

Redessiner le droit à la santé



BAPN
asbl



vlaams netwerk
van verenigingen
waar armen
het woord
nemen



RWLP
Le réseau Wallon de lutte
contre la pauvreté

Éditeur responsable

Christine Mahy
Présidente BAPN



Siège social

Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté (BAPN) asbl
Rue du Progrès 333/6
1030 Bruxelles

T +32 2 265 01 53 | F +32 2 265 01 55 | info@bapn.be | www.bapn.be

Publication: février 2011

Illustrations par Sabine Rixen

Mise en page par Patriek D - onraad.com

Imprimé par Sint-Joris, Gent



Avec le soutien du Programme Communautaire pour
l'Emploi et la Solidarité Sociale
PROGRESS (2007-2013).

Les informations contenues dans cette publication ne reflètent pas
nécessairement l'opinion ou la position de la Commission Européenne.



La table Ronde du 19 novembre 2010, intitulé "Redessiner le droit à la santé",
était un événement officiellement reconnu par la Présidence belge et faisait
partie du présent projet.



Ce projet eut lieu pendant l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et
l'exclusion sociale 2010.

L'image présentée sur la couverture a été réalisée via le site Internet.photofunia.com

*Redessiner le droit
à la santé*



J'ai écrit un poème sur les « connaissances »

Tout est parti de ma découverte selon laquelle les connaissances sont différentes entre les personnes en situation de pauvreté et la classe moyenne. En conséquence, si je ne sais pas ce à quoi j'ai droit, - parce que je ne connais pas toutes les mesures qui existent - je ne peux pas le demander. Je ne sais pas ce qui est disponible pour moi, donc, je ne le demande pas... En outre, je ne veux pas paraître idiot en posant de telles questions. Mais l'inverse est vrai aussi. Les assistants sociaux, les services d'aide et les individus de classe moyenne supposent, que parce qu'eux savent, nous devrions le savoir aussi... et ils oublient dès lors de partager leurs connaissances.

Connaissances

**Je n'ai pas appris
Ce que tu as appris
Je ne sais pas tout ce que toi tu sais
Simplement, cela je ne le sais pas et toi non plus
Je n'ose pas poser de questions
Peut-être penserais-tu alors que je suis bête
J'ai appris ce que tu n'as pas appris
Je sais ce que tu ne sais pas
Simplement, tu ne le sais pas
Tu ne poses pas de questions
Parce que tu penses que tu le sais**

Heidi den Hollander - étudiante de dernière année en expert de vécu de pauvreté et d'exclusion sociale en stage chez *Ons Gedacht*, Lier

Pourquoi la Rochelle dans la démarche de l'accessibilité des droits au niveau de la santé ?

Les personnes que nous côtoyons et qui vivent l'exclusion sociale traversent des difficultés aussi variées que ravageuses pour elles-mêmes et leur entourage.

Parmi celles-ci, les problèmes liés à la santé se sont révélés, au fil des ans, être de plus en plus graves.

Pour preuve, nous devons nous souvenir de toutes les personnes que nous avons connues, qui fréquentaient nos projets et nous étaient proches et qui sont désormais disparues. Parties beaucoup, beaucoup trop tôt... Et oui, la pauvreté nuit gravement à la santé. On ne peut pas s'empêcher de penser à celles et ceux qui nous ont quitté avant leur 30 ans. A celles et ceux qui n'ont pas atteint les 60 ans et aux nombreux qui ont à peine franchi les 40 ans. Si bien que l'espérance de vie dans nos contrées, pour ces personnes en situation d'existence précaire, avoisine les chiffres rencontrés au Moyen Age ou dans les pays en voie de développement.

Il fallait réagir ! Notre projet participatif citoyen permettait enfin de dénoncer ces inégalités inexcusables qui s'attaquaient au fondement même des droits de l'homme.

Très vite nous nous sommes rattachés aux forums sociaux qui débattaient de ces problématiques en insistant sur le fait qu'il fallait remplacer la honte

d'être pauvre (la honte d'être malade, la honte de subir des assuétudes, la honte de vivre dans un environnement souvent médiocre) par le droit de se soigner, et par le droit de vivre tel que l'on est, par le droit de dénoncer en tant que citoyen l'ensemble de ces inégalités.

L'avènement du réseau de lutte contre la pauvreté, que nous avons voulu et soutenu, a été pour nous un moyen efficace qui pourra donner à toutes ces personnes le droit de s'exprimer librement et d'être entendu par les autorités et instances concernées.

Cesera un long combat d'échange démocratique mais jamais il ne faudra se lasser de rappeler et de dénoncer la gravité des faits.

Une pensée maintenant à tous ceux qui reposent en paix et qui n'ont pu profiter des futures percées sociales en matière de santé. Nous tenons à évoquer Louis, Myriam, Rita, Lionel, Simon, Jules, Charlie, Thierry, Michaël, Christian, Jeanne, Marie, René, Claudette, etc...

En leur nom, et au nom de celles et ceux qui souffrent encore aujourd'hui, nous nous efforcerons de continuer et mener à bien le combat pour le droit à la santé pour tous.

*L'Espace Communautaire
de la Rochelle*

Table des matières

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION	8
I. Expériences et recommandations des personnes en situation de pauvreté par rapport à la santé	10
A. LA SANTÉ : UNE PARTIE DU BIEN-ÊTRE GLOBAL	11
1. Un revenu suffisant	18
2. La 'sécurité' sociale	20
3. Coordination renforcée	21
B. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PREVENTION	22
4. Actions locales à petite échelle	23
5. Soutenir des initiatives existantes et facilement accessibles	28
C. DROITS DES PATIENTS ET TRAITEMENT ÉGAL	30
6. CPAS sur la même ligne	31
7. Le statut OMNIO	32
8. Professionnels : prenez votre temps et fournissez de la qualité	33
9. Approche proactive	36
D. ACCESSIBILITÉ	38
10. Le coût des soins de santé	39
11. Les maisons médicales et les <i>wijkgezondheidscentra</i>	43
12. Mobilité	45
II. Le droit à la santé au sein de l'Union européenne	46
1. Textes de base internationaux et européens sur le droit à la santé	48
2. Droit d'accès aux soins de santé	50
2.1 Politique européenne de santé	50
2.2 Les soins de santé en tant que service d'intérêt (économique) général	53
3. Le droit à un revenu minimum digne pour tous	56
4. La pauvreté et le droit à la santé dans la stratégie « Europe 2020 »	60
GLOSSAIRE	64
SOURCES	67

Résumé des recommandations

Ce que le gouvernement au niveau national peut faire...

1. Tout le monde devrait avoir un revenu suffisant

Tout le monde devrait bénéficier d'un revenu qui permette de participer à la vie en société, de manière digne et en pleine santé.

2. La sécurité sociale doit offrir suffisamment de... SECURITÉ

La sécurité sociale doit être efficace et permettre aux personnes d'être réellement en sécurité. Le financement de la sécurité sociale doit être revu afin de la rendre suffisamment forte. Les personnes en situation de pauvreté doivent être consultées en cette matière.

3. Les diverses organisations doivent collaborer à la lutte contre l'exclusion sociale et pour l'amélioration de l'accès à la santé et au bien-être

Dans notre société, les différents secteurs de l'aide, de l'assistance et des soins de santé forment un réseau complexe. Il faut aider les usagers à trouver leur chemin à travers cette complexité en les accompagnant activement et ne pas faire peser sur eux l'entière responsabilité de s'y retrouver.

4. La prévention en matière de santé doit aller à la rencontre des personnes concernées, dans leur milieu de vie, par le biais d'actions locales à petite échelle

Il ne suffit pas d'offrir gratuitement des examens ou des consultations (par exemple les soins dentaires gratuits pour les enfants ou le dépistage gratuit du cancer du sein chez les femmes). Encore faut-il informer et motiver les gens pour qu'ils profitent de ces offres. Il est dès lors important que les organismes qui font de la prévention aillent à la rencontre des personnes en situation de pauvreté.

5. Il faut soutenir des initiatives facilement accessibles, telles que des associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole

De telles associations jouent un rôle primordial dans le développement du réseau social des participants, dans la promotion de la santé et la prévention, notamment en matière de santé mentale.

6. Il faut que tous les CPAS interviennent de façon identique et suffisante dans les coûts médicaux

Pour l'instant, chaque CPAS a ses propres pratiques (ou pas de pratique) pour ce qui est de l'intervention dans les frais médicaux. Ainsi, il y a des usagers qui peuvent introduire auprès de quelques CPAS un aperçu de leurs dépenses médicales et le CPAS leur en rembourse un certain pourcentage. Il y a d'autres CPAS où les professionnels de la santé peuvent directement envoyer les factures de leurs patients au CPAS en question. Encore chez d'autres CPAS, on donne une sorte de carte médicale ou de garantie médicale à quelques usagers. Cette multitude de pratiques entraîne un danger d'arbitraire, alors qu'un système harmonisé devrait l'éviter.

7. Le statut OMNIO doit être octroyé automatiquement

Des personnes avec un statut OMNIO bénéficient d'un meilleur remboursement pour les soins médicaux (comme les médicaments, les consultations et les coûts d'hospitalisation). Ce statut devrait être octroyé automatiquement à tous ceux qui y ont droit. Nous voulons dire avec octroi automatique que les personnes ne doivent pas faire la demande ou des démarches administratives.

8. Les professionnels de la santé doivent avoir du temps suffisant pour tous les patients et doivent pouvoir garantir de bons soins

L'opinion du patient doit être écoutée et respectée. Il faut améliorer la collaboration et la communication entre différents services, entre autres quand il s'agit de transférer ou réorienter un patient, d'une description de tâches, la fin d'une prise en charge... En plus, une compréhension de la pauvreté et de la diversité devrait être un module obligatoire dans la formation de tous les futurs professionnels de la santé.

9. Les professionnels de la santé doivent avoir une approche plus proactive en matière des droits des patients

Il faut veiller qu'autant de droits et d'indemnisations que possible soit reconnus automatiquement. En attendant l'octroi automatique des droits, les professionnels de la santé doivent jouer un rôle plus proactif. Ils doivent informer de leurs droits les usagers et patients, et les soutenir dans leurs démarches.

10. Le coût des soins de santé doit diminuer

L'application généralisée et obligatoire du système du tiers-payant – et non pas l'application uniquement pour les personnes à faible revenu – éviterait la stigmatisation des personnes en situation de pauvreté. Ce système est déjà d'application pour les hospitalisations et l'achat de médicaments. Nous demandons que ce système devienne également la règle générale lors des consultations chez le médecin et le dentiste.

11. Une reconnaissance et un subventionnement structurels doivent garantir une présence renforcée, tant en qualité qu'en quantité, des maisons médicales (MM) et des *wijkgezondheidscentra* (WGC)

Les MM/WGC offrent une médecine de première ligne très accessible et multidisciplinaire. Elles sont beaucoup plus accessibles que la « médecine privée » pour des personnes en situation de pauvreté, bien qu'elles travaillent pour tous les types de publics. Les MM/WGC doivent bénéficier d'une reconnaissance décrétable à long terme. Il faut également prévoir des budgets suffisants pour la création de nouvelles MM/WGC (notamment en milieu rural), l'engagement de collaborateurs à l'accueil, de diététiciens, de psychologues, etc...

12. Il faut améliorer la politique en matière de mobilité pour les personnes malades ayant des bas revenus

Il faut tendre vers la gratuité pour les frais de déplacement pour les personnes à bas revenu qui doivent se déplacer plusieurs fois par semaine pour des examens ou des traitements.

Ce que l'Union européenne peut faire...

13. Droit d'accès aux soins de santé

Il convient de développer un cadre législatif et politique approprié au niveau européen qui préserve les services sociaux et de santé d'intérêt général d'une application injustifiée des règles du marché intérieur. Une directive spécifique au secteur doit protéger la mission d'intérêt général que ces services remplissent pour garantir les droits fondamentaux et promouvoir la cohésion sociale.

14. Un revenu adéquat

L'Union européenne doit développer un cadre légal et politique adapté pour garantir à tout le monde un revenu minimum digne.

15. Stratégie Europe 2020

1. Les plans de réforme nationaux ne suffisent pas à eux seuls. Les plans d'action nationaux pour l'inclusion sociale doivent être renforcés et développés par des stakeholders nationaux, régionaux et locaux.
2. Contrôler l'impact social de la crise et éviter les mesures d'économie qui provoquent une augmentation de la pauvreté.
3. Enregistrer des résultats au niveau du grand objectif relatif à la pauvreté et l'inclusion active doit commencer par prévoir un revenu digne dans le cadre de l'inclusion active.

INTRODUCTION

Vous venez de lire, en préface, deux contributions, de Heidi den Hollander (*Ons Gedacht*) et de l'Espace communautaire La Rochelle, deux contributions qui ne nécessitent pas de plus amples explications. Si ce n'est qu'elles résument parfaitement l'esprit du présent projet et l'engagement sociétal avec lequel ce projet a été mené.

Dans le cadre d'une subvention européenne¹, le Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté (BAPN) a coordonné un projet « Débattre de l'inclusion sociale avec les personnes en situation de pauvreté ». ² Ce projet se fait en partenariat avec trois réseaux régionaux – le Forum Bruxellois de Lutte contre la Pauvreté (FBLP), le *Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen (VNA)* et le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP), tous membres de BAPN.

Au début du projet, les quatre partenaires se sont mis d'accord de mettre l'accent sur le thème de la santé. En effet, le droit à la santé et le droit d'accès efficace aux services de soins de santé sont régulièrement bafoués, en Belgique et en Europe. Les personnes en situation de pauvreté ne jouissent pas entièrement des droits fondamentaux relatifs à la santé et au bien-être. Et la non-jouissance d'autres droits fondamentaux est tant une conséquence qu'une cause de la non-jouissance du droit à la santé et au bien-être.

Sur base de leurs expériences quotidiennes, des personnes en situation de pauvreté de toutes les Régions de Belgique ont formulé des recommandations en matière de droit à la santé. Vous trouverez ces recommandations dans le présent dossier. Ces recommandations ont été organisées en quatre chapitres :

1. les déterminants sociaux de la santé ;
2. la prévention et la promotion de la santé ;
3. les droits des patients et le traitement égal ;
4. l'accessibilité aux soins de santé.

Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que les différentes recommandations décrites dans les quatre chapitres sont souvent liées, les unes aux autres. En outre, dans ce dossier, nous avons ajouté une dimension européenne. Non seulement ce projet est subsidié par l'Union européenne, mais il s'est également déroulé, en partie, pendant l'Année Européenne de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale, d'un côté, et pendant la Présidence belge du Conseil de l'Union européenne, de l'autre côté. Ce fut donc une évidence de conférer à ce projet une dimension européenne et de voir dans quelle mesure l'Union Européenne est et doit être un acteur et le garant du droit effectif à la santé. Le fait d'avoir rencontré, ce 19 novembre 2010, les ministres concernés de toutes les entités – du fédéral, des trois Régions et des trois Communautés³ – reflète non seulement la manière de travailler et la collaboration de BAPN avec les réseaux et associations de toutes les régions et communautés du pays.

1 PROGRESS - Programme Communautaire pour l'Emploi et la Solidarité Sociale (2007 - 2013).

2 Durée du projet : 1 janvier 2009 – 28 février 2011.

3 Mesdames et Messieurs les Ministres Laurette Onkelinx, Jo Vandeurzen, Fadila Laanan, Harald Mollers et les représentants des Ministres Eliane Tillieux et Benoît Cerexhe.

Il doit également être un signe clair qu'il faut, au niveau belge, une concertation forte entre tous les ministres de la santé, tant pour les politiques nationales en matière de santé que pour les politiques européennes.

Dans l'avenir, nous utiliserons ces recommandations pour un travail de plaidoyer constructif des femmes et des hommes politiques mais aussi de toutes les autres instances et parties prenantes. La fin du projet subsidié ne signifie nullement la fin de nos activités dans ce domaine, au contraire.

Enfin, nous souhaitons exprimer ici plusieurs remerciements. Tout d'abord, nous remercions vivement les personnes en situation de pauvreté qui, dans des groupes à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie, ont fait part de leur vécu et de leurs expériences. C'est grâce à elles que ce dossier existe, et nous le porterons ensemble avec elles. Ensuite, nous tenons à remercier les associations – bruxelloises, flamandes et wallonnes – où des personnes en situation de pauvreté prennent la parole.⁴ Elles ont participé activement au projet, ensemble avec les personnes en situation de pauvreté. Ensuite, un grand merci aux trois réseaux régionaux de lutte contre la pauvreté qui sont les partenaires officiels dans ce projet. Nous remercions vivement la Fédération des Centres de Service Social (FCSS) qui a fait un travail de qualité en renforçant ces recommandations par des textes scientifiques, des données provenant d'études et autres sources provenant de recherches, publications ou textes législatifs. Nous remercions aussi vivement Anne Van Lancker qui a élaboré et rédigé le volet européen du présent dossier. Enfin, pour ce projet pour lequel nous avons utilisé le titre « redessiner le droit à la santé », nous souhaitons également remercier Sabine Rixen qui a fait des dessins sur base des recommandations et du débat lors de la table ronde du 19 novembre 2010 et dont vous retrouvez quelques exemplaires dans la présente publication.

Nous souhaitons également remercier toutes les autres personnes et instances qui ont contribué au niveau logistique à la réalisation de ce projet.⁵

Stephan Backes
BAPN

4 Ces associations et organisations sont notamment (par ordre alphabétique) : 't Antwoord, 't Kringske, 't Lampeke, Centre médicale Galilée, Collectif de santé La Perche, *De Brug*, *De Fakkel*, *De Lage Drempel*, *De Vrolijke Kring*, La Chrysalide, La Rochelle, Ligue de usagers des soins de santé (LUSS), Maison médicale La Senne, *Ons Gedacht*, *Ons Huis*, Plate-forme d'action santé & solidarité - *Actieplatform gezondheid & solidariteit*, *PSC Open Huis*, *PWO Wetteren*, Réseau santé mentale des Marolles (RSMM), Sivi. Nos excuses si nous avons omis la mention de l'une ou l'autre association impliquée.

5 Les interprètes et traducteurs, *Bureau Graphique Onraad*, la Banque Nationale de Belgique (pour la mise à disposition de sa salle de conférence lors de la rencontre avec les parties prenantes le 26 février 2010), le CPAS de Saint-Gilles (pour la mise à disposition de salles lors de la rencontre de croisement national le 15 décembre 2009), Matthias Therry et son collègue pour avoir filmé la Table Ronde « Redessiner le droit à la santé » du 19 novembre 2010. Nos excuses si nous avons omis la mention de toute autre instance et/ou personne ayant contribué au présent projet.



I.

EXPÉRIENCES ET RECOMMANDATIONS

DES PERSONNES EN SITUATION DE

PAUVRETÉ PAR RAPPORT À LA SANTÉ



A

**LA SANTÉ :
UNE PARTIE DU
BIEN-ÊTRE GLOBAL**

Tout le monde doit pouvoir s'épanouir. Les personnes en situation de pauvreté n'ont pas les mêmes chances d'épanouissement que les autres, parce qu'elles doivent faire face à des obstacles nombreux qu'elles doivent à chaque fois surmonter. Ceci a des conséquences importantes sur l'estime de soi d'une personne.

Tout le monde doit avoir accès à un revenu décent et à un emploi de bonne qualité et durable. Les revenus minimaux (revenus de remplacement ou salaires) doivent être au moins égaux au montant du seuil de risque de pauvreté.

Tout le monde doit avoir accès à de la formation. Les personnes en situation de pauvreté doivent être mobilisées pour que leur confiance en soi puisse se développer et pour qu'elles puissent faire valoir leurs droits.

« Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du revenu disponible médian national ⁶. En 2007, ce dernier se chiffrait à 1.463 € par mois. En conséquence, le seuil de risque de pauvreté en Belgique correspond à un revenu disponible inférieur à 878 €/mois pour une personne seule ⁷. (...) On conçoit aisément que vivre avec un revenu disponible inférieur à 878 €/mois pour un isolé (...) est loin d'être une sinécure. Aujourd'hui en Belgique, cette situation est vécue par 15,2% de la population⁸, soit près d'une personne sur 6,5⁹. En chiffres absolus, selon la population recensée sur le territoire au premier janvier 2007, cette proportion représentait 1.608.849 personnes. (...) Il convient de préciser qu'une part de la pauvreté est sous représentée dans ces chiffres. Qu'en est-il par exemple de la place des personnes sans papiers ou encore sans domicile fixe dans ces recensements ? »¹⁰. Il est intéressant de comparer ce seuil de pauvreté s'élevant à 878 €/mois (isolé) avec le montant perçu pour différentes allocations sociales et indemnités (isolé...)

Seuil de pauvreté	Allocation de chômage minimum	Revenu d'intégration sociale	Allocation de remplacement de revenu pour handicapés
878 €/mois	846,56 €/mois au 01/08/2009	725,79 €/mois au 01/09/2009	726,15 €/mois au 01/09/2009

6 Le revenu disponible recouvre les revenus bruts moins les impôts, les charges sociales et les transferts entre ménages. Les revenus bruts recouvrent les revenus bruts du travail salarié, le revenu brut d'indépendant (monétaire et non monétaire), le revenu de la propriété, les revenus financiers, les transferts sociaux, les autres revenus bruts, ... Si l'on range les individus en série par ordre croissant de revenu disponible, le revenu disponible médian est celui de l'individu qui se situe exactement au milieu de la série.

7 Source : EU-SILC 2007

8 EU-SILC 2007.

9 Si l'on fixait le seuil à 70 % du revenu disponible médian (< 1.024 €/mois), le taux de pauvreté en Belgique s'élèverait à 23,4 % (EU-SILC 2007).

10 Hugues-Olivier Hubert, Les fondamentaux : droits sociaux et questions sociologiques, à paraître.

«La santé est un concept très large. Bien qu'on puisse faire une nette distinction entre la santé au sens large et le bien-être, il n'est pas toujours évident de situer la limite entre ces deux concepts. La question relative à la santé perçue englobe plusieurs dimensions et recouvre des aspects à la fois physiques et mentaux de la santé. Elle permet de cerner l'état de santé général du répondant et, indirectement, mesure en partie le bien-être général. Dans ce sens, la santé perçue est un bon indicateur au regard de l'approche holistique de la santé. La santé est, par excellence, un concept recouvrant de très nombreuses dimensions de l'être humain qui ne peuvent être appréhendées au moyen d'une mesure unique »¹¹.

Les études pour comprendre et réduire les inégalités sociales de santé mettent justement en évidence la nécessité de ne pas se focaliser uniquement sur une mesure ou un angle d'attaque particulier.

Partons tout d'abord du constat bien réel de l'existence d'importantes inégalités sociales de santé en Belgique malgré un système de soins de santé parmi les plus développés au monde. Le rapport Plan d'Action National PAN 2008-2010 nous le rappelle : *« Pour la plupart des indicateurs de santé, il existe clairement un gradient social. Les indicateurs belges, bons en moyenne, représentent en conséquence une moyenne entre la très bonne santé de la population aisée et la santé plutôt mauvaise de la population plus pauvre. Les indicateurs confirment donc l'existence de fortes inégalités dans le domaine de l'état de santé, du comportement de santé et de l'accès aux soins de santé »¹²*. Le projet TAHIB¹³ abonde dans le même sens : *« de nombreuses études à l'échelle internationale ont établi que les taux de mortalité et de morbidité suivent généralement un gradient socio-économique prononcé : les groupes qui se situent en haut de l'échelle, soit les plus instruits ainsi que ceux qui disposent d'un revenu plus élevé et qui ont un statut professionnel plus élevé ont des taux de mortalité et de morbidité moins élevés que leurs concitoyens d'un statut social plus défavorisé. La présence de ces inégalités sociales en santé (ISS) ne fait plus de doute en Belgique, où nous retrouvons des disparités entre les groupes socio-économiques au niveau de nombreux indicateurs de santé et de bien-être, notamment l'espérance de vie (EV) et les années passées en bonne santé, la mortalité infantile, l'état de santé, l'utilisation des soins de santé, et les comportements que l'on associe habituellement à la santé tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires ou la sédentarité »¹⁴.*

11 Patrick DEBOOSERE, Sylvie GADEYNE, Atlas de la santé et du social de Bruxelles capitale, 2006, page 111.

12 Rapport PAN 2008-2010 page 175.

13 TAHIB est un projet financé par le Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique (Contrat # TA/00/15), qui a commencé en janvier 2006 et s'est terminé en décembre 2009. Des chercheurs de trois institutions collaborent à ce projet : l'Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) qui est aussi le coordinateur du projet, la Vrije Universiteit Brussel (VUB), et l'Université Catholique de Louvain (UCL). Pour leur projet de recherche, les chercheurs de l'UCL ont travaillé avec des chercheurs écossais de l'Université d'Edinburgh.

14 http://www.belspo.be/belspo/fedra/TA/TA15samenv_fr.pdf

Le citoyen le moins instruit meurt en moyenne 7,5 ans plus tôt que le plus instruit. Un citoyen moyennement instruit (enseignement secondaire supérieur) meurt en moyenne 2,5 ans plus tôt qu'un citoyen ayant suivi l'enseignement supérieur. Celui qui a suivi l'enseignement secondaire inférieur meurt en moyenne près de 4 ans plus tôt. Celui qui n'a terminé que l'école primaire meurt en moyenne 6 ans plus tôt. Et celui qui n'a suivi aucun enseignement meurt en moyenne 7,5 ans plus tôt. On constate aussi que l'écart s'est accru aux cours des dernières années.¹⁵

Une meilleure accessibilité aux soins de santé ne constitue qu'un des facteurs sur lesquels agir pour améliorer la santé globale d'une société et pour lutter contre les inégalités de santé. Les hommes politiques belges ont pu déjà apprendre que « *Les soins de santé proprement dits n'ont, en fait, qu'un impact marginal sur l'état de santé de l'individu (...) Lorsqu'on se place dans un cadre historique plus large, on se rend compte que la médecine a joué un rôle réel mais marginal dans l'amélioration globale de l'état de santé de la population (...) Une vision globale en matière de santé met prioritairement l'accent sur les conditions de vie générales, car c'est là qu'on peut effectuer les plus grandes améliorations en termes de santé (...) Evans et al. nous enseignent que certains des secrets les mieux gardés de la longévité et de la bonne santé sont à rechercher dans les circonstances culturelles, sociales et économiques où vit l'individu. La santé proviendrait en partie de la faculté d'adaptation et de la foi en l'avenir que nous avons développées dans l'enfance ainsi que des réseaux d'amitié et de soutien auxquels nous avons accès au travail, à la maison et dans la vie sociale. La santé tient aussi au sentiment de disposer d'une marge de manœuvre, d'une certaine maîtrise de son travail et à la capacité à faire face aux changements brutaux de la vie (chômage, séparation, décès, etc..)* »¹⁶.



Restez bien au chaud et mangez sainement.

15 Rapport final, volet de synthèse générale du projet TAHIB

16 Rapport Peers sur les soins de santé en Belgique (Chambre des représentants ; mai 2000).

En effet, la littérature scientifique et institutionnelle regorge d'observations et de constats en insistant sur une multitude de déterminants socio-économiques de la santé.

Un des modèles théoriques servant de référence pour expliquer ce phénomène est celui de Dahlgren et Whitehead¹⁷ qui permet d'appréhender les liens entre différents facteurs intervenant dans les déterminants de la santé. « *Dans le modèle Whitehead, les facteurs causals des inégalités socio-économiques de santé (ISES) sont situés à différents niveaux, allant du niveau individuel au macro-niveau, les facteurs aux niveaux supérieurs influant non seulement directement sur le problème, mais exerçant aussi un impact sur les facteurs aux niveaux inférieurs. En d'autres mots, plus le niveau est élevé, plus fondamentale et plus forte est son influence sur le problème :*

1. *Niveau individuel : connaissances individuelles, croyances, estime de soi, comportement;*
2. *Le niveau de la communauté : cohésion sociale;*
3. *Le niveau des services et structures : environnement quotidien de vie, d'apprentissage et de travail et accessibilité des services et structures;*
4. *Le niveau macro-social, -économique et -culturel : inégalités en matière de revenus ...*

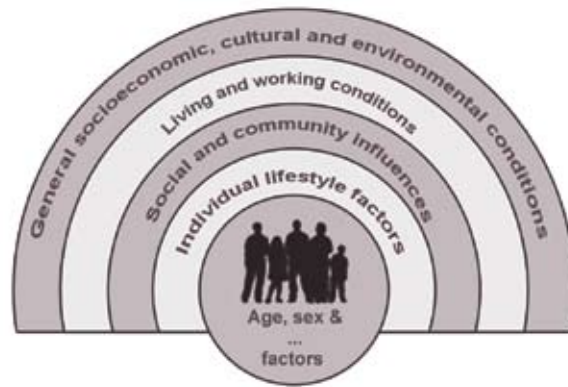
Ce schéma permet également de situer toutes les interventions possibles contre les ISES, à savoir :

1. *Renforcement des individus : interventions au niveau du style de vie et habilitation;*
2. *Renforcement de la communauté : d'une part, des interventions qui augmentent les possibilités d'un quartier de définir et d'appréhender ensemble les problèmes, en tant que collectivité (cohésion horizontale), et d'autre part, des interventions qui relient entre eux les différents groupes socio-économiques, axées sur la participation et la démocratie (cohésion verticale);*
3. *Renforcement des conditions de vie et de travail et optimisation de l'accès aux services et structures ayant une influence positive sur la santé;*
4. *Stimulation de changements macro-économiques, -sociaux et -culturels (en s'attaquant par ex. aux inégalités en matière de revenus). »*

« *Les centres d'expertise, qu'ils soient belges, européens ou internationaux, plaident unanimement en faveur d'une approche coordonnée des ISES à chacun de ces quatre niveaux* »¹⁸.

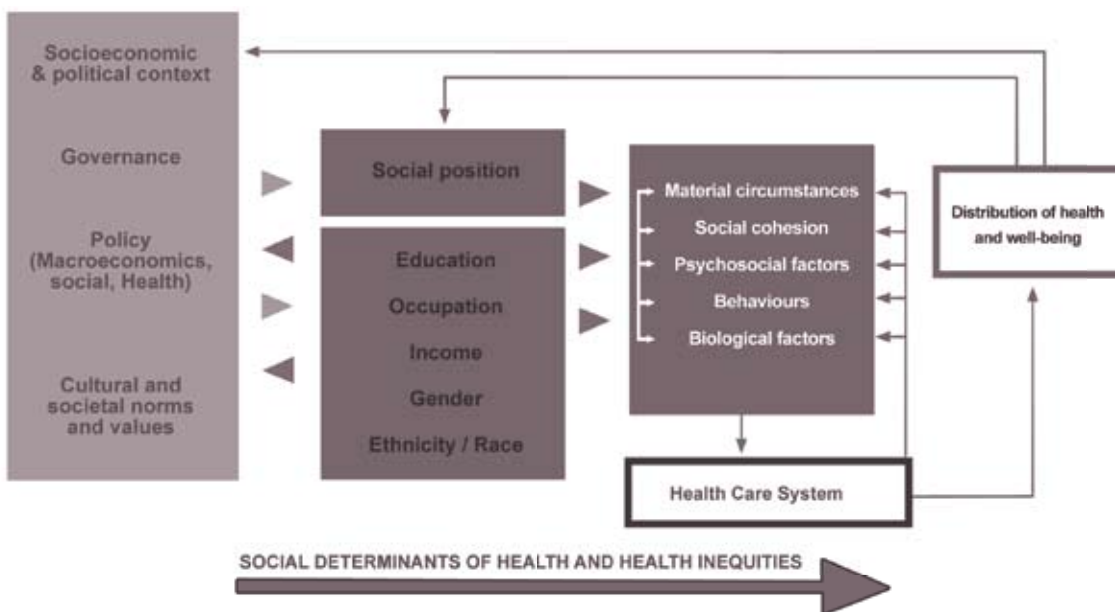
17 Schéma repris du document « Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne », Bilan du travail effectué par le Consortium DETERMINE au cours de sa première année, septembre 2008.

18 « Recherche sur les initiatives mises en place pour réduire les inégalités socioéconomiques de santé (1995-2006) », Rapport de la Fondation Roi Baudouin, décembre 2007, page 7.



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

L'autre référence qui fait autorité avec le modèle de Dahlgren et Whitehead est le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (2008)¹⁹. Ils s'agit aussi d'un cadre holistique qui propose différentes portes d'entrée pour comprendre les interactions agissant au niveau de la santé (notamment le contexte socio-économique), et suggère ainsi des actions/interventions en vue de réduire les inégalités sociales de santé.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Au-delà de leurs spécificités, ces deux modèles s'accordent sur l'influence importante d'autres facteurs que ceux liés stricto sensu à la santé « bio-médicale » pour rendre compte des niveaux différents de santé des individus (emploi, niveau d'éducation, environnement sain, qualité du logement, etc), et par là même sur la nécessaire mobilisation et collaborations d'acteurs et de ressources variées en vue de réduire les inégalités de santé.

19 Schéma repris du document « Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne », Bilan du travail effectué par le Consortium DETERMINE au cours de sa première année, septembre 2008.

Bref, comme le suggérait l'OMS dès 1946, la santé doit être comprise comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ²⁰ ». Dans la charte d'Ottawa de 1986 ²¹, l'OMS souligne que « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :- se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé* ».

Tout le monde doit avoir accès à une nourriture saine. Des mesures structurelles sont nécessaires dans la lutte contre la pauvreté, afin de rendre inutiles des mesures « palliatives » telle que l'aide alimentaire. L'accès effectif à une nourriture saine et de qualité doit être garanti pour tous.

”

« Je sais qu'il est important de manger sainement. Mais je n'ai pas assez d'argent pour me le permettre. »

Tout le monde a le droit à une fin de vie digne. Ceci concerne autant les frais engendrés par les soins palliatifs que les dépenses relatives aux obsèques.

”

« Des personnes signent une assurance obsèques qu'elles ne peuvent payer. Ceci doit être empêché. »

La fondation Roi Baudouin a réalisé une étude sur la problématique des funérailles pour personnes indigentes ²². Les recommandations issues de ce rapport sont les suivantes :

- Une des conditions d'un enterrement digne est d'assurer une présence minimale, fût-elle symbolique.
- Une collaboration active avec le monde associatif peut contribuer à une diffusion rapide de la nouvelle du décès et à une mobilisation de réseaux informels de solidarité.
- Cela implique aussi que le jour et l'heure des funérailles des indigents ne soient pas décidés au dernier moment et sans tenir compte des spécificités de ce public. Dans la mesure du possible, un horaire fixe est souhaitable.
- La présence de parents, d'amis ou de proches doit être mise à profit pour organiser un bref rituel, comme un moment de recueillement ou d'expression à la mémoire du défunt
- Il est important d'identifier l'emplacement de la sépulture afin qu'elle puisse être facilement retrouvée.

20 Préambule de 1946 à la Constitution de l'OMS.

21 http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

22 « Un adieu digne pour tous : les funérailles des personnes indigentes », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007.

- Les communes semblent bien respecter les dernières volontés du défunt si celles-ci ont été dûment enregistrées. Une attitude un peu plus pro-active de leur part (consultation de l'entourage proche) permettrait aussi de connaître la volonté de personnes qui ne sont pas toujours passées par la voie administrative normale.
- À côté des personnes tout à fait sans ressources, il y a aussi un grand nombre de situations plus contrastées, comme des familles précarisées qui souhaitent faire quelque chose mais qui manquent de moyens. Des formes de partenariat avec le monde associatif pourraient aider ces personnes à organiser des funérailles sobres mais dignes, sans qu'elles ne doivent nécessairement être prises en charge par la commune.
- Une cérémonie annuelle, en présence des autorités locales, permet à la fois de rendre un hommage collectif à des personnes mortes dans le dénuement le plus complet et de rappeler à tous la réalité de la misère et de l'isolement social

Au niveau européen, la Commission européenne dans ses recommandations adressées aux Etats-membres dans le cadre des mesures en faveur de l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail ²³, insiste bien sur l'importance « *de concevoir et d'appliquer une stratégie globale et intégrée en faveur de l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail, combinant un complément de ressources adéquat, des marchés du travail favorisant l'insertion et l'accès à des services de qualité. Les politiques d'inclusion active devraient faciliter l'intégration des personnes capables de travailler dans un emploi durable et de qualité, et apporter aux autres des ressources suffisantes pour vivre dans la dignité ainsi qu'une aide à la participation sociale* ».

1 Tout le monde devrait avoir un revenu suffisant

Tout le monde devrait bénéficier d'un revenu qui permette de participer à la vie en société, de manière digne et en pleine santé.

Les recommandations issues de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS ²⁴ insistent bien sur certains points essentiels dont la nécessité de disposer d'un revenu suffisant. Le rapport sur l'accès aux droits sociaux fondamentaux basé sur l'expérience des travailleurs sociaux de terrain ne dit pas autre chose sur la nécessité d' « *augmenter les revenus les plus bas, car c'est la meilleure façon d'améliorer les conditions de vie et donc de santé des personnes ainsi que leur accès aux soins de santé* » ²⁵.

Souvent, les personnes à bas revenus reportent à plus tard leurs soins de santé, ce qui peut mener à une aggravation des problèmes.

²³ C(2008) 5737

²⁴ Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », Commission des déterminants sociaux de l'OMS, 2008

²⁵ « L'accès aux droits sociaux fondamentaux », FCCSSB-FBCMWW, octobre 2009.

La dernière enquête de santé par interview consacrée aux soins de santé (2008) 26 constate que « 14% des ménages en Belgique déclarent avoir dû postposer des soins de santé / renoncer à des soins soit médicaux, chirurgicaux, dentaires, ou à l'achat de médicaments, de lunettes..., en raison de problème d'accessibilité financière (...) 27% des ménages se trouvant dans le quintile des revenus les plus faibles déclarent avoir dû postposer des soins de santé contre 4% des ménages avec les revenus les plus élevés. Cette différence est significative après standardisation pour le sexe et l'âge (...) le pourcentage de ménages qui déclarent avoir dû postposer des soins de santé a augmenté entre 2004 (9%) et 2008 (14%) ». Les chercheurs de cette étude en concluent notamment que (...) le caractère universel des soins de santé en Belgique est menacé. Il est donc impératif de prendre des mesures au plus haut niveau pour maintenir le caractère universel des soins de santé même dans cette période de récession économique ».

Les revenus (et allocations) les plus bas doivent être augmentés. Les emplois doivent être de bonne qualité et durables.

En ce qui concerne les allocations, le rapport PAN 2008-2010²⁷ nous enseigne que « *Les allocations sociales jouent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté. Le risque de pauvreté avant transferts (tous les transferts à l'exception des pensions) s'élève à 27% pour la Belgique, à 32% pour la Wallonie et à 22% pour la Flandre (si seules les allocations de chômage sont déduites du revenu, le risque de pauvreté s'élève à 19% pour la Belgique, à 14% en Flandre et à 23% en Wallonie). Si l'on calcule la réduction exprimée en pourcentage du risque de pauvreté grâce aux allocations sociales (excepté les pensions), le résultat est de 44% pour la Belgique, 47% pour la Wallonie et 50% pour la Flandre* ».

Au niveau de l'emploi, celui constitue un excellent rempart contre la paupérisation s'il permet véritablement de couvrir les besoins du ménage. Comme le souligne un article de la Revue Economique de la Banque Nationale « *Pour les ménages comprenant des membres en âge de travailler, le travail est une bonne protection contre la pauvreté, sous réserve d'un nombre suffisant d'heures travaillées et du niveau de rémunération. En Belgique, l'existence du salaire minimum tend à limiter le nombre de travailleurs pauvres*²⁸. *Il est circonscrit aux situations dans lesquelles les personnes n'obtiennent pas de travail stable et oscillent entre travail, chômage et inactivité, ou n'ont qu'un travail à temps partiel, insuffisant pour assurer le revenu nécessaire.*»²⁹. Le Service de Lutte contre la Pauvreté va plus loin en relevant « *Le fait que le revenu minimum net se situe pour la majorité des situations familiales sous le seuil de risque de pauvreté plaide pour une augmentation de ce montant. Cela devrait impliquer de préférence une augmentation du salaire brut, compte tenu du fait que les allocations de remplacement dans la sécurité sociale sont calculées sur la base des montants bruts* »³⁰.

26 « Enquête de santé par interview », Institut Scientifique de Santé Publique, 2008, pp 45-51.

27 Plan d'action national inclusion 2008-2010, page 175.

28 D'après le rapport PAN 2008-2010, le taux de travailleurs pauvres s'élève à 4%.

29 Y. Saks et Ph. Delhez, « La pauvreté en Belgique », Revue Economique de la Banque Nationale, p. 107.

30 Mémoire sur les élections du 13 juin 2010, Service de Lutte contre la Pauvreté, p. 2.

Enfin, la qualité de l'emploi et la dimension temporelle du contrat de travail n'est pas non plus à négliger : « *L'importance d'un contrat de travail stable n'est jamais trop soulignée. L'instabilité d'un contrat mène à l'insécurité en matière de revenus, ce qui tend à accroître la précarité dans d'autres domaines, tels que le logement et les soins de santé* »³¹.

Le revenu dont il faut tenir compte est le « revenu disponible » : celui qui reste après déduction des dépenses de base (impôts, loyer, chauffage, eau, électricité, nourriture, autres charges) et des dettes.



« A cause du montant de mon salaire, je n'entre pas en ligne de compte pour toute une série de primes. Mais j'ai des dépenses mensuelles très élevées, c'est pourquoi il ne me reste presque rien. »

2 La sécurité sociale doit offrir suffisamment de... SECURITÉ

La sécurité sociale doit être efficace et permettre aux personnes d'être réellement en sécurité.

Le financement de la sécurité sociale doit être revu afin de la rendre suffisamment forte. Les personnes en situation de pauvreté doivent être consultées en cette matière.

Le Service de Lutte contre la Pauvreté insiste sur le fait de garantir « *une sécurité sociale forte (...) Les allocations familiales et les soins de santé sont deux branches de la sécurité sociale qui ont évolué favorablement. Par contre, les trop faibles montants des allocations minimales d'aide et de sécurité sociales, comme l'illustre la comparaison avec le seuil de risque de pauvreté, reste encore et toujours un point négatif. Une autre évolution défavorable réside dans les conditions supplémentaires associées à la reconnaissance du droit à l'allocation de chômage. Il s'agit de la procédure de contrôle des efforts de recherche d'emploi qui ne tient pratiquement pas compte de l'aspect multidimensionnel de la pauvreté ni du manque d'emplois de qualité. Cette tendance implique également un affaiblissement du caractère assurantiel et solidaire de la sécurité sociale* »³².

31 Mémoire pour les élections du 13 juin 2010, Service de Lutte contre la Pauvreté, p. 2.

32 Mémoire pour les élections du 13 juin 2010, Service de Lutte contre la Pauvreté, p. 3.

3 Les diverses organisations doivent collaborer à la lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale et pour l'amélioration de l'accès à la santé et au bien-être

Dans notre société, les différents secteurs de l'aide, de l'assistance et des soins de santé forment un réseau complexe. Il faut aider les usagers à trouver leur chemin à travers cette complexité en les accompagnant activement et ne pas faire peser sur eux l'entière responsabilité de s'y retrouver.

Les diverses organisations doivent faire un effort de coordination pour diminuer cette complexité. Il en est de même en ce qui concerne les différents niveaux de pouvoir compétents en matière de santé.

Face à cette complexité, des recommandations ont été formulées par le groupe de travail « inégalités de santé » issu de la Fondation Roi Baudouin qui appelle à une systématisation des collaborations intersectorielles *« en travaillant les uns avec les autres, et non pas les uns à côté des autres. La fragmentation de l'aide entraîne, dans le secteur de la santé, une médicalisation des problèmes sociaux qui ne répond pas aux besoins et n'aide pas les plus vulnérables à progresser »*³³.

Ce même rapport préconise pour les soins de premières lignes une meilleure coordination en appelant à « [...] collaborer de manière interdisciplinaire, en particulier dans les quartiers défavorisés. Les pouvoirs publics doivent stimuler cette collaboration, qui peut prendre la forme de maisons médicales, de centres de santé intégrés ou de réseaux fonctionnels d'intervention (modèle de la toile d'araignée). Cette offre intégrée ne doit pas se limiter aux soins curatifs, mais englober aussi la promotion de la santé et les services d'action sociale. La concertation et l'assistance mutuelle doivent devenir la norme»³⁴.

Le VSO-Gezondheid ³⁵ plaide pour *« une collaboration plus structurelle entre les services de bien-être et de santé. Les professionnels de la santé doivent recevoir le soutien et les moyens nécessaires pour pouvoir traiter de façon adéquate les questions ayant une dimension de bien-être. »*

33 « Recommandations politiques en inégalités de santé », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007, p. 11

34 Ibidem, pagina 12.

35 Memorandum aan de federale regering 2010, VSO-G, p. 8.

The background of the page features a faint, light gray ECG (heart rate) line that spans the width of the page. The line shows a regular rhythm with distinct P waves, QRS complexes, and T waves. The overall aesthetic is clean and professional, with a white background and a thin vertical line on the right side.

B

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PREVENTION

4 La prévention en matière de santé doit aller à la rencontre des personnes concernées, dans leur milieu de vie, par le biais d'actions locales à petite échelle

Il ne suffit pas d'offrir gratuitement des examens ou des consultations (par exemple les soins dentaires gratuits pour les enfants ou le dépistage gratuit du cancer du sein chez les femmes). Encore faut-il informer et motiver les gens pour qu'ils profitent de ces offres. Il est dès lors important que les organismes qui font de la prévention aillent à la rencontre des personnes en situation de pauvreté. Les actions de sensibilisation n'ont de sens que si elles sont menées en collaboration avec ces personnes et dans leur environnement direct : elles sont bien plus efficaces que de grandes campagnes médiatiques.

A noter aussi que l'information, à elle seule, est insuffisante :

- **Elle doit être accessible, compréhensible, facilement disponible et correcte.**
- **Il faut aussi veiller à accompagner les personnes dans leurs démarches.**



De nombreux rapports insistent sur la nécessité de développer des outils d'informations et de communications, projets et formations spécifiques à destination des publics précarisés.

C'est ainsi que les recommandations du rapport pauvreté 2008-2010 soulignent l'importance de « *Mieux informer* » ; « *aller à la rencontre du public* » ; « *mieux accompagner* » ; « *simplifier au maximum les démarches administratives* ».

L'Atlas 2006 de la santé et du social de Bruxelles capitale ³⁶ parle de l' « *Importance de mettre sur pied des campagnes spécifiques pour personnes précarisées : En termes de politique de santé, cette situation implique qu'il faille suivre simultanément plusieurs pistes. Des campagnes en matière de santé publique orientées vers le tabagisme ou les habitudes alimentaires peuvent contribuer à l'amélioration de la santé de la population (bien qu'elles puissent aussi indirectement contribuer à une plus grande inégalité. On a en effet constaté que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé ont beaucoup plus tendance à adopter des modes de vie sains. Il importe donc que, lors de ces campagnes, une attention particulière soit apportée pour toucher les groupes cibles plus vulnérables)* ».

Une recherche-action menée par les Mutualités Chrétiennes³⁷ démontre qu'il faut absolument impliquer les personnes précarisées dans l'élaboration des mesures, et ce notamment au niveau de la promotion de la santé car une réalité propre appelle une adaptation des mesures.

Les Mutualités socialistes de Liège³⁸ insistent notamment dans leurs recommandations sur le soutien aux dynamiques qui développent des stratégies particulières avec les publics précarisés par le biais d'initiatives « *qui reconnaissent les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes précarisées et qui s'appuient sur ceux-ci pour développer les projets dans une démarche de co-construction* » ; « *qui font émerger ou qui redynamisent les compétences, l'esprit critique et renforcent la confiance en soi des personnes précarisées. Le but est qu'un maximum d'entre elles puissent être actrices de leur vie et faire des choix éclairés. Il s'agit de donner l'occasion aux personnes précarisées de se réapproprier leur vie et leur santé plutôt que de les culpabiliser* » ; « *qui prennent en compte la réalité de vie des personnes à qui ils s'adressent, qui prennent en compte leurs attentes et leurs ressources, qui les considèrent dans leur globalité et qui prennent en compte l'ensemble des facteurs qui déterminent leur santé* ».

36 Patrick DEBOOSERE, Sylvie GADEYNE, Atlas de la santé et du social de Bruxelles capitale, 2006, p. 137.

37 MC-Informations 238, décembre 2009.

38 « Promotion de la santé et inégalités sociales de santé : Constats et recommandations de professionnels de l'arrondissement de Liège à l'intention des responsables politiques », document coordonné par le Centre liégeois de promotion de la santé, Septembre 2009.

Plus spécifiquement sur la médecine préventive, la Fédération des Maisons Médicales estime qu'elle doit atteindre « *toute la population, y compris les plus démunis. Avec ses cinq contacts moyens par an et la rencontre de 70 % de sa clientèle en un an, le secteur des soins de santé primaires offre une possibilité de contact diversifiée à la population. Il peut combiner le travail curatif, réalisé le plus souvent à la demande des individus, et des démarches de prévention et de promotion de la santé, pour lesquelles la demande est moins évidente. Cela est d'autant plus vrai pour les populations en situation plus précaire. Il est prévu dans un avenir proche de rembourser un suivi préventif dans le cadre du Dossier médical global. Ces opportunités de prévention risquent d'être sous-utilisées par les personnes des populations plus précarisées. Il s'agit de soutenir des modes d'organisation de la première ligne, qui permettent d'atteindre plus facilement ces personnes. 1. Outre l'inscription, qui permet d'identifier la population de la responsabilité de chaque médecin généraliste, il s'agit de mettre en place des outils facilitant le travail proactif vers ces populations plus précarisées ; 2. Ces personnes sont souvent déjà en contacts occasionnels ou réguliers avec d'autres professionnels du social et de la santé. Ces professionnels-relais peuvent orienter activement les personnes précarisées vers les soignants de la première ligne. Des partenariats entre les soignants de la première ligne et ces professionnels du social et de la santé agissant comme relais doivent être facilités, encouragés et soutenus aux bénéfices de la santé des populations les plus précarisées, y compris pour les soins préventifs médicaux* »³⁹.

Le rôle joué par les *wijkgezondheidscentra* est essentiel à une échelle locale pour agir au niveau de la promotion de la santé, c'est pourquoi comme le souligne Vereniging van Wijkgezondheidscentra: « *Le choix d'intégrer du travail social, du travail préventif et de la promotion de la santé dans l'offre d'un wijkgezondheidscentrum, n'est pas soutenu - ni au niveau fédéral, ni au niveau flamand. Les wijkgezondheidscentra espèrent que cette approche intégrale des soins de santé et de la prévention bénéficiera dans l'avenir du soutien de l'autorité flamande.* »⁴⁰.

39 <http://www.maisonmedicale.org/Cahier-de-propositions-en-matiere,1249.html>

40 Memorandum 2009 van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.

L'exemple des campagnes de promotion du dépistage du cancer du sein en Hainaut⁴¹.

« Selon les évaluations, pour les années 2005-06 en Hainaut, les femmes bénéficiaires d'une intervention majorée pour les soins de santé (Bim) qui représentent 25% du public cible, pour les femmes de 50 à 69 ans, participent moins aux examens de dépistage (...). L'Observatoire social du Hainaut a donc souhaité que les publics en situation de précarité et/ou vulnérables fassent l'objet d'une attention particulière dans tous les programmes mis en place sur la province. Le plan d'action triennal 2010-2012 comporte, à ce titre, à la fois des spécificités d'interventions pour chaque axe de travail qu'il intègre (jeunes, seniors, communes, données de santé) et des actions spécifiques orientées délibérément vers les publics les plus démunis. Concernant la promotion du dépistage du cancer du sein, une évidence s'est vite imposée : une action spécifique à l'attention de ces femmes précarisées devait renforcer la campagne nationale grand public d'incitation au dépistage du cancer du sein. (...) Les professionnels touchés soulignent, pour la conduite de leurs projets, plusieurs points à travers lesquels on peut dégager des pistes spécifiques pour l'intervention auprès de ces populations (...) : Plus d'investissement (...) en communication et de partenariats dans les actions, de relations humaines (...); plus d'efforts d'adaptation : (...) adaptabilité des messages, outils, méthodes à des situations marquées par la complexité et l'intrication des problèmes (...); plus de liens et transversalité (...) les actions de communication et d'éducation pour la santé se sont longtemps appuyées sur la transmission de savoirs et de connaissances. Sur des sujets divers, les interventions ont suivi l'idée suivante : les individus qui connaissent les risques (ici développer une tumeur cancéreuse) adoptent des comportements favorables à leur santé. Or, en pratique les personnes précarisées ne répondent pas, ou que partiellement à cette logique. D'autres dimensions déterminants le comportement sont à prendre en compte. En effet, tenter de réduire les inégalités devant la santé par le biais de la communication ne peut faire l'économie d'intervenir simultanément sur différents axes, comme renforcer les aptitudes individuelles à se projeter, le sentiment d'auto-efficacité, la capacité à exprimer ses besoins (...) et surtout investir dans des domaines fortement associés à la santé comme le logement, les transports, l'environnement...(...) ».

41 Pierrre Bizel, et.al, Santé, précarité, communication : l'exemple des campagnes du dépistage du cancer du sein en Hainaut, L'Observatoire, n°65, p53-54..

En matière de prévention et promotion de la santé, il existe de nombreuses bonnes pratiques en de nombreux endroits différents. Il faut recenser les bonnes pratiques et les diffuser pour qu'elles soient reproduites dans d'autres endroits. De telles actions doivent être soutenues par des financements structurels, car il s'agit d'un travail de longue haleine pour obtenir des changements d'attitudes en profondeur.

Les médecins généralistes sont un des acteurs de première ligne concernant la prévention. La Revue de Médecine Générale dans l'un de ses articles explique qu'avant de lancer de grands projets de promotion de la santé, il convient sans doute de se concentrer sur « *de petits projets locaux concrets, caractérisés par des objectifs précis, des stratégies validées, des effets observables et évaluables... et surtout avec des médecins généralistes intégrés dans les projets dès leur conception* »⁴².

Un rapport de la Fondation Roi Baudouin⁴³ inscrit dans ses recommandations le travail local et la diffusion des bonnes pratiques : « *Les efforts de collaboration intersectorielle existant au niveau fédéral et/ou régional, entre les secteurs de la santé et de l'éducation par exemple, doivent être développés, systématisés, soutenus, évalués et financés. Les initiatives locales doivent être stimulées, au moins sur une base expérimentale, et évaluées, de manière à ce qu'on puisse en distiller les bonnes pratiques* » « *Les Communautés et les Régions doivent également encourager les autorités locales à développer une politique locale de santé basée sur l'idée d'équité et visant en priorité à soutenir des réseaux locaux. Ici aussi, il faut examiner quels sont les modèles les plus efficaces, en distiller les bonnes pratiques et les financer* ».

Au niveau européen, le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013 ne dit pas autre chose puisqu'il doit « *contribuer à identifier les causes des inégalités en matière de santé et encourager, entre autres choses, l'échange des meilleures pratiques pour lutter contre ces inégalités* »⁴⁴.

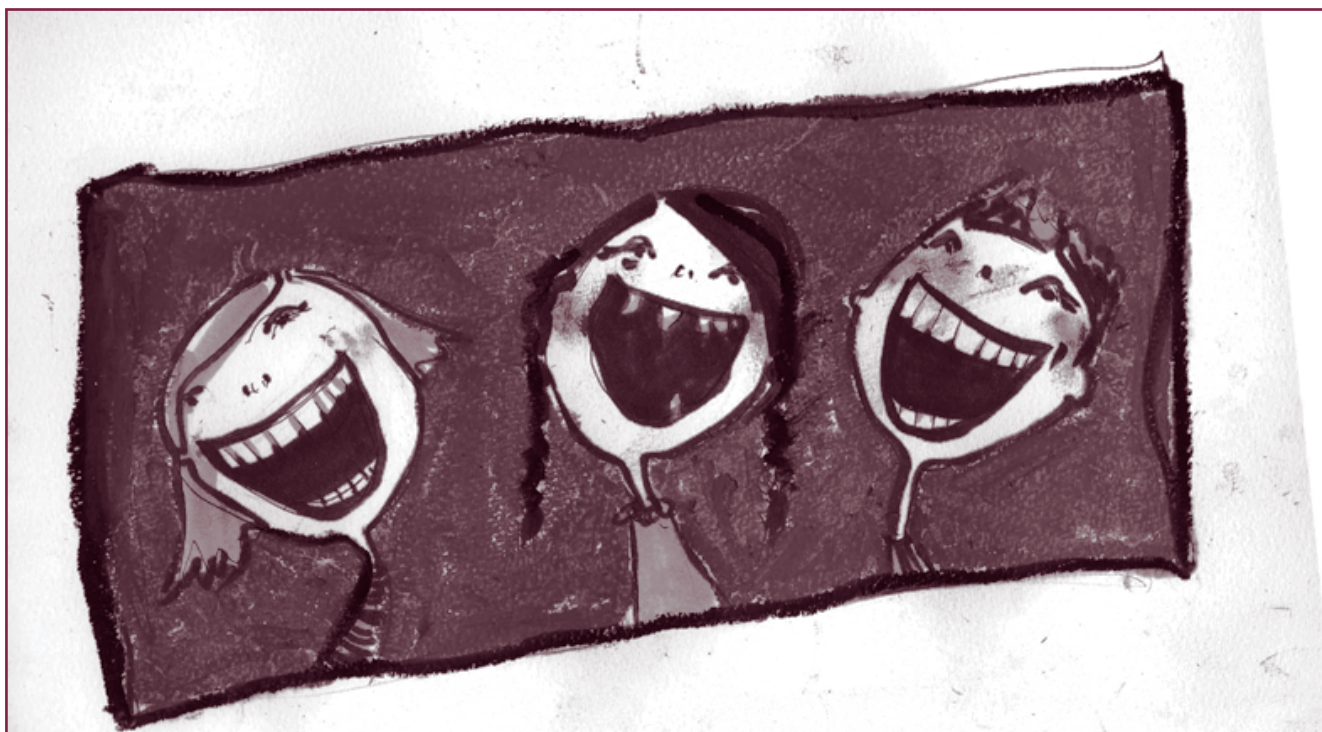
42 La Revue de Médecine Générale, n°255, septembre 2008, page 291.

43 « Recommandations politiques en inégalités de santé », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007, p. 17.

44 Décision n° 1350/2007/CE

5 Il faut soutenir des initiatives facilement accessibles, telles que des associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole

De telles associations jouent un rôle primordial dans le développement du réseau social des participants, dans la promotion de la santé et la prévention, notamment en matière de santé mentale.



« Parfois je me demande: qu'est-ce que je serais devenu sans l'association? Chacun doit pouvoir se rendre à un tel endroit. »

Suite à la recherche-action de la Mutualité Chrétienne (MC)⁴⁵, on a pu identifier différents éléments essentiels à la réussite d'un projet en promotion de la santé destiné à un public plus vulnérable : « *Le projet doit répondre aux demandes, aux préoccupations du public cible (celui-ci doit être acteur du projet). Il est essentiel de travailler avec des groupes ou des structures existantes. Elles ont en effet une bonne connaissance du terrain et permettent de pérenniser l'action au-delà du projet* ».

Lors d'un séminaire organisé par l'APES-ULg en 2009 consacré à l'actualisation de la promotion de la santé, il est ressorti que « *même si la question de la participation soulève de nombreux enjeux éthiques et politiques, elle demeure un incontournable de la promotion de la santé. Ainsi, la mise en place de réseaux intersectoriels n'est pas suffisante. Les usagers, les habitants... doivent être associés à ces réseaux. Sans cette précaution, les réseaux mis en place risquent de reproduire l'exclusion et de travailler « au-dessus de la tête de la population »* ».

Enfin, le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008) estime que « *la société civile peut contribuer dans une large mesure à influencer sur les déterminants sociaux de la santé par:*

- *La participation aux politiques, à la planification, aux programmes et à l'évaluation : participer à l'élaboration des politiques, à la planification, à l'exécution des programmes et aux évaluations portant sur les déterminants sociaux de la santé, à la fois au niveau mondial, au sein des instances intersectorielles nationales et au niveau local (évaluation des besoins, fourniture des services et appui) ; et évaluer la qualité, l'équité et l'impact des services.*
- *Le contrôle de la performance : suivre l'évolution de certains déterminants de la santé, en rendre compte et faire campagne pour plus d'équité – amélioration des conditions de vie et fourniture de services dans les bidonvilles, conditions d'emploi dans les secteurs structurés et non structurés, travail des enfants, droits des peuples autochtones, équité entre les sexes, services de santé et d'éducation, activités des sociétés, accords commerciaux et protection de l'environnement. ».*

45 MC-Information 238, décembre 2009.

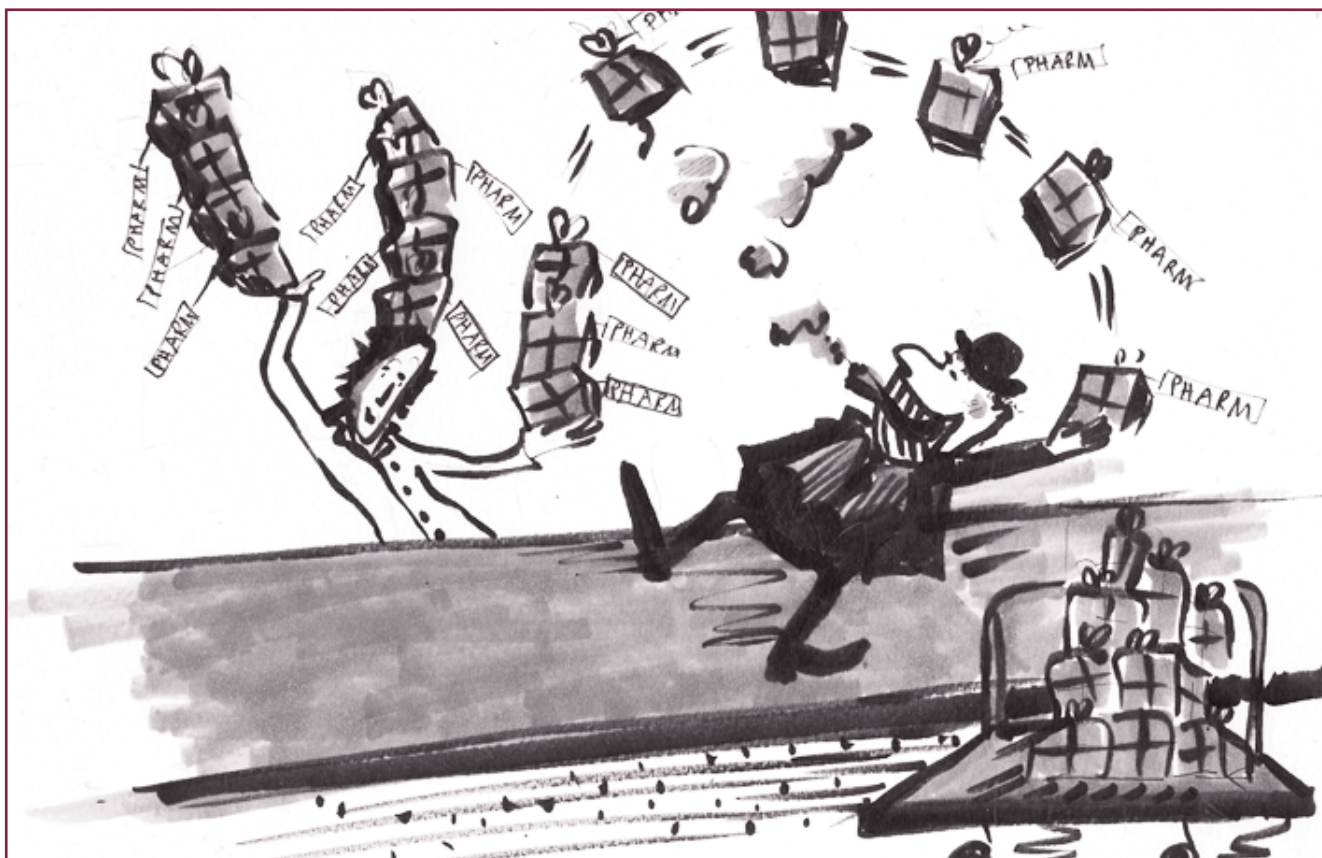
The background of the page features a faint, light gray ECG (heart rate) line. The line is composed of a regular rhythm of P waves, QRS complexes, and T waves. The QRS complexes are the most prominent features, appearing as sharp, narrow spikes. The overall appearance is that of a standard medical ECG tracing on a grid, though the grid lines are very faint and barely visible.

C

DROITS DES PATIENTS ET TRAITEMENT ÉGAL

6 Il faut que tous les CPAS interviennent de façon identique et suffisante dans les coûts médicaux

À vrai dire, les CPAS ne devraient pas intervenir dans les coûts médicaux des personnes. L'assurance maladie devrait être suffisante. Vu que beaucoup de personnes ayant un revenu limité et des problèmes de santé se retrouvent avec des difficultés financières, les CPAS ont cherché des solutions.



Pour l'instant, chaque CPAS a ses propres pratiques (ou pas de pratique) pour ce qui est de l'intervention dans les frais médicaux. Au fait, nous parlons ici de pratiques en-dehors des interventions dans des frais médicaux pour des personnes en procédure d'asile ou sans-papiers. Ainsi, il y a des usagers qui peuvent introduire auprès de quelques CPAS un aperçu de leurs dépenses médicales et le CPAS leur en rembourse un certain pourcentage. Il y a d'autres CPAS où les professionnels de la santé peuvent directement envoyer les factures de leurs patients au CPAS en question. Encore chez d'autres CPAS, on donne une sorte de carte médicale ou de garantie médicale à quelques usagers.

Cette multitude de pratiques entraîne un danger d'arbitraire, alors qu'un système harmonisé devrait l'éviter. Nous demandons, dès lors, qu'il y ait un tel système. Cette pratique harmonisée devrait être développée sur base d'une analyse des différents systèmes, afin de choisir le meilleur.

Une étude de l'Université de Liège ⁴⁶ a constaté « *une partie assez importante d'arbitraire dans l'organisation de la carte médicale, dans le sens où les conditions d'attribution sont aléatoires et changent d'un CPAS à l'autre* ». Cette situation amène notamment à une « *hiérarchisation des bénéficiaires (le plus/moins « méritant » de recevoir une aide)* ». Le rapport affirme aussi « *qu'un des dangers de la précarité réside en sa capacité à réduire les identités à une étiquette socioéconomique. En même temps, dans un état social, la pauvreté implique des possibilités de droits à un ensemble d'aides parmi lesquelles figure la carte médicale, mécanisme offrant un meilleur accès aux soins de santé. Son harmonisation ainsi que sa diffusion parmi les CPAS sont par conséquent essentielles*».

7 Le statut OMNIO doit être octroyé automatiquement



Des personnes avec un statut OMNIO bénéficient d'un meilleur remboursement pour les soins médicaux (comme les médicaments, les consultations et les coûts d'hospitalisation). Selon une estimation de l'INAMI, plus de 800.000 personnes ont droit au statut OMNIO, alors qu'au 1 avril 2010, 272.572 personnes en bénéficiaient vraiment. Il y a plusieurs raisons à cette sous-utilisation : l'ignorance, la honte, la lourdeur administrative...

Ce statut devrait être octroyé automatiquement à tous ceux qui y ont droit. Nous voulons dire avec octroi automatique que les personnes ne doivent pas faire la demande ou des démarches administratives.

« Les personnes ne peuvent demander après quelque chose dont elles ignorent l'existence »

⁴⁶ « Rapport d'observations des pratiques des CPAS en matière de carte médicale », Dounia Chaoui Mezabi (sous la direction de Marie-Thérèse Casman), Université de Liège pour le SPP Intégration sociale, 2009, pp 21 et 23.

Le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) observe à propos du statut OMNIO que « celui-ci a introduit une grande complexité administrative qui, en elle-même, pourrait constituer un frein en matière d'accessibilité des soins pour certaines familles. Le KCE plaide en faveur d'une simplification ».

L'ensemble des CPAS de Belgique expriment dans leurs cahiers de revendications⁴⁷ leur soutien à « l'attribution automatique du statut OMNIO à tous ceux qui y ont droit car de trop nombreuses personnes aujourd'hui n'en bénéficient pas alors qu'elles sont dans les conditions d'octroi ».

Les Mutualités Chrétiennes sur base de leur recherche-action⁴⁸ formulent une exigence politique d'octroi automatique. En effet, « la seule façon d'amener les personnes à faible revenu à exercer leur droit au statut OMNIO semble être un octroi automatique. Mais cette option n'est pas non plus évidente : les données fiscales nécessaires à cet effet ne reflètent pas la situation actuelle, ce qui risque de se traduire tant par un octroi qu'un rejet injustifié du statut. Pourtant, dans le cadre de la réflexion en cours sur la réforme du statut OMNIO, il faut rechercher d'autres pistes pour octroyer malgré tout automatiquement le statut au moins à une partie du groupe cible et détecter de manière plus systématique d'autres candidats potentiels ».

Le rapport 2008-2009 de lutte contre la pauvreté recommande l'octroi automatique du statut OMNIO ainsi que l'amélioration son accès en collant au plus près de la réalité des personnes précarisées, ce qui implique une adaptation des dispositions actuelles (révision de la notion de ménage, prise en compte des revenus les plus récents,...).

8 Les professionnels de la santé doivent avoir du temps suffisant pour tous les patients et doivent pouvoir garantir de bons soins

L'opinion du patient doit être écoutée et respectée. Les médecins généralistes doivent suivre suffisamment la situation de leurs patients, par exemple en utilisant le « dossier médical global » et en s'intéressant à la santé mentale du patient.



« Réduisez le travail administratif des professionnels de la santé pour qu'ils aient plus de temps pour les personnes. »

Il faut améliorer la collaboration et la communication entre différents services, entre autres quand il s'agit de transférer ou réorienter un patient, d'une description de tâches, la fin d'une prise en charge..

Une compréhension de la pauvreté et de la diversité devrait être un module obligatoire dans la formation de tous les futurs professionnels de la santé. Nous pensons en effet qu'une telle compréhension est fondamentale pour garantir que la dispense des soins de santé soit taillée sur les besoins des personnes en situation de pauvreté. L'élaboration d'un tel cours sur la pauvreté devrait se faire en collaboration avec des personnes en situation de pauvreté.

47 Memorandum fédéral 2010 des CPAS.

48 MC-Informations 238, décembre 2009, page 32.



« C'est le comportement de quelques professionnels : un manque de respect, ça, tu le sens. »

La Revue de la Médecine Générale à l'occasion d'un article consacré aux grands défis de la médecine générale, souligne la nécessité pour les médecins généralistes de faire de la prévention en soins primaires et de pratiquer la pluridisciplinarité pour certains aspects : *« Il faut avoir conscience que les médecins généralistes auront donc à développer à l'avenir des compétences en prévention primaire et en éducation à la santé. Il faut également admettre qu'ils ne peuvent et surtout ne pourront pas assurer seuls toutes ces tâches. Des infirmières en santé communautaire, des diététiciennes, des psychologues devront indéniablement les seconder »*⁴⁹.

La Fédération des Maisons Médicales affirme que *« l'inscription des patients auprès d'une pratique de médecine générale permet de contractualiser la relation soignant-soigné et permet une meilleure connaissance de la population prise en charge, notamment pour réaliser des actions de prévention de manière plus proactive. Cette inscription se couple à la gestion centralisée d'un dossier de santé global et pluridisciplinaire auprès de cette pratique de médecine générale, ce qui améliore la prise en charge globale, la continuité des soins, l'intégration. (...) Il s'agit de promouvoir le Dossier médical global : meilleure rémunération, reconduction automatique et une information plus grande du public »*⁵⁰.

Un rapport de la Fondation Roi Baudouin⁵¹ a fourni une panoplie de propositions concrètes en vue d'améliorer la participation des patients dans la politique des soins de santé. Même si ces mesures ne concernent pas exclusivement les personnes précarisées, il ne fait pas de doute qu'elles pourront contribuer à une dynamique positive qui se répercutera sur l'ensemble des patients, comme par exemple la *« mise sur pied d'un centre d'appui à la participation des patients, qui se charge du coaching des associations de patients et de l'échange d'expériences et de bonnes pratiques au niveau de la participation des patients »*.

De manière globale, le rapport 2008 de l'OMS de la Commission des déterminants sociaux de la santé invite à *« former les responsables des politiques, les parties prenantes et les professionnels de la santé aux questions des déterminants sociaux de la santé et investir dans l'action de la sensibilisation »*⁵².

Pour la Fédération des Maisons Médicales, il faut *« prévoir que la formation de base des professionnels mette suffisamment l'accent sur les aspects du travail pluridisciplinaire et en réseau, de complémentarité entre les professions et les lignes de soins, les démarches et la culture d'assurance de qualité, les aspects non seulement biologiques mais aussi psycho-sociaux et environnementaux de la santé »*⁵³.

L'Observatoire de la santé du Hainaut dans l'une de ses publications constate qu' *« au sein de la famille « précarisée » qu'elle le soit socialement, sur le plan relationnel, physiquement, financièrement ou tout ensemble, les différents membres sont en perte d'autonomie.*

49 La Revue de la Médecine Générale, n° 252, avril 2008, page 156.

50 Cahiers de propositions en matière de politique de santé 2009 de la Fédération des Maisons médicales et des collectifs de santé francophone.

51 « Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé », Rapport de la Fondation Roi Baudouin, février 2008.

52 « Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », Commission des déterminants sociaux de l'OMS, 2008.

53 Cahiers de propositions en matière de politique de santé 2009 de la Fédération des Maisons médicales et des collectifs de santé francophone.

Ils ne demandent rien et n'ont pas la capacité d'aller vers les services adéquats pour la résolution de leurs problèmes. Il appartient aux intervenants sociaux et au médecin de famille qui pénètrent dans la famille de repérer les personnes « précarisées », d'analyser, d'« écouter » le milieu de vie, de mettre eux-mêmes en relation les personnes et les services (qu'ils auront par ailleurs appris à connaître) et de les faire se rencontrer. Le médecin de famille se voit alors responsable de référer aux services adéquats pour une meilleure prise en charge de ces familles et pour développer avec elles un projet évolutif adapté et respectueux »⁵⁴.



Surtout, vous devriez éviter tante soite de stress.

Dans une approche pas uniquement centrée sur la pauvreté mais qui s'inscrit dans la même lignée, la vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO), Anne Gillet déclare que « *notre système de soins néglige la spécificité de sa première ligne. La médecine générale est malmenée dans sa dimension globalisante, par une formation universitaire encore trop influencée par le courant spécialisé dominant malgré les efforts remarquables des centres universitaires de médecine générale - CUMG. L'élite hospitalo-universitaire diffuse un savoir parcellisé dont on ne conteste pas la pertinence, mais au détriment d'une vue transversale, holistique, globale et de santé publique, nécessaire aux soins primaires. Peu de cours de sciences humaines, de santé publique, peu de formation au counselling et à l'interaction participative. Or, nous savons qu'ouvrir la porte à l'interaction participative entre soignants et soignés dans la relation thérapeutique exige une maîtrise plus approfondie de cette relation* »⁵⁵.

Le Mémoire de la Fédération des centres de services social de juin 2009 insiste sur la nécessité de former et informer les travailleurs du social et de la santé par rapport aux personnes précarisées.

54 Hainaut prévention info, n°5, aout 2006, p. 4.

55 Santé Conjuguee, n°50, octobre 2009, page 6.

Au niveau européen, le Conseil dans ses conclusions de juin 2006 a pris position pour que « *tous les systèmes de santé de l'UE tendent à être centrés sur le patient. Cela signifie qu'ils ont pour objectif d'impliquer les patients dans leur traitement, à faire preuve avec eux de transparence et à leur donner le choix, lorsque cela est possible, par exemple entre différents prestataires de soins. Chaque système vise à offrir aux individus des informations sur leur état de santé ainsi que le droit d'être pleinement informés sur les soins qui leur sont proposés et d'y consentir. Tous les systèmes de santé devraient également rendre publiquement les comptes sur leurs activités et garantir la bonne gouvernance et la transparence*⁵⁶. »

9 Les professionnels de la santé doivent avoir une approche plus proactive en matière des droits des patients

Il faut veiller qu'autant de droits et d'indemnisations que possible soit reconnus automatiquement. Un exemple d'un droit qu'on peut reconnaître automatiquement est le statut OMNIO (voir supra).

En attendant l'octroi automatique des droits, les professionnels de la santé doivent jouer un rôle plus proactif. Ils doivent informer de leurs droits les usagers et patients, et les soutenir dans leurs démarches.

”

« Pourquoi les mutuelles ne font-elles pas elles-mêmes des démarches plus actives pour que leurs clients reçoivent ce dont ils ont droit. »

Lors de l'admission à l'hôpital, les patients doivent recevoir personnellement des informations quant au formulaire d'admission, aux coûts, etc... Il faut également prévoir un accueil adapté pour des patients sans-abri ou des patients sans caisse d'assurance-maladie. Les médecins doivent afficher clairement s'ils sont conventionnés.

”

« Pourquoi une personne sans-abri ou une personne sans papier a-t-elle moins droit à la santé? »

Les procédures administratives doivent être les plus simples possible. Les patients doivent être informés des services auxquels ils peuvent faire appel après la sortie de l'hôpital et ils doivent être suffisamment soutenus s'ils doivent se soigner à domicile. Il faut informer les patients sur les recours possibles en cas de traitements inégaux.

56 2006/C 146/01



« Je n'ai rien compris à la facture que j'ai reçue de l'hôpital. Je ne peux qu'espérer que ma mutuelle vérifie ça bien. »

Le mémorandum 2009 de la Fédération des centres de service social encourage « *les mutualités à investir dans des actions davantage proactives à l'égard des publics précarisés par la maladie, un accident, un handicap, un arrêt prolongé de travail* ».



« L'information que donnent maintenant les mutualités est faite pour une maman, un papa et un bébé sur le siège arrière d'une voiture. Ceci n'est pas notre réalité. »

Justement les Mutualités Chrétiennes ont donc mené un projet pilote qui témoigne de la prise de conscience du problème ce qui les a amenées à formuler quelques résolutions internes pour l'ensemble des Mutualités Chrétiennes comme « *intégrer de manière plus structurelle la voix des plus vulnérables au sein de nos instances et via des partenariats (...); intégrer de manière structurelle le regard des plus vulnérables dans notre communication (...), la construction des outils de communication doit être co-construite avec le public cible (...), encourager la proactivité de nos différents services vis-à-vis des membres. Ceci implique d'aller davantage vers le membre, et dès lors de prévoir des lieux de rencontre (à domicile, au sein des institutions de soins comme les hôpitaux, les maisons de repos, etc) et de dégager du temps* »⁵⁷.

Au Relais Santé de Charleroi, « *92% des patients d'origine belge du Relais Santé sont en ordre de mutuelle... mais 50% l'ignorent et renoncent à se faire soigner, entre autres, parce qu'ils pensent ne pas y avoir droit ! C'est dire combien il ne suffit pas d'ouvrir des droits pour qu'ils soient utilisés, c'est dire aussi l'importance d'un accompagnement qui va au-delà de la simple information* »⁵⁸

Les CPAS de Belgique militent pour « *des factures d'hôpitaux transparentes qui montrent clairement ce que le patient doit payer et ce qui est à charge de l'assurance maladie. En outre, il faudrait limiter le paiement de suppléments liés au matériel médical, aux médicaments et aux honoraires* »⁵⁹.

La Fédération des centres de service social revendique sur le thème de l'accueil en hôpital l'organisation « *d'une première ligne visant à développer au sein même de l'hôpital un accueil de qualité adapté aux besoins des personnes les plus pauvres et à la prise en charge de leurs vécus spécifiques en développant l'axe prévention* »⁶⁰.

57 MC-Informations 238, décembre 2009, page 37.

58 C. Leclercq, Relais Santé : étape préliminaire pour « raccrocher » au circuit de soins, Revue L'Observatoire n°65, 2010, page 62.

59 Memorandum fédéral 2010 des CPAS.

60 Memorandum 2009 van de Federatie van de Bicommunautaire Centra voor Maatschappelijk Werk. Mémorandum 2009 de la Fédération des centres de service social.



D ACCESSIBILITÉ

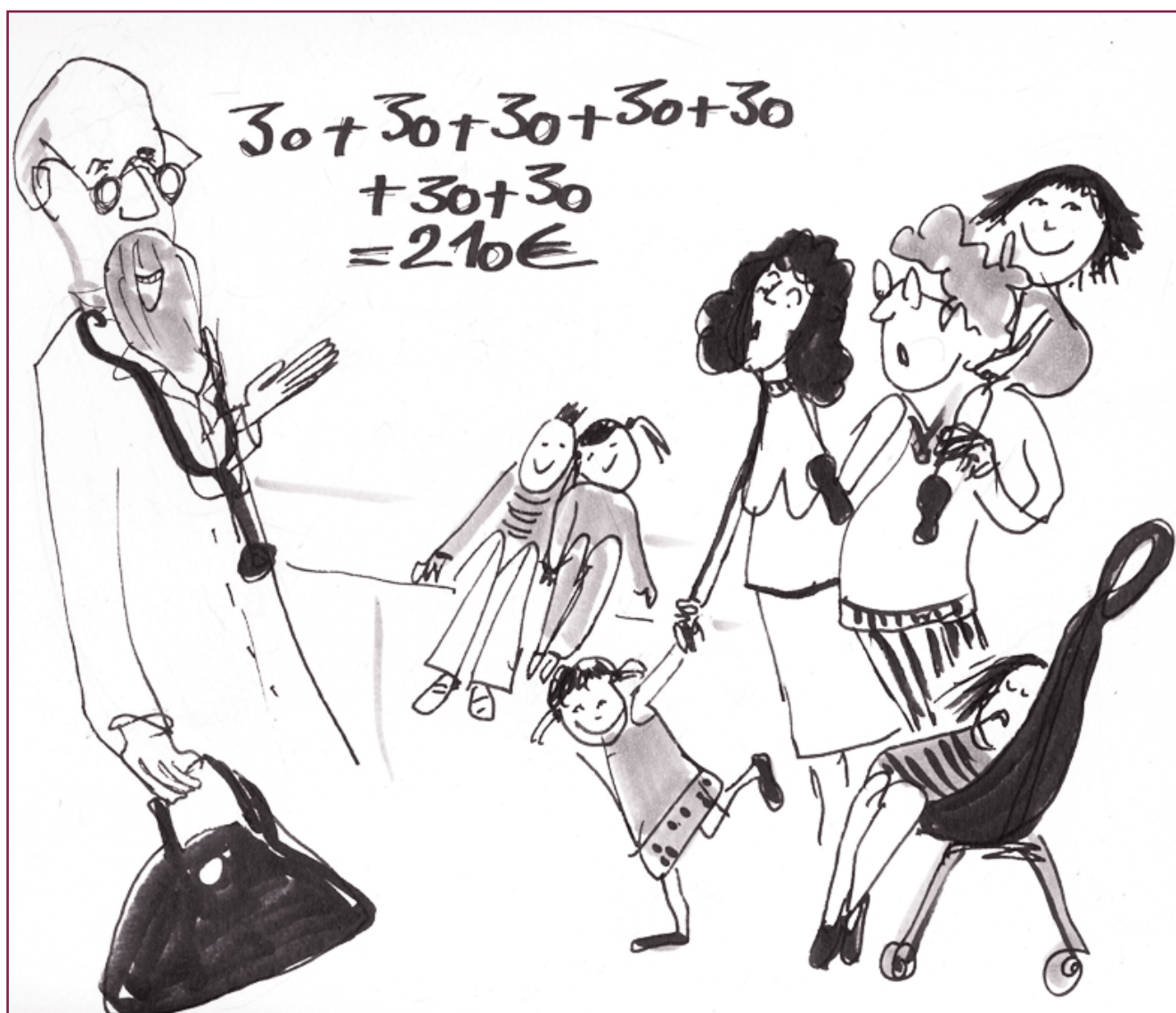
« Il y a des avocats pro deo. Et ben tu sais, il faudrait également des médecins pro deo. »

10 Le coût des soins de santé doit diminuer:

L'application généralisée et obligatoire du système du tiers-payant* – et non pas l'application uniquement pour les personnes à faible revenu – éviterait la stigmatisation des personnes en situation de pauvreté. Ce système est déjà d'application pour les hospitalisations et l'achat de médicaments. Nous demandons que ce système devienne également la règle générale lors des consultations chez le médecin et le dentiste.**

En attendant, il faut réintroduire les remboursements en liquide aux guichets des mutuelles.

« Beaucoup de personnes ont des problèmes avec des virements via les banques car elles doivent attendre longtemps pour toucher leur argent. »



Le rapport sur l'accès aux droits sociaux fondamentaux basé sur l'expérience des travailleurs sociaux de terrain nous enseigne que « *pour certaines personnes, cette quote-part non remboursée reste difficilement supportable et une entrave à consulter lorsque cela s'avère pourtant nécessaire. Se pose en outre la question des avances : le remboursement par la mutuelle n'intervient qu'a posteriori. Les patients doivent donc déboursier au préalable un montant important, dont ils ne disposent pas toujours. Le mécanisme du tiers-payant réduit ce problème : les patients ne paient que le ticket modérateur et le praticien se fait lui-même rembourser par la mutuelle. Ce système intéressant pour les patients est aujourd'hui peu appliqué, notamment pour des motifs discutables de responsabilisation, mais aussi parce qu'il est source de complications pour les médecins (qui peuvent choisir de l'appliquer ou non), qui ne sont payés que tardivement* »⁶¹.

Suite à son étude sur l'évaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé, le Centre fédéral d'expertise en soins de santé a fourni quelques recommandations en la matière :

En premier lieu, l'introduction et l'extension progressive du système avec maintien des droits existants a débouché sur une grande complexité administrative. Une simplification constituerait déjà en soi une amélioration. Il n'est, par exemple, pas cohérent de définir les seuils de revenus du MâF en fonction du revenu imposable net non corrigé selon la taille du ménage, alors que le statut OMNIO est attribué sur la base du revenu brut, corrigé selon la taille du ménage.

Deuxièmement, la protection sociale présente encore des carences majeures. Le nombre de familles qui doivent payer de leur poche plus de 5% (voire 10%) de leurs revenus en frais de santé reste élevé. Les malades chroniques et les patients psychiatriques constituent dans ce contexte des groupes problématiques spécifiques. Avec l'extension de la protection sociale, les choix éthiques concernant les limites de la responsabilité individuelle devront être clairement explicités. Plus qu'auparavant, il faudra également tenir compte de la persistance des contributions personnelles au fil du temps.

Troisièmement, on peut songer à l'amélioration de la protection pour les familles les plus pauvres en introduisant un plafond supplémentaire à €250. Mais les frais administratifs augmenteraient fortement en raison de cette mesure. De plus, le MâF, en tant que système de correction ex post, n'est vraisemblablement pas suffisant pour pallier les problèmes de sous-consommation»⁶².

61 « L'accès aux droits sociaux fondamentaux », FCSSB-FBCMWW, octobre 2009, p. 62.

62 « Evaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé », Centre Fédéral d'expertise en soins de santé, Reports 80B, juillet 2008.

Les Mutualités Chrétiennes dans leur recherche-action ⁶³ ont aussi observé que le système du tiers-payant est très peu pratiqué : « *la possibilité demeure amplement méconnue chez les patients et dans le cas contraire, ils trouvent difficile, voire stigmatisant, de la suggérer à leur médecin. Les médecins ont eux aussi diverses raisons de se montrer réticents au tiers-payant social. Ils veulent éviter les embarras administratifs supplémentaires, ils ne sont pas certains que leur patient est « en règle » et a donc droit au remboursement et ils ne perçoivent pas leurs honoraires directement* ». Sur base de constat, les Mutualités Chrétiennes réclament « *l'élargissement du régime du tiers-payant social à toutes les catégories de patients protégés tels que définis dans l'AR du 14 juin 2006 ; l'intégration explicite du statut OMNIO dans le régime du tiers-payant social (comme le décrit déjà une circulaire de l'INAMI) ; la possibilité de facturer également la consultation afférente à l'établissement d'un Dossier médical global ou à l'obtention d'un passeport diabète dans le régime du tiers-payant social* ».

Enfin, l'ensemble des CPAS de Belgique plaident dans leurs cahiers de revendications⁶⁴ pour « *L'introduction d'un régime de tiers-payant pour les soins ambulants et ce comme un droit du patient, et non seulement à l'initiative du médecin, ceci afin d'éviter que les patients ne doivent avancer ces frais médicaux sur leur propre budget* ».

Il faut promouvoir la prescription de médicaments génériques. Les médicaments pour les problèmes mentaux, les anti-inflammatoires ou les analgésiques doivent être mieux remboursés quand ils sont nécessaires au traitement des personnes.

L'application du modèle Kiwi doit être étudiée, afin de déterminer si l'introduction de ce modèle en Belgique pourrait fait faire diminuer le prix des médicaments.



« Médicaments génériques: C'est le même médicament, il y a juste l'emballage qui change. Et évidemment le prix ! »

Concernant la prescription de médicaments génériques, dans une de ses récentes études consacrée aux au système de prix de référence, le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) constate grâce à « *l'apparition des médicaments génériques une baisse des prix des médicaments originaux que les patients les moins privilégiés et les patients qui bénéficient du remboursement préférentiel (les personnes handicapées, certains pensionnés, ...) utilisent un peu plus de médicaments meilleur marché, et paient donc moins de suppléments de référence* ». Cependant, le KCE pointe le fait que « *les patients ont tout de même payé plus de 60 millions d'€ en 2008 en suppléments de référence, en moyenne 4€ par conditionnement, ce qui à la longue peut peser lourd sur le budget des patients souffrant de maladies chroniques. Ces suppléments ont surtout été payés pour des médicaments prescrits en cas de maladies cardiovasculaires, pour des antidépresseurs et pour des antidouleurs* ». Ces observations amènent le KCE à formuler des recommandations à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients :

63 MC-Informations 238 – décembre 2009, pages 26-29.

64 Memorandum fédéral 2010 des CPAS.

- « Pour réduire ce montant, le KCE suggère, dans le cadre d'une concertation, d'augmenter les quotas minimaux de prescriptions moins onéreuses pour les médecins. Ces quotas, qui sont spécifiques à chaque spécialité, n'ont en effet jamais été revus depuis leur introduction en 2006.
- Ensuite le KCE recommande d'octroyer aux pharmaciens le droit de délivrer un médicament générique en cas de prescription d'un médicament original, sauf si le médecin prescripteur l'a explicitement interdit. Ce droit de substitution existe dans les 11 autres pays étudiés dans ce rapport mais pas en Belgique. Il est pourtant prévu dans une loi datant de 1993, mais les arrêtés d'exécution n'ont jamais été pris.
- Enfin, le KCE recommande de mieux informer le patient au moment de l'achat du médicament, de l'existence d'une alternative meilleure marché, en expliquant clairement les différences de coût ».

La revendication de l'application du modèle Kiwi en Belgique est largement soutenue par la Plate-forme Santé/Solidarité qui réunit notamment les deux grands syndicats, des mutualités, des ONG, des professeurs, ... tout comme par la Fédération des Maisons Médicales qui appelle « à la mise en place d'appels d'offre pour le remboursement des médicaments les moins chers (inspiré du modèle « KIWI »)⁶⁵ ». A ce propos, on peut relever une application ciblée du modèle Kiwi au paracétamol, qui constitue le médicament le plus utilisé en Belgique contre la fièvre et la douleur, depuis le 1er avril 2010. Son prix a ainsi diminué de moitié et les patients souffrant de douleurs chroniques ne doivent plus payer qu'un dixième voire un vingtième du prix antérieur.

11 Une reconnaissance et un subventionnement structurels doivent garantir une présence renforcée, tant en qualité qu'en quantité, des maisons médicales (MM) et des *wijkgezondheidscentra* (WGC)

Les MM/WGC offrent une médecine de première ligne très accessible et multidisciplinaire. Elles sont beaucoup plus accessibles que la « médecine privée » pour des personnes en situation de pauvreté, bien qu'elles travaillent pour tous les types de publics. Les MM/WGC doivent bénéficier d'une reconnaissance décrétable à long terme. Il faut également prévoir des budgets suffisants pour la création de nouvelles MM/WGC (notamment en milieu rural), l'engagement de collaborateurs à l'accueil, de diététiciens, de psychologues, etc...

Dans son cahier de propositions, la Fédération des Maisons Médicales plaide pour « la reconnaissance officielle et un soutien effectif des centres de santé pluridisciplinaires. La couverture du territoire belge en pratiques de groupe pluridisciplinaires devrait être telle que chaque citoyen puisse choisir de se faire soigner par une équipe pluridisciplinaire. Une première étape serait de financer prioritairement les centres de santé dans les zones paupérisées ou peu desservies médicalement. Le projet IMPULSEO 2 permet le soutien aux pratiques de groupe monodisciplinaires de médecins généralistes, par le financement d'un soutien administratif et d'accueil. C'est une belle avancée, mais qui reste insuffisante : l'étape suivante serait la reconnaissance des pratiques de groupe pluridisciplinaires⁶⁶ ».

65 Cahiers de propositions en matière de politique de santé 2009 de la Fédération des Maisons médicales et des collectifs de santé francophone.

66 Cahiers de propositions en matière de politique de santé 2009 de la Fédération des Maisons médicales et des collectifs de santé francophone .

Enfin, la *Vereniging van Wijkgezondheidscentra* insiste également sur la nécessité de reconnaître officiellement, au niveau de la Flandre, le rôle des Wijkgezondheidscentra : « *Malgré la valorisation pour le rôle sociétal important joué par les wijkgezondheidscentra dans l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé, en particulier pour des groupes socialement vulnérables, il n'y a jamais eu, en Flandre, une reconnaissance officielle des wijkgezondheidscentra. Contrairement à la réalité en Wallonie, les wijkgezondheidscentra flamands ne sont pas reconnus par décret. Il est très curieux qu'une forme d'organisation qui existe depuis plus de 30 ans, n'existe pas encore au niveau décentral. Cette situation n'est plus tenable, et joue fortement en défaveur des wijkgezondheidscentra. Il y eut des tentatives répétées en vue d'une reconnaissance, mais aucune de ces tentatives n'a jamais atteint des discussions au parlement flamand* »⁶⁷.

Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité au secteur de la santé mentale. Il faut diminuer fortement le temps d'attente pour avoir un rendez-vous dans les centres de santé mentale. Il faut également que les professionnels de la santé mentale puissent aller à la rencontre des personnes. Les centres de santé mentale doivent disposer de moyens matériels et humains suffisants pour faire de la prévention et de la promotion de la santé.

Un rapport de l'Université d'Anvers⁶⁸ pointe du doigt la nécessaire augmentation de l'offre de soins en santé mentale pour les personnes en situation de précarité qui doit être accompagné d'une amélioration des approches et connaissances des professionnels de la santé mentale (et de manière générale à tout ceux qui sont amenés à travailler avec ce public) : « *Les associations ont un besoin urgent d'une offre supplémentaire au niveau de la santé mentale pour des personnes en situation de pauvreté, dans l'aide ambulatoire, l'aide résidentielle ainsi que dans l'accueil de crise. L'offre et les dispenses en soins de santé doivent être adaptées en fonction des besoins spécifiques des personnes en situation de pauvreté, et doivent être abordables. L'expertise en matière de travail avec les personnes en situation de pauvreté, doit être partagée entre professionnels. Les personnes rencontrent encore d'autres obstacles si elles veulent se rendre à un service de santé mentale. Il y a souvent une 'sensation de tabou' qui est de mise en ce qui concerne de tels services, et les personnes ont peur des conséquences (par exemple que les enfants seront placés). En outre, on met l'accent sur l'importance de la formation et de l'éducation des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé et ce, en matière de travail de pauvreté (également auprès des médecins des PMS, des centres de santé mentale), ainsi que sur l'importance de l'implication continue de la VIG et des LOGO (Lokaal gezondheidsoverleg) pour personnes en situation de pauvreté.* »

67 Memorandum 2009

68 Katrien De Boyser (Promotor: Prof. Dr. Jan Vranken), Opdrachtgever: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Vlaamse Overheid, NAAR EEN DOELMATIGERE ARMOEDEBESTRIJDING : Een verkenning van de paden naar een meer planmatig en evidence-based armoedebestrijdingsbeleid in Vlaanderen, OASeS (Universiteit Antwerpen), 2008, p. 181.

Le rapport sur l'accès aux droits sociaux fondamentaux basé sur l'expérience des travailleurs sociaux de terrain⁶⁹ recommande d'optimiser l'accompagnement des personnes présentant des troubles mentaux. Pour cela, il faut:

- « *Créer des lieux de concertation entre les acteurs du social et de la santé mentale afin de favoriser les collaborations et la prise en charge des personnes à la frontière entre ces deux secteurs.*
- *Encourager la concertation entre personnel psychologique hospitalier et ambulatoire pour assurer un meilleur suivi des personnes.*
- *Favoriser la création d'initiatives psychosociales susceptibles de soutenir les équipes sociales de première ligne ».*

L'Institut wallon pour la Santé Mentale a produit un cahier spécial⁷⁰ sur l'accessibilité en santé mentale comprenant de nombreuses recommandations dont l'une concerne le délai d'attente. Il s'agit donc de « *reconnaître politiquement et financièrement le travail de la demande durant le délai d'attente. Pour rappel, ce travail essentiel, qui détermine la suite du parcours, n'a pas toujours lieu, faute d'être reconnu, alors que l'attente dans certains services va parfois jusqu'à plusieurs mois. Bien souvent, il ne se réalise aujourd'hui que sur base de la « bonne volonté » des acteurs qui prennent leurs responsabilités pour assurer ce travail qui n'est pas subventionné ».*

69 « L'accès aux droits sociaux fondamentaux », FCSSB-FBCMWW, octobre 2009, pp. 119-120.

70 Cahier n° 3, juin 2006, p. 196.

12 Il faut améliorer la politique en matière de mobilité pour les personnes malades ayant des bas revenus



Il convient de développer les services offerts aux personnes à mobilité réduite.

Il faut tendre vers la gratuité pour les frais de déplacement pour les personnes à bas revenu qui doivent se déplacer plusieurs fois par semaine pour des examens ou des traitements.



« Si on doit se déplacer plusieurs fois par semaine pour des examens, alors, les frais de déplacement deviennent vraiment impayable. »

Le Mémoire de juin 2009 des Centres de Service social plaide pour le développement d'une « *politique de transport non urgent des malades accessible à tous* ».

II.

**LE DROIT À LA SANTÉ AU SEIN
DE L'UNION EUROPÉENNE**

Anne Van Lancker

Dans le chapitre suivant, nous allons inscrire les expériences de personnes vivant dans la pauvreté dans une perspective européenne.

Le droit à la santé concerne de nombreuses politiques européennes dans divers domaines : la santé publique, l'environnement, l'emploi, l'enseignement et la formation, la politique sociale, qui ont tous d'une manière ou d'une autre un point commun avec le droit à la santé. Pour ce chapitre, nous avons choisi de n'explorer que deux aspects plus en détail : l'accès aux soins de santé et le droit au revenu.

Ce chapitre se compose de quatre grandes parties :

1. Les textes fondamentaux sur le droit à la santé
2. La politique européenne et les perspectives pour la future politique relative au droit à l'accès aux soins de santé
3. La politique européenne et les perspectives pour la future politique relative au droit à un revenu minimum digne
4. La pauvreté et le droit à la santé dans la stratégie « Europe 2020 »

Le point de départ pour l'exploration de la politique européenne relative au droit à l'accès aux soins de santé et au droit à un revenu minimum digne est la recommandation de la Commission européenne sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail, approuvée par le Conseil de l'Union européenne pour l'emploi et les affaires sociales en décembre 2008, qui stipule que « *Les Etats membres devraient définir et exécuter une stratégie intégrée et globale pour l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail, qui combine une aide appropriée au revenu, y compris les marchés de l'emploi et l'accès à des services de qualité* »⁷¹. Nous nous concentrons sur 2 piliers de la stratégie pour l'inclusion active (aides adéquates au revenu et accès aux services) et formulons immédiatement 3 recommandations européennes:

~ Accès à des services de qualité :

Il convient de développer un cadre législatif et politique approprié au niveau européen qui préserve les services sociaux et de santé d'intérêt général d'une application injustifiée des règles du marché intérieur. Une directive spécifique au secteur doit protéger la mission d'intérêt général que ces services remplissent pour garantir les droits fondamentaux et promouvoir la cohésion sociale.

~ Aides adéquates au revenu :

L'Union européenne doit développer un cadre légal et politique adapté pour garantir à tout le monde un revenu minimum digne.

~ Stratégie « Europe 2020 » :

1. Les plans de réforme nationaux ne suffisent pas à eux seuls. Les plans d'action nationaux pour l'inclusion sociale doivent être renforcés et développés par des stakeholders nationaux, régionaux et locaux.
2. Contrôler l'impact social de la crise et éviter les mesures d'économie qui provoquent une augmentation de la pauvreté.
3. Enregistrer des résultats au niveau du grand objectif relatif à la pauvreté et l'inclusion active doit commencer par prévoir un revenu digne dans le cadre de l'inclusion active.

1 Textes de base internationaux et européens sur le droit à la santé

Différentes conventions internationales contiennent des dispositions qui font directement ou indirectement référence au droit à la santé.

La Déclaration universelle des Droits de l'Homme (ONU), article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté »;

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU), article 12 : «1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

La Charte sociale européenne (Conseil de l'Europe, version révisée, Strasbourg, le 3 mai 1996). Dans la CSE, les articles 11 à 13 et l'article 30 concernent le droit à la protection de la santé (art. 11), le droit à la sécurité sociale (art. 12), le droit à l'assistance sociale et médicale (art. 13) et le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Etats s'engagent à l'article 13 « à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état » (art. 13.1). Ensuite, les Etats s'engagent « à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux » (art. 13.2) et « à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial » (art. 13.3). En outre, l'article 30 stipule qu'« en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les Parties s'engagent : a. à prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment à l'emploi, au logement, à la formation, à l'enseignement, à la culture, à l'assistance sociale et médicale des personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation d'exclusion sociale ou de pauvreté, et de leur famille ; b. à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire. »

La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs (Conseil européen, Strasbourg, 1989) reconnaît à l'article 10 le droit des travailleurs à une protection sociale adéquate et à des prestations de sécurité sociale d'un niveau suffisant ; le droit à des prestations et des ressources suffisantes pour les personnes exclues du marché du travail et dépourvues de moyens de subsistance. L'article 25 reconnaît le droit des personnes âgées exclues du droit à la pension et sans autres moyens de subsistance, à des ressources suffisantes et à l'assistance sociale et médicale adaptée à leurs besoins spécifiques.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (qui a acquis force juridique contraignante depuis l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne) confirme les droits qui découlent des traditions constitutionnelles et des obligations internationales que les Etats membres ont en commun et comprend différents droits sociaux qui se rapportent au droit à la santé, tels que l'inviolabilité de la dignité humaine (art. 1), le droit à l'intégrité de la personne (art. 3), le droit à la non-discrimination (art. 21), le droit à l'intégration des personnes handicapées (art. 26). Trois droits sociaux fondamentaux méritent une mention expresse :

Article 34 : « *Sécurité sociale et aide sociale*: 1. *L'Union reconnaît et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux assurant une protection dans des cas tels que la maternité, la maladie, les accidents du travail, la dépendance ou la vieillesse, ainsi qu'en cas de perte d'emploi, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales.* 2. *Toute personne qui réside et se déplace légalement à l'intérieur de l'Union a droit aux prestations de sécurité sociale et aux avantages sociaux, conformément au droit communautaire et aux législations et pratiques nationales. Afin de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union reconnaît et respecte le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales.* »

Article 35 : « *Protection de la santé* : *Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.* »

Article 36 : « *Accès aux services d'intérêt économique général* : *L'Union reconnaît et respecte l'accès aux services d'intérêt économique général tel qu'il est prévu par les législations et pratiques nationales, conformément au traité instituant la Communauté européenne, afin de promouvoir la cohésion sociale et territoriale de l'Union.* »

Le Traité de Lisbonne décrit les valeurs sur lesquelles l'Union est fondée (art. 2), telles que le respect de la dignité humaine, l'égalité, le respect des droits de l'homme, les valeurs qui sont communes aux Etats membres dans une société caractérisée par la non-discrimination, la justice, la solidarité et l'égalité entre les femmes et les hommes. En ce qui concerne les objectifs de l'Union, nous lisons (art. 3) que l'Union œuvre pour le progrès social et un niveau élevé de protection. L'Union combat aussi l'exclusion sociale et les discriminations, et promeut la justice et la protection sociales ainsi que la cohésion sociale. Le Traité contient également une 'clause sociale horizontale' qui stipule (art. 9) : « *Dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union prend en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine.* »

Il importe certes de rappeler que ni la Charte des droits fondamentaux, ni les valeurs, les objectifs ou la clause sociale ne suffisent en soi pour pouvoir intervenir au niveau européen pour garantir le droit à la santé. Pour y parvenir, l'Union européenne doit disposer de compétences explicites. Nous reviendrons sur ces compétences dans les chapitres suivants

2 Droit à l'accès aux soins de santé

Point de départ : les engagements des Etats membres dans la recommandation relative à l'inclusion active⁷²:

« Garantir l'accès à des services de qualité : les Etats membres doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour permettre aux personnes concernées de bénéficier d'un soutien social approprié grâce à l'accès à des services de qualité, et en particulier, prendre des mesures afin de fournir des services qui sont essentiels pour appuyer les politiques d'inclusion sociale et économique active, y compris des services d'aide sociale, d'aide au logement et de logements sociaux, de garde d'enfants, de soins de longue durée et de santé. »

Les Etats membres le font sur la base de principes communs tels que la disponibilité territoriale, l'accessibilité physique, l'accessibilité financière, la participation des utilisateurs et une approche personnalisée.

Il est procédé au suivi de cet engagement dans le cadre de la méthode ouverte de coordination sur la protection et l'inclusion sociales.

2.1 Politique européenne de santé

L'Union européenne ne dispose que de compétences limitées en matière de santé. L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne stipule en ce qui concerne *la santé publique* qu'*« Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci »*. L'article stipule en outre que l'Union encourage la coopération entre les Etats membres et appuie leur action, et que les Etats membres coordonnent entre eux leurs politiques et programmes. La Commission peut prendre des initiatives pour promouvoir cette coordination, en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Cette subsidiarité dans l'action de l'Union européenne est expressément voulue par les Etats membres qui ont approuvé le Traité, parce qu'ils ne souhaitent pas l'immixtion impérieuse de l'Union européenne dans leurs systèmes de soins de santé.

⁷² C(2008)5737

La politique européenne en matière de soins de santé est donc essentiellement mise en œuvre par le biais de la procédure douce de la *Méthode ouverte de coordination sur la protection et l'inclusion sociales* (ci-après appelée MOC sociale). La version révisée de la MOC sociale de 2006 contient un chapitre intitulé « Assurer des soins de santé et des soins de longue durée accessibles, de qualité et viables » qui formule l'objectif suivant : « *Garantir l'accès de tous à des soins de santé et à des soins de longue durée adéquats et veiller à ce que le besoin de soins ne conduise pas à la pauvreté et à la dépendance financière. Eliminer les injustices dans les domaines de l'accès aux soins et des conséquences pour la santé.* » Le chapitre poursuit sur la promotion de la qualité des soins de santé et des soins de longue durée et l'adaptation des soins à l'évolution des besoins ainsi que sur l'accessibilité financière et la viabilité des soins. Les indicateurs qui sont utilisés pour évaluer la politique des Etats membres par rapport à l'accès, à la qualité et à la viabilité des soins, sont : le statut sanitaire, les besoins insatisfaits, le niveau de couverture des assurances santé, la satisfaction des utilisateurs, les dépenses en matière de santé, en ce compris les dépenses privées et les interventions personnelles, où cela s'avère possible, en fonction du sexe, de l'âge et du statut socio-économique.

Différents rapports communs qui sont rédigés par la Commission européenne sur la base des plans d'action nationaux et des rapports nationaux, attirent l'attention sur les obstacles à l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée dans les Etats membres ainsi que sur leur impact sur les groupes vulnérables⁷³.

En 2009, *une consultation publique* a été réalisée en ce qui concerne l'inégalité dans les soins de santé. La plupart des participants (125 au total dont 13 des Etats membres ou d'établissements de santé nationaux) ont répondu que l'inégalité en matière de santé constitue un grave problème qui est encore accru par la crise économique. C'est surtout en Europe de l'Est que les différences socio-économiques en matière d'accès aux soins de santé augmentent suite à l'introduction de l'économie de marché, mais cette inégalité progresse aussi en Europe occidentale. L'inégalité la plus grave en matière d'accès aux soins de santé a été constatée dans les groupes les plus vulnérables, comme les personnes handicapées, les migrants mineurs non accompagnés et les femmes victimes de la traite des êtres humains. En ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins de santé, plusieurs participants ont fait remarquer qu'il ne suffit pas de prévoir une égalité formelle d'accès. Il convient également de prendre des mesures actives pour atteindre des groupes vulnérables tels que les enfants de la rue, les patients atteints du SIDA, les personnes handicapées (psychiques), les migrants, les prisonniers, etc. La grande majorité des participants trouvent que l'action de l'UE en matière d'inégalité dans les soins de santé est souhaitée, surtout en vue de soutenir la politique nationale.

La plupart des participants pensent que l'UE doit intervenir via de meilleures pratiques, la méthode ouverte de coordination, l'aide du Fonds social européen, des réseaux.

Outre les activités réalisées et les rapports établis dans le cadre de la MOC sociale, la Commission européenne, le Conseil et le Parlement européen ont approuvé différents textes non contraignants, qui orientent la politique de l'Union et des Etats membres en matière de soins de santé.

73 « Inequalities persist in health status and in life expectancy between different socio-economic groups and different regions. Evidence shows a clear correlation between ill health and poverty, unemployment and low education. Many NSRs explicitly recognise that social inequalities in health hamper people's life chances. Several present cross-sectoral policies, spanning both health promotion and disease-prevention and mobilising a wide range of services such as education, housing and employment. The main policies aim to enhance primary and preventive care, to remove financial, organisational, informational and other barriers to access and to address the situation in deprived areas. » Joint report 2009, 7503/09

Les conclusions du *Conseil* sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne adoptées en *juin 2006*⁷⁴ mettent plus particulièrement l'accent sur « l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité ». Plus précisément : « *L'universalité signifie que personne ne peut se voir interdire l'accès aux soins de santé ; la solidarité est étroitement liée au régime financier de nos systèmes de santé nationaux et à la nécessité de garantir à tous l'accès aux soins ; par équité on entend un accès identique pour tous selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du sexe, de l'âge, du statut social ou de la capacité à payer* ».

Pour la période 2008-2013, la *Commission européenne* a adopté une stratégie générale en matière de santé, intitulée « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE »⁷⁵. Cette carte « *met en place un cadre stratégique global pour les actions entreprises à l'échelle de l'UE et fixe les orientations pour les années à venir. Il s'agit non seulement du travail effectué dans le secteur de la santé, mais aussi dans tous les domaines politiques. La nouvelle stratégie repose sur quatre principes et trois thèmes stratégiques pour améliorer la santé au sein de l'Union européenne. Ces principes sont : adopter une approche fondée sur des valeurs partagées, reconnaître que la santé et la prospérité économique sont liées, intégrer la santé dans toutes les politiques et mieux faire entendre la voix de l'Union européenne dans ce domaine sur la scène mondiale. Les thèmes stratégiques visent à promouvoir la santé dans une Europe vieillissante, à protéger les citoyens contre les menaces pour la santé et à agir en faveur de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies. La stratégie est soutenue par des instruments financiers gérés par la direction générale de la santé, mais aussi par d'autres instruments tels que le 7^e programme-cadre pour la recherche et les fonds consacrés à la politique régionale* ».

Dans la décision adoptée conjointement par le *Parlement européen et le Conseil* du 23 octobre 2007⁷⁶ établissant un *programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013*, l'article 2, paragraphe 2 mentionne sous les objectifs à poursuivre par les actions : « *promouvoir la santé, y compris la réduction des inégalités en la matière* ». En octobre 2009, la Commission européenne a publié une *communication intitulée « Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne »*⁷⁷, qui cite 5 fers de lance pour la politique européenne : une répartition plus équitable de la santé, l'amélioration des données et connaissances, l'augmentation de l'engagement social par rapport à la santé, la satisfaction des besoins des groupes vulnérables et la contribution de l'Union européenne à la réduction des différences en matière de santé. Le Comité de politique sociale a formulé un avis en la matière⁷⁸ qui a été approuvé par le Conseil des ministres en juin 2010. Cet avis accueille les 5 fers de lance, considère la réduction des différences en matière de santé comme essentielle pour la protection et l'inclusion sociales et estime que la MOC sociale a un rôle important à jouer à ce niveau.

74 2006/C 146/01

75 COM/2007/630 final

76 1350/2007/CE

77 COM(2009)567

78 SPC/2010/5/4 final

Au *niveau financier*, on constate qu'on consacre moins de 1 % du budget de la CE à la santé ou à des questions directement liées à ce domaine et environ 36 % du budget de l'UE à des programmes de développement structurel pour garantir une plus grande égalité entre les différentes régions européennes. Pour la première fois, la santé a été intégrée en tant que domaine de financement explicite dans la nouvelle politique de financement structurel (2007-2013). Cela signifie que le Fonds européen pour le développement régional peut désormais être utilisé pour le développement et l'amélioration des niveaux de santé qui contribuent au développement régional et à la qualité de vie dans les régions. Les actions innovantes menées pour lutter contre l'inégalité en matière de santé sont financées via le programme communautaire PROGRESS.

2.2 Les soins de santé en tant que service d'intérêt (économique) général

Les services de soins de santé sont des services publics

L'accès aux soins de santé est un droit fondamental. Pourtant, tout le monde n'a pas les mêmes droits aux soins de santé. La maladie rend souvent pauvre et les personnes qui vivent dans la pauvreté présentent plus souvent des problèmes de santé. Néanmoins, leur accès à de bons soins de santé est souvent bien plus limité. Les risques pour la santé sont très inégalement répartis. Dans le secteur des soins de santé, il existe en outre une forte asymétrie de l'information entre le patient et le prestataire de soins.

Pour toutes ces raisons, l'action des pouvoirs publics s'avère indispensable. Les soins de santé sont soutenus par le financement public dans le cadre de systèmes de protection sociale, basés sur la solidarité et la couverture universelle. La réglementation, le planning et les conventions régulent l'offre de services de santé afin de maintenir l'accessibilité financière et physique des soins à tous. La fourniture de soins de santé universels de grande qualité à tous est considérée comme une des tâches essentielles des pouvoirs publics. Les services de santé sont donc des services publics, même si les pouvoirs publics font largement appel à des organisations du secteur privé ou du secteur non marchand pour la prestation de services.

... et pourtant soumis aux règles du marché interne⁷⁹

Dans le jargon européen, on parle de 'services d'intérêt économique général'. Le terme 'économique' est important ici, parce que les arrêts de la Cour européenne de Justice (ci-après dénommée la Cour) clarifient que les services offerts sur le marché contre paiement, quels que soient la forme juridique du prestataire de services et le mode de financement, doivent être considérés comme une activité économique. Une exception à cette règle concerne les entités dont le fonctionnement est essentiellement basé sur la solidarité sociale comme la sécurité sociale. La Cour exclut donc l'assurance maladie des activités qui relèvent de la concurrence si les pouvoirs publics déterminent tant la contribution que les prestations dans le cadre d'une réglementation basée sur le principe de solidarité. Mais depuis 1998, la Cour affirme que les soins de santé offerts contre paiement constituent également une activité économique, même s'ils sont remboursés par la sécurité sociale.

⁷⁹ Pour un aperçu clair et complet, voir Rita Baeten, *Sociale en gezondheidsdiensten van algemeen belang*, dans Vrancken e.a. *Arm Vlaanderen*, Acco 2009, p.125-145

Les soins de santé sont dès lors soumis aux règles du Traité relatif à la libre circulation des services. En principe, ces règles prévoient qu'aucune limite ne peut être imposée à la libre circulation, sauf si des motifs justifiés peuvent être invoqués pour protéger l'intérêt général. Le droit de la concurrence stipule explicitement que les mesures d'aide financière des Etats membres sont inconciliables avec le marché interne, sauf si ces mesures relèvent des exceptions. Les services d'intérêt général peuvent échapper à cette interdiction si l'application du droit de la concurrence les empêche de pouvoir remplir leur mission. Mais la subvention publique ne peut être que directement proportionnelle aux ressources nécessaires pour faire fonctionner les services. La condition pour relever de l'exception est aussi que le service social ou de santé doit être reconnu par les pouvoirs publics comme un 'service d'intérêt économique général'.

En 2004, la Commission européenne a lancé une proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur, la *directive sur les services* ⁸⁰, dans le but de créer d'ici 2010 un véritable marché intérieur de services, en facilitant la liberté d'établissement pour les prestataires de service et la libre circulation des services entre les Etats membres. Dans la proposition originale, les services de santé et les services sociaux étaient également repris dans le champ d'application. Grâce aux vives protestations des syndicats et de la société civile, les services de santé et la plupart des services sociaux ont été radiés du champ d'application de la directive par le Parlement européen et le Conseil.⁸¹ Cette radiation ne signifie toutefois pas que les règles du marché intérieur et de la concurrence ne s'appliquent pas aux services de santé et aux services sociaux, comme indiqué ci-dessus.

Vers un cadre législatif européen pour les services de santé ?

L'article 14 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne stipule ce qui suit sur les services d'intérêt économique général : « (...) eu égard à la place qu'occupent les services d'intérêt économique général parmi les valeurs communes de l'Union ainsi qu'au rôle qu'ils jouent dans la promotion de la cohésion sociale et territoriale de l'Union, l'Union et ses États membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application des traités, veillent à ce que ces services fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions, notamment économiques et financières, qui leur permettent d'accomplir leurs missions ». Le Parlement européen et le Conseil peuvent fixer ces principes et conditions par des règlements selon la procédure législative ordinaire, pour fournir, faire effectuer et financer ces services. Dans le *protocole n°9*, joint au Traité de Lisbonne, l'accent est mis sur le rôle essentiel et la large compétence des autorités nationales, régionales et locales pour effectuer et organiser des services d'intérêt général d'une manière qui correspond le plus possible aux besoins des utilisateurs.

80 COM(2004)2 définitif

81 2006/123/CE

Depuis l'exclusion des soins de santé et des services sociaux du champ d'application de la directive sur les services, la Commission européenne a publié un certain nombre de communications qui reconnaissent explicitement le caractère spécifique des services sociaux et de santé. Dans la *communication d'avril 2006 sur les services sociaux d'intérêt général*⁸², la Commission européenne distingue deux types de services sociaux : les régimes légaux et les régimes complémentaires de protection sociale, d'une part, et les services sociaux essentiels prestés directement à la personne, d'autre part. Ces derniers jouent un rôle de prévention et de cohésion sociale et apportent une aide personnalisée pour faciliter l'inclusion sociale et garantir les droits fondamentaux. Dans la *communication de novembre 2007 sur les services d'intérêt général et les services sociaux d'intérêt général*⁸³, la Commission européenne identifie un certain nombre d'objectifs et de principes pour l'organisation des services sociaux, comme leur caractère personnalisé, en particulier pour les utilisateurs en situation vulnérable, et le fait qu'ils visent à garantir les droits fondamentaux, la cohésion sociale, la non-discrimination et l'égalité des chances, la protection de la santé des personnes, l'amélioration du niveau de vie et de la qualité de vie. C'est la raison pour laquelle ces services sociaux sont fondés sur la solidarité et que les organisations sans but lucratif et les bénévoles jouent souvent un rôle important. On attire également l'attention sur la relation asymétrique entre les prestataires de services et les utilisateurs, surtout chez les utilisateurs vulnérables, et le besoin d'une prestation de services personnalisés, qui tient compte de la diversité des utilisateurs et qui évolue en même temps que les besoins sociaux. La Commission analyse l'application des règles du marché intérieur à ces services sociaux et conclut qu'il règne une certaine confusion en ce qui concerne l'application des règles en matière d'aides d'Etat et de marchés publics. En 2007, la Commission européenne publie un manuel contenant les 'frequently asked questions'⁸⁴; en 2008, elle crée un service d'information interactif⁸⁵ auquel les pouvoirs publics peuvent s'adresser avec des questions concernant l'application du droit communautaire et en 2010, elle publie un guide avec des recommandations.

Pourtant, un certain nombre de personnes intéressées du secteur des services sociaux et de santé et du monde politique se rendent de plus en plus compte qu'il convient de prendre des mesures afin d'ôter toute confusion et incertitude pour le secteur. La *Plateforme sociale* stipule clairement qu'il convient d'instaurer un cadre juridique à l'échelon européen pour protéger les services sociaux et de santé de l'application aveugle des règles du marché intérieur. La confédération des syndicats européens et des groupes au Parlement européen soutiennent la demande d'une directive-cadre sur les services d'intérêt général et le Parlement européen s'est déjà prononcé en 2006 en faveur d'une directive spécifique pour le secteur des services sociaux et de santé.

Entre-temps, on a élaboré, sur la base du mandat donné par le Conseil de juin 2009 à la Commission européenne et aux Etats membres au sein du Comité de protection sociale, un *cadre européen volontaire de qualité pour les services sociaux*. Le texte du consensus du CPS du 8 octobre 2010⁸⁶ énumère des principes factuels tels que la disponibilité, l'accessibilité, l'accessibilité financière, la personnalisation, le caractère global, la viabilité et l'orientation résultats. Au chapitre consacré à la relation entre les prestataires de services et les utilisateurs, on attire l'attention sur la nécessité du respect des droits de l'utilisateur, la participation et le développement personnel des utilisateurs. Le cadre européen volontaire de qualité vise à aider les pouvoirs publics dans le cadre du développement d'instruments pour la définition, le mesurage, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services sociaux..

82 Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne : Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne, COM(2006)177 final

83 Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général : un nouvel engagement européen, COM(2007)725 final

84 http://ec.europa.eu/services_general_interest/faq_en.htm

85 http://ec.europa.eu/services_general_interest/faq_en.htm

86 SPC/2010/10/8 final

Pendant le 3^e *Forum des services sociaux d'intérêt général (26-27 octobre 2010)* ⁸⁷, la Présidence belge du Conseil a lancé un large débat sur la position des services sociaux d'intérêt général, leur relation par rapport aux règles du marché intérieur, en particulier en ce qui concerne les aides d'Etat et les marchés publics, et a identifié les démarches qui devraient être entreprises afin de clarifier l'application des règles du Traité sur les services sociaux, pour permettre aux services sociaux de remplir leur fonction spécifique en ce qui concerne les droits fondamentaux et la cohésion sociale. Le Forum a formulé 15 recommandations concrètes qui seront soumises au Conseil en décembre 2010.

Recommandation de BAPN

« Il convient de développer un cadre législatif et politique approprié au niveau européen qui préserve les services sociaux et de santé d'intérêt général d'une application injustifiée des règles du marché intérieur. Une directive spécifique au secteur doit protéger la mission d'intérêt général que ces services remplissent pour garantir les droits fondamentaux et promouvoir la cohésion sociale. »

3 Le droit à un revenu minimum digne pour tous

Afin de pouvoir réaliser leur droit à la santé, il est évident que les personnes doivent pouvoir disposer de ressources leur permettant de mener une vie digne. Généralement, on insiste fortement sur le fait que c'est la responsabilité des Etats membres et que l'Union n'est pas compétente en la matière. Néanmoins, il ressort des textes du Traité que l'Union pourrait intervenir par voie de législation, si la volonté politique existe à cette fin.

Point de départ : les engagements des Etats membres dans la recommandation relative à l'inclusion active ⁸⁸:

« Reconnaître le droit fondamental de la personne à des ressources et prestations suffisantes pour vivre conformément à la dignité humaine. Pour déterminer les ressources nécessaires pour vivre dans la dignité, il convient de tenir compte du niveau de vie et du niveau des prix pour les différents types et tailles de ménages dans l'Etat membre considéré, en utilisant les indicateurs nationaux appropriés. »

⁸⁷ http://www.socialsecurity.fgov.be/eu/en/agenda/26-27_10_10.asp

⁸⁸ C(2008)5737

Le pilier relatif à l'aide appropriée au revenu de la stratégie d'inclusion active reprend les engagements des Etats membres de la *recommandation du Conseil de juin 1992 portant sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale*⁸⁹. Les Etats membres y reconnaissent le droit à des ressources et prestations suffisantes pour mener une vie digne et ils approuvent les principes et lignes directrices communs : pour déterminer les ressources et prestations suffisantes, il convient de tenir compte du niveau de vie et du niveau des prix dans l'Etat membre, il convient d'utiliser des indicateurs appropriés tels que le revenu disponible moyen, la consommation familiale, le salaire minimum légal ; ces ressources et prestations doivent être complétées pour des besoins spécifiques.

Dans le cadre de la stratégie de l'inclusion active, le droit à des ressources suffisantes est combiné à la disponibilité active pour le travail ou la formation et à la politique qui est nécessaire pour l'intégration sociale et économique des personnes concernées. Le suivi de la stratégie de l'inclusion active est assuré par le biais de la MOC sociale. La version révisée de cette stratégie de 2006⁹⁰ formule les objectifs suivants dans le chapitre 'Donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale par une aide appropriée au revenu : *« assurer l'inclusion sociale active de tous en encourageant la participation au marché du travail et en luttant contre la pauvreté et l'exclusion parmi les personnes et groupes les plus marginalisés ; garantir l'accès de tous aux ressources fondamentales, aux droits et aux services sociaux nécessaires pour participer à la société, tout en s'attaquant aux formes extrêmes d'exclusion et en combattant toutes les formes de discrimination qui conduisent à l'exclusion »*. Il faut veiller, dans ce cadre, à faire intervenir tous les échelons des pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs concernés, y compris les personnes en situation de pauvreté. Il est frappant de constater que la stratégie de l'inclusion active ne fait plus expressément référence à des objectifs communs sur l'aide appropriée au revenu. Néanmoins, les indicateurs qui sont utilisés pour mesurer la progression dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, comprennent des indicateurs sur les ressources, dont un indicateur sur le risque de pauvreté relative, mesuré sur la base du revenu national moyen de 60% pour divers types de ménages.

*Dans le rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2010*⁹¹, le Conseil constate que la couverture et l'adéquation des régimes de revenus minimums diffèrent fortement entre les Etats membres et que dans la plupart des Etats membres, l'assistance sociale seule ne suffit pas pour aider les gens à sortir de la pauvreté. L'absence manifeste de mécanismes permettant de développer des régimes de revenus minimums a même provoqué, dans certains cas, une dégradation de l'adéquation des allocations. Des règles complexes, le manque d'informations, l'arbitraire dans le cadre des évaluations, les erreurs administratives et la crainte de la stigmatisation sont quelques-unes des nombreuses raisons citées dans le rapport qui expliquent la non-reprise. Le rapport conclut qu'on dispose d'une marge de manœuvre pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des régimes de revenus minimums.

89 92/441/CEE

90 COM(2005)706 définitif

91 Conclusions EPSCO, Conseil du 8 mars 2010

Dans le rapport du Réseau européen d'experts indépendants nationaux sur l'inclusion sociale d'octobre 2009⁹², ils constatent que la plupart des Etats membres ont l'une ou l'autre forme de revenus minimums, mais qu'ils diffèrent fortement quant à la couverture et à l'efficacité. Le rapport démontre également que dans la plupart des Etats membres et pour la plupart des types de ménages, les régimes de revenus minimums ne parviennent pas à aider les gens à sortir de la pauvreté, que la non-reprise est un gros problème et que les allocations dans le cadre des régimes de revenus minimums n'ont pas suivi les augmentations des salaires et du niveau de vie. Les experts formulent des recommandations importantes pour l'action, en ce compris des mesures au niveau européen : la Commission et les Etats membres devraient approuver une directive-cadre européenne, y compris des critères communs pour la définition de ce qu'est un revenu minimum adéquat.

En mai 2009, le Parlement européen a approuvé une résolution sur l'inclusion active⁹³, dans laquelle il demande au Conseil d'approuver un objectif européen en matière de régimes de revenus minimums, dans le cadre duquel on devrait convenir d'un délai pour déterminer l'aide aux revenus au moins égale à 60 % du revenu national moyen pour divers types de ménages et octroyer une aide complémentaire pour les frais supplémentaires de certains groupes vulnérables.

Malgré certains résultats positifs de la MOC sociale, il est clair que la 'soft law' ne suffit pas pour enregistrer des progrès significatifs en ce qui concerne le droit à un revenu minimum digne. Une législation s'avère nécessaire pour garantir à tout le monde de mener une vie digne via un revenu suffisant.

Vers une directive-cadre européenne sur un revenu minimum digne ?

Dans le cadre de l'année européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Réseau Européen de Lutte contre la Pauvreté (EAPN) a décidé de s'atteler à une directive-cadre européenne sur des ressources minimales⁹⁴. A cette fin, il fallait d'abord clarifier la question de la base juridique. Cette base juridique doit être cherchée dans le chapitre du Traité de Lisbonne sur la politique sociale.

L'art. 151 TFUE formule l'objectif de la politique sociale européenne dont l'amélioration des conditions de vie, une protection sociale adéquate, la lutte contre l'exclusion sociale. Les points de départ sont, dans ce cadre, les droits fondamentaux sociaux tels qu'ils sont déterminés dans la Charte sociale européenne et la Charte communautaire des droits sociaux des travailleurs (voir partie 1). L'art. 153,1 TFUE explique que l'Union soutient et complète l'action des Etats membres dans les domaines suivants : (c) la sécurité sociale et la protection sociale, (h) l'intégration des personnes exclues du marché du travail, (j) la lutte contre l'exclusion sociale. A cette fin, le Parlement européen et le Conseil peuvent, d'après l'art. 153,2, (a) encourager la coopération entre Etats membres : meilleures pratiques, innovation, évaluation ; (b) arrêter des prescriptions minimales par voie de directives (pas pour j). Le Parlement européen et le Conseil statuent conformément à la procédure législative ordinaire (par pour c où l'unanimité vaut au sein du Conseil). L'Union européenne peut donc déterminer des standards minimums pour les droits sociaux par voie de loi.

92 Frazer H and Marlier E. (2009) Minimum income schemes across EU Member States. <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/network-of-independent-experts>

93 Résolution du Parlement européen du 6 mai 2009 sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail (2000/2335(INI))

94 Working document on a framework directive on Minimum Income, Anne Van Lancker for EAPN, septembre 2010

La proposition d' EAPN pour une directive-cadre européenne sur un revenu minimum adéquat prend donc l'art. 153,1,h en combinaison avec l'art.153,2,b comme base juridique. La proposition de directive-cadre stipule que les États membres s'engagent à garantir, d'ici 2020, un régime de revenus minimums adéquats pour tous. En ce qui concerne la détermination de la définition de revenu adéquat, des critères d'adéquation, de la reprise, du degré de couverture et de la participation des personnes en situation de pauvreté au processus, la proposition demande au Conseil de donner un mandat à la Commission européenne et au CPS pour élaborer ces éléments via un plan de travail lancé en 2010, pendant l'Année Européenne de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale.

La proposition de directive-cadre a été lancée lors de la conférence organisée par EAPN et le BAPN le 24 septembre 2010⁹⁵.

Entre-temps, la présidence belge a tenté de recevoir un mandat du Conseil de l'EPSCO pour entamer ce travail, toutefois sans succès. Fin novembre 2010, une évaluation par les pairs a encore eu lieu sous la présidence belge en ce qui concerne l'utilisation de budgets de référence comme instrument pour déterminer ce dont les différents types de ménages ont besoin pour mener une vie digne. La présidence hongroise à venir a promis de poursuivre le travail en ce qui concerne les revenus minimums adéquats.

Recommandation de BAPN

L'Union européenne doit développer un cadre légal et politique adapté pour garantir à tout le monde un revenu minimum digne.

⁹⁵ 'Laying the foundation for a fairer Europe, ensuring an adequate minimum income for all'

4 La pauvreté et le droit à la santé dans la stratégie « Europe 2020 »

La stratégie « Europe 2020 »⁹⁶, qui succède à la stratégie de Lisbonne après 2010, expose les lignes de force d'une stratégie qui doit permettre à l'Union européenne de sortir plus forte de la crise financière et économique et de faire évoluer l'économie vers une croissance sensée, durable et inclusive, caractérisée par un niveau élevé d'emploi et par la cohésion sociale. La promotion de la croissance inclusive et de la cohésion sociale sont des priorités fondamentales dans la stratégie « Europe 2020 », dont l'un des 5 objectifs principaux est de promouvoir l'inclusion sociale en réduisant la pauvreté, en aidant au moins 20 millions de personnes à sortir de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Le groupe cible est défini comme le nombre de personnes qui courent le risque de se retrouver en situation de pauvreté et d'exclusion sociale sur la base de trois indicateurs : le risque de pauvreté (sur la base de 60 % du revenu national moyen pour divers types de ménages), la privation matérielle et les ménages sans emploi. En intégrant cet objectif, la stratégie « Europe 2020 » ouvre des perspectives pour le mainstreaming des valeurs sociales et des objectifs tant dans la politique nationale que dans la politique européenne.

Les objectifs relatifs à la promotion de l'inclusion sociale et à la lutte contre la pauvreté sont, en outre, concrétisés dans les lignes directrices pour les politiques de l'emploi des Etats membres⁹⁷. La ligne directrice 10 stipule qu'il convient de concentrer les efforts sur la garantie de l'égalité des chances, y compris grâce à l'accès de tous à des services de qualité, abordables et durables, notamment dans le domaine social, et que les services publics jouent un rôle important à cet égard. La ligne directrice parle encore du fait qu'*« il conviendrait de moderniser les systèmes de protection sociale, y compris les régimes de retraite et l'accès aux soins de santé, et de les déployer pleinement de façon à assurer une aide appropriée au revenu et des services suffisant – et favoriser ainsi la cohésion sociale –, tout en garantissant la viabilité financière de ces systèmes et en encourageant la participation au sein de la société et sur le marché du travail »*. Les lignes directrices relatives à l'emploi constituent la base d'éventuelles recommandations spécifiques que la Commission européenne peut adresser aux Etats membres. Elles sont également la base du rapport conjoint sur l'emploi qui est envoyé chaque année par le Conseil de l'emploi et par la Commission au Conseil européen. Le comité de l'emploi et le comité de la protection sociale surveillent les progrès qui sont enregistrés en ce qui concerne les aspects liés à l'emploi et les aspects sociaux des lignes directrices, surtout dans le cadre de la méthode ouverte de coordination pour l'emploi et la protection et l'inclusion sociales. Le Conseil des ministres pour l'emploi et la politique sociale (EPSCO) se porte garant de la coordination thématique des lignes directrices. Lors de sa réunion du 21 octobre⁹⁸, le Conseil EPSCO a invité la Commission et les Etats membres à élaborer un plan par étapes pour le développement et l'approbation d'indicateurs et instruments UE afin de mieux pouvoir surveiller la dimension sociale de la stratégie « Europe 2020 », et surtout la ligne directrice 10 qui n'est pas encore complètement couverte par l'ensemble existant d'indicateurs dans le portefeuille de la MOC sociale, en particulier en ce qui concerne l'adéquation de la politique de protection sociale. Le programme communautaire PROGRESS prévoira les budgets nécessaires pour le développement d'indicateurs et d'autres instruments pour le monitoring et l'évaluation de la dimension sociale des lignes directrices.

96 Conclusions du Conseil européen du 17 juin 2010

97 Décision du Conseil établissant les nouvelles lignes directrices pour les politiques de l'emploi des Etats membres, 12 octobre 2010, 14338/10

98 3039th Council meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer affairs, 15172/10

Les Etats membres doivent à présent concrétiser la stratégie « Europe 2020 », les objectifs et les lignes directrices en matière d'emploi pour leur pays ainsi que fixer leurs objectifs nationaux dans le cadre de plans de réforme nationaux qui seront soumis à la Commission au mois d'avril de chaque année. Lors du sommet annuel du printemps, les progrès enregistrés seront évalués par rapport aux 5 objectifs principaux.

Afin de soutenir la stratégie « Europe 2020 », la Commission européenne a mis un certain nombre de 'pavillons' en perspective. Pour la croissance inclusive, il est question d'un pavillon appelé '*Plateforme européenne contre la pauvreté*'. Dans les propositions originales de la Commission européenne⁹⁹, il a été affirmé que le but de la plateforme contre la pauvreté doit être de garantir la cohésion économique, sociale et territoriale, partant de l'année européenne de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale pour reconnaître les droits fondamentaux des personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale et leur permettre de vivre dans la dignité et de pouvoir participer activement à la société. Au niveau européen, la Commission entend entreprendre les actions suivant:

- Transformer la méthode ouverte de coordination pour la protection et l'inclusion sociales en une plateforme de coopération, d'évaluation par les pairs et d'échange de meilleures pratiques ainsi qu'en un instrument encourageant l'engagement des partenaires privés et publics à réduire l'exclusion sociale et à entreprendre des actions concrètes, notamment par un soutien ciblé à l'aide de fonds structurels, et essentiellement le Fonds social européen.
- Développer et exécuter des programmes afin de promouvoir l'innovation sociale pour les groupes les plus vulnérables, surtout en offrant un enseignement, une formation et des possibilités d'emploi innovantes aux communautés démunies, de lutter contre la discrimination (par ex. des personnes handicapées) et de développer un nouvel agenda pour l'intégration des migrants de sorte qu'ils puissent complètement exploiter leur potentiel.
- Réaliser une évaluation de l'adéquation et de la viabilité des systèmes de protection sociale et des régimes de pension, et identifier des pistes pour garantir un meilleur accès aux systèmes de santé.

Le lancement de la plateforme européenne de lutte contre la pauvreté a déjà été reporté à plusieurs reprises et on ignore actuellement toujours quel en sera le contenu exact.

Dans un 'position paper' du 30 juin 2010, l'EAPN a en outre formulé des propositions pour la plateforme européenne de lutte contre la pauvreté.

1. Transformer la MOC sociale en une plateforme européenne et nationale dynamique de lutte contre la pauvreté;
2. Développer des mécanismes afin de mesurer l'efficacité des instruments existants et d'enregistrer des progrès pour garantir des normes sociales à l'échelon européen ;
3. Mobiliser des instruments financiers européens afin de soutenir le développement de services sociaux et durables, de projets de démonstration et d'une meilleure participation par un dialogue civil ;
4. Garantir que les objectifs en matière d'inclusion sociale feront l'objet d'un mainstreaming à travers la stratégie « Europe 2020 » et entreprendre des analyses de l'impact social réel.

⁹⁹ Commission européenne (2010), Communication de la Commission « Europa 2020 » : une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive. COM(2010)2020

Lors de la 9^e Table ronde sur la pauvreté et l'exclusion sociale des 18 et 19 octobre 2010, l'EAPN a déjà exprimé sa crainte que la plateforme soit réduite à une réunion d'experts européens qui devraient travailler sur un certain nombre de thèmes prioritaires et que l'approche systématique plus intégrée de la lutte contre la pauvreté disparaisse. Le directeur de l'EAPN, Fintan Farrell, a mis l'accent sur l'importance capitale du maintien de plans d'action nationaux participatifs dans le cadre de la MOC sociale, où les représentants des personnes vivant dans la pauvreté sont pleinement impliqués dans la définition et l'évaluation de la politique nationale. Lors de la Table ronde, 3 messages clés ont été lancés en ce qui concerne la stratégie « Europe 2020 », derrière laquelle le BAPN se range pleinement.

Recommandation de BAPN

- 1. Les plans de réforme nationaux ne suffisent pas à eux seuls. Les plans d'action nationaux pour l'inclusion sociale doivent être renforcés et développés par des stakeholders nationaux, régionaux et locaux.**
- 2. Contrôler l'impact social de la crise et éviter les mesures d'économie qui provoquent une augmentation de la pauvreté.**
- 3. Enregistrer des résultats au niveau de l'objectif principal relatif à la pauvreté et commencer par prévoir un revenu digne dans le cadre de l'inclusion active.**

Anne Van Lancker pour BAPN, le 1^{er} décembre 2010

En Conclusion

La lutte contre la pauvreté nous concerne tous. Nous interpellons tous les décideurs politiques à entamer avec nous la lutte contre la pauvreté. La lutte contre la pauvreté ne relève pas de la responsabilité unique des ministres ou secrétaires d'état aux affaires sociales, à la santé, au bien-être et à la lutte contre la pauvreté, mais de tous, et ce, à chaque niveau, allant du local à l'europpéen.

Dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la voix des personnes en situation de pauvreté est nécessaire. La participation des personnes en situation de pauvreté à la politique forme la meilleure garantie d'une politique efficace. Aussi aimerions-nous conclure ce rapport en lançant un appel à tous les décideurs politiques pour qu'ils reprennent et appuient les recommandations formulées dans ce rapport. Nous adressons cet appel également à tous ceux qui ont des responsabilités pour une politique de santé efficace et efficace. Ceci est un moment-clé. Nous comptons sur les gouvernements belges à tous les niveaux, avec les chefs d'Etat et de gouvernement, pour qu'ils poussent l'UE vers une Europe plus sociale et équitable, afin de garantir la lutte permanente contre la pauvreté et l'exclusion sociale et le plein accès aux services de base (dont les services de santé).

La pauvreté est une injustice.

Nous la contestons et, pour ce faire, nous comptons également sur vous.

Glossaire

Aide médicale d'urgence¹⁰⁰: L'aide médicale urgente est une aide médicale sous la forme d'une intervention financière du CPAS dans les frais médicaux d'une personne en séjour illégal.

L'aide médicale urgente n'est pas une aide financière versée directement à la personne. C'est une aide qui sert uniquement à garantir aux personnes en séjour illégal un accès aux soins médicaux en payant le médecin, l'hôpital, le pharmacien, etc. Son nom indique qu'il s'agit d'une aide urgente (par exemple après un accident ou suite à une maladie) mais elle dépasse l'urgence et peut concerner un examen médical, des séances de kinésithérapie, le paiement de médicaments et même une simple visite chez le médecin généraliste. L'urgence des soins médicaux est exclusivement déterminée par un médecin, pas par le patient ni par le CPAS.

Carte médicale¹⁰¹: Par « carte médicale », on entend tout système qui facilite l'aide médicale et/ou pharmaceutique fournie à certains groupes-cibles vulnérables, et ce via un remboursement des frais médicaux, des médicaments ou d'un séjour à l'hôpital. Il s'agit d'un document que l'utilisateur présente aux prestataires de soins conventionnés et dont les frais sont pris en charge par le CPAS. Le concept de « carte médicale » doit donc être considéré à la lumière de la circulaire du 14 juillet 2005 relative à l'aide médicale urgente. Il ne s'agit donc pas de systèmes qui organisent l'aide au cas par cas, comme les requisitoires.

Le Conseil¹⁰²: Le Conseil de l'Union européenne (« Conseil des ministres » ou « Conseil ») est la principale instance décisionnelle de l'Union européenne. Il se réunit au niveau des ministres des États membres et constitue ainsi l'institution de représentation des États membres. Le siège du Conseil est à Bruxelles, mais il peut se réunir à Luxembourg. Les sessions du Conseil sont convoquées par la Présidence qui en fixe l'ordre du jour.

Dossier médical global¹⁰³: En confiant leur dossier médical global (DMG) à leur médecin de famille, les patients ont un meilleur suivi de leurs soins et un avantage financier (diminution de 30% sur le ticket modérateur) lors de leurs consultations chez leur médecin de famille. Pour certains patients (malade chronique ou âgé(e) de plus de 75 ans), cet avantage vaut aussi en cas de visite à domicile. Le DMG contribue à une meilleure organisation et à une meilleure qualité des soins de santé. L'instauration de ce dossier permet effectivement de mettre en place une communication entre les prestataires et d'éviter de faire deux fois les mêmes examens sans nécessité.

INAMI¹⁰⁴: L'INAMI organise, gère et contrôle l'assurance obligatoire en Belgique. L'INAMI est placé sous l'autorité fédérale du Ministre des Affaires sociales. C'est ainsi que l'INAMI élabore les règles pour le remboursement des prestations de santé et les médicaments, et il en détermine les tarifs. L'INAMI organise aussi la concertation entre les différents acteurs de l'assurance soins de santé et indemnités (mutualités, représentants des professionnels de la santé, etc).

Le Maximum à facturer¹⁰⁵: Le MâF offre à chaque famille (ménage) la garantie qu'elle ne devra pas dépenser plus qu'un montant déterminé (plafond) pour ses soins de santé. Si les frais médicaux atteignent ce montant maximum au cours de l'année, le ménage est entièrement remboursé du reste des frais médicaux. Toutes les personnes qui résident à la même adresse forment un ménage. Peu importe qu'elles soient mariées ou cohabitantes. Une personne isolée est considérée, elle aussi, comme un ménage. Pour le MâF, c'est la situation au 1er janvier de l'année concernée qui compte. Le plafond est fixé en fonction du revenu net imposable du ménage (par exemple 450 euros sur une année pour ceux qui bénéficient d'un système de remboursement préférentiel (statut OMNIO etc).

100 http://www.ocmw-info-cpas.be/images/uploads_x/FV_aidemedicaleurgente__Fr_.pdf

101 http://www.mi-is.be/be_fr/01/gezondheid/Medische%20Kaart/index.html

102 <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/missions/index.htm>

103 http://www.mc.be/fr/135/remboursements/dossier_medical_global/index.jsp

104 <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/missions/index.htm>

105 https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH_4/SANTH_4_3.xml#N10033

Méthode ouverte de coordination (MOC)¹⁰⁶: Depuis 2001, tous les États membres de l'Union européenne élaborent régulièrement un Plan d'Action National Inclusion Sociale, connu en Belgique sous l'appellation «PAN Inclusion». Les États membres suivent en cela les directives de l'Union européenne. Les PAN Inclusion sont en réalité un des 5 instruments d'une méthode de coopération entre les États membres appelée «Méthode Ouverte de Coordination» (MOC). La MOC a été instituée dans le suivi d'un sommet européen qui a eu lieu à Lisbonne en mars 2000. Le Conseil Européen a demandé à la Commission Européenne d'aider les États membres à atteindre pour 2010 les objectifs suivants :

- Augmenter la croissance économique dans le respect du développement durable ;
- Accroître le volume et la qualité de l'emploi ;
- Avoir un impact décisif sur l'élimination de la pauvreté.

Chaque État membre peut déterminer de façon autonome les mesures qui doivent mener à la réalisation de ces objectifs. Toutefois, il est nécessaire de se plier à une certaine discipline pour promouvoir une certaine cohérence entre les États membres. C'est pourquoi le choix des 3 priorités politiques du PAN Inclusion 2006-2008 a été influencé par les recommandations de la Commission Européenne. La même chose vaut pour les indicateurs statistiques, qui sont en grande partie similaires pour tous pays qui participent à la MOC. A côté des Plans d'Action, les 4 autres instruments de la MOC sont les suivants :

- Des objectifs communs qui ont pour but d'éradiquer la pauvreté d'Europe ;
- Des indicateurs communs qui permettent de comparer la situation entre les différents États membres ;
- Les rapports conjoints de la Commission Européenne Européenne, qui synthétisent les rapports individuels des États membres ;
- Un programme d'action commun qui permet à la Commission Européenne de financer l'échange de bonnes pratiques entre les États membres.

Jusqu'en 2004, il y avait une MOC pour l'intégration sociale et une pour les pensions, ainsi qu'un processus de coopération dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée. En 2005, la Commission Européenne a décidé de rationaliser ces processus en les fusionnant. C'est ce qu'on a appelé le « streamlining » (rationalisation). Depuis, le PAN Inclusion n'est plus un document séparé, mais il est devenu un des chapitres d'un rapport plus épais: le « Rapport Stratégique National Protection Sociale et Inclusion Sociale ». Le deuxième Rapport Stratégique a été remis à la Commission Européenne en octobre 2008. Pour accroître la visibilité du chapitre Intégration Sociale, il a été décidé de présenter le PAN Inclusion 2008-2010 au public belge comme un document indépendant, mieux développé que le chapitre « PAN Inclusion » abrégé du Rapport Stratégique, et complété par une introduction.

Modèle Kiwi¹⁰⁷: Le modèle « kiwi » fait référence au système en vigueur en Nouvelle-Zélande concernant la vente de médicaments. Il consiste en l'achat et la distribution de médicaments par l'Etat néo-zélandais par adjudication publique. Seul le médicament que l'Etat propose de cette façon est remboursé. Le gouvernement est sensé obtenir pour chaque produit, via un appel d'offre public, le meilleur médicament au meilleur prix.

OMNIO¹⁰⁸: il s'agit d'une intervention majorée de la mutualité pour les frais médicaux (médecin, dentiste, kiné, pharmacien, hospitalisation...). Le ticket modérateur*** dans le coût de ces prestations est donc moins élevée. L'Omnio est destiné à tous les ménages (notamment ouvriers, employés, indépendants, chômeurs...) qui ne disposent que de très faibles revenus. Pour bénéficier de l'Omnio, le revenu annuel brut imposable du ménage doit être inférieur à 14 778,26 euros, augmentés de 2 735,85 euros par membre du ménage autre que le demandeur du statut.

PAN: voir Méthode ouverte de coordination

La promotion de la santé: selon la Charte d'Ottawa de l'OMS, « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ».

106 http://cohesion sociale.wallonie.be/spip/IMG/pdf/PanInclu_2008-2010.pdf

107 <http://www.vbs-gbs.org/lms/ms2006/ra2005/ra2005-07.asp>

108 <http://www.mc.be/fr/135/remboursements/omnio/index.jsp>

La prévention de la santé¹⁰⁹: La prévention selon l'OMS, c'est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ».

1. Une première approche vise à distinguer la prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.
 - La prévention primaire. C'est « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas ». Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation...) et/ou collective (distribution d'eau potable, vaccination...)
 - La prévention secondaire. Ce sont « tous les actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution ».
 - La prévention tertiaire. Ce sont « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ». Elle pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie. Cette définition étend la prévention aux soins de réadaptation.
2. Une seconde approche vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles (San Marco 2003):
 - « La prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quelque soit son état ;
 - La prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
 - Enfin la prévention ciblée est appliquée aux malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat ». Elle correspond à l'éducation thérapeutique.
3. Une troisième approche vise à distinguer les mesures de prévention selon l'implication ou des sujets dans sa réalisation : la prévention active ou passive.

Système de prix de référence¹¹⁰: Il existe depuis 2001 en Belgique le système de remboursement de référence (système présent également dans la plupart des pays européens). Il s'applique quand le brevet d'un médicament original (de marque) expire, et que des génériques apparaissent sur le marché. Ces derniers contiennent les mêmes composants et agissent de la même manière que les médicaments originaux. Comme le fabricant n'a pas de coûts de recherche et développement, il est souvent bien meilleur marché. Le système du remboursement de référence fait alors baisser de 30% ou plus le remboursement de tous les produits contenant les mêmes composants. Si le patient se voit prescrire un médicament original plus cher malgré tout, il supporte la différence de prix (le supplément de référence), en plus de la quote-part personnelle habituelle. Dans ce système, c'est donc via le patient que le médecin est encouragé à prescrire des médicaments moins onéreux. L'assurance maladie peut faire des économies sans compromettre la qualité des soins, et plus de moyens financiers peuvent être ainsi mobilisés, par exemple pour rembourser des nouveaux médicaments, souvent très chers.

Le ticket modérateur: La partie du tarif légal qui reste à la charge du patient, après le remboursement de la mutualité, s'appelle ticket modérateur. Il existe une alternative au remboursement qui permet, dans certains cas, de ne payer que les suppléments : c'est le système du tiers payant^{***}.

Le tiers-payant¹¹¹: Le tiers-payant est la possibilité pour le patient de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. Le patient paie uniquement le ticket modérateur^{***} (l'intervention personnelle) 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 tiers payant est l'exception à la règle : le médecin, le dentiste, le kiné sont libres d'appliquer le système ou pas. Le patient doit demander le bénéfice du tiers payant au prestataire concerné qui fera les démarches nécessaires auprès de la mutualité du patient. A la pharmacie, le patient qui achète des médicaments remboursables prescrits par son médecin paie uniquement le ticket modérateur (sur présentation de sa carte SIS qui atteste qu'il est en ordre vis-à-vis de sa mutualité). A l'hôpital, après une hospitalisation, le patient reçoit une facture qui reprend le coût global des soins reçus mais le patient ne paie que le ticket modérateur (ainsi que les suppléments éventuels). C'est la mutualité qui paie directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance soins de santé.

Le régime du tiers payant existe pour certaines catégories de la population : les bénéficiaires de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA), les bénéficiaires du revenu d'intégration (RIS), les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM autrefois vipo), les bénéficiaires d'une allocation pour handicapé et les chômeur(euse)s complets depuis plus de 6 mois consécutifs (isolé ou chef de ménage).

109 François Bourdillon, cours de Santé publique en ligne, médecin spécialiste de santé publique au CHU Pitié-Salpêtrière

110 http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=15364

111 <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/09334C68-E08B-4AAB-ABBC-6B1A28CF6C22/0/05ticketmoderateur.pdf>

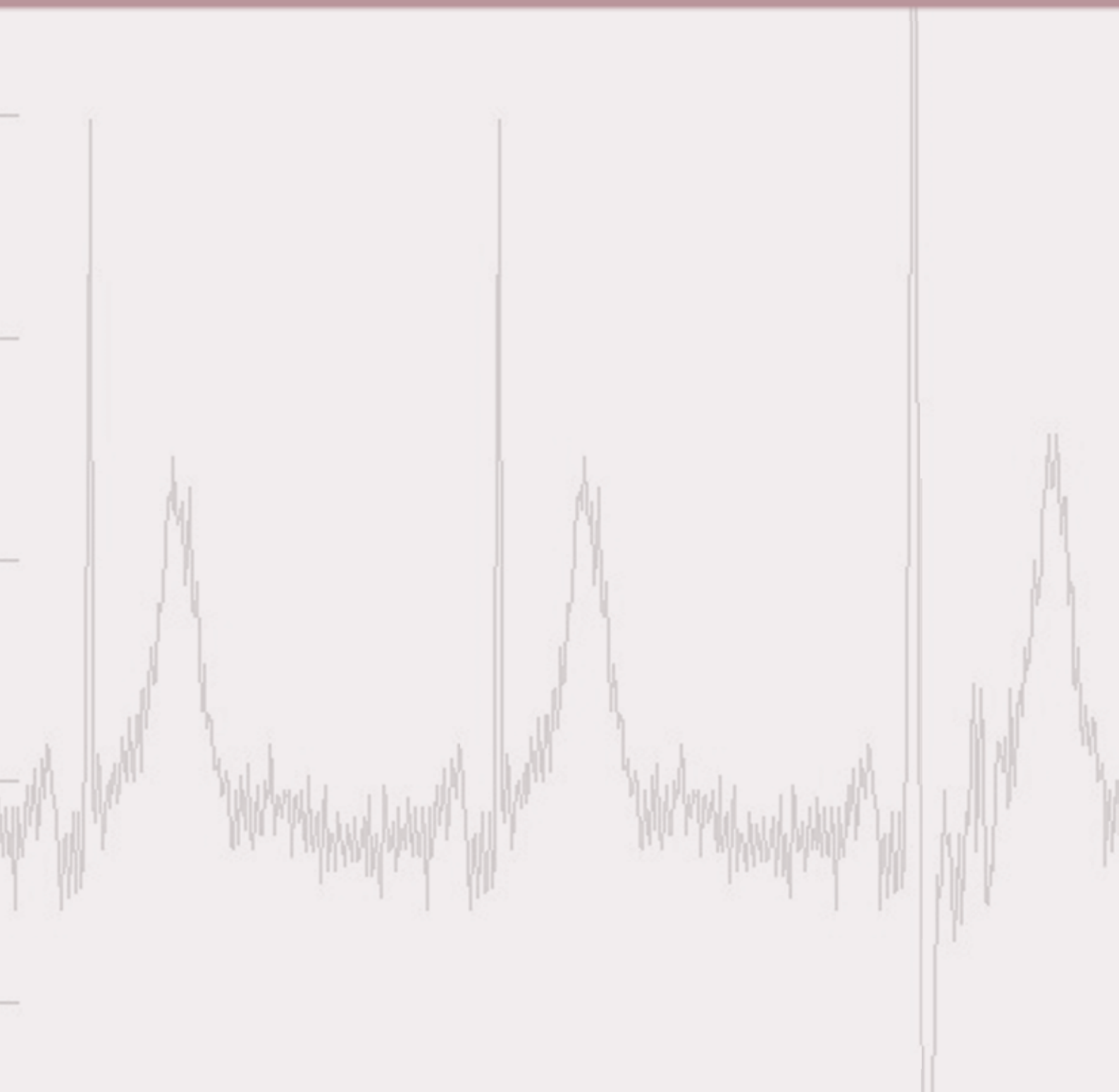
Resources

- « *White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013* » (presented by the Commission), COM(2007) 630 final.
- « *Working document on a framework directive on Minimum Income* », Anne Van Lancker for EAPN, September 2010.
- « *Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne* », Bilan du travail effectué par le Consortium DETERMINE au cours de sa première année, septembre 2008.
- « *Aux portes du soin : l'accessibilité en santé mentale* », Cahier n° 3, Institut Wallon pour la Santé Mentale, juin 2006.
- « *Comblers le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* », Commission des déterminants sociaux de l'OMS, 2008.
- « *Comblers le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* », Commission des déterminants sociaux de l'OMS, 2008.
- « *Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne* » (2006/C 146/01), 2006.
- « *Enquête de santé par interview* », Institut Scientifique de Santé Publique, 2008.
- « *Evaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé* », Centre Fédéral d'expertise en soins de santé, Reports 80B, juillet 2008.
- « *Evaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé* », Centre Fédéral d'expertise en soins de santé, Reports 80B, juillet 2008.
- « *L'accès aux droits sociaux fondamentaux* », FCSSB-FBCMw, octobre 2009.
- « *Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé* », Rapport de la Fondation Roi Baudouin, février 2008.
- « *Promotion de la santé et inégalités sociales de santé : Constats et recommandations de professionnels de l'arrondissement de Liège à l'intention des responsables politiques* », document coordonné par le Centre liégeois de promotion de la santé, Septembre 2009.
- « *Rapport d'observations des pratiques des CPAS en matière de carte médicale* », Dounia Chaoui Mezabi (sous la direction de Marie-Thérèse Casman), Université de Liège pour le SPP Intégration sociale, 2009.
- « *Recherche sur les initiatives mises en place pour réduire les inégalités socioéconomiques de santé (1995-2006)* », Rapport de la Fondation Roi Baudouin, décembre 2007.
- « *Recommandations politiques en inégalités de santé* », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007.
- « *Travailler ensemble, travailler mieux : Un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne.* », Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions, COM(2005)706 définitif.
- « *Un adieu digne pour tous : les funérailles des personnes indigentes* », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007.
- 3039th Council meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer affairs, 15172/10.
- C. Leclercq, Relais Santé : étape préliminaire pour « raccrocher » au circuit de soins, Revue L'Observatoire n°65, 2010.
- Cahiers de propositions en matière de politique de santé 2009 de la Fédération des Maisons médicales et des collectifs de santé francophone.
- Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. « *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU* », COM(2009) 567 final.
- Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Accompanying the Communication on « *A single market for 21st century Europe* ». Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment. COM(2007)725 final.
- Communication FROM THE Commission. « *Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth* », 3 March 2010, COM(2010)2020.

- Conclusions of the European Council of 17 June 2010, « *A New European Strategy for Jobs and Growth* ».
- Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01).
- Council Decision on guidelines for the employment policies of the Member States, 14338/10, 12 October 2010.
- Council Recommendation of 24 June 1992 on common criteria concerning sufficient resources and social assistance in social protection systems, 92/441/EEC.
- Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013).
- Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13).
- Frazer H and Marlier E., Minimum income schemes across EU Member States, 2009.
- Hainaut prévention info, n°5, aout 2006.
- Hugues-Olivier Hubert, Les fondamentaux : droits sociaux et questions sociologiques, à paraître.
- Implementing the Community Lisbon Programme : Social services of general interest in the European Union, COM(2006),177 final.
- Katrien De Boyser (Promotor: Prof. Dr. Jan Vranken), Opdrachtgever: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Vlaamse Overheid, NAAR EEN DOELMATIGERE ARMOEDEBESTRIJDING : Een verkenning van de paden naar een meer planmatig en evidence-based armoedebestrijdingsbeleid in Vlaanderen, OASeS (Universiteit Antwerpen), 2008.
- L'accès aux droits sociaux fondamentaux », FCSSB-FBCMw, octobre 2009
- La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs (Conseil européen, Strasbourg, 1989).
- La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.
- La Charte sociale européenne (Conseil de l'Europe, version révisée, Strasbourg, le 3 mai 1996).
- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme (ONU), 1948, article 25.
- La Revue de la Médecine Générale, n° 252, avril 2008.
- La Revue de Médecine Générale, n°255, septembre 2008.
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU), 1966, article 12.
- Le Traité de Lisbonne.
- Les statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC).
- MC-Information 238, Mutualités chrétiennes, décembre 2009.
- Mémorandum 2009 de la Fédération des centres de service social.
- Memorandum 2009 van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.
- Memorandum aan de federale regering 2010, VSO-G.
- Mémorandum fédéral 2010 des CPAS.
- Mémorandum pour les élections du 13 juin 2010, Service de Lutte contre la Pauvreté.
- Patrick Deboosere, Sylvie Gadeyne, Atlas de la santé et du social de Bruxelles capitale, 2006.
- Pierrre Bizel, et.al, Santé, précarité, communication : l'exemple des campagnes du dépistage du cancer du sein en Hainaut, L'Observatoire, n°65.
- Plan d'action national inclusion 2008-2010.
- Rapport Peers sur les soins de santé en Belgique (Chambre des représentants ; mai 2000).
- Recommandation de la Commission européenne du 3 octobre 2008 relative à l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail. [notifiée sous le numéro C(2008) 5737].
- Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, 2006/123/EG.
- Rita Baeten, « *Sociale en gezondheidsdiensten van algemeen belang* », in Vrancken e.a. Arm Vlaanderen, Acco 2009.
- Santé Conjugée, n°50, octobre 2009.
- SPC Opinion. « *Solidarity in Health: Reducing health inequalities in the EU* », SPC/2010/5/4 final.
- The Social Protection Committee. A Voluntary European Quality Framework for Social Services, SPC/2010/10/8 final.
- Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende diensten op de interne markt (ingediend door de Commissie), 2004/0001 (COD).
- Y. Saks et Ph. Delhez, « *La pauvreté en Belgique* », Revue Economique de la Banque Nationale.

Websites

http://www.belspo.be/belspo/fedra/TA/TA15samenv_fr.pdf
http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/SummaryReport_IUHPE_FR.pdf
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
<http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=fr&ihmlang=fr&lng1=fr,nl&lng2=bg,cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,i,t,lt,lv,mt,nl,pl,pt,ro,sk,sl,sv,&val=483148:cs&page>
<http://www.nbbmuseum.be/doc/seminar2010/fr/bibliographie/inactivite/pauvrete.pdf>
<http://www.maisonmedicale.org/Cahier-de-propositions-en-matiere,1249.html>
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:fr:PDF>
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:FR:PDF>
http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_fr.htm
http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study-20081211/pdf/Conf111208_Hervey_slides.pdf
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:FR:PDF>
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:FR:PDF>
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fr.pdf
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_fr.htm
<http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20FR%20BARROSO%20-%20Europe%202020%20-%20FR%20version.pdf>
http://www.eapn.eu/images/stories/docs/EAPN-position-papers-and-reports/eapnproposalsforstrengtheningtheomc_fr.pdf
http://www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe-72
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_inclusion_fight_against_poverty/em0011_fr.htm
http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/SummaryReport_IUHPE_FR.pdf
http://www.ocmw-info-cpas.be/images/uploads_x/FV_aidemedicaleurgente__Fr_.pdf
http://www.mi-is.be/be_fr/01/gezondheid/Medische%20Kaart/index.html
http://europa.eu/scadplus/glossary/eu_council_fr.htm
http://www.mc.be/fr/135/remboursements/dossier_medical_global/index.jsp
<http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/missions/index.htm>
https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH_4/SANTH_4_3.xml#N10033
http://cohesionsociale.wallonie.be/spip/IMG/pdf/PanInclu_2008-2010.pdf
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:APkCqkEQ2TEJ:www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.1.html+d%3A9finition+de+la+pr%3A9vention+de+la+sant%3A9&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=be&client=firefox-a>
<http://www.vbs-gbs.org/lms/ms2006/ra2005/ra2005-07.asp>
<http://www.mc.be/fr/135/remboursements/omnio/index.jsp>
http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=15364
<http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/09334C68-E08B-4AAB-ABBC-6B1A28CF6C22/0/05ticketmoderateur.pdf>
<http://www.un.org/fr/documents/udhr/index2.shtml>
<http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm>
http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default_fr.asp
<http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/163.htm>
http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/104/chap2_fr.htm#2
http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf
http://europa.eu/lisbon_treaty/index_fr.htm
<http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2006:146:SOM:en:HTML>
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:en:PDF>
<http://www.google.be/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D5363%26langId%3Den&rct=j&q=SPC%2F2010%2F5%2F4%20final&ei=zoh3TfniN870ObbZqf0N&usq=AFQjCNG5bu24K2u41t7oyWo1k7bF5sV4A&cad=rja>
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0002:FIN:NL:PDF>
http://ec.europa.eu/services_general_interest/faq_en.htm
http://ec.europa.eu/services_general_interest/registration/form_en.html
http://www.euro.centre.org/data/progress/SPC_QF_document_SPC_2010_10_8_final.pdf
http://www.socialsecurity.fgov.be/eu/en/agenda/26-27_10_10.asp
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0706:FIN:FR:PDF>
<http://www.peer-review-social-inclusion.eu/network-of-independent-experts>
http://www.eapn.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1884:bapneapn-conference-on-minimum-income-schemes-24092010&catid=46&Itemid=77&lang=en



BAPN asbl

RUE DU PROGRÈS 333/6 - 1030 BRUXELLES

T +32 2 265 01 53 | F +32 2 265 01 55 | INFO@BAPN.BE | WWW.BAPN.BE
