



# Pour une politique bruxelloise de santé publique intégrée

---

Fiche d'actualité 2016 - 2<sup>1</sup> ■ Septembre 2016

---

<sup>1</sup> Cette **fiche d'actualité** est destinée aux militants en formation à l'École syndicale de Bruxelles, afin de les aider à mieux comprendre certaines questions d'actualité et leurs enjeux syndicaux. L'**École syndicale de Bruxelles** est une initiative de la *Centrale culturelle bruxelloise* (asbl) avec le soutien de la FGTB de Bruxelles, du *Centre d'Éducation populaire André Genot* (CEPAG asbl) et du *Service d'Éducation permanente du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles*.

La dualisation sociale de la Ville est un phénomène préoccupant, et ce de longue date. Les constats sont connus et ressassés, de *Rapport pauvreté* en *Rapport pauvreté* :

- le chômage massif et la précarisation croissante du travail privent de nombreux Bruxellois du minimum de sécurité d'existence nécessaire pour se projeter sereinement dans l'avenir ;
- un tiers de la population bruxelloise est exposé aux risques de la pauvreté ;
- désemparés, de plus en plus de Bruxellois se retrouvent sans couverture sociale, hors des filets de la sécurité sociale<sup>2</sup>.

Les exclusions du chômage, le rejet dans la clandestinité des travailleurs sans papiers, les menaces qui pèsent sur les malades de longue durée ainsi que les économies réalisées dans le domaine des soins de santé ne font qu'aggraver cette grande insécurité sociale.

Les services de première ligne peinent à prendre en charge ces situations de désarroi, qui vont croissant. Les moyens d'action sont, à l'évidence, insuffisants, voire inadaptés, ne fût-ce qu'au regard de la croissance démographique et des mutations profondes de la Ville. Le droit le plus élémentaire à la santé n'est alors plus pleinement garanti pour un grand nombre de Bruxellois. Et cette profonde inégalité sociale compromet le développement social de la Ville.

En rebattant les cartes au sein de la sécurité sociale, la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat a pris le risque d'exposer les Bruxellois à des *reculs* sociaux, mais, elle peut (elle doit) constituer une occasion de *progrès* social.

## ■ Considérations générales

### Une approche globale et intégrée

Une politique de santé publique ne se résume pas à une bonne politique de soins et d'aide aux personnes. Dans son avis d'initiative sur la gestion intégrée des matières transférées à Bruxelles, le Conseil économique et social attirait l'attention sur le fait qu'« agir sur la qualité des soins est (...) *insuffisant* pour améliorer l'état de santé d'une population. Pour ce faire, il est nécessaire d'agir sur les autres déterminants, économiques et sociaux, parmi lesquels les plus importants sont l'emploi et le logement, matières relevant de la compétence régionale ».

C'est bien pourquoi il sera crucial de doter Bruxelles :

---

<sup>2</sup> « Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité », Ivan Dechamps (UNMS) & Eric Colle (ANMC), in « Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique » INAMI & Médecins du Monde, Kluwer, 2014.

- d'instruments de gestion permettant d'assurer, comme le réclament les interlocuteurs sociaux, une programmation budgétaire consolidée et l'instauration d'une gestion intégrée des matières transférées de la sécurité sociale (mais aussi de celles qui étaient déjà communautaires) ;
- d'une politique de santé et d'aide aux personnes digne de ce nom, intégrant les différents déterminants de la santé : qualité de l'emploi, qualité et accessibilité du logement, qualité et accessibilité des services et équipements collectifs, environnement, modes de vie,...

## La défense de notre système social

De manière générale, depuis la fin des années '70, la conception néo-libérale de l'Etat se propage avec, pour conséquence, une vision restrictive de la sécurité sociale : on prône alors, ici ou là, une diminution des prestations sociales, un « rétrécissement » des services publics, une privatisation et/ou une marchandisation de la santé.

Depuis que cette conception a conquis le pouvoir aux niveaux belge et européen, notre modèle de protection sociale fait l'objet d'attaques massives, délibérées, qui portent atteinte à son rôle protecteur. Or, la réduction du niveau de protection sociale compromet non seulement l'état de santé de la population en général mais également la solidarité interpersonnelle, qui constitue le ciment de notre société.

## Des soins de santé accessibles

La santé est largement tributaire de la position socio-économique des individus : plus on est pauvre, moins la santé est bonne. D'autre part, on constate, depuis des années, que l'accessibilité aux soins diminue. Il est donc indispensable d'augmenter (et, tout d'abord, de préserver) les dépenses publiques en matière de santé, tout en assurant parallèlement l'accès au logement, à l'enseignement, à l'emploi et à des services publics de qualité.

En réalité, il s'agit, avant tout, de se prémunir contre le développement d'une médecine à deux vitesses.

Pour ce faire, il faut garantir le financement solidaire le plus large possible des soins de santé et en contrôler l'offre.

## Une médecine de proximité

Pour éviter de voir apparaître un système de soins de santé à deux vitesses, il faut également développer une médecine de proximité, dans le souci de garantir à tous l'accès à des soins de qualité...

Le déploiement territorial de la **médecine de première ligne** et la promotion des pratiques groupées (maisons médicales, centres médicaux de quartier ...) représentent des défis urbains majeurs. A terme, cette médecine de première ligne doit constituer, pour les Bruxellois de toutes conditions, le point de départ de leur trajet de soins. Cette politique de proximité doit être complétée par une **médecine de bas seuil**, qui va à la rencontre des personnes en grand désarroi, trop souvent non couvertes par la sécurité sociale (à l'instar de l'action de *Médecins du Monde*). Enfin, il y aura lieu d'intégrer également à cette politique ambulatoire les autres secteurs spécifiques de la santé : la santé mentale, l'aide aux personnes handicapées, la prévention et le traitement des assuétudes, etc. Sans oublier le secteur de l'aide et des soins à domicile.

## Le « challenge » de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, on le sait, a fait de la sécurité sociale une affaire *également* régionale...

Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, au lendemain des élections régionales, les Régions et les Communautés ont hérité d'importantes compétences de sécurité sociale en matière de santé, d'aide aux personnes et de prestations familiales. Il s'agit, pour l'essentiel, des allocations familiales, de la politique des personnes âgées, des aides à la mobilité des personnes handicapées, du financement des prestations de soins en maisons de repos, en hôpitaux psychiatriques spécialisés, du financement des infrastructures hospitalières, de l'organisation de la santé de première ligne et des mesures de prévention.

A Bruxelles, c'est la Commission communautaire commune (Cocom) qui doit accueillir le plus gros paquet de ces mesures : la loi spéciale de financement lui attribue l'essentiel des ressources structurelles de financement. La Fédération Wallonie Bruxelles (FWB), la Commission communautaire française (Cocof) et la Communauté flamande (CFI) seront également compétentes, à Bruxelles, pour certaines prestations, assurées par les institutions mono-communautaires francophones et flamandes. Elles disposeront également de dotations fédérales, mais à titre strictement transitoire.

Pour mémoire, les entités communautaires (Cocom, Cocof, FWB et CFI) sont *déjà* compétentes pour l'intégration des personnes handicapées, l'aide aux personnes et les politiques de prévention en santé. Ces compétences, communautarisées dès 1988, ne bénéficient pas d'une gestion paritaire par les interlocuteurs sociaux. Si, dans ce cadre, la Cocom assure, depuis lors, une tutelle organique sur les 19 CPAS bruxellois, le droit à l'intégration sociale et à l'aide médicale urgente reste et restera de compétence fédérale. Rappelons que les CPAS bruxellois sont d'importants opérateurs publics en matière de soins de santé et d'aide aux personnes et qu'ils soutiennent, au quotidien, de nombreux Bruxellois sans autre ressource d'existence...

Bien coordonnées, toutes ces anciennes et nouvelles compétences en social/santé peuvent constituer de fameux leviers pour mener une politique de santé publique de qualité. Mais rien ne sera simple pour les activer correctement, particulièrement à Bruxelles !

En réalité, les Régions deviennent des acteurs de première ligne pour les assurés sociaux : en matière de *chômage*, avec le contrôle de la disponibilité ; en matière d'*allocations familiales* ; en matière de *soins de santé* et d'*aide aux personnes*, via notamment l'organisation des services de première ligne. A Bruxelles, ces compétences, sorties du champ de la gestion globale de la sécurité sociale, sont littéralement 'balkanisées', au sein des communautés et commissions communautaires. Chacun en est conscient, la réforme de l'Etat met au défi les acteurs politiques et sociaux bruxellois d'élaborer ensemble une politique de santé publique intégrée, qui promeut la médecine de proximité, endigue la marchandisation des soins et mobilise les autres déterminants de la santé...

## De multiples défis

La question qui se pose à l'échelle d'une région comme Bruxelles réside dans sa capacité de reconfigurer notre système social. Les défis à relever sont multiples :

- l'explosion démographique, dopée par l'immigration ;
- l'allongement de l'espérance de vie, qui est en soi une excellente nouvelle, mais qui exige de nouveaux dispositifs socio-sanitaires ;
- le chômage et la précarité croissante du travail, qui ont de terribles conséquences sur la santé des travailleurs (le travail est le principal déterminant de la santé) ;
- l'exclusion des systèmes de protection (ou les sanctions) à l'égard d'un nombre de plus en plus grand d'hommes et de femmes, victimes des restrictions décidées en matière de chômage, d'aide sociale ou encore de maladie-invalidité ;
- la privatisation et la marchandisation des services de santé ;
- sans oublier la très forte mobilité interrégionale (résidentielle, pendulaire et occasionnelle)<sup>3</sup>.

## Des moyens insuffisants

Pour répondre à ces multiples défis, nous savons que les moyens ne sont pas suffisants : quels que soient les auto-satisfécits du ministre bruxellois des finances, la situation régionale n'est-elle pas préoccupante quand on sait que la contribution des Bruxellois à l'Impôt des personnes physiques (IPP), qui constitue la nouvelle clé de financement des Régions par le Fédéral, est désormais passée sous les 8 % ... : 7,96% au lieu de 8,31% ?!

L'ambition d'une protection sociale universelle est donc rudement compromise. Dans une Région sous haute tension, comme Bruxelles, cette ambition pourrait donc faire place...à un système *dual*

---

<sup>3</sup> On parle de mobilité résidentielle lorsqu'une personne est amenée à déménager (parfois plusieurs fois au cours d'une vie), d'une région vers une autre ; de mobilité pendulaire, pour qualifier la situation de personnes, habitant en Flandre ou en Wallonie, qui viennent travailler à Bruxelles (ou vice-versa) ; de mobilité occasionnelle, pour qualifier la situation d'une partie importante de la patientèle bruxelloise, issue des deux autres régions.

avec, d'un côté, des régimes d'assurances privées et, de l'autre, des mesures d'aide et d'assistance sociale pour les plus démunis... Inacceptable ! : le pan bruxellois de notre modèle de protection sociale, qui reste à concevoir et à construire, doit être fondé sur les principes assurantiels de la sécurité sociale et ancré dans le champ de la concertation sociale. Les syndicats et les mutualités ont un rôle déterminant à jouer pour sauvegarder ce modèle, qui a largement fait ses preuves...

## Une politique bruxelloise de santé publique

Jusqu'à présent, les pouvoirs publics bruxellois se sont très peu investis dans la définition d'une politique de santé publique propre à Bruxelles : les grands leviers étaient du ressort fédéral et de la sécurité sociale, les Commissions communautaires et les Communautés ne se partageant que certaines compétences limitées (prévention de la santé, intégration des personnes handicapées ou encore aide aux personnes).

Mais, avec la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, on assiste à un véritable « basculement » : ni les pouvoirs politiques ni les interlocuteurs sociaux ne peuvent désormais faire l'impasse sur la définition d'une **politique de santé publique volontariste**, nouveau pilier du futur *Plan régional de développement durable*.

## De formidables leviers

De son côté, **l'aide aux familles**, aux familles monoparentales en particulier, constitue, au travers des allocations familiales, un formidable levier de solidarité et de sécurité sociale. Ce pilier financier doit en quelque sorte être intégré à la politique bruxelloise *de santé publique*, en concertation étroite avec les interlocuteurs sociaux. Les régimes d'allocations majorées, par le truchement de corrections sociales, devront être maintenus, voire augmentés, tant certains ménages bruxellois en ont un réel besoin.

A l'autre bout de la chaîne de la vie, la politique **des personnes âgées** constitue, de toute évidence, un deuxième pilier essentiel de solidarité, aux implications financières fortes. Il est, comme chacun sait, très fortement exposé à la marchandisation. Le secteur public y joue toutefois un rôle déterminant, avec le réseau des maisons de repos des CPAS, réseau qu'il y a lieu de consolider au niveau *régional* (à l'instar de ce que la Région a pu faire en faveur des hôpitaux publics, dans le cadre du réseau *Iris*). En parallèle, dans notre contexte urbain, il est indispensable de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées comme alternative à l'hébergement en maison de repos (par ailleurs coûteux tant pour les familles que pour les pouvoirs publics), via un développement des services d'aide et de soins à domicile. Nous saluons d'ailleurs la volonté du gouvernement bruxellois de renforcer ces services.

A noter encore : afin d'éviter un nombre important d'incapacités de travail, qui vont croissant, les mesures de prévention et de promotion de la santé devront porter une attention particulière aux différentes formes de **mal-être professionnel**, hélas en forte augmentation, tout comme la précarité du travail : stress, burnout, troubles musculo-squelettiques, etc.

## Propositions...

1. **L'ancrage fonctionnel** des nouvelles matières régionales de santé et d'aide aux personnes **dans la Sécurité sociale**, dont elles sont pour la plupart issues, constitue certainement la question la plus sensible : non seulement l'exercice de ces nouvelles compétences reste étroitement lié aux autres prestations de sécurité sociale, demeurées du ressort fédéral (remboursement des soins de santé, ...) mais la solidarité interpersonnelle doit encore en rester le principe régisseur, dans une perspective assurantielle. Chaque Bruxellois, quelle que soit sa condition économique et sociale, doit se voir garantir un droit égal et équitable aux prestations. Vu l'étroitesse des dotations budgétaires du Fédéral, les pouvoirs publics régionaux pourraient être tentés, dans un but 'louable', de réserver le bénéfice des prestations individuelles aux plus démunis. Fausse « bonne idée » ! Danger ! En glissant, de la sorte, d'un régime assurantiel vers un régime d'assistance, on romprait la solidarité interpersonnelle entre Bruxellois et on inciterait les plus aisés d'entre eux à recourir davantage encore aux systèmes d'assurance privés. L'engagement politique de maintenir les matières transférées dans le champ de la gestion paritaire (via Iriscare<sup>4</sup>) constitue une garantie essentielle, tant en termes de lien fonctionnel avec la sécurité sociale qu'en termes de préservation du principe régisseur assurantiel, qui (a) fait ses preuves depuis plus de 50 ans au sein de l'INAMI. Le défi, notamment budgétaire, sera de garantir, sur cette base, l'universalité du droit à la santé et aux prestations sociales, pour tous les Bruxellois, qu'ils disposent ou non de revenus corrects, qu'ils soient ou non couverts par la sécurité sociale...
2. L'accueil des nouvelles compétences héritées de la Sécurité sociale doit s'envisager dans la perspective d'une **gestion globale et intégrée**, eu égard à l'éparpillement des compétences transférées de la sécurité sociale entre 5 entités fédérées<sup>5</sup>. Plaide également en ce sens le fait que l'accès à des soins de qualité ne constitue pas l'unique facteur de la santé publique : le logement, l'habitat, l'emploi comme l'environnement, toutes matières *régionales*, sont tout aussi déterminants ! Pratiquement, comme le préconisent les interlocuteurs sociaux bruxellois, il s'agira de négocier, entre pouvoirs publics et interlocuteurs sociaux, au sein du Comité bruxellois de concertation économique et sociale (CBCES)<sup>6</sup>, « des accords relatifs à la programmation, sur le territoire régional, des matières transférées et à leur consolidation budgétaire [...] Un tel modèle permet une programmation intégrée des moyens, identifiant les besoins et planifiant leur satisfaction. La mutualisation des moyens financiers régionaux et communautaires assure la coïncidence des moyens et des besoins et prévient la dérive éventuelle de certains budgets. Ce mécanisme autorise à mener une politique de santé bruxelloise raisonnée (...). Pour

<sup>4</sup> Le futur organisme d'intérêt public bicommunautaire bruxellois en charge de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales.

<sup>5</sup> RBC, Cocom, Cocof, FWB et CFI (voir supra).

<sup>6</sup> Organe de concertation tripartite, réunissant les représentants du gouvernement régional, des organisations représentatives des employeurs et des organisations représentatives des travailleurs (ARBC 16 janvier 1997).

*dépenser plus efficacement les moyens en termes de soins de santé, il est capital de disposer, à Bruxelles, d'une coordination entre les compétences régionales et communautaires* »<sup>7</sup>. Relevons, à titre illustratif de cette approche intégrée, l'importante réforme de la politique des « groupes-cibles » héritée, dans la même foulée, de la sécurité sociale, concertée au sein du CBCES entre gouvernement et interlocuteurs sociaux. Cette réforme devrait ouvrir le bénéfice d'emplois subventionnés (Activa, Sine, PTP et Contrat d'insertion) aux personnes exclues du chômage et du revenu d'intégration sociale, leur offrant, de la sorte, une possibilité réelle de réinsertion sociale.

3. La politique de santé publique bruxelloise doit pouvoir **s'ancrer dans les réalités de la Région**, politiques, sociales, sanitaires, culturelles. Il importe donc que les acteurs bruxellois, forts de leur expérience et connaissance du territoire, participent à la conception, la négociation et la gestion de cette politique : il s'agit dès lors d'assurer « *un ancrage bruxellois des organisations représentées au sein des organes de gestion* »<sup>8</sup> créés dans le cadre d'Iriscare.
4. Eu égard à la forte mobilité interrégionale et à la superposition de plusieurs politiques communautaires à Bruxelles, il est néanmoins impératif d'établir des « **traits d'union** » avec **la Wallonie et avec la Flandre** (notamment par le truchement d'accords de coopération et de la Conférence interministérielle santé publique), dans un souci d'harmonisation des droits individuels et de 'libre-circulation' des bénéficiaires, des prestataires et des travailleurs. C'est en ce sens que les Organismes assureurs ont vocation à être associées à la définition d'une politique de santé bruxelloise intégrée et à la gestion des organismes publics régionaux de santé et d'aide aux personnes.
5. Dans une perspective assurantielle, le Collège réuni a le projet d'instaurer, sur le territoire régional, une **assurance autonomie**, au départ de l'APA fédérale (Aide aux personnes âgées). Il s'agirait, par ce biais, de mettre à contribution *tous* les Bruxellois pour venir en aide à tous ceux et toutes celles d'entre eux, d'entre elles, de tous âges, qui ont perdu une partie de leur autonomie d'existence et pourraient, ainsi aidés, continuer à vivre chez eux. Ce projet soulève deux questions : comment instaurer une cotisation équitable, proportionnelle aux revenus de chacun, sans être en mesure de la prélever directement sur le salaire<sup>9</sup> et, surtout, comment éviter que le bénéfice de cette nouvelle assurance ne devienne le privilège de celles et ceux qui disposent d'un logement approprié et d'un encadrement familial, nécessaires au maintien à domicile ? D'autre part, on constate à Bruxelles plus que dans les autres Régions, et cela pour diverses raisons, que des personnes peu dépendantes séjournent en maison de repos. Il faudra, on le voit, être attentif à ce que pareil dispositif soit *également* mobilisable pour une prise en charge ambulatoire ou éventuellement institutionnelle des personnes en grande précarité. Nous

<sup>7</sup> « Propositions en vue d'une gestion intégrée des matières transférées à Bruxelles dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat et en vue d'une gestion paritaire des OIP », avis d'initiative, CESRBC, 21 novembre 2013.

<sup>8</sup> « Avant-projet d'ordonnance portant organisation et fonctionnement de l'Office bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes », avis, CESRBC, 17 septembre 2015.

<sup>9</sup> Le prélèvement de cotisations sociales reste, fort heureusement, du ressort exclusif du Fédéral.

demandons que les interlocuteurs sociaux et les mutualités soient associés à la définition de l'assurance autonomie et de ses contours.

6. **L'abaissement du Seuil d'accès** à la santé et aux prestations sociales exige un redéploiement de la 1<sup>ère</sup> ligne, permettant une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en grande précarité et leur réaffiliation à la sécurité sociale. Les mutualités et les CPAS ont un rôle déterminant à jouer, aux côtés des intervenants médico-sociaux, ainsi que les caisses d'allocations familiales, avec lesquelles les familles auront désormais à traiter directement. Leur participation à la gestion d'Iriscare devrait permettre de mieux articuler leurs rôles et complémentarités. Dans cette perspective, il y a lieu de clarifier le rôle spécifique des CPAS, qui jouent un rôle très important dans la politique de santé publique, que ce soit comme 'dernier filet' de l'aide sociale, comme prescripteur de l'aide médicale urgente, comme acteur de prévention ou encore comme pouvoir organisateur d'institutions d'hébergement et de soins (maisons de repos, centres hospitaliers, etc.).

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune s'est attelé à l'élaboration d'un plan d'action social-santé. Il est impératif que cette ambition trouve le chemin de la concertation *avec les interlocuteurs sociaux et les mutualités*, qui auront un rôle déterminant à jouer au travers d'Iriscare...