

Bruxelles

Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° 68 octobre - novembre - décembre 2012 - ISSN 1371 - 2519

LA ROUE

Un village dans la ville

Dossier

La santé n'est pas à vendre

Campagne

Lutte contre les discriminations
à l'encontre des séropositifs

Anniversaire

Dix ans de bien-être dans les Marolles

BELGIQUE-BELGIË
P.P. - P.B.
BRUXELLES X - BRUSSEL X
BC 1785
BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

sommaire

En direct de...

La Roue, un village dans la ville 2

Dossier

La santé n'est pas à vendre 8

Campagne

Lutte contre les discriminations à l'encontre des séropositifs 13

Anniversaire

Dix ans de bien-être dans les Marolles 14

Echo du CLPS

Nous avons pris le risque d'être sur le fil 16

Débats

18

La Roue

La Roue est à l'origine une cité-jardin bruxelloise. Aujourd'hui, c'est un quartier, un village dans la ville, un melting pot à l'image de Bruxelles.

Les premières briques

La construction de la cité-jardin La Roue à Anderlecht commence en 1907 à l'initiative du Foyer anderlechtois. Très vite, la première guerre mondiale interrompt les travaux, ceux-ci ne reprendront qu'en 1921. A l'origine, la cité-jardin est conçue pour reloger les populations déplacées du centre-ville entre autre des Marolles. Au début du XX^{ème} siècle, Bruxelles connaît un important problème de logement. Les ouvriers vivent bien souvent dans des taudis insalubres, des ruelles surpeuplées sans accès à l'eau courante ni au réseau d'égouttage. Cette situation crée non seulement de fortes tensions sociales mais aussi de sérieux problèmes d'hygiène publique. Le centre de Bruxelles connaît aussi une longue période de grands travaux tels que le voûtement de la Senne de 1866 à 1871, la construction du Palais de Justice entre 1866 et 1883 ou la jonction Nord-Midi débutée en 1911 et achevée en 1952. Si ces chantiers assainissent le centre-ville, ils nécessitent le relogement des populations expropriées et la création de logements pouvant accueillir les populations ouvrières croissantes dont les quartiers d'habitation traditionnels avaient disparu.

Ces nouveaux logements sont construits à la périphérie du centre urbain, dans des « zones vertes » perçues comme offrant un milieu de vie plus sain. La construction des cités-jardins bruxelloises est aussi liée aux luttes ouvrières et au mouvement socialiste qui milite pour l'amélioration des conditions de vie des ouvriers et leur droit à un logement décent. Cet engagement social est encore bien présent à La Roue à travers les noms des rues qui rappellent les luttes en faveur de l'émancipation des classes populaires : rues du Savoir, de la Volonté, de l'Energie, des Citoyens, des Huit Heures, des Droits de l'Homme, de la Solidarité ou de l'Émancipation. La cité de La Roue comprend à sa

création 688 maisons unifamiliales caractérisées par une grande diversité architecturale (près de 60 modèles de maisons différentes) et des immeubles sociaux à appartements. Sa conception est confiée à l'architecte Jean-Jules Eggericx et à l'urbaniste Louis Van der Swaelmen qui réalisent également les cités le Logis et Floréal à Watermael-Boistfort. Les habitations sont bâties autour d'un parc central, la Plaine des Loisirs, conçu comme un espace vert commun, un lieu de rencontre pour les habitants et un terrain de jeux pour leurs enfants. Les maisons comprennent une pièce commune, une laverie, trois chambres, un grenier et un jardin.

Les ravages du temps

Si ces habitations représentaient un progrès important pour les populations ouvrières du début du XX^{ème} siècle, elles ne répondent clairement plus aux normes actuelles en matière de logement. Au fil des décennies, Le Foyer anderlechtois n'a pas pu entretenir ces habitations ni les rénover et les locataires ont rarement eu les moyens d'effectuer les travaux nécessaires; elles se sont peu à peu dégradées. Dans les années 80, le Foyer anderlechtois connaît des difficultés financières et revend environ 60% du parc locatif de la cité aux locataires à des prix modiques moyennant une occupation de 20 années. Depuis, certaines maisons ont déjà été revendues. Progressivement, de nouveaux habitants issus des classes moyennes s'installent dans le quartier.

Aujourd'hui, les maisons des plus anciens locataires ne disposent pas de salle de bain, dépendent encore de vieux convecteurs au gaz ou au charbon, ont un système d'électricité fonctionnant à très bas ampères, rencontrent de gros problèmes d'humidité et de moisissures... De nombreuses maisons vides, condamnées et murées, attendent d'être rénovées et les rénovations



La Plaine des Loisirs

privées n'ont pas toujours respecté l'unité architecturale de la cité-jardin.

Le visage du quartier de La Roue est donc assez contrasté, mêlant coquettes bâtisses entretenues au goût des propriétaires privés, maisons sociales rénovées uniformément sur le modèle de la cité-jardin, anciennes habitations vétustes et logements inoccupés insalubres. Des projets de rénovation du quartier et des maisons du Foyer anderlechtois devraient être lancés dans les années à venir sur base d'un diagnostic participatif impliquant les habitants.

A l'origine du diagnostic participatif : le Bus Info-Santé

En 2004, nous avons déjà parlé, dans Bruxelles Santé n°36, du Bus Info-Santé d'Anderlecht. Nous sommes donc retournés voir ce qu'il était advenu huit ans plus tard. Commençons par un petit rappel du projet.

A son arrivée en 2001, Danielle Depré, échevine de la Santé sous la législature précédente, décide de mettre en place un dispositif qui irait à la rencontre des Anderlechtois des quartiers les plus démunis en termes de structures de soins de santé. Carine Staelens, infirmière en santé communautaire, est engagée pour coordonner le projet. Trois quartiers de la commune sont choisis : La Roue, Cureghem et le Peterbos. Des rencontres

avec le CLPS de Bruxelles sont organisées afin de définir une méthodologie de travail et d'évaluation.

Après avoir déterminé les besoins et les ressources des quartiers, des groupes de travail sont créés avec les intervenants locaux (les éducateurs de rue, les directeurs d'école, les infirmières scolaires, les associations de quartier...). Dans un premier temps, un plan d'action est défini avec les professionnels du secteur à travers des réunions de concertation. L'objectif est d'initier une dynamique locale en faisant participer tous les acteurs à l'élaboration d'un outil d'information sur la santé au sens large, accessible dans les quartiers isolés, en adéquation avec les besoins des habitants, et d'offrir une meilleure

visibilité au nouvel échevinat de la Santé : ce sera le Bus Info-Santé lancé en septembre 2003.

Les missions du bus sont multiples : améliorer l'accès à l'information en ce qui concerne la santé, offrir un service de proximité en matière de prévention accessible à une population fragilisée, recréer du lien social et établir un diagnostic communautaire en favorisant la participation des habitants dans le but d'améliorer la qualité de vie au sein des quartiers. Concrètement, le bus va assurer sa mission de permanence pendant plusieurs années et permettre aux habitants de venir poser leurs questions en toute discrétion. Le Bus Info-Santé va engendrer une nouvelle dynamique dans le quartier de La Roue et aboutir à la création de la Commission Bien-être, composée de divers intervenants sociaux issus de secteurs très diversifiés (santé, logement...) et dont le fil conducteur est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des habitants du quartier. Pour comprendre les préoccupations des habitants, leurs besoins en termes d'infrastructures de santé et développer des projets qui y répondent, un questionnaire a été élaboré avec les différents intervenants.

« En 2005, nous explique Carine Staelens, après le dépouillement des réponses, un premier diagnostic concernant la santé physique, mentale et sociale a été posé avec la participation des professionnels et des habitants. Il a permis de développer, en partenariat avec les professionnels locaux, des actions ciblées sur les problèmes de santé les plus évoqués, souvent liés à la précarité économique et aux difficultés familiales :



Le bus Info-Santé



*Le bus Info-Santé,
à l'origine du diagnostic
participatif*



le coût des soins de santé, les conflits familiaux et conjugaux, la relation parent/enfant et la question des limites et de l'autorité, l'alimentation déséquilibrée et ses conséquences comme l'obésité, le cholestérol, le diabète, la santé affective et sexuelle, le sida, les allergies, la toxicomanie, le handicap, les vaccins... »

Différentes synergies ont, depuis, vu le jour avec l'Antenne de prévention l'Uzine, relais auprès des jeunes pour la distribution de préservatifs et de brochures concernant la vie sexuelle et affective, avec la Maison médicale sur l'alimentation, l'alcool et l'hygiène dentaire ou la Maison de la Santé et de la Parentalité en collaboration avec l'ONE qui assure le suivi des nourrissons, des consultations de logopédie, de psychomotricité et de parentalité. Grâce au diagnostic certains projets ont aussi été relancés, par exemple l'épicerie sociale Le Filet qui assure la distribution de colis alimentaires sur rendez-vous (une discrétion respectant la dignité des personnes dans le besoin) et le restaurant social Les Colombophiles qui organise des actions pour les seniors. Au fil du temps, le Bus Info-Santé s'est fondu dans le paysage de la commune. La diminution de la fréquentation et les conclusions du diagnostic ont décidé Danielle Depré à privilégier les actions ciblées plutôt que les permanences :

sensibilisation à l'alimentation saine et distribution de pommes, test de glycémie pour le dépistage du diabète, sensibilisation aux drogues dures et à l'alcool...

La santé pour tous : la Maison Médicale Perspective

La Commission Bien-Être a été à l'origine d'autres initiatives. En novembre 2009, trois médecins généralistes ayant un peu plus de dix ans d'expérience à la Maison Médicale de Forest près de la place Saint-Denis, ont créé la Maison Médicale Perspective.

Grégory Grinberg, médecin à la Maison Médicale Perspective nous en décrit la genèse : « Tous les trois, nous avions envie de créer notre propre maison médicale. Un de nos médecins a eu l'occasion de participer à la Commission Bien-Être dans le quartier de La Roue lancée à l'initiative du Bus Info-Santé et de l'ONE. Les conclusions de cette commission soulignaient le besoin de médecins généralistes accessibles financièrement, géographiquement, culturellement et psychologiquement à tous les habitants de La Roue, et qui offrent des soins de première ligne. Nous avons donc décidé de créer

notre propre structure dans ce quartier. Bien que plusieurs maisons médicales existent sur Anderlecht, aucune ne couvrirait vraiment le quartier de La Roue. Lorsque nous avons choisi d'ouvrir notre maison médicale à La Roue, on nous a mis en garde sur les dangers du quartier, l'insécurité, le racisme, etc. Pourtant, depuis notre ouverture, nous n'avons rencontré aucun problème de sécurité ! Nous avons mis un an et demi à construire ce projet depuis le mois de mai 2008. Nous avons été largement soutenus par la Fédération des Maisons Médicales, le Fonds Maribel et la banque Triodos qui nous a permis de couvrir nos frais avant l'ouverture de la maison médicale. Aujourd'hui, 90% des revenus de la maison médicale proviennent des forfaits. Et nous venons de recevoir l'agrément provisoire de la COCOF. »

L'équipe se compose de trois médecins, deux kinésithérapeutes, une infirmière et deux accueillantes. L'approche pluridisciplinaire permet une meilleure prise en charge de la santé des patients dans leur globalité y compris le contexte environnemental, social, familial... Cette démarche globale est particulièrement importante dans un quartier à forte population précarisée.

« Notre objectif était d'atteindre 1600 patients, nous explique Grégory Grinberg. Aujourd'hui, ce but est atteint ! La Roue est un des quartiers les plus pauvres de Bruxelles, de nombreux habitants ne parviennent pas à faire face aux coûts des soins de santé. Parmi ces patients, nous comptons d'ailleurs quelques personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente. Depuis notre ouverture, nous avons aussi eu de nombreux transferts de dossiers. Quelques-uns de nos patients de Forest ont préféré nous suivre, d'autres patients étaient déjà inscrits dans une maison médicale plus éloignée de la commune et ont préféré se rapprocher de leur domicile. Nous visons à couvrir le quartier de La Roue mais aussi à toucher un public plus large afin d'assurer plus de mixité dans notre patientèle. Beaucoup des problèmes de santé de nos patients sont liés à la précarité, au chômage et aux logements malsains ou insalubres. Les difficultés économiques limitent l'accès aux soins mais entraînent aussi une alimentation déséquilibrée et un déficit d'activités physiques. Parmi les

problèmes de santé chroniques qui reviennent le plus fréquemment, on trouve d'ailleurs l'obésité et le diabète. Les problèmes respiratoires et les allergies sont aussi fréquents et souvent liés à l'état d'habitations mal isolées, humides et envahies de moisissures et de champignons. »

Comme dans toute maison médicale, des soins de santé primaires mais aussi préventifs sont proposés à travers la vaccination, les campagnes de dépistage, des sensibilisations à l'alimentation équilibrée, particulièrement à destination des mères et des bébés car La Roue est un quartier peuplé de nombreuses jeunes familles, comme le précise Nadia Ifkirin, accueillante : « La population est très jeune, nous n'accueillons pas plus de 10% de patients de plus de 50 ans ! Nous avons des contacts avec les autres associations travaillant avec les jeunes sur le quartier comme l'AMO Sésame. Nous participons à d'autres activités destinées à améliorer la santé, au sens large, des habitants et particulièrement celle des mères et des enfants à travers les consultations ONE, les cours de gymnastique douce pour femmes donnés par notre kinésithérapeute, ou les ateliers culinaires animés par notre infirmière. Pour l'instant, les participants sont surtout des patients de la maison médicale mais nous espérons bien toucher un public plus large à l'avenir. Nous avons aussi le projet de créer une école du dos. Pour l'instant nous manquons de subsides pour louer un espace qui nous permettrait de développer d'autres activités car il y a peu d'infrastructures publiques financièrement abordables. »

« Avec votre sourire, ça va déjà mieux »

La population de La Roue est très multiculturelle et cela peut représenter parfois un défi pour Grégory Grinberg : « Nous avons des patients d'Europe centrale, d'Afrique, du Maghreb, d'Asie... La façon de concevoir la maladie, de présenter les symptômes et les attentes envers le médecin diffèrent d'une culture à l'autre. Il faut apprendre à décoder le sens de ce qu'exprime le patient par rapport à son état et à sa pathologie. C'est très enrichissant mais parfois difficile à appréhender car cet

aspect n'est pas du tout abordé dans la formation médicale. Pour favoriser l'accès aux soins, il est aussi important que d'autres langues soient parlées par le personnel. »

« En effet, poursuit Nadia Ifkirin. La prise en charge commence dès le premier contact à l'accueil. Mon expérience d'éducatrice dans les Marolles et la formation d'accueillante donnée par la Fédération des Maisons Médicales m'ont aidée à gérer cet aspect de l'accès aux soins. Je parle arabe et c'est un atout dans ma fonction d'accueillante. Avec ma collègue, nous sommes en première ligne au moment de l'inscription et de la prise de rendez-vous. Ce moment d'écoute est très important pour les usagers qui ont parfois plus de problèmes personnels que médicaux. C'est aussi gratifiant quand un patient vous dit « Avec votre sourire, ça va déjà mieux ». Se savoir écouté et compris, rompre l'isolement participe à l'amélioration du bien-être et donc de la santé. Il est important de recréer du lien social à travers la maison médicale mais aussi par le biais des autres activités et associations du quartier. Nous travaillons à ce que les patients soient acteurs (et pas seulement spectateurs) des projets réalisés à la maison médicale, mais aussi acteurs de leur santé. Pour cela, établir une relation de confiance est fondamental. Au début, certains patients étaient méfiants car le système de forfait était peu connu et le Dossier Médical Global suscitait beaucoup de questions et de soupçons. En effet, il nécessite de fournir de nombreuses informations personnelles et certaines personnes étaient rebutées par les côtés très "administratifs et officiels" du système. Petit à petit, cette méfiance se dissipe. »

La place des enfants

Le quartier de La Roue est donc caractérisé par le jeune âge de ses habitants; pourtant, peu d'infrastructures d'accueil pour les enfants existent. L'une d'elles est la Maison des Enfants. A l'origine, la Maison des Enfants était une maison de quartier ouverte en 2001. En 2004, le projet est redéfini pour s'adresser aux enfants en âge de fréquenter l'enseignement primaire. Si les enfants sont au centre du projet, une attention particulière est réservée à leur parents et, plus largement, aux habitants

du quartier. Des actions ponctuelles destinées à tous, sans distinction d'âge, sont organisées dans une approche résolument intergénérationnelle. Car accueillir et soutenir des enfants, c'est aussi connaître leur contexte de vie et en tenir compte.

Valentin Dellieu, coordinateur, nous parle de cette maison particulière : « La Maison des Enfants est financée par la commune, la COCOF, le FIPI (le Fonds d'impulsion à la politique des immigrés) et le FESC (le Fonds des équipements et des services collectifs). Notre équipe se compose d'un coordinateur et de cinq animateurs. Nous organisons diverses activités pour les enfants dont une école des devoirs. On accueille 24 enfants tous les jours. Sur une année complète, environ 40 enfants différents participent à nos activités. Nous proposons une heure de devoirs et une heure d'atelier (bricolage, projet rap, spectacle, marionnettes, art plastique, sport...) coupée par une collation saine. Le mercredi, nous prévoyons une sortie (piscine, musée, théâtre, balade...) et, le vendredi, l'heure consacrée aux devoirs est remplacée par une activité collective, car les enfants sont souvent fatigués



en fin de semaine et leur concentration est moins bonne. La collation est un moment important. Beaucoup d'enfants viennent de familles en difficulté et leur alimentation est peu équilibrée. Le moment du goûter est l'occasion de leur apporter des aliments plus sains comme des fruits. Pendant les vacances, nous organisons d'autres activités comme des stages sportifs, des ateliers en collaboration avec des musées, un tournoi de foot, des rencontres bébé avec la Ligue des Familles... Nous essayons de permettre aux enfants que nous n'avons pu accueillir pendant l'année, faute de places, de participer en priorité aux activités des vacances. Nous avons 50 enfants sur notre liste d'attente ! Nous accueillons beaucoup d'enfants qui vivent des situations de précarité, nous essayons de canaliser ces enfants en difficulté. C'est parfois difficile, par exemple beaucoup de mères ne parlent pas ou mal le français et certains parents refusent que leur enfant dorme hors de la maison, ce qui peut compliquer l'organisation des activités. Bien que la population du quartier soit très jeune, il y a un manque criant de structures d'accueil pour les enfants. La Maison des Enfants est la seule structure du quartier de La Roue qui s'adresse aux enfants de l'école primaire. Nous n'accueillons même pas 10% des enfants du quartier, ce qui signifie que 90% d'entre eux n'ont pas accès à une activité parascolaire proche de chez eux après l'école. Il y a d'ailleurs peu d'infrastructures et d'activités pour les jeunes. »

La Roue abrite deux écoles, l'une communale et l'autre libre, quelques jeux pour les petits à la Plaine des Loisirs, quelques petites unités scouts... La maison de quartier destinée aux adolescents est pour l'instant fermée. Cette situation laisse beaucoup de jeunes livrés à eux-mêmes. D'autres associations travaillent aussi avec les jeunes, comme l'AMO Sésame, qui organise des cours d'alphabétisation particulièrement à destination des mères, et du soutien scolaire pour les adolescents ou l'antenne de prévention l'Uzine.

Un quartier ouvert à la diversité culturelle

« A la fin des années 80 et au début des années 90, le quartier s'est ouvert à



Réalisation des enfants de la Maison des Enfants

l'immigration, nous explique Valentin Dellieu. À Anderlecht, les premières populations issues de l'immigration vivaient plutôt dans les barres et elles se sont installées à La Roue. La cohabitation avec les premiers habitants provenant du centre de Bruxelles et appartenant pour beaucoup au troisième âge n'a pas été facile. Des tensions racistes sont apparues et

quelques bandes de skinheads ont sévi dans le quartier. Puis, petit à petit, les problèmes se sont tassés. Le quartier s'est peu à peu ouvert à la diversité culturelle de Bruxelles. Cette arrivée de nouveaux habitants a beaucoup rajeuni le quartier.» Aujourd'hui, la cité-jardin de La Roue connaît de nombreux problèmes d'urbanisme et de délabrement du bâti qui ont un impact sur les habitants, leur accès aux infrastructures urbaines et



La Petite Roue Ecole fondamentale maternelle

leur place dans la ville : « Malgré son accessibilité géographique, constate Valentin Dellieu, il existe une coupure symbolique entre le quartier et le reste de la ville. Cette image mentale du quartier enclavée entre le canal, le ring et les grands boulevards limite le déplacement des habitants vers le centre-ville mais aussi la mobilité intra-quartier. En effet, les habitants de La Roue déménagent peu même au sein de la commune. Cette coupure crée une identité de quartier très forte basée sur des repères territoriaux. La question de l'identité liée à l'appartenance géographique et/ou culturelle est sensible même chez les enfants. C'est un sujet que nous travaillons avec eux. Nous essayons aussi de développer des projets positifs pour le quartier, par exemple, " La Roue. A Fleur de roue " a été sélectionné parmi les Quartiers durables 2012-2014. »

Melting pot

Village dans la ville, « melting pot » de populations, photographie des inégalités sociales bruxelloises, exemple caractéristique du mauvais état de nombreux logements sociaux dans la capitale, La Roue est presque un cas d'école des défis sociaux-économiques, démographiques, urbanistiques et sanitaires à relever en Région bruxelloise. Quartier en métamorphose, ce petit coin d' « âme bruxelloise » n'est pourtant pas à l'abri de la spéculation et donc de la dissolution de ses particularités dans une Région-ville qui tend à s'uniformiser et à repousser « ailleurs », « en-dehors », les habitants qui ne savent pas soutenir l'augmentation du coût de la vie en générale et des loyers en particuliers.

« Nous craignons une gentrification du quartier, augure Vincent Dellieu. Actuellement, La Roue reste un quartier populaire mais c'est aussi un quartier bien situé, vert, largement desservi par les transports en commun. Les prix des biens immobiliers ont déjà été multipliés par huit le long du canal au nord... ». ■

Marie-Hélène Salah



La commune d'Anderlecht comptait, en 2008, 99.085 habitants et croît de 1.484 habitants par an. C'est une commune "jeune" : en 2004, 23,7 % de la population avaient moins de 20 ans. Les familles monoparentales représentent un tiers des ménages et connaissent généralement des situations socio-économiques précaires. En 2008, 26,4% de la population de la commune était de nationalité non belge. La majorité de la population non belge provient des 15 pays de l'Union Européenne (51%), puis du Maroc (25%), d'Afrique (9%), de la Turquie ou de pays hors UE (9%), d'Asie (3%) et des Amériques (1%). Les revenus moyens et médians des habitants sont inférieurs à ceux du reste du pays. Ils ne dépassent pas 16.500 euros par an dans les quartiers de La Roue, de Cureghem, du Peterbos et de Bon Air. Il y a davantage de personnes vivant avec un revenu minimum ou de remplacement et de personnes bénéficiaires des catégories VIPO et Handicapé que dans le reste de la Région bruxelloise. Le niveau d'instruction est plus bas dans le quartier de La Roue, plus de 25% de la population ne possèdent que le diplôme primaire, et les filières de l'enseignement professionnel, technique et artistique sont surreprésentées. Seulement 16 à 23% des jeunes de 18 à 24 ans ont accès à l'enseignement supérieur. Du point de vue de la santé, Anderlecht a les taux de mortalité infantile et de petit poids de naissance les plus élevés de la Région. Le taux de mortalité prématuré des hommes et des femmes est également plus élevé que celui du reste de Bruxelles. Un tiers des habitants (32,8%) perçoit son état de santé comme insatisfaisant contre 26,1% pour l'ensemble de la Région.

La Santé n'est pas à vendre !

Depuis quatre ans, le mot crise tourne en boucle dans tous les médias et s'impose dans toutes nos discussions : crise bancaire, crise financière, crise économique, crise de l'emploi, crise de la compétitivité, crise de la dette... S'il y a bien un secteur dont on parle peu et qui pourtant fait les frais de cette/ces crise(s), c'est bien celui de la santé.

A la faveur de cette crise multiple, les privatisations et la commercialisation de la santé se sont accélérées à travers toute l'Europe, privant une grande partie de la population de l'accès aux soins. Les fermetures d'hôpitaux, de maternités ou d'établissements médico-sociaux, les pénuries de médicaments et de matériel médical se multiplient particulièrement en Grèce, en Espagne, en Pologne ou au Portugal. L'accès aux soins devient de plus en plus difficile à une population européenne de plus en plus largement précarisée. La dégradation brutale des politiques de santé en Europe remet en cause la conception même d'une santé et d'une protection sociale solidaire. Elle nous rappelle qu'aucun pays d'Europe, qu'aucune population n'est à l'abri des politiques d'austérité et que, même en ce qui concerne l'un des aspects les plus importants de nos vies, rien n'est jamais définitivement acquis.

Les 12 et 13 mai 2012, réunis autour d'une déclaration à Nanterre, des organisations syndicales, des partis politiques, des associations de défense des usagers, de la santé publique et de la protection sociale de différents pays d'Europe, avaient appelé à se rassembler et se mobiliser pour rejeter la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale.

La semaine du 1er au 6 octobre, le réseau européen contre la marchandisation de la santé a organisé des manifestations unitaires (syndicats, associations, partis) à travers tout le continent. En Espagne, en Grèce, au Portugal, en Pologne, en Grande-Bretagne, en France et en Belgique, les actions se sont multipliées. Des manifestations, des assemblées informatives, des occupations de bureaux ont réuni militants, acteurs associatifs, usagers, syndicats et représentants des

associations professionnelles du secteur de la santé.

En Belgique

A Bruxelles, plusieurs actions ont eu lieu à l'appel de la Plateforme Santé-Solidarité et du syndicat CNE-CSC. Ces actions visaient à dénoncer la privatisation en marche dans certains services publics de santé. L'accent était mis sur l'accueil de la petite enfance, les pratiques commerciales de certains hôpitaux et la marchandisation des Maisons de Repos et Maisons de Repos et Soins. Les informations qu'ils ont diffusées à cette occasion soulignent la rapide progression de la marchandisation de la santé dans notre pays.

L'accueil de la petite enfance aujourd'hui

On connaît le problème du manque de place d'accueil des jeunes enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles et ses conséquences en terme d'accès à l'emploi particulièrement pour les femmes, de liberté de choix du milieu d'accueil pour les parents, de

développement, d'épanouissement et de réussite scolaire pour les enfants. Mais on connaît généralement moins l'impact de cette pénurie sur la libéralisation du secteur. Malgré les efforts importants des Plans Cigogne qui ont permis une augmentation d'accueil de 10.000 places en 10 ans, l'offre d'accueil de la petite enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles est perçue comme insuffisante. Ainsi à la mi-2010, pour tous milieux d'accueil confondus d'enfants 0-3 ans, il y avait 37.692 places en Fédération Wallonie-Bruxelles, dont 72,5 % subventionnées. 64,5 % de ces places d'accueil étaient en milieu collectif et 35,5 % chez des accueillantes.

La proportion entre milieux collectifs et milieux de type familial varie fortement entre les régions. A Bruxelles, les accueillantes sont très peu nombreuses (4,4 %) alors qu'en Wallonie, la moyenne de l'accueil familial est de 45%. Le taux de couverture, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'enfants et le nombre de places d'accueil, est aussi très inégalement réparti, par exemple 44 % au Brabant wallon mais seulement 24,6 % à Bruxelles. Ce chiffre tombe à 17,6% en ce qui concerne l'accueil subventionné.



Photo 1

Demain, les « Maisons d'enfants » à but lucratif ?

Dans ce contexte, le recours à des solutions privées d'accueil de l'enfance s'est développé particulièrement à Bruxelles et dans la périphérie. En effet, dans la capitale, la présence de travailleurs à haut revenu ou qui bénéficient de l'intervention des organismes internationaux dans le coût de l'accueil des enfants, crée un marché solvable qui pousse le coût de l'accueil vers le haut. Ce phénomène est amplifié par le coût de l'immobilier qui s'y répercute.

Des « maisons d'enfants », dont un nombre important sous statut commercial (SPRL,...), se sont ouvertes ces dernières années. Elles ne pratiquent pas la « participation financière des parents » ou « PFP » progressive, mais bien un tarif linéaire basé sur la fréquentation temps plein de l'enfant qui peut atteindre 800 € par mois. Le recours aux maisons d'enfants à but lucratif n'est pas socialement équitable. Le coût est prohibitif pour les bas salaires et met en danger le financement de la PFP et à terme l'accueil subventionné. En effet, si les parents à hauts revenus optaient systématiquement pour une infrastructure d'accueil privée, cela appauvrirait d'autant les milieux d'accueil public qui fonctionnent sur un tarif proportionnel aux revenus des parents. C'est la survie même de tout le secteur de l'accueil de la petite enfance, de ses valeurs de qualité, d'équité et de solidarité qui pourraient se jouer à l'avenir.

Certains hôpitaux sélectionnent leurs patients...

En Belgique, un hôpital doit être soit un service public, soit une asbl. Il n'y a donc théoriquement pas d'hôpitaux à but lucratif et commercial dans nos contrées. Pourtant, des pratiques très rentables se développent dans le secteur hospitalier. Les abus de suppléments d'honoraires pour les chambres particulières de certains hôpitaux - parfois jusqu'à 300% ! - ont été récemment répercutés dans les médias. Mais les



Photo 2

dérives à but lucratif sont bien plus diversifiées et insidieuses.

De plus en plus d'hôpitaux renvoient à la consultation privée des spécialistes, au tarif libre évidemment, arguant de plusieurs mois d'attente pour un rendez-vous à l'hôpital. D'autres établissements hospitaliers multiplient les chambres privées au détriment des chambres communes (dont les suppléments d'honoraires sont encadrés) créant une fausse pénurie et contraignant les patients hospitalisés à payer le prix fort (jusqu'à 167 €/jour à dans une clinique bruxelloise bien connue, avec un acompte de 1200 €). Parfois, les formulaires d'admission précisent si la personne dispose d'une assurance hospitalisation. Dans ce cas, les suppléments d'honoraires sont encore plus élevés. Le nouveau «Chirec» qui regroupera les chambres des cliniques Cavell, Parc Léopold et Basilique et dont la construction débutera l'année prochaine sur le site de Delta (Auderghem), comprendra 80% de lits en chambre particulière, et ce malgré un financement majoritairement public !

Dès 2006, la FEB déclarait dans son livre blanc sur les services médicaux internationaux relever un potentiel annuel de 100.000 patients européens et d'un plus grand nombre encore de patients non européens pour nos hôpitaux : « L'objectif est d'accueillir 100.000 patients par an, en passant de la demande spontanée au marketing actif ». En 2007, elle crée l'a.s.b.l. Healthcare Belgium qui regroupe des hôpitaux belges et plusieurs sociétés privées spécialisées dans les technologies médicales, en vue de valoriser l'offre

belge de soins de santé à l'étranger. Et l'objectif est atteint puisque des accords sont déjà signés avec les pays du Golfe (Koweït, le Qatar, Oman, Bahreïn, l'Arabie Saoudite, Abu Dhabi), le Kazakhstan et l'Azerbaïdjan ou entre des groupes tels que le Chirec et les Emirats Arabes. La FEB espérait que « notre pays sera bientôt connu de Moscou à Toronto comme la référence absolue en matière de services médicaux internationaux. » Pour les patients étrangers, le tarif des rendez-vous médicaux incluant les frais administratifs est fixé à 200 euro... Le risque pour le patient belge et moins solvable est d'être confronté à une saturation des services hospitaliers et des équipements de santé alors que les listes d'attente pour certaines consultations spécialisées et certains examens médicaux ne cessent déjà de s'allonger.

... et sous-traitent leurs services

De nombreux hôpitaux sous-traitent les services logistiques, tels que la buanderie, le nettoyage, la cuisine... couverts par le financement public. La sous-traitance, c'est-à-dire l'utilisation de fonds publics pour acheter des services auprès de sociétés privées vise à réaliser des économies sur les coûts de fonctionnement. Le recours à la sous-traitance entraîne une perte de contrôle sur la qualité des prestations et une précarisation des emplois autrefois occupés au sein de l'institution hospitalière. L'externalisation et la sous-traitance sont souvent synonymes de mauvaises conditions d'emploi et de travail, de recours à une main

d'œuvre sous-qualifiée et sous-payée, de différences de traitement entre les salariés de l'institution et ceux du sous-traitant à fonction égale, de délocalisation... L'argent public finance donc des entreprises du marché des services avant de répondre aux besoins des patients.

En février 2011, le personnel du CHC (Centre hospitalier chrétien de Liège) a arrêté le travail pour protester contre le projet de la direction de sous-traiter le service contentieux de l'hôpital à la société Venturis. Cette société travaillait avec un call-center en Tunisie. En cas de retard de paiement, les patients auraient été en contact non plus avec des membres du personnel du CHC mais avec des salariés tunisiens basés en Tunisie... Suite à la mobilisation, la direction a renoncé au projet.

Le scandale qui, en février dernier, a éclaboussé les contrats externalisés conclu par la SNCB est un exemple des conséquences possibles de la dérégulation du travail et de la précarisation des salariés générée par la sous-traitance en cascade. En 2008, la SNCB a fait un appel d'offres pour le nettoyage des gares. L'entreprise qui l'a remporté avec une proposition étonnamment bon marché a ensuite sous-traité l'activité. La dernière entreprise de la chaîne, Local Cleaning, aurait alors exploité les travailleurs : utilisation de personnel non déclaré dont certains en séjour illégal, statut de faux indépendant, non-respect des conventions sectorielles, travail sept jours sur sept sans jour de repos, de 22 heures à 6 heures du matin, sans primes de nuit ni primes de week-end... Pire, cette société aurait employé des victimes de trafic d'êtres humains, une des victimes ayant déclaré avoir déboursé 4.000 euros pour être amenée en Belgique.

Informée de la situation, la SNCB a répondu : « Nous pouvons seulement faire interrompre le contrat quand les services fournis ne sont pas au point qualitativement. Nous déterminons certains critères de qualité à l'avance et en fonction de cela nous optons pour les prix les plus bas ». Mais, elle assure que pour les prochains appels d'offres, elle établira des conditions spécifiques interdisant aux entreprises de recourir à la sous-traitance... Dans son dernier

rapport sur la traite des êtres humains, le Centre pour l'égalité des chances avait déjà dénoncé le problème de la sous-traitance en cascade. Dans ces conditions, comment serait-il possible d'assurer le respect des normes d'hygiène et de qualité indispensables à la santé des patients ? Comment garantir les compétences et les conditions de travail du personnel ainsi engagé ? Quelles seraient les conséquences d'une telle situation en milieu hospitalier ?

D'autres services rentables comme les laboratoires et la radiographie sont également externalisés dans des sociétés à but lucratif, ce qui prive les institutions hospitalières d'une importante manne financière. Des cas plus isolés commencent à voir le jour. Il s'agit de mettre à disposition d'un chirurgien extérieur les salles d'opération. Celui-ci vient avec son propre personnel. Il loue les installations. Certaines infirmières sont ainsi devenues les salariées des médecins plutôt que de l'hôpital.

Ces nombreux exemples montrent la mécanique d'appauvrissement des hôpitaux et de sélection des patients en fonction de leurs possibilités économiques. Ces pertes entraîneront à leur tour de nouvelles mesures financières : restrictions des dépenses par la sous-traitance, externalisation, recherche des patients « riches », augmentation des tarifs et des listes d'attente... Ce cercle vicieux qui se met progressivement en place se fait au détriment de l'accès aux soins des populations moins aisées et de la qualité des services qui leur sont offerts.

Home sweet home...

Historiquement, en Belgique, les acteurs du secteur des maisons de repos sont privés et non commerciaux : associatif, personne privée souvent de profession médicale créant une petite structure, homes liés à des ordres religieux en Flandre essentiellement. Les autorités publiques ont toujours favorisé l'initiative associative, en l'encadrant et en la subventionnant. Les maisons de repos publiques sont peu nombreuses et dépendent majoritairement des CPAS. En une décennie, les acteurs du secteur ont fortement changé. A la suite de l'impulsion européenne de libéralisation (la Directive Services dite « Directive



Bolkenstein » de l'Union européenne imposant la libéralisation du marché des services transposée en Belgique en 2010, la mise en concurrence des opérateurs privés et publics, la requalification des « subsides » aux services publics ou non marchand comme des « aides d'Etat » donc une entrave à la « libre concurrence »...) et en raison du sous-investissement public, d'importants groupes commerciaux rachètent rapidement les petites institutions. Plusieurs facteurs favorisent ce phénomène de concentration. En 1998, un moratoire impose au secteur des maisons de repos, un nombre de lits agréés fixé globalement à 6,8 lits par 100 habitants de plus de 60 ans en échange de l'ouverture de 25.000 lits de maison de repos et de soins (MRS) sur les quelque 130.000 lits MR et MRS existant à l'époque. Depuis, il n'a connu que peu d'aménagements. Avec l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins continus, ce moratoire est pourtant devenu intenable. Aujourd'hui, il y a toujours environ 130.000 lits de maisons de repos et maison de repos et de soins en Belgique mais le nombre de lits MRS est passé de 18.871 en 1996 (1.941 à Bruxelles) à 68.377 en 2012 (dont 5.788 à Bruxelles sur approximativement 15.000 lits MR et MRS). Soit une hausse de 360 % en 17 ans. En conséquence, pour ouvrir une nouvelle maison de repos et de soins, il faut se procurer des lits ailleurs, ce qui aboutit au rachat et à la fermeture des petites institutions.

La nouvelle législation, entrée en vigueur en 2009, mais qui ne sera pleinement appliquée qu'en 2015 a durci significativement les normes d'hébergement en maisons de repos : augmentation de la superficie des chambres et des espaces de vie, luminosité, encadrement, qualité de la nourriture, continuité des soins... Bien que nécessaire et positive, cette

règlementation impose des travaux de rénovations et l'engagement de personnel de soins, impossibles pour les maisons de repos de petite taille, sans explosion des prix.

La reconversion des lits « Maison de Repos » en lits « Maison de Repos et de Soins » entraîne également d'énormes frais d'infrastructure. En effet, l'hébergement de patients atteints de pathologies physiques et mentales lourdes nécessite des investissements mobiliers, immobiliers et en personnel souvent trop coûteux pour de petites structures. Pour faire face à ces frais, celles-ci n'ont alors d'autre choix que d'accepter un rachat par des entreprises financières et multinationales dont le but est uniquement commercial et qui exigent un retour sur investissement permettant de rémunérer leurs actionnaires.

Le marché de la dépendance

Aujourd'hui, plus de 40 % des lits des maisons de repos belges (secteurs privé et public confondus) poursuivent un but lucratif. A Bruxelles, en 2011, sur 14.993 lits MR/MRS, 62 % des lits (9.294) se trouvaient dans des établissements privés commerciaux, 24 % étaient gérés par les communes via le CPAS (3.654) et 14 % par des ASBL (2.045). Parmi les groupes financiers de grosse taille, on compte Orpea, Armonea, le Noble Age, Senior Living Group, Senior Assist, Vulpia et d'autres encore. Armonea est le « leader belge des soins et services aux seniors » (dixit Armonea). Il est principalement financé par les actionnaires historiques du groupe brassicole InBev. Orpea est un groupe français, coté en bourse à Paris. Il détient aujourd'hui au moins 36 établissements en Belgique. Son chiffre d'affaire était de 1,234 milliard d'euros en 2011.

Dans une interview donnée en juillet au journal économique français Les Echos, Jean-Claude Marian, le président d'ORPEA « numéro un européen de la prise en charge de la dépendance » d'après lui, confirmait ses prévisions « d'un chiffre d'affaires de 1,425 milliard en 2012, en croissance de 15,5 %. Il tient compte du rachat, le 1er juillet, du solde de Medibelge, groupe qui générera près de 60 millions d'euros de chiffre d'affaire en année pleine. Cet objectif s'accompagnera d'une amélioration de

la rentabilité. » Il définissait également ses priorités qui vont « désormais à la génération de cash-flow » et à la mise en place d'« une politique de dividende plus attractive en distribuant un tiers du résultat aux actionnaires ». On est loin du bien-être du travailleur et du résident...

Tous égaux dans la vieillesse ?

En 2010, Jean-Claude Marian expliquait au site laboursetlavie.com (WebTV d'actualités sur la bourse, l'économie et les entreprises) que le secteur des maisons de repos connaîtrait à l'avenir une forte concentration liée aux coûts des soins et des infrastructures, trop lourds pour de petits organismes. Parallèlement, il prévenait que les coûts de fonctionnement, donc les tarifs continueraient à augmenter. Mais il ne s'inquiétait pas de la future solvabilité des résidents car « il y a une partie importante des personnes très âgées qui ont des retraites significatives et surtout un patrimoine ». Et puis, pour les autres, il restera toujours le secteur public et l'aide sociale...

Par exemple, en 2011, Vulpia annonçait le lancement de trois nouveaux projets comprenant réaffectation, agrandissement, création de résidences-services et de parking. En contrepartie, trois petites maisons de repos rachetées peu de temps auparavant seront fermées et leurs résidents relogés dans les nouveaux bâtiments. Si ceux-ci ne doivent pas craindre d'augmentation des tarifs qui resteront fixés à 30 euro/jour, les futurs pensionnaires devront s'acquitter d'un forfait nettement plus élevé d'environ 50 euro/jour. Ce presque doublement des tarifs justifiés par le coût de l'investissement et le « standing » de ces nouvelles infrastructures va inévitablement déterminer le choix des résidents. Les seniors bénéficiaires de petites pensions, sans patrimoine et qui ne peuvent ou ne veulent compter sur les revenus de leurs enfants seront de facto exclus de ces nouvelles maisons de repos. Mais si les petits homes meilleurs marchés ferment, où iront-ils à l'avenir ?

Il est clair que les acteurs commerciaux opèrent une sélection des bénéficiaires selon leur solvabilité. Des soins de « haut standing » accompagnés par des services accessoires de confort sont vendus aux « clients » les plus riches. A l'opposé, les

MR-MRS sans but lucratif concentrent les résidents peu solvables (à qui on ne peut demander de payer une pension élevée). Elles peinent à boucler leur budget, et risquent de limiter la qualité de la prise en charge et de détériorer les conditions de travail.

Les Maisons de Repos, les locataires parfaits !

De plus en plus, ces entreprises du marché de la dépendance vendent une partie (jusqu'à 50% chez ORPEA) de leur patrimoine immobilier à des investisseurs privés spécialisés dans la spéculation immobilière. La demande des sociétés foncières et des assureurs est très forte pour l'immobilier de santé par exemple les maisons de repos et les hôpitaux. L'hôpital Erasme a d'ailleurs vendu son bâtiment principal en 2011 pour apurer la moitié de sa dette et répondre ainsi aux exigences des banques. Aujourd'hui, il occupe les lieux sous la forme d'une location à très long terme (entre 35 et 40 ans).

Des fonds d'investissements, des fonds privés se sont lancés dans ce juteux marché. Des sicafi, (sociétés d'investissement à capital fixe cotées en Bourse) comme Cofinimmo qui se dit le « premier propriétaire de murs de maisons de soins d'Europe occidentale », ont acheté et construit des murs, confiant ensuite le « fonds de commerce » à des gestionnaires spécialisés. Home Invest Belgium, société spécialisée dans l'immobilier de bureau, détient trois maisons de repos à Bruxelles. Aedifica, également cotée en bourse, a investi dans 37 maisons de repos en Belgique dont 10 à Bruxelles. En 2007, elle n'en possédait que 12. Aujourd'hui, Cofinimmo possède 126 bâtiments dans l'immobilier de santé (maisons de repos essentiellement) dont 14 à Bruxelles. Il y a 5 ans, il n'y avait que 22 maisons de repos dans son portefeuille immobilier.

Avec les maisons de repos, les investisseurs ne prennent aucun risque. La rentabilité est raisonnable et presque garantie bien qu'inférieure à l'immobilier de bureau et le rendement locatif élevé. Sébastien Berden, *business development manager* chez Cofinimmo expliquait au journal *Le Soir* en septembre 2007 : « Pour une société cotée, un rendement

élevé est nécessaire pour répondre aux attentes des actionnaires souvent gourmands en matière de dividendes ». Effectivement, il y aura toujours et de plus en plus de personnes âgées, solvables et dépendantes : taux d'occupation garanti, pas de risque de vacance, pas d'impayés, baux à très long terme ! Mais ces sociétés immobilières assurent-elles une sécurité à leurs « locataires » ? Ne peuvent-elles revendre ces bâtiments ou faire faillite ? Et, dans ce cas, rien n'assurera le maintien de l'activité de la maison de repos et l'équivalence des tarifs.

La rentabilité à tout prix

En novembre 2008, Dominique Blondeel, qui préside aujourd'hui Infor-Homes Wallonie, constatait dans une interview au journal *Le Soir* « une augmentation des plaintes à propos de la nourriture et du manque de chaleur humaine ». La plupart du temps, indique-t-elle, il s'agit de maisons rachetées par des groupes privés. « Avant le rachat, les repas sont souvent préparés sur place, les fruits sont variés. Après l'opération, les résidents reçoivent des assiettes emballées, et pour tout fruit, une banane, parce que "c'est plus pratique", disent les gérants. Quant aux relations humaines, elles sont polluées par le stress du personnel. »

Ailleurs en Europe, la privatisation des maisons de repos et des maisons de soins a déjà mené à des scandales d'abus et de maltraitance sur les résidents âgés, liés aux mauvaises conditions de travail du personnel, au manque de main-d'œuvre qualifiée, aux objectifs de rentabilité et à un défaut de surveillance de la part de la direction. En Suède par exemple, des cas de mauvais traitements (malnutrition, maltraitance physique) ont été révélés dans trois maisons de retraite gérées par la société de capital-risque Carema. A la suite de ces révélations, les pouvoirs publics des localités concernées ont repris en main la gestion des établissements en question. En Grande-Bretagne, plusieurs scandales de maltraitance dans des maisons de repos et des maisons de soins pour personnes traumatisées crâniennes ou déficientes mentales appartenant à des sociétés privées ont déjà été dénoncés cette dernière décennie (Westminster Health Care company, Castlebeck). La commercialisation des maisons de



Photo 3

repos entraîne donc une différenciation de l'accès aux soins selon la richesse du patient alors qu'il s'agit d'un secteur majoritairement financé par des fonds publics. En effet, ces groupes bénéficient des mêmes remboursements des mutuelles que le secteur public ou associatif, pourtant ils poursuivent des objectifs de rentabilité et de profits maximum. Les ressources publiques servent donc à nourrir un intérêt commercial privé et non l'intérêt des patients.

La santé est un droit pour tous et n'est pas une marchandise

Après avoir dénoncé ces différents aspects de la privatisation de la santé et d'autres comme la commercialisation des services non-marchands à travers les titres-services, la semaine belge d'action du réseau européen contre la marchandisation de la santé s'est clôturée le 4 octobre par un happening plein d'humour devant le SPF Santé Publique à Bruxelles. La réflexion s'est poursuivie les 6 et 7 octobre à Varsovie par une rencontre européenne. Après

avoir participé à un « village blanc européen » composé de tentes plantées devant le Conseil des Ministres polonais, des délégations de neuf pays ont débattu de l'organisation du réseau et des suites de la mobilisation.

Les membres du réseau ont réaffirmé les axes fondamentaux tels que définis dans la déclaration de Nanterre de mai 2012, à savoir l'accessibilité universelle, un financement public ou basé sur les cotisations, une santé protégée des logiques marchandes fondée sur des opérateurs publics ou réellement sans but lucratif et une démocratie sanitaire réelle permettant à la population et aux acteurs sociaux de participer activement à la détermination des politiques de santé et à leur mise en oeuvre ainsi qu'à la gestion des soins de santé à tous les niveaux. Ils ont également dénoncé la précarisation accélérée des emplois du secteur de la santé, la multiplication des licenciements et des suppressions de postes, le démantèlement des statuts et la généralisation du statut d'auto-entrepreneur*.

Ils se sont engagés à poursuivre la mobilisation en réagissant aux événements et mesures qui toucheraient



Photo 4

aux axes fondamentaux. Pour élargir et renforcer les capacités d'action, ils prendront contact avec des organisations et réseaux d'autres pays et développeront une grille d'analyse commune. Elle permettra l'étude des différentes formes de privatisation et commercialisation et leurs conséquences sur la santé ainsi que la production de propositions et de revendications.

Du 11 au 17 mars 2013, la Conférence du Réseau a décidé de lancer une semaine européenne de sensibilisation et d'intervention des citoyens et des professionnels du secteur contre la privatisation et la commercialisation du système de santé et de protection sociale. A cette occasion, les membres du Réseau interpellent les médias et les

assemblées élues. Les différentes actions de cette mobilisation seront annoncées ultérieurement mais le rendez-vous est d'ors et déjà pris ! ■

Marie-Hélène Salah

Photos 1, 2, 3 : Semaine d'actions contre la commercialisation de la santé à Bruxelles - Communiqué de presse CNE
Photo 4 : Conférence de Varsovie - Communiqué de presse CNE

Sources et informations sur la marchandisation de la santé, le Réseau européen contre la commercialisation et la privatisation de la Santé et ses actions : Plate-forme d'Action Santé & Solidarité : <http://www.sante-solidarite.be/>
CNE-CSC : <http://www.cne-gnc.be>
Réseau européen pour le droit à la Santé : <http://reseau-europeen-droit-sante.blogspot.fr>

* Le régime d'auto-entrepreneur est une appellation française. Il s'agit d'un ensemble de mesures permettant d'exercer une petite activité professionnelle indépendante, commerciale, artisanale, ou une activité libérale. Ce système fait l'objet de nombreuses critiques. Il participerait à la dérégulation du travail, en poussant plus loin le système de la sous-traitance et de la flexibilité, dans un contexte de crise du travail et de licenciements massifs. Certaines entreprises pousseraient leurs employés à prendre ce statut pour s'affranchir de leurs cotisations sociales. Plutôt que d'encourager la création d'entreprise, le statut d'auto-entrepreneur contribuerait alors à la précarisation du travail. Selon les études de l'Institut national de la statistique et des études économiques français, publiées mi-2012, moins d'un quart des auto-entrepreneurs ont réussi en 2011 à se verser un salaire régulier. Et pour 90 % des auto-entrepreneurs ayant réussi à se doter d'un revenu, le salaire versé était inférieur au salaire minimum.

Campagne

Lutte contre les discriminations à l'encontre des séropositifs

Cette campagne est le premier résultat concret de la toute première enquête sur la qualité de vie des personnes séropositives menée à l'initiative du GRECOS, Groupe de réflexion et de communication sur la séropositivité composé de personnes vivant avec le VIH (programme de prévention de la Plate-Forme Prévention Sida) en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités et le Centre d'étude sociologique.

Le GRECOS souhaitait identifier de nouvelles pistes d'aide aux personnes vivant avec le VIH. Si les membres du groupe connaissaient déjà leur propre expérience de vie avec le VIH, ils et elles souhaitent mieux comprendre le vécu des autres séropositifs, surtout des personnes qui ne fréquentent pas ou peu les associations.

Cette enquête est le résultat d'un effort collectif et volontaire de la part de 8 associations de prévention, de 6 centres hospitaliers, de 4 centres de référence sida, de 2 centres de recherche universitaire et de plus de 340 personnes vivant avec le VIH ayant répondu au questionnaire. Cette enquête s'adressait aux personnes

majeures atteintes du VIH/sida, résidant et/ou se faisant soigner en Région wallonne ou bruxelloise et diagnostiquées, depuis un an au moins, au moment de l'entretien.

L'étude avait pour objet de mieux connaître les conditions de vie des personnes séropositives et d'identifier leurs difficultés et leurs besoins à divers égards (la santé et le milieu médical, la vie sociale et professionnelle, la vie privée et affective). Elle visait également à cerner dans quelle mesure les discriminations sont encore une réalité dans le but de disposer d'un « état des lieux » permettant, par la suite, de mener des actions ciblées et d'améliorer les straté-

Valérie est soulagée.
L'opération s'est bien passée.

Pourtant, plusieurs services médicaux avaient refusé d'intervenir à cause de sa séropositivité.

La loi anti-discrimination, c'est aussi pour les personnes séropositives. Si vous pensez avoir été victime de discriminations, contactez le Centre pour l'égalité des chances au 080012.800. Découvrez toute la campagne sur www.preventionsida.org

PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA

Dix ans de bien être

En septembre dernier, le Groupe Bien Être de l'Entr'Aide des Marolles fêtait ses 10 ans. Dix ans au cours desquels des professionnels et des habitants/usagers/citoyens ont cheminé ensemble pour construire un bien-être qui faisait quelque peu défaut dans ce quartier populaire du centre de Bruxelles. C'est une aventure passionnante que les uns et les autres ont tenu à rappeler et à partager à l'occasion de cet anniversaire placé sous le signe de la simplicité et de la bonne humeur.

Tout avait commencé par un constat en 2002. En effet, une professionnelle de l'Entr'Aide chargée de réaménager l'accueil voyait que de nombreuses femmes s'attardaient dans ce lieu semblant attendre quelque chose. Mais quoi exactement ? Difficile alors à dire. Cristina Ornia, la professionnelle qui fait ce constat, voit cependant à l'occasion d'initier quelque chose de nouveau. Dès le départ, l'option prise est de construire ensemble un projet, ce qui exclut toute velléité de leur en proposer un tout fait. Dans un tel projet, leur rôle ne se limiterait pas à être de simples consommatrices. Si l'idée de travailler ensemble est à plus d'un titre séduisant, elle implique cependant, dans la pratique, une autre façon de faire. Ainsi les uns et les autres sont-ils prêts à laisser de côté leurs statuts respectifs ? Habitantes/usagères/citoyennes et professionnels peuvent-ils faire abstraction des rapports - souvent inégaux - qui régissent les relations entre demandeurs et offreurs de services ? A l'Entr'Aide des Marolles, ils y sont arrivés puisqu'une fois les balises fixées, le Groupe Bien Être démarre. En tenant bien sûr compte de ce dont les femmes ont envie, différents ateliers voient progressivement le jour.



gies de prévention et de lutte contre les discriminations.

Les sujets abordés par l'enquête se regroupent en trois thèmes :

- la santé et le milieu médical,
- la vie sociale et professionnelle,
- la vie privée et affective.

La dernière partie concernait le profil socio-économique.

Certains résultats sont particulièrement interpellant :

- Le fait que 13,5% des répondants ne connaissent pas leur charge virale, pose question. Surtout, à ce jour, où l'on parle de nouvelles pistes de prévention basées sur le succès des traitements, et donc d'une charge virale basse et indétectable.

- Plus de 40% des répondants cumulent la séropositivité avec une autre maladie.

- Il y a toujours des problèmes de rejet dans le secteur médical (dentiste, gynécologue, urgences hospitalières, etc.). La majorité des patients sont néanmoins contents du médecin qui assure leur suivi.

- 54 % des répondants n'ont pas d'activité professionnelle et sont donc confrontés à une situation économique difficile, ce qui peut notamment poser des problèmes en termes de soins.

- Bien que les trois quarts des répondants disent ne pas souffrir de discriminations, on observe un phénomène marqué d'autocensure : une personne sur deux a renoncé à quelque chose (un emploi, une formation, une activité sportive, une demande de prêt, une relation affective...) craignant de faire l'objet d'une exclusion. 85,6 % d'entre elles ignorent l'existence d'une loi les protégeant.

- Une personne sur dix n'a personne vers qui se tourner en cas de problème pour la gestion du VIH.

En réponse à ces premiers résultats, la Plate-Forme Prévention Sida lance une nouvelle campagne à l'intention du grand public, mettant en évidence différentes situations discriminatoires auxquelles sont confrontées les personnes séropositives. Quatre visuels, accompagnés chaque fois d'une petite histoire, abordent le thème des discriminations dans quatre environnements : secteur médical, vie amoureuse, vie professionnelle, accouchement.

La campagne explique que les discriminations restent une réalité aujourd'hui et rappelle, par ailleurs, que la loi anti-discrimination s'applique aussi aux personnes séropositives. Elle se décline notamment en cartes postales, affichettes, annonces presse et publicités dans les transports en commun. Cette première campagne lancée dès l'issue de l'enquête est, en quelque sorte, une action « teasing » en prélude à la campagne plus approfondie et médiatisée (TV - radio...) qui sera organisée l'an prochain. ■

Marie-Hélène Salah

Informations concernant la campagne et visuels :
Plate-Forme Prévention Sida asbl
151, rue Jourdan - 1060 Bruxelles
Belgique
tél: 02/733.72.99
fax: 02/646.89.68
e-mail: info@preventionsida.org
site: www.preventionsida.org



Créations de l'atelier Couture et Tricot

Une décennie plus tard, c'est toujours le même enthousiasme qu'on retrouve chez les protagonistes du groupe. En partie parce que les projets et les activités continuent d'être pensés et réalisés conjointement pour ensuite être gérés par les usagères elles-mêmes. Ces dernières préparent et animent divers ateliers donnant ainsi vie aux concepts d'autonomie et de participation. Qu'en est-il alors des professionnels ? « Nous soutenons, nous accompagnons. Comme professionnels, nous ne nous considérons pas comme des experts. Ce sont les femmes qui sont expertes de leur bien-être et c'est comme tel qu'elles portent tous les ateliers. Pour nous, le plus important n'est pas la finalité de l'activité qui est réalisée. Le déroulement voilà plutôt ce qui nous intéresse. Peu importe par exemple si dans l'atelier cuisine le plat réalisé est raté, cela ne veut pas pour autant dire que l'activité l'est. » L'enthousiasme des uns et des autres trouve aussi sa source dans les retombées du projet sur les habitantes/usagères/citoyennes. D'ailleurs, c'est sur cet aspect que les organisateurs avaient choisi de mettre l'accent au cours de la cérémonie qui s'est déroulée en automne dernier.

Tranches de vie

Parmi les femmes présentes ce jour-là, plusieurs ont ainsi fait part de leur expérience. La première à s'exprimer était une

femme qui fréquente le Groupe Bien Être depuis 2003 : « Quand je suis arrivée, j'étais fragile psychologiquement, je n'étais pas en bonne santé et je n'avais pas le moral non plus... Je partage beaucoup de choses avec les autres femmes du groupe. J'apprends énormément aussi. Avant je croyais, par exemple, que la Belgique c'était Bruxelles. Depuis, j'ai découvert d'autres régions comme les Ardennes. » Au-delà des contacts et des découvertes, elle confiait avoir acquis une plus grande confiance en soi. « Je suis

plus solide aujourd'hui », soulignait-elle encore avant de conclure en souriant : « Avant, on sollicitait très peu mon avis : au sein de ma famille, à l'extérieur, etc. Ici, on m'a dit que je pouvais dire ce que je voulais, donner mon avis... Depuis ce moment où on m'a donné la parole, je ne l'ai plus jamais lâchée ! » C'était ensuite au tour d'une jeune femme atteinte du syndrome de Gilles de la Tourette² de raconter son histoire. Être accueillie sans être jugée, participer à un atelier de couture et tricot basé « sur un échange de savoirs qui valorise le savoir de chacune » et l'accessibilité des activités sont les trois éléments qui l'ont, elle, séduite. Ouvertes à toutes les femmes adultes, les activités sont en effet accessibles pour un prix modique : pour l'atelier couture par exemple, comptez 1 €.

A ces deux premiers récits se sont ajoutés d'autres où il a été question de gymnastique, de danse ou de balades à vélo, mais surtout du bien-être que les intéressées en retirent. Un bien-être qui s'accompagne également, souvent, d'une prise de conscience plus aigüe de son corps et de son apparence. Certaines indiquaient ainsi, ravies, avoir perdu des kilos superflus : « On se sent mieux ». On ne peut parler de bien-être sans aussi évoquer les séances au hammam que partagent ces femmes, des moments conviviaux qui apportent une relaxation bienvenue.

Exercices pratiques

Les participants à la journée ont ensuite été invités à se rendre dans les ateliers qui avaient été organisés. Dans l'atelier cuisine par exemple, le cours, donné par une usagère, a porté sur la confection d'une tapenade d'olives noires qui s'est avérée délicieuse... tout comme le thé à la menthe et les gâteaux qui l'ont accompagnée. Après la cuisine, nos pas nous ont dirigé vers le cours de danse orientale. Dans cet atelier, pas question d'être spectatrice, toutes les personnes présentes étant gentiment appelées à participer. Là, devant le grand miroir, un foulard de couleur noué autour des hanches, chaque participante, concentrée, essayait de suivre les instructions du coach dispensées sur un fond musical bien rythmé. Dans cet atelier, le moins que l'on puisse dire est que l'on bougeait bien... Et les novices auront aussi très vite compris que ne s'improvise pas danseuse orientale qui veut. Mais peu importe peut-être cet aspect car durant les trois quarts d'heure qu'a duré le cours,



personne n'a vraiment vu le temps passer. Comme lors de l'activité qui a précédé, tout s'est passé dans la bonne humeur. Dans ces deux ateliers, comme dans tous ceux qui sont proposés là d'ailleurs, l'essentiel est de se sentir bien, pas plus.

Au 169, rue des Tanneurs, le bien-être n'est pas un vain mot. Il est bel et bien une réalité que chacun peut voir sur le visage des femmes qui fréquentent le Groupe Bien Être. Elles sont originaires d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne, d'Amérique du Sud ou, simplement, d'ici. Certaines sont mères au foyer, certaines travaillent mais ont spécialement pris congé ce jour-là pour venir témoigner de ce qu'elles y ont vécu. Et surtout pourquoi elles y restent attachées même si elles ne savent plus participer aux activités comme elles le voudraient. Là, au cœur des Marolles, ce que fait ce groupe dédié au bien-être, c'est permettre à des femmes – confrontées à de nombreuses difficultés et pour lesquelles le bien-être ne veut peut-être pas dire grand chose au départ – d'être bien dans leur corps et dans leur tête. Pour d'autres encore, comme pour cette ancienne indépendante qui s'est un jour retrouvée devant les portes du CPAS, c'est simplement être bien pour pouvoir rebondir : « *Les ateliers me permettent de m'évader, d'accepter ma situation actuelle tout en sachant qu'il s'agit d'une route pour un nouveau changement.* » Ce qu'on comprend à travers les témoignages, c'est que le Groupe Bien Être constitue un bel exemple de projet en santé communautaire qui, souhaitons-le, a encore de belles années devant lui. ■

Anoutcha Lualaba Lekede

1. **CHERBONNIER A., Ensemble, bouger – le Groupe Bien Être de l'Entr'Aide des Marolles, Bruxelles Santé n° 51, juillet-août-septembre 2008, pp. 15-18.**

2. **Maladie neurologique qui se caractérise par des désordres du mouvement, principalement par des tics moteurs et vocaux involontaires et soudains (www.cpiib.be). Cette affection, dans ses manifestations les plus sévères, peut fortement perturber la vie sociale des personnes qui en souffrent.**

Nous avons pris le risque d'être sur le fil !

Plus de 150 acteurs sont présents ce 8 novembre pour prendre le risque de se rencontrer sous d'autres modalités. Particularité inhabituelle : un mixage du secteur associatif et de l'enseignement. Suite à l'enquête « Assu-études »¹, une rencontre de ces deux secteurs s'avère indispensable.

Une journée réussie grâce notamment à la collaboration de nos partenaires². A l'heure où nous écrivons cet article, nous repensons aux moments forts et... au fil qui a tenu cette journée.



Comment être à l'écoute des paradoxes des adolescents, des adultes, de l'école, de la prévention ? Qu'est-ce qui nous anime ? Comment créer des espaces où peuvent s'inscrire la rencontre et la relation avec les adolescents et les adultes entre l'école et la prévention ? Le défi n'est pas mince, nous avons une journée pour échanger autour de ces questions et construire ensemble des pistes...

Ce matin du 8 novembre 8 heures 30, à la Maison des Associations Internationales, l'ambiance est déjà un brin survoltée. La fine équipe du CLPS de Bruxelles, sur des charbons ardents, est au complet. Les documentalistes des services de prévention, nos partenaires, parachèvent leur installation.

Trois jeunes femmes, en alerte, uniformes et casquettes, sont à pied d'œuvre. Détrompez-vous, ce ne sont

pas les hôtes mais les membres de la Compagnie des Rougisseries. Carton rouge en main, chacune d'elles guette un, des participants, et s'approche : « Quel est le risque que vous avez pris quand vous étiez jeune ? » Rougisseries, rougisseries, signe d'un trouble... Les yeux se plissent, les souvenirs ont souvent du mal à trouver leur chemin... Adulte quand tu nous tiens. Ces témoignages rejoindront le fil... rouge.

Avouons-le, le stress gagne les orateurs... À 9 heures 20, Catherine Vegaïrginsky lance la séance et rappelle le contexte de cette journée. S'ensuit une présentation de l'enquête et de ses perspectives, le rappel des missions du groupe intersectoriel. La question à l'ordre du jour est « prévention et promotion de la santé, la concertation à l'épreuve du réel ».

Et donc Julien Nève (Prospective Jeunesse), représentant de « l'intra

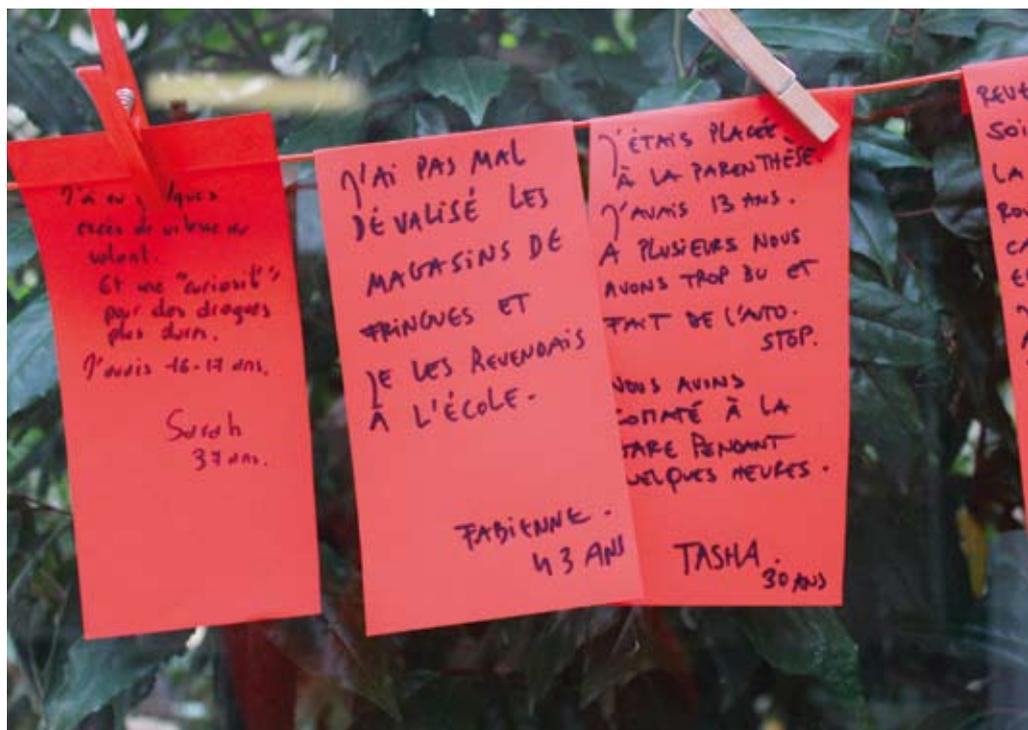
secteur », enchaîne sur la nouvelle offre de services de prévention assuétudés à destination des acteurs scolaires
L'adresse du site ? www.prevention-ecole.be

Bien sûr, les représentants des Ministres Laanan, Simonet, Cerhexe, sont au rendez-vous. Ils nous ont soutenus à plusieurs égards dans la réalisation de cette journée. Nous les avons invités à se concerter pour préparer cette rencontre. Eux aussi ont pris le risque de se positionner !

Nos représentations d'adultes

Les tableaux défilent... Damien Favresse, du SIPES-ULB, nous les commente et digresse; l'étude des conduites à risque est une manière d'interroger nos présupposés et nos pratiques. Attention, ne jamais laisser les chiffres et les pourcentages parler d'eux-mêmes ! Damien vous les ancre sur le terroir de son analyse ; ils prennent une saveur particulière, un goût affûté de pertinence, qui font basculer les évidences ou clichés éculés. Pour clôturer son exposé, il nous rappelle que les conduites à risque font partie de l'adolescence, avec cette question : les adolescents d'aujourd'hui sont-ils si différents des adolescents d'hier ?

Petite pause ? Alors une tournée de café pour tout le monde ! Le vin c'est pour la clôture... au grand dam d'Ann d'Alcantara, qui ironise maintenant qu'elle avoue son trac : le propre des grands artistes, car elle a réellement



conquis son auditoire. Psychiatre au Centre Thérapeutique pour Adolescents de la Clinique Universitaire St Luc, les hauts et les bas des jeunes, elle en saisit depuis des années la spécificité. Armée de bon sens, bravant aussi les discours ambiants, elle nous resitue la jeunesse comme le produit de la culture. Elle relève avec insistance que l'école est désormais la scène privilégiée où vont se jouer l'adolescence et ses oppositions. L'école va faire symptôme de l'adolescence. Terminé, la « scène familiale » où l'adolescent venait casser dents et colères contre ses parents. Dès lors, l'enseignant est appelé à être un professionnel de l'adolescence comme il est un professionnel de la transmission.

Après cette dernière intervention, un échange avec les participants. Des questions ? Et pas loin de ces échanges, longez le couloir... Et là, il y a des jeunes, une dizaine, ils attendent que « toutes ces causeries finissent ». Ils sont impatientes, excités...

Rougir de... plaisir ?

Les élèves du CFA (Centre de Formation en Alternance) de St Gilles et leur professeur ont pris le risque de se lancer dans la préparation d'un buffet pour 150 convives. La nervosité mais la fierté aussi brillent dans leurs yeux. Le buffet est magnifique. Et lorsque nos participants déboulent affamés dans la salle, les papilles salivent. En fin de repas,

une salve d'applaudissements salue leur prestation...

14 h 15, on presse le pas, on a pris du retard, il est temps de se rendre dans les ateliers. Nos partenaires assurent l'animation. Chaque atelier a son thème, son style d'animation. Une constante : les Rougisseurs interrompent les échanges : « si vous pouviez demander quelque chose pour faire avancer la réflexion, que proposeriez-vous ? » Et hop ! Une réponse, une récompense. Rougisseurs... gros troubles. Et les conversations repartent. Il est déjà 16 h 10, l'atelier est, oui, bien court. Bon prétexte pour réitérer une nouvelle rencontre, répètent certains. D'accord, d'accord. On va se revoir. Mais là, nous au CLPS en tout cas, on va se savourer un petit verre avec d'autres. Ceux qui restent et prennent le risque. A votre Santé ! ■

Patricia Thiebaut
et Catherine Vegairinsky

1. Voir Bruxelles Santé n° 62 (2011), pp. 20-21.
2. Centre de Prévention du Suicide, Centre PMS-FWB d'Uccle, Centre PMS-FWB de Woluwé St Lambert, CEFA de St Gilles, FARES, Infor-Drogues, Infor-Jeunes Laeken, Pélican, Groupe Adolescents de la LBFSM, Modus Vivendi, Plate-forme Prévention Sida, Promo Jeunes AMO, Prospective Jeunesse, Service de Médiation scolaire en Région de Bruxelles-Capitale, Direction générale de l'Enseignement obligatoire de la FWB, Service PSE de la Ville de Bruxelles, SIPES-ULB.

Sécurité sociale : du fédéralisme vers le confédéralisme

Le 15 juin dernier, le centre d'études Jacques Georgin a organisé une matinée de réflexion sur le thème « Les enjeux de la réforme de la sécurité sociale ». La sixième réforme de l'Etat prévoit en effet le transfert de volets entiers de la sécurité sociale vers les entités fédérées. Sont concernées : les allocations familiales pour un montant de 5.822.500.000 €, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les centres de courts séjours et les centres de soins de jour pour un montant total de 2.425.000 000 €, et enfin la santé mentale pour un montant de 174.800.000 €.

Les budgets transférés sont donc impressionnants et des centaines de milliers de citoyens sont directement concernés. Or, de nombreuses questions se posent : les moyens transférés seront-ils suffisants ? Seront-ils correctement répartis entre les entités fédérées ? Sait-on à l'heure actuelle qui va gérer ces moyens et comment ? Cette réforme va-t-elle simplifier ou au contraire compliquer la vie des citoyens ? Sait-on combien elle va coûter ? Quid de la concertation ?

Le centre d'étude a souhaité inviter des experts des matières concernées à exposer leurs craintes et leurs souhaits : Patrick Fabry, Administrateur de la Fédération des structures psycho-sociales thérapeutiques, Vincent Frédéricq, Secrétaire général de Femarbel, et Pierre Lemaire, chargé d'études à la Ligue des Familles.

A l'issue de cette réflexion, les FDF tirent les conclusions suivantes :

- La réforme nous fait passer du fédéralisme de coopération au fédéralisme de concurrence, antichambre du confédéralisme.
- Les milieux concernés n'étaient pas demandeurs d'une telle évolution, qui risque d'apparaître comme un accélérateur de feu : scission des mutuelles ? Trois Maribel sociaux différents demain ? Des commissions paritaires différentes selon les régions ?

• Les craintes sont extrêmement vives quant aux clés de répartition des moyens transférés, défavorables à Bruxelles et à la Wallonie... comme de (mauvaise) habitude !

Michel Colson
Député régional bruxellois FDF

Vieillir en bonne santé

Le vieillissement de la population observé dans notre société est un véritable défi du point de vue de la santé publique. Demain, en 2050, c'est un Belge sur quatre qui aura plus de 65 ans. Cette évolution est bien entendu un phénomène heureux qui traduit l'amélioration de la qualité de la vie et l'efficacité des progrès sanitaires et médicaux.

Le vieillissement de la population est une réalité. La société doit veiller à l'épanouissement de sa population âgée et très âgée. Il convient de leur laisser le choix entre le maintien à domicile (avec service de soins à domicile) et l'hébergement dans une institution, en passant par toutes les alternatives possibles. Dans ce contexte, il est primordial de connaître l'état de santé des personnes âgées et leurs besoins en matière de prise en charge médicale. Dans le souci généralisé de l'amélioration de la qualité de vie, il convient de leur assurer une meilleure prise en considération de leurs attentes. En Belgique, il existe également une gamme très étendue de prestations de services visant à répondre aux besoins très spécifiques des aînés. Un ensemble de services à domicile, sociaux, paramédicaux ou matériels, est mis à la disposition des personnes âgées, qui ont pour objectif de sauvegarder le mieux possible l'autonomie de la personne.

Par ailleurs, ce terme de « vieillissement » peut être trompeur. Avoir 60 ou 80 ans aujourd'hui n'a ni le même sens ni les mêmes conséquences qu'il y a un siècle. Les styles de vie et les besoins des personnes âgées ont énormément

changé et continuent d'évoluer. Il nous faut donc continuer à promouvoir les modes de vie sains et adopter des mesures préventives pour faciliter le « bien vieillir ».

« Vieillir en bonne santé » ne doit plus être seulement lié à l'absence de maladie mais être considéré par notre société comme un état complet de bien-être physique, mental et social.

Jacques Brotchi
Médecin
Sénateur de Communauté
Député bruxellois MR

Budget santé 2013 : développer l'offre de proximité et les soins aux plus précarisés

En cette fin d'année, les députés bruxellois s'apprentent à voter les budgets. Quels sont donc les principales orientations du budget de l'année 2013 en matière de santé pour la COCOF ?

Le budget total santé se voit renforcé pour atteindre 29.405.000 € l'an prochain. Il est façonné de manière à lutter au mieux contre les inégalités de santé – en constante augmentation –, notamment en facilitant l'accès aux soins aux personnes les plus précarisées. C'est un objectif crucial pour pallier au problème social, surtout en cette période de crise.

L'axe ambulatoire se verra attribuer 1.191.000 € supplémentaires. Cette augmentation rencontre l'orientation générale de la médecine, qui privilégie de plus en plus l'approche ambulatoire, et permettra de soutenir le secteur privé non-marchand. Elle couvre, en majeure partie, l'indexation des salaires, mais laisse également une marge importante pour la poursuite des politiques en place. Il en va principalement de :

- L'aide à 22 services de santé mentale pour développer l'offre de premier accueil et la pose de diagnostic, assurer le traitement, organiser la

prévention. L'accent sera mis sur le renforcement des équipes s'occupant des enfants. Cette allocation est de loin la plus importante du programme.

- Le soutien aux maisons médicales. L'allocation servira principalement à la poursuite de leur financement ainsi qu'à l'agrément d'une nouvelle maison médicale en 2013.
- Le développement d'une politique cohérente et coordonnée en matière de toxicomanie, tant au niveau des soins que de la prévention, de l'accompagnement et de la réinsertion. Une attention sera réservée au plan de réduction des risques en matière d'assuétudes.

Ces priorités répondent de manière cohérente aux besoins qui ont été mis en lumière par les divers rapports sur l'état de santé des Bruxellois, notamment en termes de santé mentale, où l'on voit émerger une véritable souffrance psychosociale des Bruxellois. Or, il n'y a pas de santé sans santé mentale !

D'une manière générale, le cdH tient ces projets à cœur car ils valorisent un travail interdisciplinaire, au carrefour de la santé et du social, et une prise en charge globale de la personne. N'oublions pas que derrière le cadre strictement médical se cachent bien souvent des problématiques sociales !

*Joël Riguelle
Président du groupe cdH
au Parlement francophone bruxellois*

Augmentation des bénéficiaires du statut Omnio : continuons à informer !

Créé en 2007, le statut Omnio vise à aider les citoyens qui ont de faibles revenus à assurer au mieux le remboursement de leurs frais médicaux. Cette mesure tend à éviter les reports de soins au sein d'une population qui présente souvent un grand besoin de soins puisque niveau socio-économique et santé sont fortement corrélés.

En Région bruxelloise, cette mesure est plus que la bienvenue. Si, en trois ans, les bénéficiaires du statut ont plus que doublé, ce n'est qu'un début. En effet, l'octroi de ce statut n'est pas automatique, et il faut du temps et des campagnes d'information au niveau des mutualités, des maisons médicales, des médecins généralistes, des CPAS... pour que les potentiels bénéficiaires soient conscients qu'ils peuvent bénéficier de cette mesure. On estime à 850.000 le nombre de personnes qui entrent dans les conditions du statut OMNIO mais ne le savent pas. En Belgique, actuellement, 260.000 en ont fait la demande et en sont devenus bénéficiaires.

Aujourd'hui, les mutualités militent pour la mise en place d'un système d'octroi automatique de ce statut en fonction des revenus, sur base d'un signalement automatique par l'administration fiscale des personnes entrant dans les critères du statut.

Le projet de Déclaration de Politique générale du 1^{er} décembre 2011 du Gouvernement fédéral indiquait que « à court terme, l'octroi du statut Omnio à toutes les personnes pouvant potentiellement en bénéficier sera simplifié et accéléré. Le tiers payant sera également généralisé pour les groupes de patients les plus vulnérables. » Si simplification et accélération ne sont pas automatisées, ce sera quand même un pas dans la bonne direction. Car, en ces temps de restrictions budgétaires, soyons vigilants à faire connaître leurs droits aux citoyens les plus vulnérables.

*Catherine Moureaux
Députée bruxelloise PS*

Dix ans de droits du patient, et après ?

La loi instituant les droits du patient fête ses dix ans : c'est l'occasion d'évaluer la démarche accomplie et d'envisager des perspectives. Depuis longtemps, on a compris que le patient est un partenaire éclairé de sa situation et que sa participation, tant au diagnostic qu'au

choix de traitement (ou non) et à son suivi, est essentielle à l'efficacité de la démarche de santé.

Ce qui est de l'ordre de l'évidence au plan individuel ne pourrait-il être vrai au plan collectif ? L'implication des usagers ne permettrait-elle pas d'améliorer les soins, d'activer des leviers de différents secteurs de la vie sociale au bénéfice de la santé et d'améliorer ainsi la politique de santé ?

Des avancées ont déjà eu lieu en ce sens : dans les textes décrets et les dispositifs de la COCOF, la place des usagers a été reconnue comme le quatrième banc des conseils consultatifs (à côté des travailleurs, des employeurs, des experts) ; la participation des citoyens est inscrite dans nombre de projets de santé communautaire sur le terrain, et plus formellement comme un objectif dans certains décrets du secteur ambulatoire ; des articles budgétaires sont consacrés aux initiatives prises par des habitants.

La participation est un outil de démocratisation mais aussi d'efficacité sanitaires. Comme on ne fait pas la santé « pour », mais « avec » les patients, on ne fait pas la santé « pour » mais « avec » la population. Il ne s'agit pas de contester les modes représentatifs, mais de créer des modalités structurées de mise en œuvre qui en garantissent les finalités et les méthodes. Tout comme la participation d'un patient à un traitement ou à l'adoption d'un comportement favorable à sa santé nécessite à tout le moins de lui apporter une information claire, une discussion sur les enjeux, etc. – de la même façon, au plan collectif, il s'agit de permettre, d'organiser et de valoriser la participation des non professionnels de santé au débat sur la santé.

*Jacques Morel
Député Ecolo*

QU'EST-CE /QUI FAIT SOIN ?



Une démarche collective
d'élaboration de savoirs
en santé mentale

Cette campagne d'information et de sensibilisation de l'asbl l'Autre « lieu » – RAPA se situe dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale qui se construit actuellement en Belgique. Elle vise à susciter un débat autour des représentations de la maladie mentale, du regard de notre société sur la souffrance psychique, et à susciter une réflexion sur les pratiques mises en œuvre dans le secteur des soins de santé mentale. Mais elle vise aussi à sensibiliser les acteurs politiques et les professionnels du secteur aux propositions élaborées par un groupe de recherche associant professionnels et personnes ayant eu – ou non – une trajectoire psychiatrique.

Les travaux de ce groupe ont déjà débouché sur une brochure de dix pages très denses, intitulée **Qu'est-ce/qui fait soin ?** Elle s'adresse tant aux professionnels du soin et de l'action sociale qu'aux politiques et à un public plus large. On peut l'obtenir auprès de l'Autre « lieu » – RAPA (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives) asbl.

Courrier : 61 rue Marie-Thérèse, 1210 Bruxelles.

Tél. : 02/230.62.60 – Fax : 02/230.47.62 – E-mail : autrelieu@edpnet.be

Les articles non signés sont de la rédaction.
Les articles signés n'engagent que leur auteur

Rédaction :

Alain Cherbonnier
Anoutcha Lualaba Lekede
Marie-Hélène Salah

Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Dr Murielle Deguerry
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Patrick Trefois

Graphisme :

Carine Simon

Avec le soutien de
la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36
E-Mail : info@questionsante.org
<http://www.questionsante.org>



Editeur responsable : Dr. P. Trefois,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles