

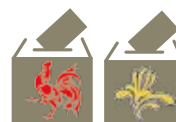


## Votez pour votre santé

En mai 2014, nous serons appelés à élire nos représentants aux parlements européen, belge et wallon ou bruxellois. D'ici là, chaque mois, nous vous présentons un des enjeux de ce triple scrutin, qui vous concerne directement. En septembre, découvrez comment l'Europe, la Belgique et votre Région influencent votre santé.

Quand la santé va, tout va ! S'il y a bien un domaine pour lequel chacun touche du bois, c'est celui-là. Pourtant, être en bonne santé ne tient pas qu'à la chance et au hasard. Les « déterminants sociaux », comme on les appelle, ou les facteurs qui influencent notre santé, sont nombreux : accès aux soins, logement, éducation, revenus, environnement, conditions de travail... ont un impact direct sur notre corps et notre esprit, et notre capacité à en prendre soin. C'est aussi là qu'interviennent les pouvoirs publics.

## La Région face aux opportunités



La 6ème réforme de l'Etat a transféré les maisons de repos et une partie des soins de santé aux Régions. Plus précisément, les entités fédérées sont désormais compétentes pour une partie de la politique hospitalière (normes d'agrément, investissements...), les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et centres de jour, les soins de santé mentale, la politique de prévention et les soins de santé de première ligne. Preuve que l'idée n'était pas bonne, face à cette nouvelle donne imposée par les nationalistes flamands, les quatre présidents de partis francophones se sont empressés de mettre en place des « coupoles » entre Bruxelles et la Wallonie. L'objectif est bien de coordonner les décisions dans ces matières qui touchent directement aux personnes. Il s'agit d'empêcher « des situations kafkaïennes. Ainsi, il faut à tout prix éviter que les personnes handicapées ou en maison de repos doivent reconstituer un dossier administratif ou, pire, perdent leurs aides, si elles déménagent »<sup>1</sup> d'une Région à l'autre. Au-delà de ces incohérences, la nouvelle organisation risque surtout de faire trinquer les citoyens, car les compétences ont bel et bien été transférées, mais l'argent n'a pas suivi. Tout d'abord parce que l'Etat a décidé de ne transférer que 90% des moyens financiers, pour « partager » l'austérité entre le fédéral et les entités fédérées. Ensuite, parce que certaines dépenses, typiquement celles qui concernent les maisons de repos par exemple, vont augmenter au fil des années. Les Régions se retrouvent donc

avec des missions essentielles pour la vie des gens, sans les fonds nécessaires pour les assumer.

Les Régions vont donc devoir faire des choix. À Bruxelles, rien n'a encore été annoncé. En Wallonie par contre, le gouvernement a présenté son Plan Marshall 2022. Ses priorités sont claires : il mise sur la formation et la transition énergétique. Ces objectifs sont évidemment louables, mais impliquent que la santé ne sera pas une priorité dans la politique régionale. Les besoins sont pourtant énormes et élémentaires. « Nous avons du mal à présenter les secteurs de la santé comme une opportunité pour sortir de la crise. Développer ces services à la population est toujours perçu comme un coût, alors que les financer serait un véritable investissement. Humain, évidemment, mais aussi économique : en créant des milliers d'emplois dans le secteur, et surtout en permettant à toute la population de vivre en bonne santé, et donc de travailler, de consommer, d'échanger... en un mot, faire tourner l'économie du pays », explique Yves Hellendorff, secrétaire national CNE du secteur Non Marchand.

### Une exception : la prévention

Au milieu de ce grand chambardement, le transfert d'une compétence santé en particulier pourrait en revanche être une belle réussite : il s'agit de toute la politique de prévention. Vaccination, dépis-

tage, visites médicales dans les écoles, campagnes de sensibilisation, sevrage tabagique... Jusqu'à présent, l'Etat fédéral conservait une partie de ces compétences et les Communautés étaient censées faire le reste. Dans la pratique, la Communauté française (aujourd'hui Fédération Wallonie-Bruxelles) ne s'est jamais investie dans ce domaine, pour plusieurs raisons. Premièrement, ne pas disposer de l'entière compétence compliquait sa prise en charge. Deuxièmement, on s'est vite aperçu que la Communauté, traditionnellement compétente pour les matières « personnalisables » (c'est-à-dire touchant aux personnes), n'était pas le bon outil : la santé a beau être une matière hautement personnelle, organiser la prévention selon l'appartenance linguistique est un véritable casse-tête et un non-sens à Bruxelles. Troisièmement, la Communauté ne pouvait pas percevoir les effets retours de cette politique. L'objectif de la prévention étant d'éviter les maladies, c'est l'Etat fédéral, via la réduction des coûts de soins de santé, qui en tirait les bénéfices. En étant entièrement transférée aux entités fédérées, et très probablement régionalisée, la politique de prévention pourrait donc être réinvestie. La Région disposerait ainsi d'une compétence essentielle, d'un outil pour protéger la santé de ses habitants et donc diminuer les dépenses en soins dont elle est désormais responsable.

<sup>1</sup> Article paru dans Le Soir, 19 septembre 2013.



# La Belgique tient les cordons du remboursement

La 6ème réforme de l'Etat a donc largement redistribué les compétences en matière de santé. À partir du 1er juillet 2014, le niveau fédéral ne sera plus en charge que des remboursements, des indemnités (incapacités de travail, maternité...) et du financement des hôpitaux. Enfin... ces matières sont loin d'être dérisoires. La politique de remboursement des soins par l'Institut national de l'assurance maladie-invalidité (INAMI), par exemple, conditionne l'accès aux soins de santé de toute la population. Choisir quels gestes médicaux et médicaments sont remboursés, et à quel taux, est une très grande responsabilité politique. Ces dernières années, face aux difficultés budgétaires et aux dépenses croissantes en matière de santé, les choix ont généralement pesé sur les patients. Réduction de la liste des médicaments remboursables, hausse du ticket modérateur... l'accès à certains soins et médicaments est devenu plus cher. Certains ont même justifié ces choix en considérant qu'il fallait « responsabiliser » les patients.

Pourtant, d'autres mesures seraient bien plus efficaces. Réduire le coût non pas du remboursement, mais bien de l'achat des médicaments, notamment. En Nouvelle-Zélande, par exemple, les médicaments sont 3 à 5 fois moins chers que chez nous, grâce au fameux modèle « kiwi ». Tout le monde y gagne : les patients et l'Etat. La recette des Néo-Zélandais ? Un nouveau médicament n'est remboursé que dans deux cas : s'il est réellement innovant ou moins cher que des produits équivalents. « En outre, la Nouvelle-Zélande a instauré un mécanisme d'appel d'offre. Quand il existe plusieurs alternatives génériques pour une même molécule, l'administration procède comme une vente aux enchères à l'envers : elle propose l'exclusivité du remboursement (pendant 3 ans) au plus offrant. En clair, le producteur qui propose le prix le plus bas bénéficiera seul du remboursement par l'Etat. Les autres

produits pourront toujours être commercialisés, mais l'absence de remboursement découragera tant les patients que les médecins prescripteurs. »<sup>2</sup>

Cette politique implique une négociation plus dure avec les firmes pharmaceutiques. En réalité, nos ministres successifs ont déjà avancé dans cette direction. « Dans la période 2005-2006, pour la première fois dans l'histoire de l'assurance maladie belge, le budget des médicaments connaît une baisse absolue de 40 millions d'euros », se réjouissait la Plateforme Action Santé-Solidarité. Sous l'influence du modèle kiwi, les firmes pharmaceutiques avaient baissé le prix de 900 médicaments. En avril 2013, la ministre de la Santé Laurette Onkelinx a à nouveau introduit une baisse du prix de 2500 médicaments. Et depuis le 1er juillet 2013, tous les hôpitaux belges peuvent faire des appels d'offre publique pour l'achat de médicaments et de matériel médical. Mais nous pourrions aller bien plus loin. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé recommande la pleine application du modèle kiwi sur le matériel médical, tant dans les soins ambulants que dans les hôpitaux, ce qui est d'ailleurs déjà le cas dans plusieurs pays européens. Appliqué aux médicaments, cela rapporterait jusqu'à 1,5 milliard d'euros, selon le PTB.<sup>3</sup>



## Chantage pharmaceutique

Evidemment, les entreprises pharmaceutiques freinent des quatre fers : « En accordant des remboursements encore plus limités pour les nouveaux médicaments, les entreprises pharmaceutiques innovantes vendront encore moins bien leurs nouveaux médicaments. A court terme, cela entraîne des réductions de coûts, d'emploi et naturellement aussi moins d'investissements dans la recherche et le développement. Le modèle kiwi peut rapporter de l'argent aux pouvoirs publics à court terme, mais il hypothèque sérieusement l'avenir du développement de nouveaux médicaments »<sup>4</sup>, menace le secteur.

L'argument d'investissement dans la recherche est réellement discutable. Aujourd'hui, les entreprises pharmaceutiques sont subventionnées de mille et une façons par l'Etat sous prétexte qu'elles effectuent des recherches vitales. La concurrence entre firmes est censée motiver les chercheurs et donner les meilleurs résultats. Dans les faits, on distribue l'argent des contribuables en toute opacité à des entreprises qui effectuent les mêmes recherches et gardent jalousement leurs avancées, pour être les premières sur le coup. En matière de santé, cette compétition n'a rien de logique. Au-delà des appels d'offre, ne pourrait-on pas imaginer investir tout cet argent dans des entreprises, privées ou publiques, qui coopèrent ? Au lieu de multiplier les investissements, nous pourrions collectiviser les recherches et les progrès, pour en faire profiter non pas les actionnaires pharmaceutiques, mais la population. Question de résistance au lobbying industriel.

<sup>2</sup> Article paru dans La Libre, 30 novembre 2004.

<sup>3</sup> Article paru sur [www.ptb.be](http://www.ptb.be), le 12 avril 2013.

<sup>4</sup> [www.pfizer.be](http://www.pfizer.be)

## L'Europe vend notre santé

**E**n matière de santé, l'Europe exerce une influence pas toujours perceptible, mais pourtant bien réelle. De manière directe, c'est la direction générale des Affaires sociales qui est compétente. En février dernier, soucieuse de donner une « impulsion sociale » à sa politique, la Commission européenne a en effet encouragé les Etats membres à mettre l'accent sur la croissance et la cohésion sociale. Présentées dans le « paquet investissements sociaux », ces recommandations concernent notamment les soins de santé. Dans l'absolu, l'idée est bonne. Malheureusement, la Commission européenne ne vise pas l'intérêt collectif de la santé publique. Selon elle, un système de santé est efficace lorsqu'il est sélectif et conditionnel : « Sélectif, parce qu'il s'agit de fournir des services en priorité à ceux qui bénéficient des plus faibles revenus », explique Jean-Benoît Maisin, permanent CNE. « Ça pourrait paraître sensé, mais en réalité cette politique conduit à des inégalités, car on se retrouve alors face à un système de santé à 2 vitesses : un pour les pauvres et un pour les riches. » Sans compter que la force d'un système solidaire tient justement au nombre de personnes qui y participent : plus nous sommes nombreux à nous répartir les risques, plus nous en tirons bénéfice. « La Commission recommande également



un système conditionnel, dans lequel la personne reçoit un service ou un avantage si elle répond à certains critères. C'est la logique de « l'Etat social actif », selon laquelle un chômeur perd ses allocations s'il ne prouve pas qu'il cherche activement un emploi, par exemple (et même s'il n'y en a plus, d'emploi). Déjà dans ce genre de domaine, ce n'est pas pertinent, mais alors en matière de santé, on se demande bien à quelles conditions une personne devra répondre pour pouvoir accéder aux soins ! », commente Jean-Benoît Maisin.

Mais de manière plus sournoise, c'est la gouvernance économique européenne qui donne réellement le ton. Contraints de diminuer leurs dépenses, les différents gouvernements nationaux n'hésitent plus à couper dans leurs budgets consacrés à la prévention et aux soins. Dans son rapport « Crise

Le 14 mars 2013, la CNE dénonce la commercialisation de la santé avec d'autres organisations européennes.

Linda Léonard

### Une signature pour la dignité

En déposant une initiative citoyenne européenne (ICE), les citoyens européens peuvent inviter la Commission à proposer une loi. Le syndicat européen des retraités et personnes âgées, la FERPA, a donc décidé de lancer une ICE pour un droit à vivre et à être soigné dans la dignité. La FERPA appelle ainsi la Commission à obliger les Etats membres à assurer des soins de qualité et un accompagnement à toute personne, au sein de l'Union européenne, ayant besoin de soins de longue durée ou en situation de dépendance. L'idée est bien de construire un socle commun, car certains pays de l'Union ne prévoient tout simplement aucune prise en charge des soins de longue durée et/ou de l'accompagnement nécessaire. Pour être examinée par la Commission européenne, l'ICE doit réunir, en 12 mois, au moins 1 million de signatures parmi 7 pays. En Belgique, nous devons récolter 120.000 signatures. Nous comptons sur vous le moment venu !

### L'espérance de vie en bonne santé, révélatrice d'inégalités

Nous avons l'habitude d'entendre et de comparer les statistiques sur l'espérance de vie. Mais de plus en plus, c'est l'espérance de vie en bonne santé qui est présentée comme adéquate pour évaluer une société. L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'il reste encore à vivre à une personne ayant atteint un certain âge, si elle restait sujette aux conditions actuelles de mortalité. L'indicateur années de vie en bonne santé mesure, quant à lui, le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, une bonne santé étant l'absence de limitation d'activités ou d'incapacités. L'indicateur est calculé séparément pour les hommes et les femmes. Cette distinction est malheureusement pertinente. En Belgique, l'espérance de vie d'une femme est de 83,2 ans et celle d'un homme, 77,8 ans. L'écart entre les deux sexes est significatif. En revanche, l'espérance de vie en bonne santé d'un homme est relativement proche, 63,3 ans, alors que l'espérance de vie en bonne santé d'une femme n'est plus que de 63,5 ans (près de 20 ans de moins que l'espérance de vie) ! Ainsi, proportionnellement à son espérance de vie, un homme est bien plus longtemps en bonne santé qu'une femme. Ces statistiques confirment que la santé est déterminée par de nombreux facteurs, dont le sexe, qui implique toujours des différences socio-économiques.

Source : Eurostat, chiffres de 2011.

# La Santé se joue partout

financière, austérité et santé en Europe »<sup>5</sup>, la revue médicale britannique The Lancet confirme : la santé des européens se dégrade, en particulier dans les pays frappés de plein fouet par les politiques d'austérité. « En Grèce, la troïka a demandé à ce que les dépenses de santé ne représentent pas plus de 6% du PIB, créant ainsi un précédent dans l'UE de prise du contrôle sur le système de santé national d'un État membre. » Résultat : le sida explose, la malaria réapparaît et la dengue émerge. En Espagne, le gouvernement a adopté un plan de réduction des dépenses de santé de 7 milliards d'euros sur deux ans. Le pays a ainsi exclu les sans-papiers du système de soins, sauf pour les urgences. Et il a vendu des dizaines d'hôpitaux et de centres de santé. En Irlande, la couverture santé a été réduite pour les plus de 70 ans et même les bas revenus doivent maintenant payer un ticket modérateur.<sup>6</sup> Le Portugal, la Lettonie, l'Italie, la Slovaquie connaissent les mêmes dérives.

Face à cet abandon des autorités, le secteur marchand saute sur l'occasion. Les entreprises commerciales investissent dans les hôpitaux, les maisons de repos, les centres de soins. L'objectif n'est évidemment pas de protéger et améliorer la santé des citoyens : ces entreprises espèrent gagner de l'argent et gèrent donc leur affaire en toute rentabilité. Elles sélectionnent les patients qui ont les moyens et les soins qui permettent de faire des bénéfices. Pour lutter contre ces dangers, des organisations syndicales, des partis politiques, des associations de défense des usagers, de la santé publique et de la protection sociale, de toute l'Europe, se sont rassemblés au sein du Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale.<sup>7</sup> La CNE participe activement à cette action de lobbying.

<sup>5</sup> « Financial crisis, austerity, and health in Europe », publié le 27 mars 2013.

<sup>6</sup> [www.bastamag.net](http://www.bastamag.net)

<sup>7</sup> Plus d'info sur [www.sante-solidarite.be](http://www.sante-solidarite.be)

« Pourquoi Éric est-il à l'hôpital ? Parce qu'il a une grave infection à la jambe.

Pourquoi a-t-il cette infection ?

Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.

Mais pourquoi cela s'est-il produit ?

Parce qu'il jouait dans le parc à ferraille près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.

Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferraille ?

Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.

Mais pourquoi habite-t-il ce quartier ?

Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.

Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier ?

Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.

Mais pourquoi son père est-il sans emploi ?

Parce que son entreprise l'a licencié et qu'il n'a pas de diplôme.

Mais pourquoi... ? »

Cette petite histoire illustre à quel point la santé est influencée par de multiples facteurs, qui n'ont parfois rien de biologiques. En 1974 au Canada, un rapport jette les premières bases de ce constat, en pointant les principaux éléments qui semblent déterminer la santé : le mode de vie, l'environnement, la biologie humaine et les services de santé. Depuis, des dizaines de recherches arrivent aux mêmes conclusions et précisent ce résultat : « En particulier, il est de plus en plus manifeste que l'apport de la médecine et des soins de santé est assez limité et qu'accroître les dépenses en soins de la santé n'apportera pas une amélioration importante de la santé de la population. Par contre, il y a aussi des indications nettes et de plus en plus nombreuses que d'autres facteurs comme les conditions de vie et de travail sont des éléments déterminants de la santé de la population », peut-on lire sur le site de l'Agence de santé publique du Canada.<sup>8</sup>

Quels sont les principaux déterminants sociaux de la santé ? Les recherches pointent le niveau de revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et physique, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le développement sain durant l'enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. « Chacun de ces éléments a son importance. En même temps, ils sont tous inter-reliés. Par exemple, on peut relier un faible poids à la naissance à des problèmes non seulement durant l'enfance, mais aussi à l'âge adulte. Les recherches montrent qu'il y a un lien étroit entre le niveau de revenu de la mère et le poids du bébé à la naissance. Cela ne se vérifie pas uniquement pour les groupes les plus défavorisés au plan économique. Tout au long de l'échelle des revenus, les mères ont, en moyenne, des bébés plus lourds à la naissance que les mères de la catégorie de revenu inférieure. On peut en conclure que les problèmes ne sont pas simplement le résultat d'une mauvaise nutrition et de mesures d'hygiène déficientes liées à la pauvreté, même si les problèmes les plus graves se rencontrent surtout dans les groupes aux revenus les plus faibles. Il semble que des éléments comme les habiletés d'adaptation et le sentiment de contrôle et de maîtrise sur sa vie jouent également un rôle important. »

Protéger et améliorer la santé des personnes ne se limite donc pas au champ médical, à assurer une prévention efficace et l'accès aux soins. La santé se joue aussi (et surtout) à travers la protection de l'environnement, l'accès au logement décent, la garantie d'emploi et de bons salaires, le développement d'un réseau social, l'amélioration des conditions de travail, l'accès à l'éducation et à l'information... C'est donc toute une série d'actions, qui touchent la vie quotidienne des gens, que nos gouvernements doivent mettre en œuvre pour remplir leurs missions en matière de santé.

<sup>8</sup> [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca).