



POUR DES **alternatives** **solidaires!**

10. ASSURER À TOUTES ET TOUS LE DROIT À LA SANTÉ ?

C'EST POSSIBLE !

En garantissant des soins de santé accessibles et de qualité et en faisant de la « santé » un indicateur central dans la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques, à tous les niveaux de pouvoir

LE CHIFFRE

7% En Belgique, la population dont les revenus sont les plus faibles éprouve de plus en plus de difficultés à accéder aux soins de santé, et ce pour des raisons financières. Parmi les 20% des personnes les plus pauvres, 7,7% n'ont pas eu recours aux soins de santé pour des raisons financières en 2016 (voir suite page 2).

(suite de la page 1) Le tableau suivant montre la dégradation de la situation depuis 10 ans, en particulier pour ceux.celles qui se situent au bas de l'échelle des revenus. En 2006, seulement 1,7% était dans ce cas. La situation se détériore donc rapidement.

Pourcentage de non-recours aux soins de santé pour des raisons financières par catégories de revenus

Quintiles	2006	2016
1 ^{er}	1,7	7,7
2 ^e	0,4	2,5
3 ^e	0,1	1,3
4 ^e	nd	0,4
5 ^e	0,1	0,3
Total	0,5	2,4

Source : SPF Sécurité sociale, 2017

« En Belgique comme partout ailleurs, assurer le droit à la santé doit permettre de lutter contre la croissance des inégalités. »

1. LA SANTÉ ? UN DROIT POUR TOUTES ET TOUS !

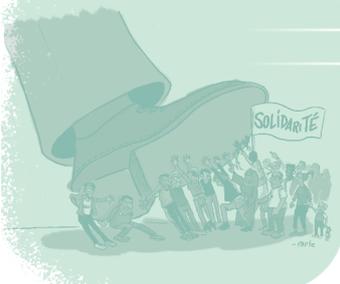
Assurer à tou.te.s le droit à la santé s'inscrit dans les objectifs formulés par l'Organisation mondiale de la santé dont la constitution établit que :

- « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ;
- Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ;
- Pourtant, environ 100 millions de personnes dans le monde passent chaque année sous le seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé ;
- Les groupes vulnérables et en marge de la société ont tendance à supporter une part beaucoup trop élevée des problèmes de santé ;
- La couverture sanitaire universelle est un moyen de promouvoir le droit à la santé ».

Cette revendication majeure doit sans cesse être rappelée : **il s'agit de rendre effectif le droit à la santé pour toutes et tous en Europe et dans le monde.** Prioritairement dans les pays pauvres, mais également dans des pays riches qui sont dotés d'infrastructures de santé suffisantes et de qualité ainsi que d'une assurance maladie obligatoire qui couvre la quasi-totalité de la population.

Si le droit à la santé fait intégralement partie des droits fondamentaux de tout être humain, il convient dès lors que la santé devienne l'un des principaux indicateurs de bien-être de la population. Ceci implique qu'on prenne en considération les facteurs qui rendent, ou non, ce droit effectif, comme les conditions de travail, la qualité du logement, ou encore une alimentation et un environnement sains.

En Belgique comme partout ailleurs, assurer le droit à la santé doit permettre de :



- **Lutter contre la croissance des inégalités.** Les inégalités en santé ne diminuent pas. La santé tend à se dégrader au fur et à mesure que la position socio-économique se détériore, entraînant une diminution de l'espérance de vie. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études¹. Un système de santé inégalitaire favorise une dualisation de la société, entre personnes qui disposent des ressources pour financer leur couverture de santé et les personnes qui n'ont d'autre choix que de reporter leurs dépenses de soins. En outre, on constate une marchandisation croissante dans une série de domaines liés à la santé². Ce phénomène, s'il n'est pas endigué, aggrave lourdement les inégalités de santé, par l'augmentation des dépenses à charge des patient.e.s, la sélectivité de celles-ci et l'instauration d'une médecine « à deux vitesses »;
- **Contribuer à diminuer la pauvreté dans notre pays.** Il est inacceptable, a fortiori dans un pays riche comme le nôtre, de sombrer dans la précarité en raison de problèmes de santé. Ce risque est pourtant bien réel pour une partie de la population. Certaines catégories de personnes à faibles revenus sont tout particulièrement concernées (familles monoparentales, personnes

âgées cumulant plusieurs problèmes de santé, travailleurs pauvres...). Nous ne pouvons collectivement tolérer qu'un système de santé défaillant aggrave plus encore le niveau de pauvreté déjà intolérable d'une population;

- **Faire de la santé un réel droit universel.** En théorie, tout le monde devrait avoir accès au système de soins de santé. Cependant, on constate que pour certaines personnes, ce n'est pas encore une réalité. Des obstacles subsistent notamment sur le plan de l'octroi des droits, de l'accès administratif, de l'accès à l'information ou encore en raison de discriminations multiples;
- **Favoriser un système de santé solidaire, efficace et apprécié.** Un système de santé qui prend en compte les besoins de tou.te.s les citoyen.ne.s mène à un niveau de santé publique globalement plus élevé. Cela engendre aussi une meilleure acceptation citoyenne quant à la nécessité de financer collectivement le système. Rappelons que notre système de santé reste l'un des plus appréciés au monde. La Belgique est actuellement le pays de l'OCDE où les citoyen.ne.s se déclarent le plus satisfaits de l'accès à des soins de santé de qualité dans la ville ou la zone où ils résident³.

2. DROIT À LA SANTÉ ? OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Les mesures d'économie dans l'assurance-maladie, associées à la diminution de la norme de croissance annuelle des dépenses de soins de santé (plafonnée à 1,5% par an par le gouvernement Michel) ont rendu plus compliquée la recherche d'amélioration de la couverture du système de santé, notamment la prise en compte des besoins émergents (vieillesse, maladies chroniques...). Le contexte budgétaire actuel ne permet pas de financer

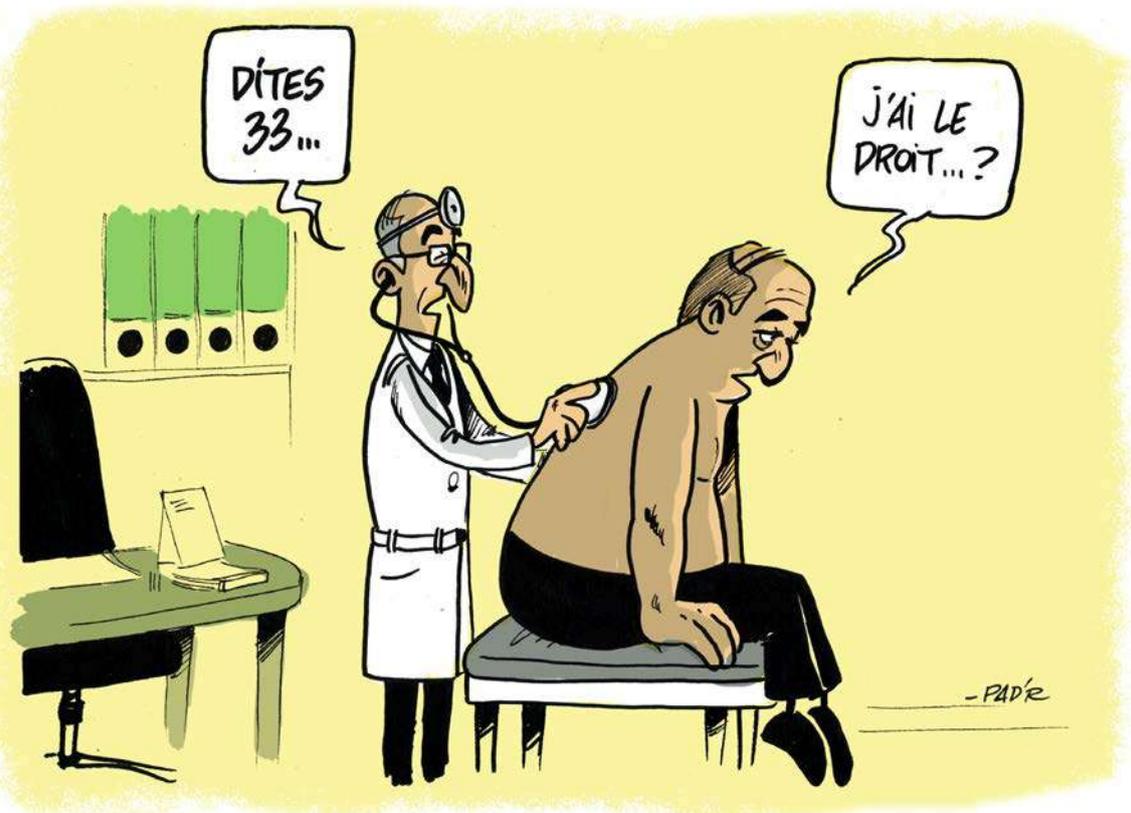
de nouvelles initiatives sans faire parallèlement des économies. Il est dans ce cadre très difficile de développer une réelle vision prospective de la politique de santé.

La pression sur le budget de l'assurance-maladie se répercute sur les patient.e.s, surtout de manière indirecte, via le « déconventionnement » de prestataires qui n'adhèrent pas à la convention médico-mu-

¹ Voir notamment Wilkinson R. et Pickett K., *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Les petits matins/Institut Veblen/Etopia, 2013.

² Par exemple, le total des encaissements pour les assurances privées dépasse aujourd'hui les 1,8 milliard d'euros ! Et rien ne semble arrêter l'escalade des suppléments.

³ Voir notamment l'article du Soir du 7 février 2018: « Neuf Belges sur dix fiers de leur Sécu ».



tualiste, via la hausse de certains suppléments ou la facturation de nouvelles prestations non remboursées. La hausse très importante des primes pour les assurances hospitalisation privées et les dépenses pour les soins dentaires, notamment, en témoignent. **En Belgique, la quote-part personnelle des patient.e.s pour les frais de soins de santé se situe à 22%**, ce qui est déjà élevé comparativement aux autres pays européens. Cette situation, en se renforçant, ne peut que contribuer à favoriser une dualisation accrue de la médecine et un renforcement de l'inégalité d'accès aux soins de santé.

Dans ce cadre, la récente réforme du financement de la sécurité sociale, qui lie l'octroi de la dotation d'équilibre à des critères d'efficacité de même que la diminution des cotisations sociales consécutive au « tax-shift » vont **accentuer davantage encore la pression sur le budget de la sécurité sociale** et des soins de santé dans les années à venir. Cette réforme, allant totalement à l'encontre de la logique de l'adéquation des budgets aux besoins de la population, impute désormais aux interlocu-

teurs sociaux la responsabilité des éventuels déficits et **transforme la sécurité sociale et l'assurance-maladie en une simple variable d'ajustement budgétaire**. Le risque ? Une instabilité récurrente du financement de la sécurité sociale et, partant, une dégradation de l'assurance-maladie.

Du côté des entités fédérées francophones, les exécutifs ont concentré leur énergie sur la reprise opérationnelle des matières transférées dans le cadre de la 6^e réforme de l'État (recrutement de personnel, adaptations des flux administratifs et financiers entre les différents acteurs, etc.). Si on a donc adapté les politiques existantes à leur nouveau contexte institutionnel, on ne constate jusqu'ici que peu d'évolutions dans les politiques de santé au regard des besoins émergents (vieillesse de la population, maladies chroniques, etc.). Des mécanismes de soutien aux personnes en perte d'autonomie ainsi que des plans de promotion de la santé sont en cours de conceptualisation ou de réflexion. Leur mise en œuvre doit être suivie de près, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé. En tout état de cause,



la défédéralisation de nouvelles compétences « santé » consécutive à la 6^e réforme de l'État doit se traduire en améliorations et non en détériorations dans l'accès aux soins.

Enfin, **on doit regretter que la politique de santé de notre pays ne soit toujours pas davantage orientée vers la prévention et**

la promotion de la santé ou la recherche du bien-être. Dans ces domaines, les budgets dégagés restent marginaux⁴, le système de santé restant principalement focalisé sur les soins curatifs en n'englobant que trop faiblement l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

3. DROIT À LA SANTÉ ? NOS REVENDICATIONS !

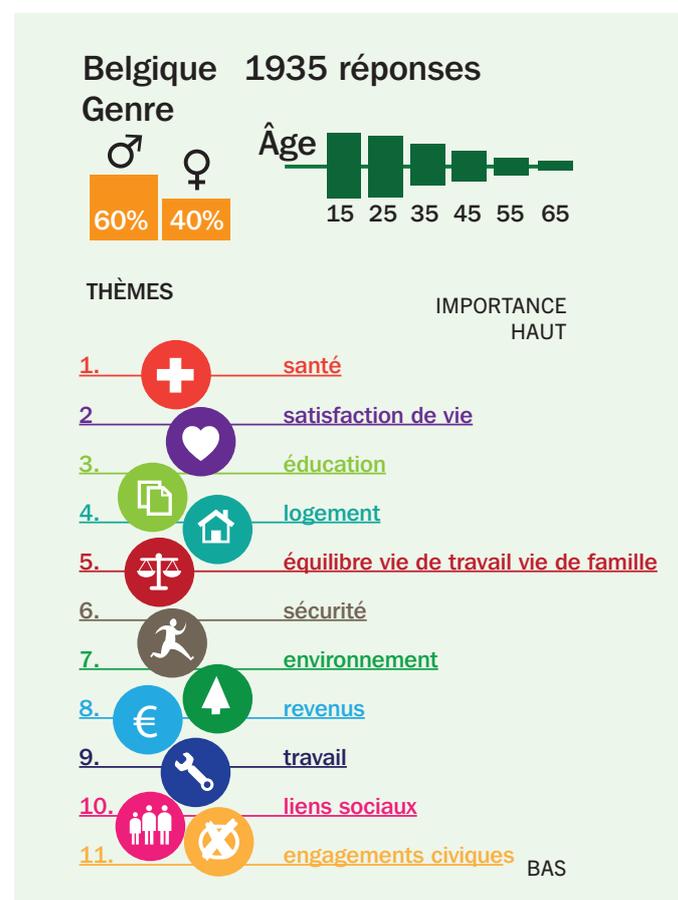
Faire de la santé un indicateur central

Cette revendication s'inscrit dans celle, plus large, d'une urgente et nécessaire mise en œuvre d'indicateurs alternatifs ou complémentaires aux indicateurs qui dominent les politiques économiques et sociales depuis la seconde guerre mondiale. On pense particulièrement au PIB qui à lui seul reste impuissant à mesurer le bien-être de la population et le développement de la société dans ses dimensions démocratiques, sociales ou environnementales.

Parmi ces indicateurs complémentaires au PIB, **la santé doit figurer comme indicateur central.** Il y a donc lieu de décliner cet indicateur de manière opérationnelle en vue de rencontrer des objectifs de santé publique spécifiques.

Pourquoi faire de la santé un indicateur central ? Avant tout parce que toutes les enquêtes d'opinion et les travaux de recherche indiquent que la santé est considérée comme un des biens les plus précieux. Non seulement parce qu'une bonne santé, physique et mentale, permet d'avoir une vie plus longue mais aussi parce qu'elle contribue à ce que l'on développe de bonnes relations sociales et la capacité d'exercer son activité professionnelle

dans de bonnes conditions. Une étude récente de l'OCDE confirme que la santé constitue un des principaux déterminants du bien-être en Europe tout en notant qu'il s'agit du déterminant le plus important en Belgique. Le tableau ci-dessous indique les principaux indicateurs



⁴ À titre indicatif, selon un récent rapport de l'OCDE, la Belgique se situe en-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, en ce qui concerne la proportion de dépenses en matière de prévention (2,8%) en regard du volume total des dépenses de santé. La Belgique consacre ainsi environ 1,7% de ses dépenses de santé en matière préventive alors qu'un pays comme le Canada, parmi les meilleurs élèves, affiche 6,2%.

de bien-être et le classement réalisé sur base d'une enquête auprès de la population belge. L'indicateur du bien-être affiche les différents axes des actions qui devraient être menées pour rendre effectif le droit à la santé. Le dernier rapport du Bureau du Plan portant sur les indicateurs complémentaires au PIB indique ainsi clairement qu'une bonne politique de santé doit, pour obtenir des résultats positifs, s'accompagner de dispositifs améliorant le pouvoir d'achat de la population, luttant contre la pauvreté et garantissant un emploi de qualité.

Dans ce même ordre d'idées, les concepts de « *santé dans toutes les politiques* » et « *évaluation d'impacts pour la santé* » s'inscrivent pleinement dans ce mouvement. Leur mise en application est donc à soutenir. Le premier implique que **les autorités politiques se doivent d'intégrer des objectifs de santé et bien-être dans toutes leurs actions**, quelles que soient la nature des compétences qu'elles assument (par exemple, un ministre de la mobilité qui intègre des objectifs de santé publique dans ses actions. Le contre-exemple étant la proposition de relever la limite de vitesse sur les autoroutes). Quant au deuxième concept, il implique qu'**une analyse d'impact sur la santé des citoyen.ne.s soit menée préalablement à tout projet ou initiative des pouvoirs publics**.

Garantir des soins de santé accessibles et de qualité

Vers un nouveau paradigme de la santé

Cette revendication, associée à la précédente, implique une nécessaire réorientation de notre vision vers **un nouveau paradigme de la santé, davantage axé sur la prise en compte des déterminants de santé**, dans une approche préventive et holistique. Ceux-ci sont notamment l'environnement, l'emploi, la mobilité, le logement, l'enseignement, la formation et la cohésion sociale.

En ce qui concerne plus spécifiquement la santé, l'objectif est d'adapter le système de santé aux nouvelles réalités socio-sanitaires dues au vieillissement et à l'allongement de la vie.

Nous pensons essentiellement à l'augmentation des maladies chroniques, aux nouvelles dépendances sociales comme l'isolement et le souhait des personnes de rester le plus longtemps possible à leur domicile.

La réorientation de notre système de santé devra passer par un **renforcement et une nouvelle organisation de l'aide et des soins**, notamment dans la 1^{ère} ligne, ainsi que par le développement de certains services d'accompagnement à domicile ou d'alternatives à l'hébergement en maisons de repos dans une logique **non marchande**.

Un système solidaire via l'assurance-maladie obligatoire

Le sous-financement des soins de l'assurance-maladie obligatoire fait courir le risque d'une marchandisation accrue de ce secteur, en faisant la place à un modèle d'assurances privées à visées lucratives et basé sur la sélection des risques, menant in fine à une dualisation des soins de santé.

Dans ce cadre, **il faut assurer un financement stable et solidaire de la sécurité sociale et du système de soins de santé en menant une réflexion collective sur la répartition des ressources**. Le débat

« Les autorités politiques se doivent d'intégrer des objectifs de santé et bien-être dans toutes leurs actions. »



«*Le MOC demande de supprimer les suppléments d'honoraires en hospitalisation en chambre individuelle.*»

doit impérativement porter sur l'acceptation collective du financement des dépenses de sécurité sociale, via un réel « tax shift » ayant pour but d'atteindre une plus juste répartition des revenus dans le financement de la sécurité sociale et du système de santé. Le MOC insiste également sur le **maintien des principes de la gestion paritaire** et sur la nécessité de doter les organes de gestion d'une véritable capacité de prospective et d'une vision à long terme.

Un système de santé davantage universel

Dans la perspective d'une protection santé européenne et mondiale, il y a lieu d'étendre la couverture d'assurance-maladie vers les citoyen.ne.s qui n'en bénéficient pas encore ou d'en faciliter l'accès aux publics les plus éloignés.

Renforcer la couverture de santé

En parallèle, pour garantir des soins de santé accessibles, il faudra faire évoluer le système d'assurance-maladie dans les directions suivantes :

- Plus de régulation et de transparence tarifaire, soit prioritairement :
 - Supprimer les suppléments d'honoraires en hospitalisation en chambre individuelle** et intégrer le budget correspondant à ces suppléments dans l'assurance obligatoire ;
 - Mettre en œuvre un rééquilibrage de la nomenclature sur base d'une rémuné-

ration décente et équitable des prestations de soins ;

Lutter contre le déconventionnement. La perte de confiance des prestataires de soins dans le système de conventionnement risque de réellesment mettre à mal la sécurité tarifaire des patient.e.s ;

Instaurer une politique sociale du médicament visant à diminuer les prix et la surconsommation observée.

- **Étendre la couverture de santé** vers les besoins insuffisamment couverts comme les soins dentaires, les soins de santé mentale, les appareils auditifs et les lunettes, le transport urgent et non urgent, la bandagisterie et l'orthopédie ;
- Lever les obstacles financiers qui subsistent à l'accès aux soins et aides pour les patient.e.s chroniques et les personnes en perte d'autonomie.

En complément, il y a lieu **d'agir sur les autres déterminants de l'accessibilité aux soins** que sont l'accessibilité géographique des soins (notamment en luttant contre la pénurie dans certaines professions), la réduction des délais d'attente injustifiés et l'accessibilité en termes de littératie en santé⁵.

Il convient en définitive d'assurer un accès plein et entier aux soins, tant d'un point de vue financier que géographique et culturel.

5 La littératie en santé réfère à la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé. Voir notamment Dupuis P., «La littératie en santé : comprendre l'incompréhension», *Éducation-santé*, n° 309, mars 2015.

4. POUR ALLER PLUS LOIN

- ▶ SPF Sécurité sociale, *Analyse de l'évolution de la situation sociale et de la protection sociale en Belgique*, juillet 2017.
- ▶ Bureau fédéral du Plan et Instituts des comptes nationaux, *Indicateurs complémentaires au PIB*, février 2017.
- ▶ Eurostat (2016a), *Analytical report on subjective well-being (2016 Edition)*, Luxembourg: Publications Office of the European Union: <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- ▶ Gmeinder M., Morgan D. and Mueller M., «How much do OECD countries spend on prevention?», *OECD Health Working Papers*, n° 101, 2017, OECD Publishing, Paris.
- ▶ IWEPS, *Les indicateurs complémentaires au PIB en Wallonie*: <http://icpib.iweps.be/>
- ▶ SPF Emploi, Direction générale Humanisation du travail, *La qualité de l'emploi en Belgique en 2015. Analyse sur la base de l'Enquête européenne sur les conditions de travail EWCS 2015 (Eurofound)*, novembre 2016.
- ▶ Organisation mondiale de la santé, *Santé et droits de l'homme, Aide-mémoire n°323*, décembre 2015.
- ▶ Proposition CIN, *Vision Politique de Santé 2030*, juin 2016: <http://www.samenvoorlasante.be/fr/>
- ▶ Stiglitz J.E., Sen A. and Fitoussi J.-P., *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009: <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr>

Articles et ouvrages de référence :

- ▶ Cassiers I. et alii, *Redéfinir la prospérité*, Éditions de l'Aube, 2011, réédité en poche en 2013.
- ▶ Chapelle A., Morel M. et Regueras N., «Système de soins de santé en Belgique. La performance des soins de santé en Belgique : une analyse des études récentes», *MC-Information* n°265, septembre 2016.
- ▶ Defeyt P., *Un indicateur de précarité pour la Wallonie, 1999-2015*. Institut pour un développement durable, janvier 2017.
- ▶ Dupuis P., «La littératie en santé : comprendre l'incompréhension», *Revue Éducation-santé*, n° 309, mars 2015.
- ▶ Hermesse J. et Bouvy J., «Parce que la santé n'est pas une marchandise». *Revue Politique*, n°101, septembre 2017.
- ▶ Van Sloten F., Ackaert K. et Wantier M., «Onzième Baromètre MC de la facture hospitalière. Les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux augmentent plus vite que jamais», *MC-Information* n°263, mars 2016.
- ▶ Wilkinson R. et Pickett K., *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Les petits matins/Institut Veblen/Etopia, 2013.



MOUVEMENT OUVRIER CHRÉTIEN



Le MOUVEMENT OUVRIER CHRÉTIEN rassemble et est le porte-parole de ses organisations constitutives : CSC, Mutualité Chrétienne, Vie Féminine, les Équipes Populaires, les JOC.



Avec le soutien de la



FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



et le Mouvement Social, SCRL à finalité sociale