des débiteurs d'aliments. Il s'agit ici du/de la conjoint·e ou ex-conjoint·e, des enfants — y compris les enfants adoptés, des petits-enfants, les beaux-parents et des beaux-enfants, et dans certains cas des parents et enfants par alliance.

Les procédures de recouvrement des CPAS peuvent se faire vis-à-vis de la famille par des arrangements à l'amiable ou de façon forcée par les voies judiciaires et administratives.

- L'intervention des débiteurs d'aliments est fixée par la loi sur base d'un barème d'intervention. La loi limite également les revenus en-deçà desquels il ne peut être procédé au recouvrement à charge des débiteurs d'aliments.
- En outre, le CPAS « conseille » également aux personnes sollicitant son aide d'utiliser leur pension, leur épargne éventuelle et, le cas échéant, de vendre ou de louer leur maison ou appartement s'ils en sont les propriétaires. Si le/la conjoint·e reste dans la maison pendant que son mari ou sa femme est hébergée dans une maison de repos, cette maison peut être mise en hypothèque par le CPAS en vue de récupérer les aides financières. En procédant ainsi, les enfants sont privés d'un héritage important qui leur revenait et pour lequel leurs parents avaient dû économiser toute leur vie pour le leur transmettre via la succession.
- Et si la maison ou l'appartement a été vendu récemment, la personne qui sollicite une aide sociale ou financière devra justifier toutes les dépenses faites avec le produit de la vente.
- Un CPAS peut se dispenser de la récupération que par une décision individuelle et pour des raisons d'équité qui devront être mentionnées dans la décision de ne pas récupérer cette aide financière.

En conclusion, dans ce contexte de détresse et de pauvreté, il est très illusoire de concrétiser un droit fondamental à la santé si on n'augmente pas le montant des pensions à au moins un minimum de 1.500 € net par mois, comme le revendique la FGTB.

Parallèlement à la paupérisation dramatique des personnes âgées et des pensionnés, nous assistons donc aussi à une marchandisation/privatisation/libéralisation de tout le secteur de l'hébergement dans les maisons de repos et des soins et services à domicile :

1. Pour les travailleuses et travailleurs des secteurs concernés par les personnes âgées en perte d'autonomie :

- **Par le biais d'une politique continuelle de réductions des coûts (salariaux, de fonctionnement, pour la formation continuée, ...).**
- **Par le biais d'une politique de l'emploi flexible et à sous-statuts, qui se caractérise par :**
 - La généralisation des contrats précaires (à durée déterminée et à temps partiel), le bénévolat et l'engagement de travailleurs sous statut « contractuel » dans les services publics.
 - Une politique de déprofessionnalisation des métiers concernés. Le développement des « aidants proches » en est un bon exemple.
 - Une hyperspécialisation et segmentation des tâches qui conduisent à une logique de travail à la chaîne. Conséquence ? L'offre de soins et services ne s'organise plus dans une logique de prise en charge individuelle et globale.
 - Des cadences infernales et un manque d'attractivité des métiers relevant tant du secteur privé subventionné que des secteurs concernés au sein de services publics.

2. Pour le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins :

- Par une forte hausse des prix d'hébergement en maison de repos ces 5 dernières années !

D'après une analyse actuelle de la Fédération des CPAS sur l'évolution des prix de base en maisons de repos de 1998 à 2018 (donc sans prise en compte des suppléments) la croissance réelle (hors inflation) cumulée des coûts d'hébergement en maison de repos a été sur 5 années, de 2013 à 2018 :

 - De **11,2 %** dans le secteur public (**20,1 %** en tenant compte de l'inflation) ;
 - De **22,3 %** dans le secteur privé commercial (**32,1 %** en tenant compte de l'inflation) ;
 - De **18,7 %** dans le secteur associatif (**28,2 %** en tenant compte de l'inflation).

De **17 %** pour les 3 secteurs (**26,4 %** en tenant compte de l'inflation), alors qu'elle ne fut que de respectivement **3,5 %**, **0,7 %** et **- 2,2 %** au cours des 3 quinquennats précédents 2013 (1998-2003 ; 2003-2008 et 2008-2013).

- **C'est nettement plus par rapport à l'augmentation de 8 % de l'indice santé qu'il y a eu entre 2013 et 2018 !**
- Si pendant 15 ans (de 1998 à 2013), les prix en maison de repos ont progressé de façon proche de l'inflation, ce n'est plus le cas au cours des 5 dernières années (de 2013 à 2018).
- Par province, les hausses sont plus prononcées en Brabant wallon et moindre dans le Hainaut.

Le prix moyen de base par jour (sans suppléments) du coût de l'hébergement en maison de repos a augmenté au plan wallon de 1998 à 2018 :

- De 28 € à 43,8 € pour le secteur public ;
- De 28,3 € à 51,7 € pour le secteur privé commercial ;
- De 28,6 € à 51,5 € pour le secteur associatif.

Parmi les facteurs explicatifs de cette accélération des coûts en maison de repos, on peut citer :

- La hausse des prix de l'immobilier et du foncier ;
- La montée en puissance des grands groupes immobiliers et fonciers qui ont des objectifs de rentabilité significatifs afin de rémunérer leur actionariat ;
- Le renforcement des normes architecturales ;
- Un niveau d'équipement plus élevé.



- La majorité des coûts d'une maison de repos est composée des frais de personnel. Ceux-ci augmentent automatiquement avec l'indice santé, sauf évidemment en cas de saut d'index. Une hausse des prix des maisons de repos qui suit l'index est donc compréhensible en termes de structure de coût.
- La facture pour un résident en maison de repos comprend le **prix de base** et les **suppléments**.

Le prix d'hébergement de base comprend au minimum des frais liés à :

- la chambre et l'infrastructure correspondante ;
- l'utilisation des espaces communautaires ;
- les soins d'un prestataire infirmier ou aide-soignant ;
- le matériel d'incontinence et de soins prévu dans le forfait INAMI ;
- les activités d'animation, de loisirs et d'activités thérapeutiques ordinaires ;
- l'alimentation, y compris en cas de régime spécifique prescrit par le médecin ;
- l'entretien du bâtiment et de l'infrastructure ;
- la mise à disposition, l'entretien et le renouvellement de la literie ;
- la consommation d'électricité qui est due à une utilisation d'appareils individuels qui appartiennent au confort de base (frigo, la TV et la radio) ;
- les installations de surveillance, de protection contre l'incendie et d'interphonie ;
- les assurances en responsabilité civile, l'assurance incendie ainsi que toutes les assurances souscrites par le gestionnaire ;
- les coûts administratifs et les taxes en lien avec le séjour.

On entend par suppléments, tous les frais relatifs à un produit ou service fourni par l'établissement, qui peuvent être facturés en plus du prix journalier d'hébergement et pour lequel l'établissement détermine lui-même un prix spécifique ou une marge ou pour lequel un prix est fixé par un prestataire de services ou de soins ou par un fournisseur externe et dont les justifications peuvent être apportées par l'établissement sur base d'une facture établie par le prestataire de services ou de soins ou par le fournisseur externe.

Les frais considérés comme suppléments sont notamment :

- les honoraires pour les prestations remboursables, reprises dans la nomenclature INAMI, non incluses dans les forfaits, et qui peuvent être facturés aux personnes âgées ;
- la médication ;
- les frais d'hospitalisation ;
- le matériel de soins qui n'est pas couvert par les forfaits INAMI ;
- le nettoyage et l'entretien du linge personnel organisé par un service externe ou indépendant ou facturé par la maison de repos ;
- les boissons et les produits alimentaires à la demande du résident en-dehors des repas ;
- les articles de toilette ou autre à la demande du résident ;
- les frais de manucure, pédicure, soins esthétiques ou coiffeur organisés par un service externe ou indépendant ;
- les activités d'animation, de loisirs et d'activités thérapeutiques extraordinaires ;
- les frais d'abonnement pour l'utilisation individuelle de la radio, la télévision, le téléphone et internet ;

- les coûts liés à un animal domestique ;
- les frais de transport liés à la santé de la personne âgée ;
- les frais d'aménagement de la morgue.

La Convention d'hébergement doit reprendre l'énumération exhaustive et détaillée de tous les suppléments susceptibles d'être portés en compte au résident ainsi que leur prix, le moyen de le calculer et toute règle permettant de calculer sa majoration éventuelle. Aucun supplément non repris à la liste incluse dans la convention d'hébergement ne peut être mis à charge du résident. Seuls les biens et services choisis librement par le résident ou par son représentant peuvent faire l'objet de suppléments.

- Le coût d'un séjour en maison de repos varie fortement d'un établissement à l'autre, en fonction de la région/la province où il est situé et du type de gestionnaire (secteur public, associatif ou privé). Mais ce coût varie également au sein même de la maison de repos, en fonction de la chambre (nombre de lits, superficie, équipement, etc.) et des biens et services mis à disposition du résident (prestations médicales, service de blanchisserie, abonnement télévision/téléphone/internet, coiffure, pédicure, boissons hors repas, activités, etc.).
- Selon le monitoring du coût en maison de repos réalisé en 2016 par Solidararis — et l'étude actualisée en 2017 qui confirme les constats de 2016 : Les « frais annexes » (cf. les coûts supplémentaires liés à des demandes du résident) se montent en moyenne à 109 € par mois. Il s'agit surtout de frais de (para)pharmacie – à hauteur de 49 € en moyenne (mais supérieurs à 108 € pour un résident sur dix) – et de frais tels que la pédicure, la blanchisserie, les boissons, ou d'autres frais (coiffeur, repas dans la chambre, activités spécifiques, etc.) qui selon la réglementation, peuvent être facturés mais sans être précisés dans la facture.

http://www.solidaris.be/SiteCollectionDocuments/Synthèse%20Solidaris_Coûts%20en%20maison%20de%20repos_Décembre%202017.pdf | Communiqué de presse de Solidararis : <http://www.solidaris.be/MonsWP/Presse/Communiqués/Pages/etude-solidaris-le-cout-dun-sejour-en-maison-de-repos-difficilement-supportable-pour-nos-aines.aspx>

- Selon les données du SPF Économie (2014), le prix d'hébergement moyen par jour est le plus élevé dans les maisons de repos du secteur associatif (49,55 €) et le plus faible dans les maisons de repos du secteur public (43,03 €).
- Il ressort de l'étude menée par l'UCP et Espace Seniors que les suppléments facturés aux résidents sont, en moyenne, plus élevés dans les maisons de repos du secteur privé (197 € par mois) et plus faibles dans le secteur public (134 €).
- Le prix d'hébergement en maison de repos est régulé. Si une hausse des prix est envisagée, elle doit être demandée au préalable pour accord à l'AViQ. La hausse ne peut pas dépasser 5 % au-delà de l'inflation. Le prix est maintenu aux « anciens » résidents en cas de travaux.

Malgré le fait que le coût d'hébergement en maison de repos est régulé, la fin de vie en maison de repos devient de plus en plus chère et inaccessible au plus grand nombre de personnes âgées. Avec la régionalisation du secteur des maisons de repos, le coût de l'hébergement risque en outre d'augmenter encore plus ! Ce constat est encore pire pour les résidences services ! Le montant des pensions ne permet pas aujourd'hui pour un grand nombre de pensionnés de se payer un hébergement en maison de repos ou dans une résidence-service.

3. Par un personnel de soins en maison de repos en sous-effectif, épuisé et hyperflexible.

Les normes de personnel dans les maisons de repos ne permettent pas d'assurer une qualité de soins suffisante qui soit à la hauteur de l'importance sociale et humanitaire des métiers concernés par les travailleurs des soins de santé (voir supra le chapitre sur la « New Public Management » qui est à l'origine de cette situation pour tous les travailleurs de tous les secteurs de la santé).

4. Par la décision politique de l'ancien gouvernement wallon MR-CDH de permettre au secteur privé commercial d'accéder au financement des infrastructures, alors que jusqu'à présent seuls les secteurs publics et associatif (non marchand) pouvaient y accéder.

« Actuellement, les infrastructures (déjà régionalisées précédemment) sont financées via des subventions directes aux opérateurs publics et associatifs ; elles correspondent à 60 % du montant de leurs investissements. Afin de rendre les investissements en infrastructures compatibles aux normes comptables européennes, le gouvernement wallon propose de les lisser et de les déconsolider, en complétant le forfait de soins par un forfait journalier en infrastructure. La conséquence du changement du mode de subventionnement est double : les institutions devront dorénavant préfinancer leurs investissements et le secteur commercial y a désormais accès »¹. Mais de nouvelles conditions d'accès à ces subsides devront être négociées dans un groupe de travail organisé par le Cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la santé du gouvernement wallon Christie Morreale, auquel participeront les Fédérations des maisons de repos. Pour la FGTB wallonne, il faut décourager le secteur commercial de pouvoir recourir à ces subsides wallons.

5. Par la volonté politique de certains de promouvoir un financement des structures d'hébergement des personnes âgées via la création de « pseudos » partenariats public/privé.

Nous tirons le signal d'alarme par rapport à cette source de financement des maisons de repos pour les raisons suivantes :

- Cette politique de partenariat public/privé va avoir pour conséquence de mettre fin aux quotas légaux wallons actuels entre le secteur privé commercial (actuellement quota de maximum **50 %** des lits), le secteur associatif (actuellement quota de minimum **21 %** des lits) et le secteur public (actuellement quota de minimum **29 %** des lits). Cela va ouvrir encore plus grande la porte à la marchandisation de toutes les maisons de repos, avec un secteur privé commercial dont le rendement/profit est estimé déjà aujourd'hui entre **15** et **20 %** ! Avec un tel profit, les deux autres secteurs public et associatif ne pourront jamais concurrencer le secteur privé commercial.
 - Si l'argent provient des grands groupes immobiliers et financiers, ces nouvelles structures d'hébergement obéiront nécessairement à une logique commerciale au détriment des maisons du secteur public lesquelles sont les seules à pouvoir offrir des soins et des services de qualité **accessibles financièrement pour les personnes âgées**.
- 6. Par la décision de l'ancienne ministre wallonne de l'Action sociale et de la Santé Alda Greoli de légaliser les « structures d'hébergement collectif de personnes en difficulté prolongée », plus couramment appelées « maisons pirates ».**



Le 28 mars 2018, le Parlement wallon avait adopté la proposition de Décret insérant dans le code wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS) des dispositions relatives à l'hébergement collectif de personnes en difficulté prolongée. Comme il s'agissait d'une initiative parlementaire (émanant de parlementaires du CDH et du MR), les interlocuteurs sociaux n'ont pas été consultés.



- Ces structures d'hébergement sont de type privé commercial et elles sont souvent créées suite à des initiatives privées. Ces structures n'étaient pas jusqu'à présent agréées par les autorités, elles n'étaient pas répertoriées par l'AViQ et elles fonctionnaient sans subsides.
- En l'absence de cadastre les concernant, on estime qu'il y aurait actuellement en Wallonie une cinquantaine de ces « maisons pirates » en activité qui accueilleraient à peu près 3.000 résidents.
- Ces hébergements collectifs sont susceptibles d'accueillir des personnes porteuses de troubles psychiatriques, d'autres qui sont isolées et/ou vivent dans la grande précarité ou encore des personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile et n'ont pas de place en maison de repos. Ces « maisons pirates » peuvent accueillir des personnes pour qui d'autres dispositifs dits résidentiels ont été déployés mais pour lesquels il n'y a plus de places accessibles, ou bien qui ne sont pas accessibles financièrement.

1 « Décret et arrêté relatifs aux maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) : Positionnements de la FGTB wallonne » – doc. Réf. : IW/19/NB-P.01 du 28 février 2019.

- Ces « foyers pirates » échappaient jusqu'à présent à tout suivi et tout contrôle. Cela rend encore plus problématique la situation des personnes qui y résident car elles nécessitent une attention particulière, voire une aide ou des soins.
- Dans les faits, il a été constaté que le public qui résidait dans ces maisons collectives sont des personnes qui, généralement, cumulent différentes problématiques. Bien souvent, cela débouche également sur une situation sociale précaire et d'isolement qui tend à mener ces personnes vers une forme de marginalisation.
- C'est donc en dernier recours que ces personnes en difficulté prolongée résident dans ces structures d'hébergement collectif.

La reconnaissance et la légalisation des « maisons pirates » sont emblématiques de la marchandisation du secteur des maisons de repos, car elles auront pour conséquences principales de :

- **Déréguler** tout le secteur de l'hébergement collectif dont font partie les maisons de repos, les structures d'hébergement pour personnes handicapées et les maisons de soins psychiatriques. Cette dérégulation va donc avoir des conséquences négatives sur un grand nombre de secteurs, de travailleurs et d'usagers.
- **Labelliser** à minima toutes les « maisons pirates » existantes avec un personnel de soins presque inexistant et qui sera peu formé.

Pour rappel, le gouvernement wallon a fixé la norme pour la fonction d'encadrement dans les « maisons pirates » à minimum **1/4 ETP** par 4 résidents ! Ce qui est dérisoire en comparaison des normes d'encadrement beaucoup plus contraignante dans les maisons de repos et de soins, lesquelles doivent compter, par 30 résidents, au moins 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, 5 équivalents temps plein personnel soignant ou aides-soignants, 1 équivalent temps plein kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède et 0.10 membre du personnel de réactivation compétent en matière de soins palliatif.

- **Ouvrir** encore plus grande la porte au travail informel.

Le fait que des milliers de personnes fragilisées soient hébergées dans les « maisons pirates » est aussi la conséquence du coût d'hébergement très élevé des maisons de repos et des autres structures d'hébergement en Wallonie. Ce coût les rend inaccessibles pour la plupart des personnes âgées.

Cette labellisation à minima permettra à ces structures d'hébergement agréées d'accéder à des subsides wallons au détriment des maisons de repos qui manquent déjà cruellement de moyens.

Et cerise sur le gâteau, le Décret wallon donne un **délai de 15 ans** pour que les « maisons pirates — dont l'activité a commencé avant le 1^{er} juillet 2018 — se mettent en ordre. Ce délai est beaucoup trop long, sachant que les normes à atteindre sont en-deçà du minimum acceptable. Ce délai permettra à des « maisons pirates » de fonctionner et de faire des profits pendant 15 années, avant de fermer. Quitte à en « ouvrir » une autre ailleurs pour à nouveau fonctionner pendant 15 ans ! **En effet, Rien n'empêche à l'heure actuelle que d'autres « maisons pirates » se créent pour profiter pendant 15 ans de cet effet d'aubaine et faire ainsi un maximum de profit sur le dos de résidents qui sont beaucoup trop fragilisés pour pouvoir se protéger de toutes les formes de maltraitements que génèrent la précarité et l'isolement social.**

Dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées en maison de repos comme dans celui des soins de santé, on évolue aussi de plus en plus vers une logique de marchandisation à deux vitesses. On se dirige vers un hébergement collectif pour les riches — avec des maisons de repos et des résidences-services luxueuses, chères, spacieuses et confortables — et, un hébergement pour les plus démunis qui — avec le soutien de l'aide sociale des CPAS — seront hébergés dans les maisons de repos les moins chères dans des chambres les moins spacieuses et confortables ou, pire encore, dans les « maisons pirates », où les plus démunis devront cohabiter dans quelques m² avec d'autres personnes fragilisées, en perte d'autonomie et atteintes de pathologies différentes ! Il s'agit d'un retour aux inégalités sociales féroces du XIX^e siècle !

Voici la situation actuelle dans le secteur de l'accompagnement à domicile en Wallonie et également dans les dispositifs mis en place pour aider et soutenir les personnes âgées en perte d'autonomie :

1. Services agréés d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) :

Les prestations d'aide au domicile des aide-ménagères sociales, des aide-familiales et des gardes de personnes en perte d'autonomie sont assurées par les services agréés d'aide aux familles et aux aînés (SAFA). Les services, aides et soins non médicaux octroyés par les SAFA interviennent au domicile du demandeur afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté qui sont en incapacité de le faire. Ils ont pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie. Les SAFA agissent en concertation avec l'environnement familial et de proximité des personnes en perte d'autonomie. Cette assistance (soins d'hygiène, courses, tâches ménagères, distribution de repas, etc.) permet ainsi, soit le maintien à domicile des aînés en perte d'autonomie ou des personnes handicapées, soit aux familles de surmonter certaines difficultés liées à des problèmes de santé ou des problèmes sociaux tels que dans le cas de familles monoparentales, de situations de précarité, de maltraitance, etc. Les SAFA ont donc aussi une mission sociale très importante à jouer par rapport à l'isolement social des personnes âgées en perte d'autonomie. Il existe à l'heure actuelle 94 SAFA agréés qui sont répartis au sein de 5 Fédérations patronales wallonnes : la Fédération wallonne de services d'aide à domicile (fedom), La Fédération des CPAS, la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD – organisée par la mutualité chrétienne) et la Centrale de Services à Domicile (CSD – organisée par Solidaris). Comme les SAFA sont agréés par la Région wallonne et fort réglementés via le Code wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS) et que, contrairement aux maisons de repos, il n'y a pas d'opérateur appartenant au secteur privé commercial pour les organiser, ils sont protégés à l'heure actuelle de toute marchandisation ou privatisation. Toutefois, si à l'avenir les SAFA ne seront pas mieux financés par la Région wallonne et que, en regard du vieillissement de la population, leur offre de soins (non médicaux), de services et d'aides ne répondront pas/plus ou suffisamment à la demande toujours croissante des bénéficiaires, il y aura toujours un risque que des opérateurs non agréés appartenant au secteur privé commercial soient tentés de créer ce genre de structure en espérant en faire des bénéfices. Et seules y auront accès les personnes âgées les plus aisées.

2. Aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (APA) :

Il s'agit d'un **soutien financier** pour les personnes âgées de plus de 65 ans, qui résident en Belgique, qui sont en perte d'autonomie et qui ont un faible revenu. Elle est destinée à compenser les coûts supplémentaires auxquels doivent faire face ces personnes afin de pouvoir participer à la vie sociale et quotidienne. Elle est calculée sur base de six critères de perte d'autonomie : les possibilités pour la personne âgée de se déplacer **(1)**, d'absorber ou de préparer sa nourriture **(2)**, d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller **(3)**, d'assurer l'hygiène de son habitat et d'accomplir des tâches ménagères **(4)**, de vivre sans surveillance et d'être conscient des dangers et être en mesure de les éviter **(5)** et de communiquer et d'avoir des contacts sociaux **(6)**.

L'échelle d'évaluation de l'APA (qui n'est pas l'échelle de Katz utilisée actuellement dans les maisons de repos) mesure la perte d'autonomie en attribuant pour chacun des 6 item ci-dessus une cotation de 0 à 3 :

0 : pas de problème

1 : difficultés minimales

2 : difficultés importantes

3 : activité impossible sans aide ou sans accueil en institution.

L'addition des scores aboutit à un résultat entre 0 et 18.

Entre 0 et 6 inclus : pas droit à l'allocation APA.

de 7 à 8 : **catégorie I**

de 9 à 11 inclus : **catégorie II**

de 12 à 14 inclus : **catégorie III**

de 15 à 16 inclus : **catégorie IV**

de 17 à 18 inclus : **catégorie V**

À chacune de ces 5 catégories issues de cette échelle d'évaluation, un montant maximum d'APA sera attribué aux bénéficiaires qui appartiennent à cette catégorie (voir ces montants dans le tableau ci-dessous) :

Montant APA - Moins de 7 points : refus			
Nombre de points	Catégorie	Montant maximum	
		Annuel	Mensuel
7-8	1	1.021,34	85,11
9-11	2	3.898,67	324,89
12-14	3	4.740,15	395,01
15-16	4	5.581,39	465,12
17-18	5	6.855,96	571,33

En outre, le montant de l'APA est diminué du montant des revenus qui dépasse un plafond annuel déterminé suivant les catégories de personnes. Ci-dessous le montant des plafonds actuels :

Plafonds - Immunisations	
Cohabitant	13.663,15
Isolé	13.663,15
Ménage	17.073,27

➔ **Par exemple** : si une personne âgée cohabitante ou isolée a un revenu de 14.000 € et qu'elle fait partie de la catégorie 1, on lui déduira des 1.021,34 € annuels auxquels elle a droit : 14.000 € - 13.663,15 € = 336,85 €. Elle aura donc comme montant annuel de l'APA : 1.021,34 € - 336,85 € = 684,49 €.

La compétence en matière d'APA a été transférée à la Région wallonne depuis le 1^{er} juillet 2014 suite à la 6^e réforme de l'État. Pour le moment l'APA est toujours en gestion transitoire par le SPF Sécurité Sociale. La fin de cette gestion transitoire est prévue au **1^{er} janvier 2021** avec une reprise de sa gestion par les mutualités.

Le budget annuel de l'APA en Wallonie est actuellement de **130 millions d'euros**.

Comme l'APA est un soutien financier accordé à des personnes âgées en perte d'autonomie, on ne peut pas dénoncer dans ce dossier un **risque direct** de marchandisation/privatisation la concernant. Ce que nous dénonçons en revanche c'est le fait que les montants des pensions soient si bas que les bénéficiaires de l'APA doivent utiliser ce soutien financier non pas pour financer leur perte d'autonomie, mais pour payer leurs factures ou une partie de leur hébergement en maison de repos. Et c'est à ce niveau qu'il y a un **risque indirect** de marchandisation : l'APA pouvant être utilisée pour payer une partie de l'hébergement dans les maisons de repos, il est à craindre qu'elle contribue à augmenter les prix d'hébergement en maison de repos. Un phénomène similaire a eu lieu en Flandre avec l'instauration de leur assurance autonomie (la « Zorgverzekering »). La revendication de la FGTB pour un montant minimum de pension à **1.500 €** net par mois est donc absolument essentielle si on veut sortir les pensionnés de la pauvreté et si on veut éviter que cela soit à l'aide sociale de prendre le relais pour permettre aux personnes âgées de vivre mieux.

Concernant les délais pour l'attribution de l'APA, nous dénonçons le problème du **temps d'attente beaucoup trop élevé** pour l'évaluation de la perte d'autonomie lors des contrôles médicaux ou des examens spécialisés en vue de l'obtention de l'APA. Il suffit d'interroger les personnes âgées qui ont suivi les procédures/tracasseries administratives et médicales en vue de l'obtention d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), pour se rendre compte que ces délais ne sont pas compatibles avec le respect de la dignité humaine. Jusqu'à présent, avant la régionalisation de l'APA, il fallait un délai de minimum 6 mois (à Namur) à maximum 13 mois (dans le Hainaut) pour obtenir une réponse à la suite d'une demande pour bénéficier de l'APA. Malgré les progrès des échanges électroniques de données relative à notre santé entre médecins via « e-Health », il est peu probable que ces délais se raccourcissent avec la régionalisation de l'APA. On peut même craindre une augmentation des délais d'attente avec le remplacement de l'échelle d'évaluation de l'APA par le système BelRAI, lequel est beaucoup plus complexe à utiliser pour évaluer une perte d'autonomie.



À titre de comparaison, la **Charte de l'assuré social** en Belgique fixe à 4 mois le délai raisonnable pour qu'une institution prenne une décision, et le paiement des prestations doit avoir lieu au plus tard dans les quatre mois de la notification de la décision d'octroi. En cas de retard, l'institution doit verser des intérêts à l'ayant droit. Dans le passé, ce délai avait été porté par la Charte de l'assuré social à 6 mois pour l'attribution de l'APA à cause justement des procédures administratives et médicales qui étaient très longues à l'époque.

3. Une aide à domicile doit aussi couvrir les aides matérielles individuelles pour l'aménagement du domicile.



- On appelle « **Aide matérielle** » ou « **Aide technique** » les objets ou aménagements qui apportent une aide pour accomplir les tâches de la vie quotidienne lorsque le handicap ou l'âge ne le permet plus. Exemples : une « tribune » si vous avez des problèmes d'équilibre, un siège de bain/de douche si vous ne pouvez plus vous relever de votre baignoire, les chaises percées de toilettes, l'adaptation du logement pour les personnes en voiturette, l'installation d'un siège-lift, la mise à disposition de langes en cas d'incontinence, canne, adaptations pour voiture, matelas anti-escarres, une barrette Braille qui permet l'accès à l'ordinateur pour une personne malvoyante ou aveugle, un réveil vibrant pour les personnes sourdes, etc.
- L'aide matérielle recouvre en gros les aides à la mobilité, les aides à l'aménagement du domicile, la télévigilance et la location de matériel médico-sanitaire.
- Actuellement, on ne peut bénéficier des aides matérielles individuelles pour l'aménagement du domicile que si on a été reconnu comme handicapé avant 65 ans par le SPF Sécurité Sociale (anciennement « la Vierge Noire »). C'est évidemment absurde. Cette discrimination doit disparaître.
- Ces aides ont été complètement régionalisées suite à la sixième réforme de l'État. C'est donc maintenant l'AVIQ qui va jouer le rôle de la « Vierge Noire ».

Si le financement des aides matérielles et techniques individuelles pour l'aménagement du domicile en Wallonie ne couvre pas les besoins nécessaires au maintien à domicile d'une population âgée en perte d'autonomie, d'autres de la sphère privée commerciale se chargeront de le faire dans le cadre par exemple de la « **Silver Economie** » !

FOCUS SUR LA SILVER ECONOMIE

La « **Silver Economie** » ou **économie des seniors** désigne l'ensemble des activités économiques liées aux personnes âgées. Elle rassemble tous les produits et services destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans. La « **Silver Economie** » est donc transversale et elle trouve des déclinaisons dans de nombreux marchés : loisirs, transport, alimentation, sécurité, santé, domicile, habitat collectif, assurance, assistance téléphonie, internet, sport, etc. Tous ces marchés sont déjà en train de s'adapter ou de se décliner sur des segments liés au vieillissement de la population et au « bien-vieillir ».

La mise en place de cette « **Silver Economie** » a pour objectif principal le **développement d'une filière économique** qui serait axée sur l'innovation technologique et sociale et devrait donner aux entreprises les moyens d'imaginer, de développer et de distribuer des produits et des services — qui coûteront très chers — et qui serviront à maintenir ou à renforcer l'autonomie des personnes âgées.

L'importance primordiale des services publics et du secteur non marchand n'apparaît nulle part dans la « **Silver Economie** ». Cette dernière ne s'intéresse qu'à l'économie marchande et aux profits attendus par ce marché de consommation lié aux seniors !

Les entreprises privées se frottent déjà les mains en pensant aux bénéfices colossaux qu'elles pourraient tirer de ces besoins non rencontrés par la sphère de l'économie sociale non-marchande et des services publics.

La « *Silver Economie* » met en fait en avant le « bien-être » des aînés pour mieux cacher son objectif de **créer un immense marché de consommation** autour du bien-être. **Alors que pour nous**, une très grande partie des besoins et des problématiques identifiées dans le cadre de la « *Silver Economie* » devront trouver une solution en dehors de la sphère marchande, **par la valorisation et le développement du secteur non-marchand et des services publics**. Nous considérons que les avancées technologiques doivent être régulées pour contribuer à une amélioration des prestations d'aide et des services à domicile, ainsi qu'à une meilleure qualité de vie du bénéficiaire.

À nouveau, la marchandisation/privatisation/libéralisation est à l'œuvre ici et s'oppose à un droit fondamental à vivre dignement à domicile malgré sa perte d'autonomie.

Il est impératif de s'y opposer et de donner les moyens suffisants et la priorité absolue en la matière aux services publics et au secteur privé subventionné (secteur non marchand). Si on ne le fait pas, la recherche du profit maximum des entreprises privées empêchera de développer des services et des aides de qualité à un prix accessible pour tous.

4 (RE)FAIRE DU DROIT À LA SANTÉ UN DROIT FONDAMENTAL !

UN MEILLEUR FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- En imposant un moratoire sur les réductions de cotisations sociales patronale.
- En instaurant une contribution prélevée sur les capitaux pour financer la sécurité sociale. Cette contribution implique la suppression de tout reliquat du secret bancaire et l'établissement d'un cadastre sur le patrimoine des citoyens et des entreprises.
- En assurant un financement alternatif des soins de santé qui couvre intégralement les besoins de la population en soins de santé, afin de garantir l'accès de toutes et tous à des soins de santé de qualité.

LE MAINTIEN DES SOINS DE SANTÉ DANS LA SÉCURITÉ SOCIALE

A l'opposé de notre revendication pour le maintien des soins de santé dans la sécurité sociale, la ministre fédérale de la Santé (en affaires courantes), Maggie De Block, propose un nouveau modèle pour la sécurité sociale : **le modèle « Cappuccino »**.

Ce modèle, auquel les P&Pp du CEPAG et la FGTB wallonne s'opposent catégoriquement, est composé de plusieurs couches :

1. « La première couche : la « tasse de café » serait le niveau d'une assurance de base à laquelle toutes les citoyennes et tous les citoyens auraient droit. Il comprendrait le revenu d'intégration, l'assurance maladie et les allocations familiales. **À terme, ceux-ci seraient entièrement retirés du système de sécurité sociale et financés par le budget général de l'État.**
2. Comme pour un cappuccino, au-dessus de cette assurance de base, viendrait s'ajouter : le « café expresso ». Il s'agirait d'une couche d'assurance à laquelle seules les personnes qui ont travaillé auraient droit. Elle comprendrait : les allocations de chômage limitées dans le temps, l'incapacité de travail, les pensions et un budget formation pour permettre aux travailleurs de suivre une formation de deux ans pendant leur carrière.
3. Par-dessus, viendrait encore s'ajouter : la « mousse de lait », soit une couche d'assurances complémentaires collectives comme les pensions complémentaires par capitalisation.
4. Enfin, les assurances individuelles constitueraient la dernière couche : le « cacao ». Comme l'assurance maladie ne serait plus financée par les cotisations de sécurité sociale mais par le budget général, une marge pourrait, selon la ministre De Block, être dégagée pour diminuer encore plus ces cotisations sociales et faire baisser les cotisations sociales patronales de 25 % à 20 % !

Un modèle que les Pensionnés et prépensionnés du CEPAG et de la FGTB wallonne rejettent.

UN RENFORCEMENT DE LA CONCERTATION SOCIALE AU SEIN DE L'INAMI

Et ce, afin d'obliger le gouvernement fédéral à tenir compte des avis émis au sein de des différents organes de gestion de l'INAMI : Comité de l'assurance, Conseil général de l'assurance soins de santé...

CONCERNANT LE BUDGET DE L'INAMI

- Restaurer une « **norme de croissance** » du budget de l'assurance maladie invalidité suffisante pour tenir compte de l'évolution naturelle des besoins en matière de santé publique. Cette norme de croissance ne doit pas servir à financer les dérives de la marchandisation de la santé.



Cette norme de croissance avait été instaurée pour répondre à l'évolution naturelle des besoins en matière de santé publique. Diminuer cette norme de croissance revient évidemment à ajuster continuellement vers le bas le budget global de l'INAMI au détriment des besoins de la population en matière de santé publique.



D'ici 2024, l'écart entre l'objectif de croissance légale (la « norme de croissance ») de 1,5 % pour l'assurance soins de santé et l'évolution des besoins en soins de santé sera de 2 milliards d'euros !

- Annuler les économies budgétaires structurelles nettes imposées sous la législature du Gouvernement Michel et qui ont porté sur un total de 2,1 milliards d'euros (montant officiel de l'INAMI).

Si on ne récupère pas ces 2,1 milliards d'euros (sur un budget « soins de santé » au sein de l'INAMI de 24,1 milliards d'euros), on peut tirer un trait sur toute politique de santé publique digne de ce nom !

Le budget de l'INAMI doit être fixé en fonction des besoins et des objectifs de santé publique et non en fonction des objectifs des économies à réaliser ! Pas de politique d'austérité quand il s'agit de notre santé !

A contrario, un réinvestissement important de l'INAMI est bien le point de départ si on veut maintenir un droit fondamental à la santé sur une base collective et contrecarrer la marchandisation de la santé.

Les soins de santé et les soins de longue durée, y compris la prévention et les interventions précoces, doivent être considérés non pas comme un coût mais comme un investissement dont bénéficieront tous les groupes d'âge.

- Le budget de l'INAMI doit être utilisé pour des traitements en soins de santé efficaces et qui ont une réelle plus-value médicale sur la santé des patients. Il faut en outre éviter toutes dépenses liées à la multiplication inutile des actes techniques et des analyses médicales qui coûtent très chères (prise de sang, radio, scanner, imagerie médicale...). Le budget de l'INAMI ne doit pas servir non plus à couvrir/justifier le prix exorbitant des traitements exigés par l'industrie des technologies médicales.

CONCERNANT LE (DÉ)CONVENTIONNEMENT DES MÉDECINS

La marchandisation de la santé que nous dénonçons va à l'encontre du « Serment d'Hippocrate ». Pour rappel, au cœur de la déontologie médicale, ce serment est traditionnellement prononcé par les jeunes médecins en début de carrière. Ce serment fixe comme un devoir pour les médecins/praticiens de soigner tout le monde, même les plus désargentés. Comme ce vœu pieux n'est désormais appliqué que par une partie du corps médical, pourquoi ne pas changer ce serment de telle sorte qu'il engage encore plus explicitement les médecins/praticiens ? La « Déclaration de Genève » — qui a été adoptée en septembre 1948 par la 2^e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale à Genève et amendée plusieurs fois depuis — renforce la déontologie médicale.

Ce nouveau « Serment du médecin » (à la première personne du singulier) précise que :

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales.

Même si ce n'est qu'une partie du corps médical qui accepterait de prêter ce nouveau « Serment de Genève », on peut imaginer qu'aux niveaux médiatique, déontologique et moral cela exercerait une pression pour empêcher le déconventionnement des médecins et l'augmentation continue des suppléments d'honoraires.

La meilleure façon de lutter contre le déconventionnement des médecins est de :

- Supprimer les remboursements des prestations de soins de santé fixés par les conventions médico-mutuellistes lorsque le médecin n'est pas conventionné. Dans ce cas-là on n'est donc plus remboursé par l'INAMI via les mutuelles.
- Supprimer la possibilité pour les prestataires de soins d'être partiellement conventionnés.
- Imposer un statut de salarié pour l'ensemble des médecins ainsi que pour les professions paramédicales et les métiers de soins à domicile. Le montant de leurs honoraires serait financé par l'INAMI, lequel ne serait pas toutefois considéré comme leur employeur.

Dans un premier temps, avant la salarisation de tous les médecins, on peut revendiquer un processus avec comme étapes intermédiaires :

- L'application du statut de salarié uniquement pour les médecins qui travaillent dans les hôpitaux, avec des honoraires professionnels standardisés pour éviter la concurrence entre les hôpitaux publics et privés et de donner la possibilité pour les uns de s'enrichir alors que d'autres ne seraient pas limités dans le montant de leurs honoraires. Le montant de leurs honoraires serait financé par l'INAMI, lequel ne serait pas toutefois considéré comme l'employeur.
- On pourrait aussi envisager comme étape intermédiaire d'imposer l'obligation pour tous les médecins d'être conventionnés pendant une période — en début de carrière et/ou au cours de leur carrière. La durée de ce conventionnement obligatoire varierait en fonction du nombre des années d'études effectuées pour l'obtention des diplômes et du nombre total des médecins conventionnés et non conventionnés existant à un moment donné. Ce conventionnement obligatoire ne serait qu'un retour solidaire de la part des médecins qui ont tous bénéficié de l'argent de la collectivité pour le financement de leurs études universitaires. L'acceptation de cette obligation de conventionnement par les médecins serait une clause indispensable pour l'obtention du numéro INAMI. Cet engagement existe déjà pour les militaires dans le cadre des études de médecine à l'École Royale Militaire.



Un médecin salarié pratique les tarifs conventionnés. Toutefois, actuellement cette règle est souvent contournée par le fait que des médecins salariés dans un hôpital ont souvent le droit de pratiquer en privé dans les mêmes locaux, avec le matériel, les aides des autres soignants, etc. en ristournant à l'hôpital une partie de leurs suppléments. Cela ne sera plus possible si on interdit les conventionnements partiels des médecins. En outre, actuellement un médecin conventionné peut toujours réclamer des suppléments d'honoraires si le patient se trouve dans une chambre individuelle. Cela ne devrait plus être permis !



La salarisation des médecins n'est efficace que si on finance tous les soins de santé au forfait et non plus à l'acte, y compris au niveau des hôpitaux.

Études de médecine et numérus clausus :

Nous revendiquons la suppression du numérus clausus qui est imposé sous la forme d'un concours à la fin de la 1^{ère} année d'études en médecine dans l'objectif de « planifier » (c'est-à-dire réduire) le nombre de médecins. Ce numérus clausus est évidemment absurde en regard de la pénurie des médecins généralistes en Belgique, et en particuliers dans les zones rurales.

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES PRATIQUÉS LORS DES HOSPITALISATIONS DANS UNE CHAMBRE INDIVIDUELLE

- On ne peut concrètement s'y attaquer que si en contrepartie, on adapte le financement public des hôpitaux — via l'INAMI — à leurs besoins réels pour justement éviter le recours aux suppléments d'honoraires et aux ristournes d'une partie de ceux-ci par les médecins à l'hôpital où ils travaillent.
- En outre, pour éviter le recours nécessaire aux assurances hospitalisations extralégales, il faut que l'assurance maladie invalidité (INAMI) instaurée au sein de la sécurité sociale encadre et couvre mieux les frais d'hospitalisation.
- La loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008 et le code de déontologie médicale doivent fixer une limite claire et très restrictive sur les suppléments d'honoraires autorisés. Et évidemment les accords nationaux médico-mutualistes où se négocient les suppléments d'honoraires devront en tenir compte.

L'objectif poursuivi à terme est de ne plus payer de suppléments d'honoraires y compris en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle.

« RÉSEAUTAGE » ET À LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Quelles que soient la forme et la délimitation territoriale des réseaux, notre revendication primordiale — que nous partageons avec la FGTB wallonne — est que la Wallonie ait toujours la possibilité de garantir l'accessibilité territoriale et financière des soins afin d'assurer tous les soins indispensables à sa population au sein de son territoire et d'éviter un report des coûts d'une telle réforme sur les patients. Nous estimons que le nombre restreint de 8 réseaux dévolus à la Wallonie ne permettra pas à celle-ci d'organiser les soins ni leur financement sur l'ensemble de son territoire de manière optimale et dans le respect de la libre association des hôpitaux. Cette réforme des hôpitaux nécessitera un développement des transports médicalisés urgents et non urgents avec :

- Au niveau des coûts pour les usagers/patients : une plus grande transparence et lisibilité des factures, un coût accessible et uniformisé aux niveaux fédéral et wallon.
- Nous nous opposons aussi à tout cadre juridique qui introduirait une iniquité entre les hôpitaux publics et privés associatifs et qui mettrait à mal le financement des hôpitaux publics.

MÉDECINE AMBULATOIRE

- Aider à l'instauration d'au moins une maison médicale au forfait dans chaque **zone de santé de proximité**. Et étendre les consultations et prestations des médecins qui s'y pratiquent aux spécialistes et aux prestations médicales qui coûtent le plus cher aux patients (dentisterie, implants...). Ce qui nécessite l'instauration d'un **forfait intégré** calculé en tenant compte des honoraires des spécialistes et un financement public conséquent de ces structures de soins via l'INAMI. Ce financement public alloué à chaque maison médicale doit refléter le mieux possible les besoins de soins des patients qui y sont traités. En outre, le financement au forfait doit être assoupli vis-à-vis de l'engagement des aides-soignant-e-s qui pourraient mieux se répartir le travail avec les infirmières et infirmiers pour les toilettes médicalisées (plaies, incontinences...).



C'est l'INAMI, via les mutualités, qui paye les forfaits et non les patients.

L'instauration de ce type de maisons médicales pluridisciplinaires avec forfait intégré est plus adaptée à la transition épidémiologique observée actuellement avec le vieillissement de la population et qui se traduit par une évolution vers moins de problèmes de santé aigus et vers plus de maladies chroniques et dégénératives.

De plus, d'après une étude de l'Agence InterMutualiste (AIM) de 2017 qui a comparé les coûts et la qualité des soins à l'acte et au forfait, il s'avère que :

- les coûts supportés par l'assurance-maladie sont identiques dans les deux systèmes ;
- les résultats obtenus sur base de certains indicateurs de qualité sont meilleurs dans les centres forfaitaires ; par exemple : le taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées et le dépistage des cancers de l'utérus et du sein chez les femmes y sont meilleurs ; les prescriptions d'antibiotiques y sont aussi plus mesurées et en meilleure adéquation avec les recommandations dans le choix de la molécule ; les versions les moins chères des médicaments sont également plus souvent prescrites et les diabétiques sont mieux suivis.

En outre :

- Les forfaits en maison médicale obligent les médecins à être tous complètement conventionnés !
- L'instauration de forfaits pour le financement des soins de santé en maison médicale finance également la formation continuée des travailleuses et travailleurs de ce secteur qui sont dans l'obligation de suivre ces formations pour obtenir/garder leur accréditation. La formation continuée est une des revendications importantes des travailleurs du secteur de la santé.

POLITIQUE DES MÉDICAMENTS

- Ne plus négocier le prix des médicaments en secret, pays par pays, mais le faire de manière transparente au moins au niveau européen pour aboutir à une unification des prix.
- Instaurer le modèle « Kiwi ». Un appel d'offre doit être lancé pour l'achat des médicaments afin de faire jouer la concurrence entre les firmes pharmaceutiques.
- Imposer aux firmes pharmaceutiques une transparence totale quant aux coûts réels en recherche/développement qu'ils ont investi pour créer leurs nouveaux médicaments avant de les acheter et d'en fixer le prix en pharmacie. C'est cette transparence que nous revendiquons et non, comme cela se pratique aujourd'hui, une fixation des prix via des enquêtes d'opinion axées sur ce que les populations et les États sont prêts à payer !



La plupart des grandes découvertes biomédicales sont basées sur des travaux en recherche fondamentale réalisés par des universités et des instituts de recherche subsidiés par les pouvoirs publics. C'est donc le contribuable qui finance les innovations menant au développement de nouveaux médicaments, dont les profits se trouvent privatisés.

- Le coût du marketing des firmes pharmaceutiques ne doit pas être payé par l'INAMI.
- On ne doit commercialiser que des médicaments réellement innovants, c'est-à-dire qui apportent une véritable plus-value pour la santé des patients et qui répondent donc à des besoins réels en matière de santé publique. Par exemple : il n'y a aucun médicament efficace pour guérir de la maladie d'Alzheimer alors que ceux qui sont sur le marché pour ces maladies coûtent très chers à l'INAMI et aux patients ! Par ailleurs, nous payons toujours plus pour de nouveaux médicaments « innovants » alors qu'ils ne sont pas nécessairement plus efficaces que ceux déjà sur le marché.
- Généraliser l'utilisation des médicaments génériques.
- C'est à la politique de santé publique d'un pays de fixer les règles pour prise en charge des maladies rares, et non à des opérations médiatiques « de solidarité » comme, par exemple, « CAP 48 ».



Les pénuries de médicaments sont souvent la conséquence de la recherche du profit maximum des firmes pharmaceutiques qui privilégient la vente de médicaments dans les endroits où le prix qu'elles ont négocié sont plus plantureux...

AFIN D'ASSURER UNE MEILLEURE SÉCURITÉ TARIFAIRE DES PATIENTS ET LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS ET LES DISCRIMINATIONS SOCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Rembourser intégralement les consultations des médecins généralistes, dentistes et psychologues. Il s'agit d'une des revendications prioritaires de la FGTB wallonne et de Solidaris pour une société solidaire.
- **Concernant le Dossier Médical Global (DMG) :**
 - À défaut d'obtenir la revendication ci-dessus, nous revendiquons le remboursement de l'ensemble des soins de santé (médicaux et paramédicaux) pour les patients ayant ouvert un Dossier Médical Global (DMG) auprès de leur médecin généraliste.
 - Nous revendiquons, avec Solidaris, une automatisation de l'octroi des droits d'un DMG pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et pour certaines catégories d'affiliés (chômeurs de longue durée, isolés, invalides...) sans que ces derniers ne doivent faire une démarche auprès de leur mutualité.
 - L'ouverture d'un Dossier Médical Global (DMG) se fait actuellement quand le patient le demande à son médecin traitant. Nous demandons qu'à l'avenir les mutualités envoient une lettre aux patients affiliés chez elles pour leur proposer d'en ouvrir un pour eux, avec un formulaire pour réagir à cette proposition. Et si le patient ne renvoie pas ce formulaire et donc ne refuse pas cette proposition, les mutualités auraient le feu vert pour en ouvrir automatiquement un pour le patient en question. Cette semi-automatisation quant à l'attribution d'un DMG permettrait d'augmenter le pourcentage des bénéficiaires d'un DMG qui n'est actuellement que de 60 % en Wallonie !
 - Le remboursement des consultations des spécialistes via le Dossier Médical Global (DMG), qui est actuellement de 5 € pour les assurés ordinaires et de 2 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), devrait se faire à l'avenir non pas une seule fois par an et par spécialité, mais autant de fois que la santé du patient le nécessite.
- Généraliser le tiers-payant à tous les patients et pour tous les actes ambulatoires. Le tiers-payant permet une **meilleure accessibilité aux soins pour tous**. Il bénéficie aux personnes qui sont dans une situation précaire et qui ont de faibles revenus.



Le tiers payant est un mode de paiement par lequel le prestataire reçoit directement de l'organisme assureur l'intervention de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (ASSI). Seuls les tickets modérateurs éventuels sont directement perçus auprès du patient.

Diminuer le seuil d'application du « maximum à facturer » à 250 € de tickets modérateurs (la « quote-part personnelle » payée par les patients) par famille pour les ménages avec les revenus les plus faibles et aussi pour les statuts BIM. Pour rappel : le plafond de la 1^{ère} tranche de revenu du « maximum à facturer » est de 477,54 € en 2019 (voir ci-dessous). Donc, pour la 1^{ère} tranche de revenu d'un ménage (jusqu'à 19.003,89 €), nous revendiquons un remboursement intégral de sa mutualité dès que la quote-part personnelle d'un ménage atteint au cours de l'année 250 € (et non plus 477,54 €).

Tranches de revenus du Maf revenus	Plafonds
de 0,00 à 19.003,89 €	477,54 €

- Mettre en œuvre une transparence sur les coûts des soins de santé et une réelle simplification administrative des procédures permettant d'avoir accès aux dispositifs existants comme les trajets de soins, les forfaits « maladies chroniques », les dispositifs de « maximum à facturer », « bim/omnio », Dossier Médical Global, Tiers-payant, etc.

Un patient qui ne peut pas évaluer au départ ce que va lui coûter ses soins médicaux ne se soignera pas !

- Renforcer les politiques de prévention et de promotion de la santé envers les populations les plus précarisées ainsi que dans le cadre professionnel. Pour rappel : la Loi sur le bien-être au travail du 4 août 1996 implique que l'employeur assure la sécurité et la santé des travailleurs. Cette loi butte toujours aujourd'hui sur les conséquences de la précarité des conditions de travail sur la santé des travailleurs. Cette précarisation du travail, qui n'arrête pas de s'étendre, a comme conséquence de concentrer les risques physiques et psychosociaux sur les catégories de travailleurs qui sont le moins en situation de pouvoir mettre en œuvre des stratégies de défense collective. La précarisation des conditions de travail n'affecte pas seulement la santé des travailleurs qui la subissent, elle affaiblit aussi leur capacité de lutter pour de meilleures conditions

de travail. En outre, celles et ceux qui travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés ne disposent pas d'un Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT), pourtant le principal outil dans une entreprise pour se défendre contre la précarisation des conditions de travail.

- Simplifier le système d'accès aux soins et l'étendre aux personnes qui sont en dehors du cadre de l'assurance soins de santé. Il s'agit des demandeurs de l'aide médicale urgente auprès d'un CPAS et des demandeurs d'asiles qui résident dans un logement privé ou qui sont hébergés grâce à une initiative locale d'accueil. Le coût de ces mesures d'équité, estimé approximativement à 100 millions d'euros, doit être compensé par des moyens généraux supplémentaires.



Les « moyens généraux » sont ceux issus des impôts au niveau fédéral et des entités fédérées selon le niveau de compétence de la matière et des dossiers concernés.

MAISONS DE REPOS ET AUX HÔPITAUX

Une amélioration des normes d'encadrement en personnel de soins. Il n'est pas normal qu'une personne âgée incontinente reste longtemps dans ses langes souillées avant qu'elle ne soit changée et il n'est pas normal non plus qu'une seule infirmière ne soit en fonction et disponible pour 35 lits dans toute une aile post-opératoire la nuit pour assurer tous les soins et faire face à tous les problèmes pouvant survenir auprès de malades qui viennent d'être opérés.

MAISONS DE REPOS ET AUX RÉSIDENCES-SERVICES

Nous revendiquons avec la FGTB wallonne de :

- Mettre en place d'un cahier des charges pour les maisons de repos reprenant des critères d'agrément relatifs à l'accessibilité financière (avec un meilleur contrôle des prix hors indexation), à la qualité des conditions de travail, à la qualité de la prise en charge des personnes âgées et à la limitation de distribution des dividendes.
- Fixer le « premier prix » d'hébergement d'une maison de repos et son augmentation ultérieure sur base de critères objectifs.
- Inclure obligatoirement dans le prix de base pour l'hébergement en maison de repos tous les frais indispensables à la vie quotidienne en société. Cela afin de limiter au maximum les frais supplémentaires d'hébergement.
- Établir une facture transparente et standardisée pour le résident reprenant l'ensemble du coût d'hébergement et des frais supplémentaires. Cette facture doit être transmise électroniquement aux mutualités.
- Imposer une publication claire et standardisée des prix en maisons de repos, largement accessible au public sur le site des mutualités et des administrations compétentes ainsi qu'un cadastre des prix des résidences services.
- Appliquer une décision prise par le gouvernement wallon de la législature précédente de programmer l'ouverture de 1.130 unités par an, à savoir 11.907 nouveaux lits en maison de repos à l'horizon 2030, en préconisant une mixité des prises en charge.

Sans cela, on ne le fait pas, l'offre de places disponibles en maisons de repos sera encore plus insuffisante à l'avenir pour répondre aux besoins d'hébergement de nos aînés dans un contexte de vieillissement de la population.

- Ne pas accepter de développer encore plus le secteur privé commercial via la création de « pseudos » partenariats public/privé qui permettraient à des grands groupes immobiliers et financiers de construire ou de racheter encore plus de maisons de repos en espérant de grands profits.

Le refus de la commercialisation du secteur des maisons de repos implique que des moyens devront être trouvés pour le développement des infrastructures dans les secteurs public et associatif.

- Poursuivre une politique d'hébergement alternative à la maison de repos avec le développement de résidences-services sociales, de lits de courts séjours, et de centres d'accueil de jour/de soirée/de nuit, des centres de soins de jour, des maisons communautaires et des habitats groupés.
- Refuser le développement des « structures d'hébergement collectif de personnes en difficulté prolongée », plus couramment appelées « maisons pirates ».

- Lutter efficacement contre toutes les formes de maltraitance que peuvent subir les personnes âgées.
- Laisser la liberté de choix du bénéficiaire entre le maintien à domicile et l'entrée en maison de repos doit être préservée, même pour les personnes qui n'ont pas de perte d'autonomie.

Sans cela, seules les personnes âgées en grande perte d'autonomie auront accès aux maisons de repos, lesquelles se transformeraient en véritable mouvoir.

PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

- Augmenter le budget pour le développement des services d'aide à domicile.
 - Ce qui implique la formation et l'engagement d'aide-ménagères sociales, d'aide-familiales et des gardes à domicile avec une révision des barèmes en vigueur au sein des services agréés d'aide aux familles eu aux aînés (SAFA).
 - Attention : le coût pour les patients — qui est fonction de leur revenu — doit rester abordable. Est-il normal que pour une pension de 1.600 € brut par mois, un patient doit déboursier 450 € par mois pour les prestations d'une aide-familiale d'une heure le matin et d'une heure le soir ?
 - Si on ne le fait pas, cela aura pour conséquence d'augmenter le travail au noir et de donner beaucoup trop d'importances aux « aidants proches » au détriment de métiers et de professionnels formés pour répondre aux besoins d'une population âgée en perte d'autonomie. En outre, des services d'aides à domicile non agréés pourraient aussi se développer si l'offre est insuffisante par rapport à la demande. Des entreprises commerciales comme « Happytal » le font déjà ...
- Quelle que soit la politique que mènera la Région wallonne et le dispositif qu'elle mettra en place pour mieux couvrir la perte d'autonomie des personnes âgées :
 - Il est important, et nous le soulignons la FGTB wallonne, de préserver la mission sociale des services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) ainsi que le rôle social et éducatif de l'aide familiale. Les SAFA apportent en effet un soutien et un encadrement à des adultes ou des familles en difficulté, à des personnes âgées, handicapées ou malades dans leur vie quotidienne, ainsi qu'à leurs aidants proches. Ils n'accompagnent donc pas uniquement des personnes en perte d'autonomie : ils apportent aussi leur soutien à des familles et à des adultes en difficulté sociale qui peuvent, dans certains services, représenter jusqu'à 46,8 % des heures prestées. C'est pourquoi l'aide familiale doit préserver son rôle éducatif et social, à côté de sa mission sanitaire. Notons qu'une majorité des SAFA relevant du pilier chrétien a déjà dédicacé l'aide familiale à un rôle exclusivement sanitaire, en lui faisant effectuer pour l'essentiel des toilettes d'hygiène, en raison d'un meilleur financement obtenu pour ce type d'acte s'il est posé par une aide familiale plutôt que par un infirmier à domicile (financé par le Fédéral). Cela est aussi la conséquence de la marchandisation des soins et nous sommes évidemment contre une telle évolution concernant le rôle des aide-familiales.
 - D'avoir des garanties financières doivent donc être fournies quant aux budgets réservés aux missions sociales et éducatives des SAFA.
 - En outre le financement de ces mesures et la mise en place d'un nouveau dispositif pour mieux couvrir la perte d'autonomie des personnes âgées en Wallonie ne doit pas être financée, comme le précise la FGTB wallonne, par une cotisation forfaitaire à charge de la population, car cela correspond à une taxe déguisée. Si la Région wallonne cherche un financement complémentaire pour mieux couvrir la perte d'autonomie, ce financement devrait plutôt se faire via la quote-part régionale de l'impôt des personnes physique (IPP). L'autonomie fiscale introduite par la nouvelle loi spéciale de financement à la suite de la 6e réforme de l'État le permet ! Ce mécanisme tient de facto compte du revenu des intéressés et apporterait un financement complémentaire suffisant aux SAFA.
- Augmenter les aides matérielles et techniques individuelles pour l'aménagement du domicile.

Si on ne le fait pas et si les besoins en aides matérielles et techniques nécessaires au maintien à domicile d'une population âgée en perte d'autonomie ne sont pas couverts, d'autres de la sphère privée commerciale se chargeront de le faire dans le cadre de la « *Silver Economie* », avec évidemment comme objectif un profit maximum !

Actuellement, on ne peut bénéficier des aides matérielles individuelles pour l'aménagement du domicile que si on a été reconnu auparavant comme handicapé avant 65 ans par l'AViQ. C'est évidemment absurde. Cette discrimination doit disparaître.

- Augmenter les plafonds de revenus en dessous desquels on a droit à recevoir l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (APA). Ces plafonds sont actuellement annuellement de 13.663,15 € pour les cohabitants et les isolés et de 17.073,27 € pour les ménages. Comme nous revendiquons une pension minimum pour tous les pensionnés à 1.500 € net par mois, nous estimons que les plafonds de revenu de l'APA doivent être alignés sur ce montant. Ce qui donne un plafond de revenu par an pour l'APA de 1.500 € X 12 = 18.000 €. Nous revendiquons en outre une individualisation des droits de l'APA de telle sorte que pour un ménage chacun des membres doivent pouvoir avoir le même plafond de revenu de 18.000 € comme référence pour l'attribution ou non de l'APA.

Si on ne le fait pas, un grand nombre de personnes âgées qui pourraient bénéficier de l'APA, du fait de leur perte d'autonomie, ne pourront pas en réalité la recevoir car leurs revenus sont au-dessus des plafonds pour l'attribution de l'APA. Actuellement il y a en Wallonie seulement 36.842 bénéficiaires de l'APA alors que 79.431 personnes âgées sont reconnues comme pouvant bénéficier d'une APA mais ne la recevront pas car leurs revenus sont au-delà des plafonds d'attribution.

Une étude doit également être faite pour évaluer si ce que reçoivent les 5 catégories de personnes âgées bénéficiant de l'APA suffisent à assumer leurs frais en matière de perte d'autonomie.

Toutes ces revendications ne peuvent être financées que si on augmente le budget consacré à l'APA qui était en 2018 de 130,286 millions d'euros en Wallonie.

L'APA est actuellement accessible à partir de 65 ans. Nous sommes contre le relèvement de l'âge permettant d'y avoir droit !

Nous demandons également que les délais pour l'attribution de l'APA soient de maximum 4 mois partout en Wallonie. Pour rappel : dans le passé ce délai avait été porté par la Charte de l'assuré social à 6 mois à cause des procédures administratives et médicales qui étaient très longues à l'époque. Mais comme entretemps la diffusion des informations médicales entre les institutions et les professionnels de la santé est devenu beaucoup plus rapide grâce à e-health, rien ne justifie un délai de plus de 4 mois pour l'attribution de l'APA.

PAR RAPPORT À L'EFFET DE SEUIL

Pour éviter aux personnes paupérisées de perdre ou diminuer trop rapidement les avantages des tarifs sociaux ou des aides sociales quand leurs revenus dépassent les montants de références et des plafonds donnant accès aux différents tarifs sociaux et aux interventions majorées de l'assurance soins de santé ainsi que les barèmes fiscaux, nous revendiquons une adaptation des plafonds et montants de référence à l'augmentation des revenus et/ou pensions et des barèmes fiscaux pour éviter l'effet de seuil.

Si on ne le fait pas, une petite augmentation des pensions pour les personnes les plus paupérisées par exemple peut avoir pour conséquence de dépasser les montants de référence ou des plafonds en question et faire perdre ou diminuer l'avantage des tarifs sociaux ou des aides sociales en question et, en parallèle, augmenter le montant de ses impôts ! ».

Afin de rendre les investissements en infrastructures hospitalières et en maisons de repos compatibles aux normes comptables européennes et d'éviter la requalification de leur financement public dans le périmètre de la dette wallonne, le Gouvernement wallon a opté dans les deux cas pour un nouveau mécanisme de financement des infrastructures via une facturation reprise de façon séparée dans le prix global d'hébergement des patients hospitalisés ou hébergés en maisons de repos. Il a été convenu que ce nouveau mécanisme de financement, qui n'est rien d'autre qu'un jeu d'écriture comptable, ne devait pas entraîner un coût supplémentaire aux patients hospitalisés et aux personnes âgées hébergées en maison de repos. Nous tenons à le rappeler !

5

LA PAROLE AUX ORGANISATIONS QUI DISENT NON À LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ

LE RÉSEAU EUROPÉEN CONTRE LA COMMERCIALISATION DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Sarah MELSENS, coordinatrice & Quentin ORBAN, membre de la Coordination belge du Réseau

DROIT À LA SANTÉ ET INFLUENCE DES POLITIQUES DE L'UNION EUROPÉENNE

Le 2 avril 2019, le réseau européen contre la commercialisation et la privatisation de la santé et de la protection sociale organisait une grande manifestation suivie d'une conférence dans le parlement européen. Parmi les intervenants, Sabina Stan, chercheuse à l'université de Dublin, nous présentait les résultats d'une étude évaluant les orientations politiques des « prescriptions de soin de santé » émises par l'UE à l'attention de 4 États membres (Allemagne, Italie, Irlande, Roumanie).

L'orientation est claire : « *Alors que la prescription la plus répandue pour les quatre pays a été l'invitation quelque peu vague à 'accroître la rentabilité des soins de santé', cette prescription a été directement liée à une série d'autres prescriptions qui vont assez explicitement dans le sens d'une réduction des dépenses publiques de santé et/ou de la marchandisation de l'allocation de ces ressources* ».

Le constat est d'autant plus grave que ces prescriptions servaient, d'une part, de conditionnalités au plan de financement UE-FMI de 2009 (indispensable aux pays frappés par la crise), et que d'autre part leur non-respect pouvait engendrer, dès 2011, des sanctions financières de la part de la commission.

Outre l'orthodoxie budgétaire, on pourrait également citer au moins deux autres mécanismes problématiques :

- L'adoption du système européen des comptes 2010 (SEC 2010), qui imposent de nouvelles règles comptables. Celles-ci interdisent désormais aux administrations publiques (hôpitaux inclus) d'étaler le remboursement d'un emprunt dans le temps. 100 % du capital emprunté (par exemple pour construire une maison de repos), doit être directement comptabilisé en dépenses, l'année de l'investissement. Ceci plombe les finances des administrations et les empêche de réaliser de nouveaux investissements (CEPAG, 2016).
- Les traités de libre échange comme le CETA qui donnent le droit aux multinationales (big pharma, groupes de maisons de repos, etc.) d'attaquer en justice un État qui prendrait une décision contraire à ses intérêts.

Austérité, règle comptable (SEC 2010) et libre échange forment ainsi le triptyque européen sur lequel repose la commercialisation de la santé. L'austérité détruit les services publics et non marchands, les règles comptables empêchent les investissements publics, pendant que le libre échangisme et la libre concurrence protègent les opérateurs commerciaux...

Dans ce contexte, la plateforme action santé et solidarité [www.sante-solidarite.be] a contribué à l'unification de syndicats, mutuelles, ONGs, mouvements citoyens et associations de différents pays sous la bannière de notre actuel réseau européen [<http://europe-health-network.net/?lang=fr>]. En vue des élections de mai 2019, le réseau a lancé sa campagne « *Our health is not for sale* » qui vise à solliciter l'adhésion des eurodéputés (et candidats aux européennes) à notre déclaration de principe (cf. ci-après). Au 1^{er} juillet 2019, nous avons 70 signataires dont 20 eurodéputés de plusieurs nationalités.

Forts de nos soutiens au sein du parlement, nous continuerons cette campagne en sélectionnant un des six engagements de notre déclaration, afin de focaliser la pression politique sur ce dernier.

DÉCLARATION DE PRINCIPE DU « RÉSEAU EUROPÉEN CONTRE LA PRIVATISATION ET LA COMMERCIALISATION DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE »



1. Pour notre santé : assurer un financement suffisant pour les services de santé publics et non marchands des États membres, garantissant un système de protection sociale solidaire, public et universel offrant des services accessibles, de qualité ;
2. Pour notre santé : protéger la population contre les dérives commerciales, car la santé et la protection sociale sont des biens communs et ne sont pas à vendre ;
3. Pour notre santé : garantir une accessibilité financière, géographique, temporelle, culturelle à la santé pour toutes les populations, sans restriction d'aucune sorte, en tenant compte des réalités locales ;
4. Pour notre santé : stimuler la démocratie sanitaire en impliquant la société civile, les travailleurs et les bénéficiaires, dans la définition des objectifs et moyens des politiques de santé ;
5. Pour notre santé : améliorer la santé en attaquant les causes profondes tels que les déterminants sociaux, environnementaux, écologiques et du genre de santé ;
6. Pour notre santé : orienter une politique des médicaments au service de la population et non des multinationales pharmaceutiques.

LE « GANG DES VIEUX EN COLÈRE »

Michel HUISMAN & Mireille FRANCO-HERMANUS

Le mouvement citoyen « Gang des Vieux en Colère » est un mouvement indépendant, non partisan et trans-partisan, qui est né début janvier 2017 et qui regroupe en décembre 2019 plus de 10.500 membres et sympathisants (principalement en Wallonie et Bruxelles). C'est un mouvement altruiste qui se bat pour que les générations futures puissent vieillir dans la dignité en ayant un accès décent à la santé et un montant de pension de retraite minimum garanti, égal pour toutes les femmes comme pour tous les hommes. Ce mouvement s'est déjà illustré dans plusieurs actions originales, spectaculaires et non violentes comme :

- la remise, en fanfare, d'une lettre ouverte à Charles Michel au 16 rue de la Loi,
- l'enterrement de la sécurité sociale avec pleureurs et pleureuses, fleurs, couronnes, cercueil et corbillard, devant le Parlement européen.
- l'occupation de l'Appel Store avec des « pack-man » géants de ballons-euros et la transformation d'un McDonald's en Maison de Repos avec jeux de Bingo, tricots et « clowns soignants » (avec Flash mob Fiscal Justice), etc.

Le « GANG » a aussi marqué sa solidarité avec les derniers « fronts communs syndicaux » et « La Santé en Lutte » et adhère aux travaux du CEPAG, qui sont essentiels et complémentaires par le sérieux de ses analyses et de ses dossiers comme le prouve encore ce dernier dossier dédié à la « SANTÉ » auquel le « GANG » est honoré de pouvoir y apporter sa petite contribution.

CONSTAT « SANTÉ » DU MOUVEMENT CITOYEN « GANG DES VIEUX EN COLÈRE »

Rappelons que l'âgisme engendre un mépris dont les plus vieux sont les victimes de la part d'une partie grandissante de la population, encouragée par la vision négative qu'en donnent certaines instances privées comme parfois publiques. Tout faire pour permettre à chacun de recevoir soins de santé et assistance à domicile doit être une priorité sociale et politique. Le « Gang des Vieux en Colère » s'alarme de multiples témoignages de maltraitance envers nos aînés placés en service gériatrique, Maison de Repos ou Maisons de Repos et de Soins, visant surtout les plus désorientés. Les techniques de « Lean Management » (cf. supra) conduisent trop souvent à une maltraitance physique et mentale en milieux gériatriques. Si dans certains établissements (qui ont pour mission d'assister nos parents les plus handicapés par le poids des ans) il y est fait état d'excellents services rendus à la personne par le personnel soignant, dans d'autres établissements, une maltraitance apparentée à de la torture, imposée par un « New Public Management » (cf. supra), y est trop souvent constatée : actes médicaux et infirmiers dévastateurs (administration de neuroleptiques à haute dose, contrainte des langes entraînant l'incontinence...), destruction systématiques des prothèses (lunettes, dentiers, appareils auditifs), négligence, humiliations, grossièretés, brutalités, isolement, contention physique et chimique, absence d'hygiène, alimentation carentielle, refus de traiter douleurs et maladies résultant de la maltraitance se rencontrent dans de nombreux établissements à travers le pays. Ces institutions en défaut sont souvent les mêmes qui pratiquent l'opacité vis-à-vis des proches, tout en investissant massivement dans une propagande clientéliste relayée par les organes supposés informer le public. Résultat du sous-effectif flagrant de personnel soignant autant que bien trop souvent de la non-qualification des aides-soignants, cette situation est presque toujours liée à la marchandisation de la fin de vie.

Le « Gang des Vieux en Colère » refuse qu'au XXI^{ème} siècle, une quelconque forme de maltraitance apparentée à de la torture soit appliquée aux vieilles femmes comme aux vieux hommes parce que considérés hors service par un management néolibéral !

RECOMMANDATIONS DU « GANG DES VIEUX EN COLÈRE » SUR LES MAISONS DE REPOS ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

PRÉAMBULE

Les maisons de repos et de soin apportent, à l'heure actuelle, une solution à ceux et celles qui ne sont plus capables de vivre de manière autonome à leur domicile. Le concept de la famille dans nos sociétés occidentales ne comprend pas, comme d'autres cultures, les Vieilles et les Vieux sous le même toit et souvent ce sont ces mêmes aînés âgés qui ne se voient pas dans cette situation, tenant avant tout à leur indépendance. Ces personnes font donc ce difficile choix par obligation étant livrées à elles-mêmes parce qu'elles ne veulent pas être une charge pour leur(s) enfant(s), soit ce sont les proches qui ne peuvent plus assurer le bien-être de leurs aînés ou encore contraints et forcés doivent abandonner la charge d'un malade atteint d'Alzheimer, pudiquement taxé de « désorienté ».

Peu font ce choix par conviction !

Entrer en maison de repos ou de soins, c'est renoncer à sa liberté, son autonomie, à ses goûts, ses plaisirs, la gestion de ses finances, à son intimité en échange d'une prise en charge totale alliant le logement, le couvert, les soins de santé, l'hygiène et surtout la sécurité. Outre le prix de ces renoncements, l'aspect financier est un lourd tribut au budget du résident ou à défaut des enfants, le prix des maisons de repos étant dans la majorité des cas bien au-delà du montant de la pension du résident ! Les CPAS se substituent financièrement aux résidents n'étant pas en capacité de couvrir le prix des maisons de repos, pour payer le solde moyennant la main mise sur tous leurs biens immobiliers et mobiliers. Les CPAS se réservent le droit de récupérer les sommes investies auprès des enfants. Le prix des maisons de repos est un savant calcul entre le prix de revient et les subsides alloués par les régions ou l'état fédéral ! Le déficit des maisons de repos publiques est à charge des communes sur le territoire desquelles elles se situent.

Pour toutes ces raisons précitées, nous souhaitons que l'accès à une MR ou MRS soit plafonné à : (calculé en janvier 2019) 1.600 € net lié au bien-être. « Minimum pension-décente universel ».

Entrer en maison de repos ou/et de soins est un aller sans retour, la seule perspective étant malheureusement la mort ! L'objectif du présent document est de rendre cette dernière demeure la plus agréable possible et d'en faire un lieu de vie !

CHACUN·E CHEZ SOI

Il est un vœu pieux que nous formulons tous et toutes : vivre ses dernières années en autonomie à son domicile ! Ce souhait est tout bénéfique tant pour la personne elle-même qui ne doit pas faire face à un déracinement physique et moral en se coupant de tout son vécu que pour les finances de l'État. Toutes les études montrent en effet que le coût du maintien des personnes âgées à domicile est bien moindre pour la société que l'entrée dans une maison de repos !

LES PROPOSITIONS¹

Le « Gang des Vieux en Colère » s'est attelé à faire des propositions réalistes et concrètes qui peuvent être mise en place assez rapidement et assez facilement. Il a pu recueillir des témoignages mettant en exergue des problèmes, une certaine forme de maltraitance, qui dans certains cas émanent du personnel, ou de la famille, mais qui, dans la majorité des cas ressemblent bien plus à une maltraitance institutionnelle engendrée par des directives managériales néolibérales. Les MR et MRS sont un microcosme de la société, où se côtoient le bien et le mal. Et c'est aux politiques à mettre en place un filet de sécurité qui tende à éloigner le mal. Le « Gang des Vieux en Colère » est optimiste et pense que tout est perfectible !

Propositions pour un maintien des Vieilles et des Vieux à domicile :

1. Mettre en place au niveau de toutes les communes un service de « Vigilance des Seniors » avec numéro de téléphone vert. L'objectif étant de déceler les besoins des personnes âgées.
2. Mettre en place annuellement un rendez-vous au domicile sur base du registre national par le service de vigilance des seniors. Cette visite au domicile permet de déterminer les travaux à effectuer dans le logement pour y maintenir la personne à domicile, les besoins d'aide-ménagère ou familiale, le besoin de bénéficier de repas à domicile, de chèque taxi, de toute aide administrative ou de visites pour casser la solitude, etc.
3. Créer dans chaque commune, à l'instar de ce qui existe déjà dans certaines communes, un service de dépannage et de petits travaux (y compris informatique) dans le cadre d'un projet communal social avec des personnes engagées sous contrat article 60 auquel les seniors pourront faire appel en fonction de leurs revenus.
4. Informer bi-annuellement la population concernée des services dont elle peut disposer en mettant en place un système efficace et performant (médias, flyers, affichage, email, réseaux sociaux, visite à domicile...)
5. Élargir l'aide financière pour perte d'autonomie au niveau fédéral

1. Les propositions et revendications ci-dessous sont parfois redondantes, mais plus souvent complémentaires de celles décrites supra et infra.

Propositions pour un projet de vie dans les Maisons de repos (MR) et les Maisons de repos et de soins (MRS) tant publiques que privées :

- Organisation
 - Commencer par libérer le personnel soignant des tâches administratives avant d'augmenter les normes INAMI.
 - Mettre en place au niveau régional un « Délégué aux droits des seniors » (= Ombudsman) pour contrôler les maisons de repos et de soins, et gérer les plaintes y afférentes.
 - Rendre obligatoire l'engagement d'un/d'une psychologue indépendant-e et extérieur-e par home à la fois au service des résidents mais aussi du personnel.
 - Mettre en place une commission de vigilance présidée par le psychologue et composée de représentants des familles, des résidents, du personnel soignant, des kinésithérapeutes, de l'ombudsman pour lutter contre la maltraitance
 - Sauvegarder l'intimité des couples et aussi des couples en formation. (Pas de caméra dans les chambres). Maintenir les couples dans la même chambre même si l'un ou l'autre occupe des lits dédiés différemment (l'un-e en MR, l'autre en MRS).
 - Considérer les résidents comme des personnes à part entière et leur offrir un choix d'activités et d'animations en rapport avec leur intellect en cessant de les infantiliser.
- Soins
 - Plutôt recourir au psychologue (supra) qu'aux antidépresseurs, somnifères, neuroleptiques et autres médicaments.
 - Consacrer au minimum une demi-heure à la toilette des résidents qui ne sont plus aptes à la faire eux-mêmes en tenant compte de leur dignité (habillement approprié, coiffeur, changement de couches non limité à un arbitraire financier, etc.).
- Animation
 - Rendre obligatoire un budget alloué à l'animation permettant des activités et des sorties culturelles : sorties au restaurant, voyage annuel à la mer ou dans les Ardennes, des animations sur place concert, danses, jeux, bibliothèque, cinéma, théâtre, informatique en considérant les résidents comme des personnes à part entière et leur offrir un choix d'activités et d'animations en rapport avec leur intellect en cessant de les infantiliser.
 - Engager un-e animateur-ice TP (temps plein) par MR et MRS.
 - Acheter un bus ou bénéficier du bus communal ou de la STIB/TEC / De Lijn pour les activités (supra).
 - Associer les résidents qui le souhaitent à la vie du home : par exemple à l'entretien du jardin, du potager, du poulailler éventuel, à la cuisine, à la réparation des vêtements, aux petites réparations, aux travaux administratifs, à des courses, à l'entretien des animaux domestiques (promenades), etc. Attention les couvrir par une assurance !
- Repas
 - Horaire des repas à faire coïncider avec la vie sociale : 8h - 9h30 petit déjeuner / 12h30-14h repas de midi / 16h collation et café / 18h-19h repas du soir.
 - Relever la qualité des repas, de préférence cuisine sur place avec produits locaux et réunion des résidents pour élaborer avec la diététicienne et le cuisinier le menu de la semaine.
 - Autoriser le vin et la bière aux repas.
 - Accompagner les résidents qui ne sont plus capables de manger seul au moins pendant une demi-heure par repas.
- Briser l'isolement
 - Instaurer un parrainage des nouveaux résidents pour qu'ils soient mieux intégrés.
 - Assurer au moins une visite par semaine aux résidents qui le souhaitent (organisations laïque, religieuse, bénévolat, écoles).
 - Passer dans les chambres de ceux qui sont alités tous les jours avec des livres, journaux, magazines dans le cadre de bénévolat, bibliothécaires communaux, article 60, etc.
 - Instaurer des relations intergénérationnelles avec les écoles et les crèches du territoire de la commune.
 - Accepter dans une certaine mesure les animaux domestiques des résidents ou en visite.

Proposition concernant exclusivement les homes privés

Le Privé investit dans la construction et la gestion des maisons de repos car sa rentabilité est « garantie » par le bénéfice de subsides. Il est donc important de contrôler les bénéfices de ces structures ! Une juste rentabilité est acceptable car tout service mérite salaire mais le profit ne doit pas se substituer au bien être des résidents ! Il est inconcevable que des restrictions sur la nourriture, la qualité des soins, l'animation, le personnel... renforcent le bénéfice du privé !

Il est important de contractualiser leur la gestion des homes privés par la signature d'un plan financier plafonnant leur bénéfice pour assurer financièrement les services à rendre aux résidents. Cette contractualisation doit se réaliser dans le cadre de l'obtention de subsides déjà en vigueur.

L'obtention de subsides doit être assujettie à un contrôle annuel des comptes qui impose (en décembre 2019) :

- Les rémunérations² directes et/ou indirectes des dirigeants limitées à 130 000 €/an.
- Les mandats ou jetons de présence des administrateurs limités à 50 000 €/an.
- Le résultat de l'exercice ne pourra jamais être distribué aux actionnaires ou propriétaires à plus de 5 % des sommes investies (le bénéfice sera donc plafonné !).

LE NERF DE LA GUERRE : LES FINANCES

Il est clair que la majorité des propositions ci-dessus implique une augmentation des budgets santé, que cette augmentation soit intégrée ou non au prix des MR/MRS ne change rien au fait que cette charge supplémentaire grèvera les budgets des communes, des régions et/ou de l'État ! La question sera où trouver les budgets supplémentaires...

Faire de la politique c'est d'abord faire des choix budgétaires. Juguler toute forme d'évasion fiscale, d'optimisation fiscale et de fraude fiscale est une piste. Mais, si le secteur des retraités grève les budgets c'est d'abord un grand pourvoyeur d'emplois dont les titulaires participent à la vie économique (supra), en un mot réinvestissent leurs rémunérations dans l'économie et paient des impôts (supra).

Par ailleurs voici quelques pistes réalisables à très court terme :

- Élargir la prime pour perte d'autonomie bénéficierait au budget des homes.
- Diminuer la médication allègerait le budget des soins de santé et pourrait être réinvesti dans l'engagement de psychologues.
- Les activités culturelles pour Vieux pourraient faire partie de la contractualisation de l'obtention de subsides par les théâtres, les musées, les concerts, les maisons de la culture, etc.
- Dans le cadre du cours de citoyenneté, les étudiants pourraient s'engager sur base volontaire à faire un certain nombre d'heures de bénévolat dans les homes pour les visites, l'aide pour manger, passer dans les chambres avec le café, les livres, les magazines, etc.
- Pourquoi ne pas créer un « service national » où toute une génération de jeunes s'engagerait sur base volontaire pour œuvrer dans les Maisons de Repos. Avantage énorme pour les jeunes, apprendre les réalités du temps et de la vie, la solidarité et la citoyenneté, etc.
- Les logements partagés entre Vieux ou entre Vieux et étudiants devraient être encouragés et défiscalisés.
- Un pourcentage des gains de la loterie devrait être annuellement sanctuarisé, pour être réinvesti impérativement pour le bien être des résidents.
- Les communes pourraient sensibiliser les écoles sur leur territoire aux activités avec les homes, offrir un accès gratuit aux bibliothèques, aux maisons de la culture, aux piscines, etc. Les écoles communales devraient être « couplées » avec les homes et des activités communes organisées.
- Un pourcentage des budgets communaux devrait être sanctuarisé et affecté au bien être des résidents en fonction du pourcentage senior de la population locale.

2. Nous entendons par rémunérations le brut par an augmenté des avantages sociaux (voiture, restaurants, téléphone, gsm, smartphone, tablette, loyer d'un bureau à la maison, etc.).

En ce qui concerne la SANTÉ, le « Gang des Vieux En Colère » revendique :

- La création d'un « Délégué aux Droits des Vieux » (Ombudsman), chargé du contrôle MR et des MRS tant publiques que privées, de la gestion des plaintes y afférentes et de lutter contre toute forme d'abus commercial des Vieux.
- Libérer le personnel soignant des tâches administratives et relever les normes de l'INAMI en terme d'effectifs (numériques minimaux en personnel) dans les MR et MRS.
- L'instauration de critères qualitatifs obligatoires en MR et MRS (propreté, hygiène, soins, alimentation, sécurité, animation, bien-être).
- La valorisation des métiers de soignant en milieu gériatrique et un enseignement des métiers de soignants en gériatrie, qui inculque des réelles connaissances (hygiène, nutrition, troubles neurologiques) liées à l'âge.

En ce qui concerne la SANTÉ, le « Gang des Vieux En Colère » refuse :

- Tous mauvais traitements infligés aux Vieilles et Vieux dépendants quel que soit le secteur gériatrique.
- Toute discrimination (soins, remboursements de médicament, prothèses) en fonction de l'âge.
- Toute exploitation commerciale abusive de l'état de « VIEUX » en milieux gériatriques.

« POURQUOI J'ADHÈRE À LA DÉMARCHE DU CEPAG QUI VEUT DÉFINIR, DE MANIÈRE CONSTRUCTIVE ET COLLABORATIVE, UNE SÉRIE DE REVENDICATIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ »

Un témoignage de Michel ROLAND, médecin généraliste à la Maison médicale « Santé Plurielle » de St Gilles jusqu'en 2013 et ancien Président de Médecins du Monde

« Parce que j'ai retrouvé dans les premiers textes produits une convergence avec d'autres initiatives prises récemment par d'autres structures dans la même matière, et auxquelles j'ai eu la possibilité de collaborer étroitement. Cette convergence ne s'est pas faite par hasard, elle résulte de constats identiques sur l'évolution de notre système de santé vers une diminution de son efficience et de son accessibilité. Ce système, formalisé concrètement après la 2^e guerre mondiale sur base d'idées généreuses antérieures mais mises en avant à ce moment, est reconnu partout comme étant de grande qualité malgré ses limites, essentiellement parce qu'il repose sur les valeurs fondamentales d'égalité, d'équité, de solidarité et d'accessibilité.

Les évolutions récentes mettent à mal ces valeurs fondatrices, entraînant des analyses alternatives et des propositions réalistes garantissant a contrario la pérennité d'une véritable sécurité sociale.

La première de ces initiatives à laquelle je pense est le Livre Blanc, publié conjointement par Médecins du Monde et l'INAMI à l'occasion du 50^e anniversaire de celui-ci (donc en 2014), après la production d'un Livre Vert, ensemble de constats édifiants sur l'accès aux soins. 5 grands axes prioritaires ont été mis en évidence, avec, à l'issue d'un travail collaboratif en tables rondes, l'identification et la proposition pour chacun d'eux d'une série de solutions réalistes possibles :

1. Simplifier le système d'accès aux soins et le rendre plus inclusif pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance soins de santé, avec une approche phasée par groupe cible (détenus et internés, demandeurs de l'aide médicale urgente auprès d'un CPAS et demandeurs d'asile qui résident dans un logement privé (ou dans une Initiative Locale d'Accueil), personnes sans domicile fixe, etc.
2. Généraliser le tiers-payant pour les patients avec le statut « malade chronique » et pour ceux qui bénéficient de l'intervention majorée, en priorité pour les prestations de médecine générale et de dentisterie, à terme pour les prestations des autres secteurs ambulatoires.
3. Investir dans la prévention et la promotion de la santé : principalement chez les femmes et les jeunes enfants selon une approche globale et non morcelée, notamment en renforçant le travail en réseau entre les différents acteurs.
4. Mettre en place dans chaque grande ville une ligne de soins intermédiaire, appelée « ligne 0,5 composée d'un ensemble de services et structures multidisciplinaires, offrant des soins de santé primaire (y compris la santé sexuelle et reproductive) destinée aux populations vulnérables (sans-abris, primo-arrivants, travailleurs du sexe, usagers de drogue, etc.), avec pour objectif à terme de réintégrer ces patients dans la 1^{ère} ligne traditionnelle.
5. Créer de nouveaux métiers dans le secteur ambulatoire (p. ex. médiateurs interculturels, experts du vécu) en vue d'améliorer l'information et la compréhension du patient.

Ces recommandations sont en quelque sorte des mesures « d'urgence » réalisables à court terme.

La PASS Plateforme d'Action Santé Solidarité (une initiative de représentants de syndicats, de mutualités, divers réseaux et associations, des ONG et des représentants d'universités, issus de toutes les régions du pays) va un stade plus loin en proposant début 2019 une véritable réforme en profondeur de notre système de santé, dont les principaux axes sont les suivants :

1. Une approche globale de la santé
2. Une protection sociale solidaire et équitable
3. Répondre aux besoins selon un système de santé structuré
4. Les patients, acteurs de leur santé et du système de santé
5. Prendre soin des professionnels de santé
6. Un financement efficace des soins et du système
7. Europe et santé

Ces axes et les propositions qui y sont présentées recoupent en toute cohérence celles auxquelles le groupe de travail du CEPAG est arrivé, témoignant par-là de leur solidité et de la logique qui les sous-tend, mais aussi de l'urgence qu'il y a à les mettre en place au risque de voir disparaître notre système de santé dans la marchandisation et les dynamiques libérales qui progressent aujourd'hui à toute vitesse et qu'il convient d'arrêter au plus vite.

DÉCLARATION DE SOLIDARIS DANS LE CADRE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION WALLONNE DES PENSIONNÉS ET DES PRÉPENSIONNÉS SUR LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ

Ermelinde MALCOTTE, chargée d'études et de projet – Espace Seniors

Solidaris souhaite inscrire les réflexions à propos de la marchandisation de la santé dans le cadre de la dynamique plus générale de la destruction de l'État social.

L'État social repose sur trois piliers fondamentaux : des services publics forts développés selon une logique d'intérêt général, une sécurité sociale basée sur l'assurance et la solidarité et le droit du travail qui protège les travailleurs contre l'arbitraire des employeurs. Ces trois piliers reposent à leur tour sur trois politiques : une politique de régulation dite keynésienne (maîtrise de la monnaie, de l'investissement, objectif de plein emploi, etc.), une politique de redistribution des richesses par le biais des cotisations sociales et de l'impôt progressif et une enfin une politique de concertation sociale et de gestion paritaire.

Ce faisant, l'État social démarchandise des pans entiers de l'économie, nécessaires à l'émancipation de l'individu. C'est ainsi 42 % du PIB qui est soustrait à la logique lucrative, dont 8 % pour l'éducation, 6 % pour les autres services publics, 10 % pour la santé, 12 % pour les pensions, et 5 % pour les aides sociales (chiffres de 2016).

Or, nous assistons à un processus de remarchandisation, notamment dans le domaine de la santé, tel que décrit dans ce document. Nous souhaitons insister sur le fait que cette marchandisation ne signifie pas une baisse des dépenses en santé — il suffit à ce titre de rappeler le coût exorbitant du système privatisé des États-Unis — mais l'accaparement privé des ressources allouées à la santé.

L'offensive néo-libérale, dont nous constatons les effets actuellement, a commencé avant la crise de 2008. Elle affecte à la fois la dynamique politique de l'État social et ses trois piliers. Les politiques keynésiennes de régulation et de stabilisation ont laissé le pas à la dérégulation, ce qui favorise la financiarisation. La fiscalité sur le capital et les hauts revenus a fortement baissé. Les cotisations sociales payées par les employeurs ont été réduites, soi-disant pour favoriser la création d'emploi. Enfin, nous assistons depuis quelques temps à une destruction des mécanismes de concertation sociale.

Ensuite, l'offensive néo-libérale fragilise les trois piliers de l'État social, par des plans de privatisation des services publics, par la limitation du droit du travail, et par l'imposition d'une logique purement budgétaire à la sécurité sociale. Cela transforme profondément le sens de la sécurité sociale qui n'est plus la garante de la solidarité mais devient une simple technique d'assurance conçue comme une couverture individuelle des risques. Il devient alors aisé de la transférer au privé.

Solidaris fait les propositions suivantes en réponse à la marchandisation des soins de santé :

1. fonder le budget de l'assurance en soins de santé sur les besoins réels et non sur les objectifs de croissance économique ;
2. relancer les accords et les conventions entre organismes assureurs et prestataires de soin ;
3. reprogrammer l'ensemble des lignes de soin en fonction des besoins de la population : redéfinition du concept d'hôpital, prise en charge globale et multidisciplinaire, accessibilité du système de soins ;
4. enfin, Solidaris insiste sur la lutte contre les inégalités sociales comme point d'ancrage d'une refondation de la sécurité sociale.

FÉDÉRATION FRANCOPHONE DES MAISONS MÉDICALES

Pierre DRIELSMA, Médecin généraliste, Maison médicale « Bautista van Schowen » à Seraing

Nous soutenons avec enthousiasme le très important travail de la Commission wallonne des pensionnés et prépensionnés.

POURQUOI ?

Tout d'abord, le fait que d'anciens militants syndicaux ou autres se mobilisent sur la question de la sécurité sociale et en particulier les soins de santé nous paraît très important. En effet, ils ont connu les trente glorieuses et ils assistent, médusés, au dé-tricotage assidu des conquêtes sociales des années '30 et de l'immédiat après-guerre. Eux-mêmes, ils n'ont plus grand chose à perdre, mais ils souhaitent porter leur pierre dans le combat pour le maintien et la poursuite d'une société équitable³ dont devraient bénéficier leurs successeurs.

Cette initiative tombe à pic après les graves mésaventures que nous avons connues dans le secteur des soins de santé. La ministre, en fonction pour quelque temps encore, s'est lancée à corps perdu dans des réformes tous azimuts. Certaines idées étaient louables mais mal ficelées, comme des amorces de virage ambulatoire malencontreusement confiée à des services hospitaliers ; les réseaux hospitaliers devraient également réaliser des économies intelligentes. Malheureusement en province de Liège, par exemple, on se retrouvera avec un clivage en deux réseaux pseudo-philosophiques dont les patients n'auront rien à faire. Au contraire, les patients, comme la première ligne n'endossent pas ce conflit périmé. Ils éprouveront de grandes difficultés à naviguer dans un dispositif mis en place à l'insu de leur plein gré...

Dans sa loi qualité, notre ministre et ex-généraliste a poussé le bouchon jusqu'à exiger que tous les généralistes participent à la permanence des soins (pourquoi pas ?) mais sans imposer la même contrainte aux spécialistes (pourquoi ?). Quand on sait qu'on manque de généralistes et qu'il y a pléthore de nombreuses spécialités... cherchez l'erreur...

Le sabotage de l'extension des pratiques forfaitaires et la lenteur à appliquer le projet d'arrêté royal limitant l'accès du forfait aux charognards ont freiné un processus rationnel de réformes des soins de santé en Belgique.

Enfin et peut être surtout, l'immense complaisance vis-à-vis de Big Pharma qui a conduit à des dépassements de budget du médicament sans commune mesure avec les faiblesses passées vis-à-vis de ce secteur. Tous les compartiments des soins de santé ont été mis à la diète sauf les actionnaires de firmes privées qui distribuent des profits sans commune mesure avec l'utilité sociale et le coût réel de leurs activités.

Tout cela démontre encore s'il en était besoin que la privatisation, la marchandisation dans les soins de santé contribue à l'appauvrissement de la grande majorité de nos concitoyens et l'enrichissement de quelques happy few (rares veinards). Nous sommes heureux de compter comme alliés les pensionnés de la FGTB qui n'oublient rien des luttes passées et qui engagent déjà les combats à venir.

Tous les observateurs avisés admettent que le système actuel court à sa perte. Depuis 1973, le capitalisme survit de crise en crise en faisant de plus en plus de casse sur son passage⁴. Nous pouvons parler de capitalisme destructeur tel un bulldozer qui dévale la pente d'une montagne de monnaie de singe.

Il ne faut pas se leurrer, le combat pour des soins de santé de qualité et accessibles passe par une transformation sociale en profondeur qui doit redonner à la population la maîtrise de son sort.

Pour ce qui nous concerne, l'enjeu européen est essentiel. Si l'Europe poursuit dans l'erreur et qu'elle persévère dans la défense et illustration de positions libérales meurtrières, il sera alors préférable qu'elle explose en vol. Si elle met enfin la question sociale en premier point de son agenda, il sera possible de donner ce petit cap d'Eurasie en exemple aux peuples du monde.

3. L'équité c'est le respect du principe suivant : de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins. C'est-à-dire chacun travaille au bien commun selon ses capacités et chacun reçoit en fonction de ses besoins réels.

4. Les Chinois ont amélioré leur sort, mais ils connaissent déjà les joies des délocalisations vers les paradis salariaux avoisinant.

CROISONS LES DOIGTS...

Concernant la réforme des soins de santé, le cœur du changement repose sur le virage ambulatoire organisé autour d'équipes pluridisciplinaires intégrées qui regrouperont sous le même toit l'essentiel des professions de première ligne. Le paiement à la capitation représentera la part du lion du financement car il sécurise le moyen/long terme, parce qu'il place le patient au centre du dispositif⁵, favorise la prévention et le suivi longitudinal, donc le suivi des maladies chroniques.

Depuis 1984, les pratiques forfaitaires existantes ont démontré la plus-value qu'elle représente dans le système de santé belge

Cette réforme ne sera ni facile ni rapide à être mise en œuvre, car pour investir sérieusement dans la première ligne, il faudra réduire la voilure hospitalière et spécialisée ce qui nécessitera des mesures transitoires coûteuses pour ne laisser personne sur le carreau.

Bon vent au CEPAG et à la FGTB Wallonne et à tous les acteurs du (bon) changement social....

5. Un patient mécontent quitte le centre et emmène le financement avec lui.

MÉDECINE POUR LE PEUPLE

Liza LEBRUN, Coordinatrice MPLP Marcinelle

L'HISTORIQUE DE MÉDECINE POUR LE PEUPLE

Médecine pour le Peuple est une initiative créée en 1971 dans la suite des mouvements de mai 68 par des jeunes médecins engagés qui veulent se mettre au service des travailleurs. Vu leurs idées, ils décident dès le départ de pratiquer la médecine gratuite, en ne demandant comme honoraire que le montant remboursé par la mutuelle. Ils vivent au sein des populations qu'ils soignent et avec un salaire d'ouvrier. Leur conception du « docteur-camarade » diffère radicalement de la position, à l'époque dominante, qui protège le statut et les revenus des riches docteurs.

C'est à Hoboken, une commune d'Anvers, que se développe la première maison médicale de Médecine pour le Peuple, elle sera rapidement suivie par les maisons médicales de Zelzate, Genk, Lommel, Deurne, Herstal, Seraing, Marcinelle, La Louvière, Schaerbeek et enfin Molenbeek.

LA VISION DE MÉDECINE POUR LE PEUPLE

Être en bonne santé est un droit fondamental. Dans une situation de pauvreté, de pollution environnementale, d'exploitation et de guerre, ce droit est menacé. Les facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux influencent l'état de la santé. Autrement dit : si nous n'abordons pas les causes sociales de la maladie, nous ne pouvons pas réaliser réellement le droit à la santé pour tous. Lutter pour de meilleures conditions de travail, pour un meilleur logement, pour des soins de santé accessibles... tout cela fait partie de l'ensemble des tâches du travail pour la santé. MPLP ne veut pas seulement combattre les symptômes de la maladie, mais aussi ses causes sociales.

Les gens à statut socio-économique plus précaire courent davantage de risques de problèmes de santé, ils sont malades plus longtemps et meurent prématurément. Par exemple : habiter dans un logement insalubre ou travailler dans de mauvaises conditions rend malade. La flexibilisation croissante du marché de l'emploi, la menace de licenciement ou de chômage, le travail intérimaire, le relèvement de l'âge de la pension... tous ces facteurs provoquent une augmentation du stress, du *burn-out* et d'autres problèmes de santé. Cette inégalité dans la santé n'est pas une calamité inévitable à laquelle nous devons nous résoudre. Elle est surtout la conséquence de la violation des droits d'un groupe de plus en plus important de personnes.

La sécurité sociale en Belgique a été mise sur pied grâce à la lutte de la classe ouvrière pour de meilleures conditions de vie. Elle doit être défendue contre la politique néolibérale actuelle qui, en diminuant systématiquement les cotisations patronales, érode la sécurité sociale. C'est une partie intégrante de la lutte pour la défense du droit à la santé.

LA MÉDECINE AU FORFAIT

Nous défendons la gratuité des soins de santé pour tous les travailleurs. Nos maisons médicales veulent être représentatives du quartier dans lequel elles sont implantées : patients au travail et patients sans travail, personnes âgées et plus jeunes, patients qui ont des racines ailleurs et en Belgique, etc. Nous cherchons à créer une mixité et à permettre les rencontres dans nos activités, quelles qu'elles soient.

Sans argent chez mon généraliste, c'est un principe que nous mettons en pratique jour après jour pour nos 25 000 patients depuis près de 50 ans. Les patients ne doivent pas payer pour leurs soins, quelle que soit la fréquence à laquelle ils en ont besoin. Pour cela, nous travaillons selon le « système de paiement forfaitaire ». Pour chaque patient inscrit, la maison médicale reçoit un montant fixe par mois que ce soit pour les soins généralistes et pour les soins infirmiers. Ce système favorise une approche préventive et multidisciplinaire en plus de l'aspect curatif. Seul l'élément médical intervient dans la décision de revoir un patient plusieurs fois. Nous ne devons pas nous soucier du coût que cela représente pour le patient. Les thérapeutes peuvent alors se concentrer entièrement sur la qualité des soins.

Indirectement, ce montant fixe par mois et par patient est également une forme de solidarité : entre les patients qui viennent souvent, et ceux qui n'ont pratiquement jamais besoin de nous.

Chacun est différent et la santé est un ensemble de facteurs physiques, psychiques et sociaux. Aussi, depuis longtemps, les maisons médicales de Médecine pour le Peuple ne sont plus de simples maisons médicales avec généralistes. Ces dernières années, nous avons évolué pour devenir des centres multidisciplinaires à part entière. Et nous en sommes fiers. MPLP s'engage à fond dans cette collaboration multidisciplinaire. De la sorte, nous voulons en premier lieu améliorer la qualité des soins. La complexité des maladies chez les patients nous

place devant un grand défi. Chaque discipline a un autre angle d'incidence pour examiner le patient et on comprend mieux ensemble qu'en s'y prenant tout seul.

On le sait, le montant des pensions est beaucoup trop bas en Belgique. Une femme sur trois touche moins de 800 € de pension. Les maisons médicales au forfait sont donc une solution essentielle pour garantir le droit à la santé. Les pensionnés peuvent y avoir un suivi régulier, quels que soient leurs revenus. Ils y bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire qui offre un éventail d'approches différentes et donc une qualité médicale supérieure.

UN EXEMPLE CONCRET DE LA LUTTE CONTRE LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ : LE MODÈLE KIWI OÙ COMMENT DÉMOCRATISER L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

Notre assurance maladie dépense chaque année 4,5 milliards d'euros en médicaments. Il y a beaucoup trop de médicaments sur le marché, beaucoup trop de médicaments identiques, à des prix beaucoup trop élevés. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la première ligne a besoin de 300 médicaments de qualité sélectionnés avec minutie pour traiter 90 % des problèmes. En Belgique, on en compte plus de 10 000 sur le marché.

La pression marketing des entreprises pharmaceutiques entraîne un recul de la qualité du comportement des prescripteurs. Les médicaments les plus prescrits sont surtout les plus récents et les plus chers, mais pas toujours les meilleurs.

Le modèle kiwi offre une solution en vue de diminuer les prix exorbitants des médicaments et d'améliorer le comportement prescripteur des médecins. L'actuelle politique en matière de médicaments, qui est axée sur l'offre, serait alors remplacée par une politique axée sur les besoins, dans le cadre de laquelle les autorités choisissent d'abord les meilleurs produits (sur base de l'avis d'une équipe d'expert indépendants qui s'intéressent aussi bien à la qualité qu'aux besoins de la population) avant de laisser jouer le marché pour obtenir de fortes diminutions de prix. C'est comme ça que l'Omeprazole, un médicament contre l'acidité dans l'estomac, coûte 43 € en Belgique et 3 € dans un pays qui applique un modèle similaire au modèle kiwi. Un modèle appliqué avec succès depuis 1997 en Nouvelle-Zélande, le pays des kiwi.

L'industrie pharmaceutique fait de la publicité ciblée auprès des médecins. Ils sont assaillis d'informations via toute sorte de techniques de marketing en vue d'influencer leur prescriptions. Ils ne sont évidemment pas informés de manière neutre et scientifique sur les effets des nouveaux médicaments. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a étudié la publicité à laquelle ils étaient soumis en 2007. Pendant un mois, la fiabilité scientifique de 450 annonces publicitaires envoyées aux médecins généralistes belges par l'industrie pharmaceutique a été contrôlée. Il en est ressorti que 83 % des messages de ces publicités n'étaient pas fondés scientifiquement, ou étaient même erronés. C'est un grave problème de santé publique.

Les nouveaux médicaments ne devraient être remboursés que si des études indépendantes montrent qu'ils sont plus efficaces que le meilleur des médicaments existant jusque-là sur le marché. Ce n'est pourtant pas le cas aujourd'hui. 85 % des nouveaux médicaments sur le marché n'ont aucune valeur ajoutée. Ce qui explique la nécessité d'investir dans le marketing pour convaincre les médecins de préférer tel médicament plutôt que tel autre. Pour qu'un nouveau médicament ait accès au marché et soit remboursé, il suffit que deux études (n'importe lesquelles) montrent qu'il est plus efficace qu'un placebo. Même si les études sont sponsorisées par l'entreprise pharmaceutique qui produit ce médicament. Même s'il existe 10 autres études qui montrent que le médicament en question n'est pas efficace. Le modèle kiwi décourage la recherche sur les médicaments suiveurs et favorise la recherche sur des médicaments innovateurs.

Une approche des médicaments basée sur le modèle kiwi est synonyme de politique rationnelle, efficace en termes de coûts et basée sur un processus en trois étapes, les autorités :

- se basent sur une analyse scientifique des besoins
- choisissent les meilleurs médicaments sur la base de critères et d'études scientifiques objectifs
- font appel au pouvoir d'achat global de la communauté, via l'assurance-maladie, en vue d'obtenir le meilleur prix pour ces meilleurs médicaments.

Le contraste avec la politique menée aujourd'hui est saisissant :

- La politique actuelle ne se fonde pas sur une analyse des besoins. Ainsi qu'il a été précisé ci-dessus, toute entreprise qui propose un médicament dont deux études cliniques randomisées et contrôlées peuvent prouver qu'il est sûr et qu'il est plus efficace qu'un placebo doit obtenir une autorisation de commercialisation.
- On constate qu'un nombre considérable de nouveaux médicaments dont la valeur ajoutée ne peut être démontrée par rapport aux meilleurs médicaments du marché sont actuellement agréés et remboursés. Le modèle kiwi ne rembourse quant à lui que les produits dont la valeur ajoutée peut être prouvée
- Les prix des médicaments — même génériques — sont aujourd'hui beaucoup trop élevés. Le choix est bien trop vaste et l'on constate que beaucoup trop de médicaments identiques font l'objet d'un remboursement. Aujourd'hui le marketing de la firme influence plus le comportement prescripteur que la réelle qualité du médicament. C'est pour cela que certains médecins ont tendance à prescrire trop vite et trop souvent les médicaments les plus récents et les plus chers, qui ne sont pas pour autant les meilleurs.

Et on ne peut pas dire que ce soit la faute des médecins. D'un côté le gouvernement diminue (voire supprime) les subsides aux organisations indépendantes qui analysent la qualité et l'apport des médicaments et établissent des recommandations d'usage. De l'autre les entreprises pharmaceutiques investissent des sommes toujours plus grandes dans le marketing et la communication autour de leurs nouveaux médicaments.

Aujourd'hui si on veut une approche des médicaments qui permettent à chacun de se soigner et de vivre dans des conditions décentes, on doit imposer des normes contraignantes aux entreprises pharmaceutiques et développer un modèle qui protège les patients.

RÉSEAU WALLON DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Gaëlle PETERS, Animatrice politique en matière de réduction des inégalités et lutte contre la pauvreté

L'ACCÈS AUX DROITS À LA SANTÉ ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

Extraits tirés du document du RWLP : La prévention et la promotion de la santé, au cœur de la réduction des inégalités pour lutter contre la pauvreté, oui, mais à quelles conditions ? (Disponible sur demande au RWLP).

INTRODUCTION

Le groupe de travail permanent « santé » (GTS), comme d'autres groupes thématiques au sein du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP), s'organise avec et à partir de personnes qui vivent ou ont vécu la précarité, la pauvreté, la pauvreté durable, nommés au sein du RWLP : les témoins du vécu/militant-e-s (TVM). Tous confirment que leur santé est fragilisée, tout au long de la vie, par des conditions de vie appauvries. Si les inégalités à l'origine de la pauvreté sont inacceptables dans tous les champs de la vie, elles sont particulièrement insupportables en matière de santé.

1. L'aspect fondamental du lien humain

Pour le RWLP, la communication, la participation, l'accompagnement, la formation des professionnels sont des éléments à prendre en considération de façon urgente dans les politiques publiques en matière de santé depuis la promotion de la santé, en passant par la prévention jusqu'à l'organisation des soins.

N'est-il pas du devoir de l'État d'humaniser ce qui doit encore l'être afin de permettre le lien humain et ainsi la réalisation des droits ? En effet, en plus de toutes les raisons ci-dessous qui expliquent l'importance du lien, à l'heure de l'informatisation, nous constatons que seul le maillon humain est efficace pour dépasser la fracture numérique.

Il est question d'assurer la proximité des services avec des personnes disponibles pour créer ce lien, assurer une écoute et des réponses possibles. Il y a lieu de maintenir et de recréer de l'emploi dans le secteur de la santé et autour, notamment à ces fins.

La communication : autrement renommée rencontre, échange, dialogue

Les TVM invitent à mettre la communication sous des formes qui soient centrées sur la rencontre, l'échange, le dialogue, et surtout dénuées de tout propos culpabilisant. En effet si l'injustice des conditions de vie et la violence qu'est la pauvreté impactent négativement la santé, la communication ne peut en aucun cas renforcer cette injustice et cette violence.

Les personnes doivent bénéficier de ces informations accessibles et compréhensibles dans la proximité dans les lieux de vie qui sont les leurs : « Il faut que la prévention arrive « près de chez soi » par exemple dans une association qu'on fréquente avec qui on peut échanger, chez le médecin, via l'aide familiale... »⁶

Si les inégalités d'accès à l'information sont notamment dues aux conditions de vie appauvries, il faut bien constater qu'elles sont également le résultat de la complexité des informations et de la rapidité des évolutions, de l'organisation des services et de leur diminution ou éloignement de l'environnement proche des personnes, ainsi que de la dématérialisation renforcée par la fracture numérique. Le RWLP insiste pour que l'informatisation et la dématérialisation soient entendues comme des opportunités pour redéployer du temps humain au profit des populations appauvries.

La participation

Partir des savoirs, des questionnements, des expériences de vie des personnes qui vivent dans le trop peu de tout, est indispensable. Il s'agit de pratiquer un processus ascendant, et de construire à partir du « parler actif » en rapport avec les préoccupations des personnes concernant le droit à la santé. Outre le bénéfice collectif qu'offrent la participation et la pratique de ce « parler actif », le renforcement du soi, la confiance en soi, l'émancipation, et l'appropriation d'informations en constituent des bénéfices secondaires essentiels.

La participation s'inscrit dans le processus d'éducation permanente. Concernant la santé, comme pour tout autre droit fondamental, il ne suffit pas de permettre l'expression, d'informer et d'expliquer, mais bien d'offrir la possibilité aux personnes concernées de s'approprier la question du droit à la santé pour s'autoriser à influencer la décision politique en la matière, pour entrer en dialogue avec les champs professionnels en charge de l'organisation du droit à la santé, pour exercer sa citoyenneté critique et politique en la matière.

6. Extrait de témoignages de Témoins du vécu/militant-e-s.

Pour ces raisons, outre les lieux directement dévolus à accueillir les personnes confrontées à la maladie, aux soins, aux dépistages, le RWLP plaide pour un soutien aux associations qui pratiquent la participation et l'éducation permanente en rapport avec les champs de la promotion et de la prévention en matière de santé. Il s'agit de renforcer ces acteurs pour qu'ils puissent non seulement pratiquer cela avec la population dans leur association, mais également établir des partenariats pour intégrer la participation et le « parler actif » au service de l'éducation permanente dans les lieux de vie fréquentés par les populations précarisées, appauvries, en désaffiliation sociale, que ce soit des maisons de quartiers, maisons citoyennes, lieux de formation d'adultes, permanences syndicales ou autres, mais aussi dans les hôpitaux, lieux de consultations tels que l'ONE, institutions d'hébergement pour adultes, diverses associations d'éducation permanente et de lutte contre la pauvreté, etc.

L'accompagnement

Accompagner n'est pas assister, ni rendre dépendant, ni précéder, ni décider pour, ni imposer. Accompagner, c'est marcher avec, cheminer avec, prendre le rythme de la personne pour lui permettre de faire le pas de plus qui est possible et qui lui conviendra. Accompagner, c'est se mettre à la disposition pour le temps d'un bout de chemin, c'est être compagnon de route pour un temps, c'est un compagnonnage.

L'accompagnement est un atout indispensable pour mieux se faire comprendre et dès lors être ouvert à comprendre d'autres, pour se sentir plus à l'aise dans une démarche. Les TVM accordent une grande importance à l'accompagnement bien compris, respectueusement pratiqué. Il rattache directement l'accompagnement à l'importance de la relation : « Le réinvestissement dans le relationnel est un des outils pour contrer la fracture numérique ».

L'accompagnement, c'est aussi « allez avec », soutenir dans le dépassement de craintes et de blocages ensemble, faire le premier pas avec la sécurité de l'accompagnement. Ces premiers pas avec, vont régulièrement contribuer à lever des blocages préjudiciables. Certaines associations offrent d'accompagner des bénéficiaires dans leurs démarches. Pour autant que cela soit travaillé avec la personne, le RWLP encourage une telle démarche quand elle s'avère nécessaire : « *J'ai attendu longtemps avant d'aller chez le dentiste, j'avais peur, c'est une travailleuse qui m'a finalement accompagnée et cela s'est bien passé* »⁷.

Si l'accompagnement peut être assuré par des acteurs « externes » aux acteurs de la prise en charge de la santé, le personnel médical, de prévention ou de soin, doit également réaliser un travail pour être capable d'accueillir toute personne, quelle que soit sa réalité de vie, et peu importe le moment où celle-ci trouve l'énergie de se prendre en charge au niveau de la santé... L'ouverture, le non-jugement, l'accueil de la différence font partie intégrante d'un accompagnement professionnel bien compris par les soignants. Suivant l'accueil, le temps consacré et l'accompagnement qui seront assurés par le personnel médical, la porte vers la promotion et la prévention de la santé, ainsi que les soins, s'ouvrira ou se refermera, et ceci avec la personne concernée mais également pour la famille et parfois l'environnement amical.

L'accompagnement est essentiel alors que la société d'aujourd'hui concède tout à la rapidité et au remplacement par la technologie. Le RWLP revendique qu'il est essentiel de consacrer du temps humain à l'humain, singulièrement en matière de santé. Le RWLP pense que le développement des métiers de proximité notamment en rapport avec la santé, et singulièrement concernant la promotion et la prévention de la santé, est essentiel.

La formation des professionnels

Organiser des modules de formation à destination des professionnels de la santé, tant les professionnels de la promotion, que de la prévention, et des soins pour appréhender les violences que sont la pauvreté, le fait de vivre en permanence dans le trop peu de tout, la désaffiliation sociale, est indispensable. Les conditions de vie dans la pauvreté rendent tout différent, plus complexe, plus compliqué, plus distant, plus dangereux, exacerbent les peurs, engagent à la méfiance et à la prudence, conduisent à développer des mécanismes de protection, font perdre confiance dans les autres, en soi, donnent parfois envie de passer inaperçu, de devenir invisible, etc.

La formation des professionnels doit avoir pour objectif de mieux comprendre pour mieux décider et agir, pour adapter ses pratiques, pour analyser un contexte sans reporter la responsabilité des fonctionnements/dysfonctionnements des dispositifs de santé sur la personne.

La formation doit viser également à ce que les personnes concernées et les professionnels de la santé se rencontrent pour construire des réponses au service du plus grand nombre sur base d'un échange croisé entre les savoirs des populations concernées et les savoirs professionnels.

La formation des professionnels doit permettre d'atteindre l'objectif de la réduction des inégalités en matière de santé, pour contribuer à éliminer la pauvreté et la désaffiliation sociale.

7. Extrait de témoignages de Témoins du vécu/militant·e·s.

La formation doit outiller les soignants pour qu'ils apprennent à expliquer le parcours de soins en s'assurant de la bonne compréhension de l'information. On constate un manque de compétences de certains soignants sur la façon dont ils communiquent avec les patients, un vocabulaire technique empêche parfois de comprendre : ⁸

« J'ai dû demander à mon médecin d'expliquer avec d'autres mots. Je me suis demandé s'il me parlait en français à cause de son jargon. »

« En sortant de chez le médecin, il me dit qu'il faut prendre rendez-vous chez un pneumologue, je ne comprends pas l'importance ni chez qui me rendre, finalement, j'ai souffert d'une pneumonie. »

« Si j'ai besoin d'un rendez-vous urgent, c'est mon médecin qui me suit depuis que je suis toute petite qui prend le rendez-vous. »

« Dans la maison médicale où je vais, c'est le médecin ou l'infirmière qui fixent systématiquement les rendez-vous dont j'ai besoin. »

Le RWLP pense également, qu'outre la formation directement souhaitée à destination du personnel impliqué dans des fonctions en lien avec la promotion, la prévention et les soins en matière de santé, il est nécessaire également de former le personnel dirigeant au pilotage des institutions que sont notamment les hôpitaux. En effet, l'organisation institutionnelle d'un hôpital aura des répercussions non-négligeables sur l'organisation de l'accueil et de l'accompagnement des personnes et familles qui vivent dans le trop peu de tout. Ceci tant dans le rapport aux aspects financiers, mais aussi sociaux et médicaux.

2. L'organisation des soins

Ne pas pouvoir se soigner est une réalité vécue massivement par les populations appauvries. De nombreuses personnes doivent reporter des soins dont elles ont pourtant besoin. « Une fois le budget d'un petit revenu plombé par le coût du logement, de l'énergie, des transports, c'est compliqué... » C'est donc une question de coût des soins inscrit dans le coût global de la vie mais aussi une question d'organisation des soins de santé.

Voici les recommandations des TVM pour surmonter certains obstacles :

Le coût des traitements

- Elargir le tiers-payant obligatoire à toutes les disciplines médicales et ce compris en dentisterie. Le rendre applicable à toute la population. Il s'agit aussi de faciliter son application administrativement pour les praticiens afin de ne pas impacter sur la qualité des soins car tout effet pervers est à écarter structurellement.
- La gratuité des médicaments dans certaines circonstances doit être envisagée, tenant compte de la réalité de vie de la personne et de ses besoins spécifiques. Nous pensons ici particulièrement aux personnes malades chroniques et aux personnes âgées à petits revenus.
- L'automatisme du statut BIM pour tous les groupes concernés devrait être organisée. Cette automatisation changerait la réalité de nombreuses personnes en détresse financière et aurait un impact réel sur l'accès aux soins.

La première ligne doit être renforcée

- Il est important d'organiser dans chaque lieu de vie la diversité des réponses en matière de suivi médical pour garantir le choix du patient au plus proche de ses besoins, de sa réalité. Il s'agit de promouvoir le développement des maisons médicales et de garantir aussi la présence de cabinets de médecine générale dans tous les quartiers et en milieu rural.
- La revalorisation du métier de généraliste mettrait en exergue la prise en compte globale du patient : ses soucis de santé, ses conditions de vie et les conséquences du soin sur son quotidien et inversement. L'humain comme chapeau du parcours de soins.
- Les associations de première ligne du secteur santé et du secteur socio-culturel jouent un rôle primordial en amont pour le recours aux droits en matière de santé aussi notamment au travers de l'éducation permanente mais aussi en tant que lieu d'accueil de bas seuil dans l'environnement direct de la population.

Une attention particulière pour les patients fragiles est nécessaire

- La question administrative pour les patients vivant dans la rue, demande une souplesse des administrations, des services de santé. Une personne en rue n'a pas de bloc-notes pour noter un rendez-vous, elle subit souvent des pertes de ses papiers dont sa carte d'identité et n'a pas forcément la possibilité d'avoir une adresse de référence pour être en ordre de mutuelle. Il est donc indispensable de prendre en compte ces paramètres pour assurer ses droits sinon la santé lui est entièrement inaccessible.

8. Ibidem.

- La santé en prison devrait être au cœur des préoccupations : tant la santé mentale que physique. Cela démontrerait la considération que la société a vis-à-vis de personnes qui « réparent » et en principe « préparent leur réinsertion ». Il n'est pas normal de sortir de prison dans un état de santé nettement plus dégradé qu'en y entrant.

Les pratiques dans les hôpitaux sont à évaluer

Le rendement dans les structures hospitalières empêche de prendre le temps nécessaire avec les patients et épuisent les équipes. La rentabilité en tant qu'objectif prioritaire freine l'accès aux soins. Cela ne favorise pas le lien au patient et ce compris au moment d'examens préventifs qui est le moment où la confiance se met en place. Il faut y garantir le temps et la qualité de l'accompagnement du patient par les différents services et praticiens dès l'accueil. Les points centraux sont le respect et l'écoute des besoins des patients. Prévoir cet aspect dans la formation des soignants.

La solidarité

La santé nécessite de se donner les moyens. Sans la solidarité, on n'a pas les moyens. Sauver et financer solidement la sécurité sociale est un enjeu crucial. En matière de santé, l'adage cotiser selon ses moyens et bénéficier selon ses besoins est primordial.

Informé sur les coûts et les droits dans les lieux de soins

Il est utile de garantir une information claire dans des lieux stratégiques (salle d'attente de cabinets médicaux, d'hôpitaux, mutuelles...) : « C'est important de savoir si on a droit au tiers payant ou pas, si le médecin le pratique et dans quel cas est-ce obligatoire pour le médecin. Quand on sait combien cela coûte précisément, on se rend plus facilement chez le médecin ou du moins on peut mieux s'organiser. Chez les dentistes et orthodontistes, c'est difficile de savoir s'ils sont conventionnés ou pas. Quand on doit aller chez le spécialiste, cela crée un stress, une pression car on ne sait pas si on va pouvoir gérer la dépense. » ; *« L'affichage des prix, c'est plus facile que de demander »*⁹.

Nous pensons qu'il serait judicieux d'afficher les tarifs à l'entrée et salles d'attente des cabinets, des hôpitaux, des pharmacies et de bien voir si le médecin est conventionné ou non.

En complément, il serait aussi intéressant d'indiquer l'application du tiers payant et des autres possibilités de réduction des coûts (BIM notamment). En effet, les informations sur les coûts et remboursements à l'endroit de se faire aider et soigner renforcera l'accès à tous les soins y compris la prévention.

L'aspect fondamental du lien humain décrit plus haut, doit être soutenu, renforcé, organisé, financé par les politiques publiques.

Avec la même force, les politiques publiques doivent structurer et financer l'organisation des soins pour rendre effectif le droit à la santé pour toute la population.

L'enjeu est de réussir à réduire le gap énorme qui existe entre l'accès à la santé pour les populations qui vivent dans le trop peu de tout et les autres.

C'est à l'État de garantir les moyens à ces fins pour réduire les inégalités et rendre la santé accessible à tous les citoyens. C'est une question de santé publique.

9. Extrait de témoignages de Témoins du vécu/militant·e·s.



Mars 2020 • Avec le soutien de la  **FÉDÉRATION**
WALLONIE-BRUXELLES