

Les Cahiers de la Santé
de la Commission
Communautaire Française

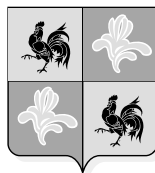


Accès à la santé : droits et réalités

20

Colloque du 16 décembre 2002
organisé par
Solidarités Nouvelles Bruxelles

**Les Cahiers de la Santé
de la Commission
Communautaire Française**



Accès à la santé, droits et réalités

20

Colloque du 16 décembre 2002

Organisé par

Solidarités Nouvelles Bruxelles

Martine Berckmans,
Carine Vandeveldel,
Michel Vasseur
ont participé à la réalisation des actes du colloque.

La santé est à juste titre l'une des principales préoccupations de notre société.

Le système d'accès aux soins de santé, élargi en 1998 à l'ensemble de la population par la réforme des règles d'assurabilité, ne parvient plus à masquer ses difficultés; l'accès aux soins est inégalitaire malgré la mise en place de mesures correctives: l'extension de l'intervention majorée à des groupes cibles, le forfait des maladies chroniques, l'extension du dossier médical global... et le tout récent maximum à facturer remplaçant les franchises sociale et fiscale.

Le nombre de ménages confrontés aux difficultés de recours aux soins de santé est en forte augmentation; celle-ci a notamment pour effet d'élargir le fossé entre médecine préventive et médecine curative.

La santé ne relève pas des seuls professionnels de ce secteur. Le champ de la santé vu par le prestataire de soins, par le travailleur social, par l'employeur, par le médecin conseil,... a des aspects bien différents.

C'est l'enjeu du développement, depuis plusieurs années, d'un réseau socio-sanitaire de proximité et de qualité.

Car, si c'est au niveau fédéral, régional et communautaire que se prennent les décisions en matière de politique de santé, les acteurs de terrain peuvent, pour leur part, établir un diagnostic pointu des difficultés d'accès à la santé.

Les problèmes de santé sont aussi le résultat de l'accumulation de difficultés: mauvaises conditions de travail, ressources financières réduites à l'état de peau de chagrin, déploiement d'énergie nécessaire pour bénéficier de droits fondamentaux tels que la jouissance d'un logement de qualité...

Les objectifs de ce colloque sont de nous rencontrer, d'échanger nos savoir-faire, nos expériences, nos questionnements et d'interpeller les mandataires politiques.

Présentation de la journée

Dominique Van Haelen - Administrateur de Solidarités Nouvelles Bruxelles

Ce colloque s'inscrit dans le prolongement d'un cycle de séances de formations organisé par l'asbl Solidarités Nouvelles Bruxelles durant l'année 2002.

Ces séances concernaient la thématique de l'accès aux soins en région bruxelloise.

Elles ont permis d'étudier la question sous quatre aspects : par le biais des règles de droit applicables au secteur socio-sanitaire, par le biais du réseau socio-sanitaire, par le biais de la répartition des compétences des pouvoirs publics, enfin, en rapport avec d'autres droits fondamentaux (tels que le droit à un logement de qualité ou à une aide juridique efficace). Ces quatre axes de travail structurent également le colloque. En outre, ces rencontres ont permis d'élaborer certaines réflexions clés. Ce colloque permettra de partager ces savoirs.

Allocution de Didier Gosuin

Ministre-Membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de la Santé

L'articulation entre le droit et la santé, et plus particulièrement la question de l'accès aux soins de santé sont des sujets préoccupants qui ne peuvent être ignorés. L'initiative de ce colloque est bénéfique. Il doit permettre à l'ensemble des pouvoirs publics concernés d'adapter leurs politiques en vue de garantir une égalité fondamentale entre tous les citoyens, par rapport à leur droit à la santé.

En matière de santé, il y a encore un long chemin à parcourir. Face à l'engorgement des urgences, le pouvoir fédéral n'a pu proposer actuellement qu'une seule réponse. Il a proposé de réclamer aux usagers un droit d'entrée de ± 12 euros. Pour ce qui me concerne, cette mesure engendrerait une nouvelle fois un symptôme de médecine à deux vitesses. Le politique cherche des voies pour améliorer le système. Il n'y est malheureusement pas encore parvenu.

Ces dernières années connaissent cependant des évolutions positives. Malgré cela, certaines catégories de la population en situation de précarité se heurtent à de multiples obstacles. Certaines personnes se voient refuser toute aide médicale sur l'ensemble du territoire belge. Si notre système de soins ne cesse de s'améliorer, certaines franges de la population n'y ont toujours pas accès.

Il ne faut pas uniquement stigmatiser le pouvoir fédéral. J'estime qu'il faut poser un regard critique sur les actions menées, que ce soit au niveau régional ou au niveau communautaire. Il faut pouvoir s'interroger sur la pertinence des moyens pour rendre les outils mis en place accessibles au plus grand nombre. La coordination des politiques sociales et de santé doit absolument être améliorée. Ces politiques sont marquées par une incohérence institutionnelle. En effet, les compétences sont souvent attribuées aux ministres de façon aléatoire. Enfin, il faut veiller à mieux faire connaître les services de santé qui ont été mis en place.

Le champ d'investigation relatif aux droits à la santé est large. Malheureusement, cette problématique est insuffisamment prise en considération. Les travaux réalisés au cours de ce colloque seront utiles, nécessaires et précieux pour les décideurs politiques.

L'exposé qui suit est un compte-rendu des deux premières séances de formations du cycle de rencontres qui avaient pour thèmes :

- «La réforme de l'assurabilité : état des lieux 4 ans après»,
- «Les situations de rupture du droit à la santé».

L'objectif des deux séances était d'une part d'établir un état des lieux des mesures prises au cours des quatre dernières années pour permettre un meilleur accès aux soins de santé et de relever, d'autre part, les mécanismes de rupture qui entravent cet accès à la santé.

En termes de santé, les réformes peuvent être envisagées :

- d'un point de vue curatif,
- d'un point de vue palliatif.

Les mesures curatives

1998 : un important bloc de mesures de type curatif est mis sur pied

Afin d'ouvrir l'accès aux soins de santé au plus grand nombre de personnes, une profonde réforme de l'assurabilité est mise en œuvre au début de l'année 98. Les lignes de force de cette réforme sont les suivantes :

- la mise en place de deux grands régimes : le régime général et le régime indépendant ;
- la suppression des catégories dites résiduelles ;
- la révision des règles d'ouverture et de maintien du droit ;
- la suppression du paiement d'un droit d'entrée dans le système ainsi que la suppression du stage (hormis certaines situations exceptionnelles) ;

- la diminution voire la suppression de cotisations ;
- des modifications en ce qui concerne la qualité de personne à charge.

Pour l'avenir, il est envisagé, entre autres :

- de simplifier les procédures au niveau du circuit administratif, ainsi certaines déclarations sur l'honneur ne devront plus être remplies par l'affilié ;
- de revoir les conditions du droit aux petits risques pour les travailleurs indépendants.

Au regard de ce programme, un réel effort d'ouverture a été entrepris pour permettre d'(e) (ré)insérer le maximum de personnes.

Il subsiste cependant des poches importantes de la population hors du circuit :

- des personnes qui pourraient être assurées mais qui en raison d'un cumul de difficultés, n'ont pas ou plus accès au système de soins de santé classique.
- La catégorie des étrangers qui n'ont pas droit au séjour en Belgique ou qui sont en séjour précaire. Si, pour les illégaux, la solution du recours à l'aide médicale urgente existe, celle-ci pose de nombreux problèmes, notamment soulevés par un permanent de «Médecins Sans Frontières» :
 - pour obtenir l'aide médicale urgente, il faut un certificat médical mentionnant le caractère urgent. Or, pour obtenir un certificat, il faut consulter un médecin. Pour ce faire, soit on paie le médecin, soit il faut un réquisitoire du CPAS.
 - Les délais sont souvent un obstacle au bon déroulement du traitement : une demande d'aide médicale urgente exige parfois trois semaines de délai avant d'aboutir.
 - Ce type d'aide est inconcevable dans le cas de

maladies chroniques puisque chaque acte nécessite une nouvelle procédure.

- Se pose également la question du suivi du traitement (exemple: la sortie d'hôpital qui devrait normalement être suivie d'un séjour dans un centre de revalidation).
 - L'aspect préventif est négligé alors qu'il est clairement spécifié dans l'arrêté royal qu'il doit s'agir aussi bien des soins curatifs que préventifs. Le terme «urgent» jette une confusion. Les hôpitaux et les CPAS donnent une interprétation du texte légal beaucoup plus restrictive, la plus restrictive étant que l'urgence s'applique aux urgences de l'hôpital.
 - Enfin, les illégaux ignorent souvent l'existence d'un droit à l'aide médicale urgente ou craignent de l'utiliser.
- Les travailleurs indépendants rencontrent eux aussi de nombreuses difficultés. Le problème de l'accès aux soins tend à s'amplifier depuis que les employeurs ont la fâcheuse tendance à recourir à des travailleurs indépendants en lieu et place des travailleurs salariés. Confrontés à des difficultés financières, ils ne versent plus leurs cotisations sociales et par là-même ne sont plus en règle d'assurabilité pour les gros risques. Pour les mêmes raisons, ils ne contractent pas ou plus d'assurance libre pour les petits risques.

Les mesures palliatives

Pour pallier l'augmentation des interventions personnelles à charge du patient, amorcée dans les années 70 et en constante progression depuis lors, des mesures correctives ont été prises.

En 93 : les franchises sociale et fiscale sont mises en place.

Jusqu'en 97, un tarif préférentiel de remboursement est accordé aux VIPO (veufs, invalides, pensionnés,

orphelins) et ce, en tenant compte de leurs revenus. Ce système d'intervention majorée est élargi, en 97, aux catégories sociales suivantes :

- les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (ex-minimex) et de l'aide équivalente à celui-ci ;
- les personnes handicapées ;
- les bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées ou de la garantie de revenu aux personnes âgées ;
- les bénéficiaires des allocations familiales majorées.

Le système est, en 99, étendu aux chômeurs de plus de 50 ans, uniquement chefs de ménage ou isolés, ensuite en 2001, à tous les chômeurs de plus de 50 ans (les cohabitants sont donc inclus). Un contrôle des revenus du ménage est cependant exercé pour certaines catégories de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

Le système a ses faiblesses. Prenons le cas d'une chômeuse de 49 ans souffrant d'une pathologie lourde, elle renonce temporairement à des traitements de kinésithérapie pour des raisons financières et les postpose jusqu'à l'âge de 50 ans, âge auquel elle pourra bénéficier de l'intervention majorée.

2002 : mise en route du Maximum à facturer, lequel est appelé à remplacer les franchises sociale et fiscale, en mettant en place un mécanisme d'intervention pour les patients devant faire face à des dépenses de santé élevées.

Ces mesures destinées à des groupes cibles connaissent des effets pervers :

- elles ne prennent pas en compte toute une frange de la population dont les revenus de travail peuvent être inférieurs au plafond fixé pour l'octroi de l'intervention majorée ;
- elles introduisent un principe de sélectivité opposé à celui d'assurance sociale égale pour tous.

*

*

*

Je vais faire le point sur les différentes études réalisées dans le domaine de l'accès aux soins de santé. J'espère que ces études ont contribué à la mise en œuvre de nouvelles mesures.

Associer santé et droit (le thème de la première table ronde) est un lieu commun, une évidence. C'est affirmer dans le débat public le droit à la sécurité sociale, à l'aide sociale, à la protection, à la santé.

Pourquoi faire du droit à la santé une valeur fondamentale ?

Passons en revue quelques faits importants de l'histoire de la maladie et de la médecine. Dans toute société, l'histoire a toujours été marquée par la lutte contre la maladie. Au 19^{ème} siècle, la santé devenait de plus en plus nécessaire au bon fonctionnement et au développement des sociétés en voie d'industrialisation. La santé de la population était donc un sujet fort important pour l'Etat. Celui-ci a fortement valorisé «l'hygiénisme», un courant médical qui, à cette époque, était en pleine expansion. Ce principe a favorisé l'émergence d'une société caractérisée par la médicalisation (avec toutes les difficultés que cela peut entraîner) des problèmes sociaux. La médecine scientifique a joué un rôle important.

Les soins de santé constituent un des principaux secteurs d'activité des pays développés. L'histoire de la maladie a fortement été marquée par le principe de la prise en charge collective des malades dans le cadre de l'assurance sociale, par la notion de solidarité entre les différentes couches de la société et par la mise en place d'une assurance en vue de contrer les différents risques de l'existence.

Un droit aux soins a progressivement été affirmé. Ce principe diffère de la notion de droit à la santé. En 1959, le ministre Edmond Leburton affirmait : «en ce qui concerne le droit à la santé, il s'agit de permettre à chaque être humain d'avoir la certitude que, quelle que soit son origine, quelle que soit sa condition, quels que soient ses moyens financiers, il pourra être soigné dans de bonnes conditions et que l'argent ne constituera plus une barrière à l'accès à certaines catégories de soins de santé»¹. Cette phrase formulée il y a près d'un demi siècle est toujours d'actualité.

La problématique de l'accès aux soins de santé se pose dans ce contexte. En terme de sécurité sociale, le constat est globalement positif. Comme le constatait Carine Vandeveld, l'évolution a été extrêmement importante. Le système belge de l'accès aux soins est globalement bon et performant. En effet, 99% de la population est couvert par l'assurance maladie obligatoire.

La Belgique a développé des services de proximité (on parle donc aussi d'accessibilité géographique). Ces services connaissent cependant des limites.

La Belgique connaît une bonne accessibilité temporelle en matière de soins de santé. Les gens peuvent assez rapidement bénéficier de soins. Notre pays n'a pas de listes d'attentes semblables à celles qui existent en Angleterre.

En Belgique, l'accessibilité sociale, culturelle, économique est relativement bonne. Nos indicateurs de santé sont aussi bons. L'espérance de vie est longue. Au niveau européen, les indices belges de mortalité maternelle et infantile sont très bas. Le bilan est donc globalement positif.

1. Edmond Leburton, « Le droit à la santé » discours prononcé au congrès du Parti Socialiste belge - Bruxelles, 19.09.1959

Des études relatives à l'accès aux soins proposent un éclairage différent.

Dans une étude française (menée par le CreDES en 1997), 14% des personnes déclarent avoir renoncé aux soins de santé pour des raisons financières². En 2002, ce même centre d'étude met en évidence le nombre important de personnes qui renoncent aux soins dentaires³.

L'Institut scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur a réalisé deux études (l'une en 1997, l'autre en 2001) sur l'ensemble du territoire belge. Elles ont été réalisées sur base d'un échantillon de 10.000 personnes sélectionnées au hasard dans la population belge. Dans ces études, 33% des ménages estiment que leurs dépenses en matière de soins de santé sont difficilement supportables. A Bruxelles, une personne sur cinq déclare reporter des soins pour raisons financières⁴.

Ces constats ont été confortés par une étude récente réalisée par l'université libre de Bruxelles à la demande des mutualités socialistes afin de déterminer leur place dans le système de santé. L'étude démontre que 20% des affiliés des mutualités socialistes déclarent reporter des soins de santé.

Je rejoins la position de Carine Vandeveldde en soulignant que certaines catégories de la population méritent une attention particulière. En effet, elles présentent des taux extrêmement élevés de report de soins, voire même de renoncement aux soins.

En 1997, les assistantes sociales des centres de service social des mutualités socialistes ont mis sur pied le «baromètre social», outil visant le recueil d'informations socio-sanitaires, plus particulièrement ciblé sur

les problèmes d'accès aux soins. En 1999, l'étude était consacrée aux chômeurs et aux minimexés. 40 % des personnes interrogées déclaraient renoncer aux soins ou les reporter.

Le baromètre social 2000 a été centré sur la problématique de l'accès aux soins dans les ménages composés d'au moins un actif disposant de faibles revenus (qui ne peuvent pas bénéficier des mesures favorables aux chômeurs ou aux bénéficiaires du revenu d'intégration sociale comme par exemple l'intervention majorée). 43% des personnes appartenant à ce groupe ont déclaré renoncer ou reporter des soins de santé.

En outre, les personnes qui ne déclarent pas renoncer à des soins de santé éprouvent néanmoins des difficultés à se faire soigner.

Ces études réalisées par les mutualités socialistes ne présentent sans doute pas la validité statistique des grandes études nationales. Elles fournissent néanmoins un complément d'information sur les circonstances qui poussent les gens à reporter les soins de santé. Elles permettent ainsi de constater que l'accès aux soins est rendu difficile par le manque d'argent. Certaines personnes font des choix parmi les différents types de soins dont elles ont besoin. Par exemple, elles achètent certains médicaments mais ne renouvellent pas les verres de leurs lunettes. D'autres ont recours aux soins uniquement en cas d'extrême urgence.

Les usagers qui reportent des soins ne sont pas nécessairement exclus du système. En effet, 90 % des personnes qui ont été interviewées par les mutualités ont eu recours à un prestataire de soins au cours du mois précédant l'interview. Ce constat doit pousser

2 CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Etude « santé, soins et protection sociale en 1997 » publiée en 1999 - n°1255 et 1255b.

3. « Problèmes dentaires et précarité », CREDES, Février 2002, n°1369.

4. Enquête de Santé 1997 - La santé en Belgique, ses communautés et ses régions.

les mutualités socialistes à se questionner au sujet de leur responsabilité. Quel est en effet le rôle de la mutuelle lorsqu'elle détecte des personnes qui reportent leurs soins alors qu'elles sont couvertes par l'assurance soins de santé ?

J'estime que les mesures mises en place sont parfois inadéquates. Elles ne tiennent pas compte des difficultés rencontrées par les personnes lorsqu'elles doivent avancer le paiement des soins.

La complexité croissante du système rend aussi plus difficile l'accès aux droits. La maîtrise de l'information est primordiale pour l'accès aux soins des familles.

La problématique de la santé ne se limite pas aux soins. Celle-ci s'inscrit aussi dans un processus de production des inégalités sociales et des rapports de pouvoirs.

* *
*

Myriam Despiegelaere - Directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Le droit à la santé et l'accès à la santé n'ont pas la même signification que le droit et l'accès aux soins de santé. En matière de santé, les politiques ont l'impression que leur pouvoir d'action peut surtout s'exercer dans le domaine des soins de santé. La problématique des soins de santé est en effet cruciale. Néanmoins, elle ne doit pas être systématiquement le principal centre d'intérêt.

Les principaux déterminants de la santé se situent dans notre environnement physique et social. Les conditions de travail et de logement ont une influence sur notre santé. Ces conditions sont inégalement réparties parmi la population (certains groupes de population jouissent de meilleures conditions que d'autres). Il est donc nécessaire d'articuler les politiques d'accès aux soins avec les autres politiques.

L'Observatoire de la Santé et du Social est fort attentif aux témoignages des personnes qui éprouvent des difficultés d'accès aux soins de santé.

Certaines d'entre-elles disent qu'elles doivent faire des choix entre les soins de santé et une sécurité minimale pour elles-mêmes et leur famille, entre le loyer à payer et une hospitalisation, entre l'achat d'une alimentation équilibrée et l'acquisition de médicaments.

Dans certains cas, elles doivent aussi choisir entre les soins de santé et la possibilité de nouer des liens sociaux (en se payant un GSM par exemple).

Ces personnes demandent à pouvoir bénéficier de soins de qualité sans devoir pour autant renoncer au minimum vital. Les factures relatives aux soins constituent bien souvent une source de stress pour les personnes précarisées. Celles-ci craignent aussi les

huissiers. En effet, les hôpitaux font rapidement appel à ceux-ci pour recouvrer des factures impayées.

Par ailleurs, les gens demandent à être respectés et reçus dans la dignité. Certaines politiques de discrimination positive sont stigmatisantes. En effet, pour un grand nombre de CPAS, les mesures favorisant l'accès aux soins sont liées à une forme de stigmatisation. Généralement, on considère qu'il s'agit de mesures pour les pauvres.

Enfin, les personnes désirent qu'on tienne compte de leurs conditions de vie. Après l'hospitalisation, un grand nombre d'entre elles doivent réintégrer un domicile manquant de confort. Elles peuvent aussi manquer d'un support social.

Les personnes veulent aussi bénéficier de soins sans devoir dépenser une énergie considérable dans des démarches administratives complexes. Certains usagers n'ont pas de téléphone ni de voiture. Les démarches sont alors plus compliquées, prennent plus de temps et exigent donc beaucoup d'énergie. Ces personnes désirent pouvoir bénéficier d'un temps nécessaire au dialogue, être informées correctement au sujet du traitement qu'elles suivent. Les usagers regrettent l'informatisation croissante. Selon eux, elle fait perdre le contact individuel (notamment avec les guichetiers des mutualités). Aujourd'hui, les remboursements se font par voie informatique. Ce mode de paiement réduit les possibilités de collecter des informations.

La population précarisée face aux soins de santé est particulièrement importante à Bruxelles. Pascale Martin disait que 20% de Bruxellois renoncent aux soins ou les reportent. Ce constat avait été émis sur base d'un échantillon représentatif. Dans le type d'enquêtes auxquelles Pascale Martin faisait référen-

ce, certaines personnes ne sont pas interrogées. Il s'agit des personnes qui ne figurent pas dans le registre national ou qui ne sont pas contactables. Je pense aux personnes sans abri, aux individus en situation d'irrégularité ou récemment régularisés. Certaines d'entre elles sont dans de grandes difficultés. Elles reçoivent en effet des factures qu'elles ne peuvent assumer financièrement. Ainsi, à Bruxelles, un échantillon représentatif ne correspond pas nécessairement à la population réelle.

L'accès aux soins est étroitement lié au coût général de la vie. Des loyers extrêmement élevés, l'endettement, le coût de l'éducation des enfants, les frais de transport public peuvent alors être un frein à l'accès aux soins. La problématique de l'accès aux soins doit donc être appréhendée dans un contexte plus

large. Une politique de modération des loyers pourrait être ainsi plus efficace que des politiques plus ciblées d'accès aux soins.

Bon nombre de personnes souhaitent participer activement aux réflexions concernant la problématique de l'accès aux soins de santé ainsi qu'à l'évaluation des mesures existantes. Elles désirent également faire connaître leurs points de vue et leurs expériences dans le cadre de l'élaboration de politiques globales. Mais il n'est pas toujours aisé de donner la parole aux personnes directement concernées par les difficultés d'accès aux soins. Ainsi, lors d'un récent colloque, les scientifiques et les politiques avaient un temps de parole beaucoup plus important que les usagers en situation de précarité.

* *
*

Nicolas Gruselin - Conseiller communication-formation, Fédération des Centrales de Services à Domicile

Travaillant dans le cadre des Centrales de Services à Domicile (CSD), mon exposé sera consacré au droit à l'aide chez soi.

A propos de la notion «d'aide chez soi».

Le 10 décembre dernier, la fédération des CSD organisait un colloque s'intitulant «Droits de l'homme, Droits du patient, Droit à l'aide chez soi». Ces derniers termes renvoient directement à la raison d'être des CSD. Celles-ci offrent des soins et des services de type social et domestique. Ainsi, les usagers en perte d'autonomie (temporaire ou définitive) peuvent bénéficier d'un dispositif complet leur permettant de continuer à vivre à domicile, confortablement et en toute sécurité. Il est donc question d'une aide professionnelle qui ne doit pas toujours être associée aux notions d'isolement moral et affectif de la personne aidée, et/ou à la démission des familles. Le maintien à domicile implique bien souvent l'intervention d'autres acteurs non professionnels dont l'aide est non négligeable.

Dans une enquête⁵ réalisée par la Fédération des CSD, près d'un usager sur quatre déclarait ne bénéficier d'aucune autre aide que celle apportée par des professionnels de l'aide et de soins à domicile.

Cela démontre bien la nécessité des services d'aide socio-sanitaire professionnelle dont l'action est complémentaire à celle des «ayants naturels» (les proches de la personne), voire supplétive quand ceux-ci sont effectivement absents.

A propos de l'accessibilité à l'aide chez soi.

L'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits

du patient⁶ énonce le droit de l'usager à bénéficier de la part du praticien professionnel, de prestations de qualité répondant à ses besoins, et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

L'article 6 assure au patient le droit au libre choix du praticien professionnel ainsi que le droit de modifier son choix en cours de traitement.

J'estime dès lors que tout usager doit pouvoir avoir accès financièrement aux structures d'aide et de soins à domicile de son choix (pour autant qu'il soit physiquement et/ou mentalement capable de rester à domicile en toute sécurité). Il doit également pouvoir avoir accès aux informations concernant l'existence de celles-ci.

L'accès aux soins à domicile doit, en effet, être envisagé sous trois angles (financier, géographique, physique/psychique) pour rendre effectifs les droits énoncés dans les deux articles de la loi précités.

Les CSD ont à mon avis un rôle important à jouer pour garantir l'accessibilité la plus large possible au système de l'aide chez soi. Mais la responsabilité du politique est aussi largement engagée.

1. L'accessibilité financière

Quelques chiffres.

Selon l'enquête précitée, la contribution mensuelle moyenne des usagers pour bénéficier des services des CSD est de +/- 80 euros.

5. Cette enquête a été réalisée en 2002 auprès d'un échantillon composé de 259 usagers des CSD. Elle concernait leurs attentes et leurs souhaits en matière d'accompagnement socio-sanitaire à domicile.

6. Publiée au M.B. du 26/09/2002 (Ed.2)

Plus le niveau de dépendance est élevé, plus la contribution financière est importante. Près de 6% des usagers des CSD doivent payer 248 euros par mois et 1% de ceux-ci doit payer 620 euros par mois.

La contribution mensuelle moyenne des usagers (+/- 79 euros) correspond à 11% du revenu global déclaré (les usagers des CSD déclarent un revenu mensuel moyen de +/- 719 euros). Ceci ne concerne que le coût de l'aide professionnelle auquel doivent se rajouter toutes les autres dépenses nécessaires au maintien à domicile (loyer, factures, médecin, médicaments...). La plupart des usagers des CSD ont renoncé à faire appel à des services non-subsidiés pour limiter les coûts. L'enquête démontre que pour 38% des usagers des CSD, cette contribution mensuelle est difficile, voire impossible à assumer pour leur budget.

Les services non-subsidiés (la garde à domicile). La fonction de garde malade n'est ni reconnue, ni subsidiée. Les services doivent donc développer cette offre sur fonds propres, en fonction des besoins spécifiques de leur région. Ce service connaît des limites en termes de disponibilité (problème de recrutement) et de tarif (tarif horaire). Les besoins sont criants. De plus, il s'agit d'un besoin supplémentaire pour lequel la réponse apportée (reconnaissance et subsidiation de cette fonction) ne doit pas se faire au détriment de ce qui existe déjà !

D'autres besoins non-satisfaits nécessitent aussi la création de nouveaux services. Il faudrait en effet créer des lieux d'hébergement (de jour et/ou de nuit pour les courts séjours) permettant à la fois à l'usager et à son entourage de «souffler», un système de transport adapté à toutes les situations sanitaires ainsi qu'un système de transport d'utilité sociale (aller au restaurant, au cinéma, en visite). Sans la reconnaissance et le soutien des pouvoirs publics, ces services ne pourront pas être mis place.

Le barème de l'usager

Le service d'aide aux familles est régi par le principe du «barème de l'usager». Celui-ci détermine le coût des prestations en fonction des revenus du bénéficiaire. Dans les familles composées d'adultes appartenant à des générations différentes, il faut tenir compte de tous les revenus du bénéficiaire de l'aide, auxquels on ajoute le tiers des revenus de chacune des personnes qui cohabitent avec lui. Lorsque les usagers habitent chez leurs enfants, on tient compte des revenus de ceux-ci pour le calcul des taux. Ces usagers peuvent donc payer davantage que s'ils étaient isolés.

Tous ces exemples démontrent à suffisance qu'il est vraiment temps d'envisager la mise sur pied d'une assurance autonomie, de revoir le barème de l'usager et de mettre en œuvre toutes les mesures visant à rendre l'accompagnement à domicile moins coûteux, donc plus accessible.

2.L'accessibilité géographique

La notion de proximité est un sujet sensible. En effet, le travailleur doit généralement s'immiscer dans le lieu de vie intime et quotidien de l'usager. «L'appropriation subjective du lieu de vie se fait diversément selon les personnes, selon les moments de l'existence, selon les raisons qui conduisent au changement éventuel, selon les modalités et les conditions d'un déménagement. Et avant tout, selon l'histoire sociale de chacun»⁷. L'action des CSD doit s'inscrire le mieux possible dans le projet de vie de l'usager. Il faut connaître l'usager, l'aider à gérer sa vie et l'accompagner dans ses choix. Cela suppose donc une certaine proximité. Par ailleurs, une bonne connaissance de la personne aidée permet également à l'intervenant d'anticiper certaines réponses, d'agir de manière préventive notamment pour faire

7. Pascale Martin, « Le maintien à domicile », intervention au colloque de la fédération des CSD : « Droits de l'homme, droits du patient, droit à l'aide chez soi », P2, Wepion, le 10 décembre 2002.

face à certains besoins nouveaux liés à la dépendance. C'est pourquoi, les équipes d'intervenants des CSD sont divisées en petites zones pour établir cette relation privilégiée (même si les structures des CSD sont organisées pour couvrir un large territoire). De surcroît, les services de coordination des CSD veillent à la continuité et à la circulation des informations entre tous les intervenants. Cette coordination renforce le suivi et la continuité de l'aide et des soins apportés.

Il ne faut pas confondre proximité sociale et proximité géographique. Certains souhaiteraient organiser des soins de première ligne à partir de petites structures à l'échelle d'un quartier, avec l'intervention des acteurs de ce quartier. A mon avis, ce modèle d'organisation en vase clos risque de créer un réseau qui ne garantira ni le libre-choix, ni le respect de la vie privée tant des usagers que des travailleurs. Les usagers doivent pouvoir choisir librement leur prestataire de services. Les services d'accompagnement à domicile doivent répondre à des approches philosophiques ou idéologiques différentes.

Les CSD ne peuvent pas toujours répondre à tous les besoins. Dans ce cas, l'utilisateur peut être renvoyé vers un autre service. Une coordination doit alors être mise en place. Mais, l'utilisateur ne trouve pas nécessairement la réponse qu'il attend ailleurs. Il faudrait créer une structure administrative (mais non opérationnelle) pour une zone donnée (regroupant des représentants de tous les services actifs sur la zone) qui garantirait la prise en charge de tout habitant de sa zone.

3. L'accessibilité physique et psychique

Le souhait de demeurer à domicile renvoie au droit que vient d'évoquer Pascale Martin, à savoir " au droit à organiser sa vie privée comme je l'entends, au rythme que j'ai décidé et entouré de qui je souhaite, les contraintes et les limites étant celles de ma propre

dépendance, qu'elle soit affective, sociale, économique ou physique»⁸.

Mais peut-on néanmoins restreindre ce droit ? Si on parvenait à en fixer les limites, qui pourrait alors déterminer le seuil de dépendance physique et/ou psychique qui impose l'institutionnalisation ? J'estime que cette décision, même si elle est inéluctable, doit être le fruit d'une concertation entre l'utilisateur et l'ensemble des partenaires qui contribuent au maintien à domicile. Beaucoup d'autres questions se posent encore. Qu'en est-il de la responsabilité de la famille face aux besoins de prise en charge d'un de ses membres ? Les CSD doivent-elles s'abstenir d'intervenir parce que la famille refuse de s'investir, pour des raisons qui lui sont propres ? Est-ce obligatoirement le rôle d'une fille d'être la soignante de sa maman ? En tout cas, toute décision de limitation en offre de soins doit être gérée au cas par cas par des personnes qui connaissent bien l'utilisateur et sûrement pas par une administration qui n'a aucun contact avec la personne en difficulté.

L'action des CSD ne peut pas se limiter à poser des actes techniques. Il faut aussi libérer du temps pour humaniser davantage la relation entre la personne aidée et celle qui la prend en charge. Cette relation devrait être aussi importante que le geste purement technique. L'utilisateur doit avant tout se sentir bien lors de la prise en charge. C'est la condition indispensable pour assurer une aide et des soins de qualité. Or, les CSD doivent faire face à des contraintes de fonctionnement qui entravent la disponibilité souhaitée par les usagers. Cette disponibilité est généralement excessive par rapport au temps réellement requis pour assurer une prise en charge de qualité. En effet, l'isolement moral et affectif des usagers s'accroît et leurs attentes dépassent de loin les missions des CSD. Ces attentes aussi légitimes soient-elles ne pourraient néanmoins être satisfaites qu'au détriment des autres prises en charge.

8. Pascale Martin, *op.cit.*

C'est pourquoi, il est important que les pouvoirs publics subventionnent «le temps de la relation». Il est aussi indispensable que l'action des CSD soit conditionnée par une convention conclue entre les usagers et les prestataires. Cette convention devrait être applicable à toute prise en charge. Son principal

intérêt consisterait à établir un équilibre entre l'ensemble des souhaits des usagers et la charge de travail nécessaire pour y répondre, en tenant compte des contraintes qui s'imposent aux différents intervenants.

* *
*

Débat

Jean-Paul Van Keerbergen (journaliste)

Je tiens à souligner, à l'issue de ces 3 prises de parole, qu'on se focalise trop sur les soins médicaux proprement dits. Le droit à la santé ne se limite, en effet, pas au seul aspect curatif, même si cette dimension est importante (quand on est malade, il faut avant tout pouvoir se soigner).

En outre, le système des soins ne tient pas assez compte de l'encadrement nécessaire des personnes précarisées (socialement ou mentalement) qui sortent de l'hôpital. Les systèmes qui sont censés lutter contre les difficultés d'accès aux soins sont sans doute beaucoup trop catégoriels et administratifs. A ce titre, le système du maximum à facturer (le MAF), présenté par le Ministre des Affaires sociales comme une panacée, peut être remis en question. En effet, il ne concerne que les soins remboursés. De nombreux soins restent donc exclus du système du MAF.

Enfin, lorsqu'on aborde la question des soins de santé, les usagers ont rarement la parole. Ils sont perçus comme des assistés que l'on prend en charge.

Caroline Vanbrusselen (chef du Service Social Accueil à l'hôpital Brugmann, hôpital public)

Il existe de nombreux problèmes (notamment en matière de soins de santé) avec les personnes les plus précarisées (les clandestins, les illégaux, ou les personnes en voie de régularisation). Après avoir bénéficié d'un suivi médical ou chirurgical dans une institution hospitalière, ces personnes quittent l'hôpital. Il faut éviter à tout prix que ces usagers quittent l'institution alors qu'ils ne sont pas encore totalement guéris. Plusieurs CPAS refusent, en effet, l'accès à des centres post-cure pour ces catégories de personnes. Par ailleurs, un certain nombre de patients sont sans domicile fixe ou vivent dans de mauvaises conditions

de logement. Bien souvent, cette situation empêche le service comme celui où je travaille, de renvoyer la personne chez elle. J'évoque ce problème afin de voir si certaines personnes présentes dans la salle ont des solutions à proposer.

Anne Herscovici (Présidente du CPAS d'Ixelles)

Dans certaines situations, les CPAS refusent d'intervenir parce qu'il s'agit de soins qui ne sont pas remboursés par le fédéral. Si le CPAS finance des aides sur fonds propres, il se fait rappeler à l'ordre et mettre sous tutelle.

Il faut essayer de mettre un terme à nos impuissances et aller frapper ensemble aux bonnes portes.

Jean-Paul Van Keerbergen

L'accès aux urgences hospitalières a souvent été évoqué. Les gens s'y rendent souvent pour un oui ou pour un non. Pour les dissuader de s'y rendre, on a songé à leur faire payer un ticket modérateur.

Des mesures ont-elles été mises en oeuvre pour faciliter les consultations avec les généralistes? Les médecins généralistes de Bruxelles éprouvent en effet beaucoup de difficultés à faire financer leurs gardes. Par ailleurs, les généralistes sont moins enclins à faire des consultations d'urgences pendant la nuit ou le week-end. Des organismes régionaux ne devraient-ils pas favoriser l'organisation de ce type de services à domicile ?

Une participante

On devrait encourager les personnes à avoir plus souvent recours au médecin généraliste. Il faudrait également créer des dispensaires de première ligne dans les hôpitaux où les urgences sont surchargées. Ces

entités prendraient en charge les demandes de soins légers (grosses angines, pansements, ...). Les services d'urgence ne recevraient que les cas jugés graves.

Certaines personnes s'adressent à la garde car les frais sont postposés (les soins prodigués à la garde ne doivent pas être directement payés).

Les personnes les plus précarisées ont perdu l'habitude de faire appel au médecin généraliste.

Myriam Despiegelaere

Au sein des hôpitaux, la garde permet l'admission d'un grand nombre de personnes. Elle lui fournit donc une grande quantité de clients, ce qui peut être bénéfique. Les médecins généralistes veulent quant à eux récupérer leurs patients et revendiquent la prise en charge de l'ensemble des soins de type généraliste.

Au sein du secteur de la médecine générale, les besoins réels des patients ne sont pas assez pris en compte. Les revendications d'ordre financier des généralistes et des instances hospitalières empêchent cette prise en compte.

Selon les enquêtes concernant la santé, 1/4 des personnes a recours aux urgences pour des raisons financières. Les autres personnes y ont recours pour d'autres raisons; notamment pour l'importance du plateau technique auquel ils ont rapidement accès (cela les rassure).

L'hôpital public est souvent le seul endroit où les illégaux (précarisés) peuvent se rendre pour s'y faire soigner. Généralement, ils considèrent que le médecin généraliste n'est pas la personne à qui ils doivent s'adresser (même s'ils désirent se faire traiter par celui-ci). Il faudrait apprendre à certaines personnes à avoir plus confiance en leur médecin généraliste.

Le fédéral et les mutuelles devraient permettre aux prestataires de première ligne d'avoir recours au tiers payant. Les gens s'adresseraient alors plus facilement aux services de la première ligne. Le système actuel du tiers payant engendre malheureusement

une grande lourdeur administrative. Cependant, il devrait être impérativement rendu plus accessible.

Les dispensaires dans les hôpitaux ne garantissent pas le suivi médical, la liberté de choix des médecins. Ils n'établissent pas de relation de confiance comme celle qu'il peut y avoir entre le médecin généraliste et son patient. A Bruxelles, la première ligne devrait être davantage valorisée.

Jean-Paul Van Keerbergen

Les institutions peuvent avoir tendance à privilégier la recherche de subsides. Il ressortait de l'exposé de Nicolas Gruselin que les CSD devaient en priorité récolter des subsides pour assurer leur pérennité. Et pourtant, la recherche de subsides ne permettra pas de résoudre tous les problèmes.

Une participante

Je constate que les maisons médicales offrent une très grande facilité d'accès aux soins. Ne faut-il pas développer ces services ?

Pascale Martin

Je rejoins votre position en évoquant le témoignage d'une mère qui a eu recours aux services d'une maison médicale. Grâce à cela, elle a pu profiter d'un suivi médical, recevoir les soins qu'elle reportait depuis un certain temps tout en ne grevant pas trop lourdement son budget. Les maisons médicales offrent une autre sorte de médecine. Elles appréhendent l'individu en tant qu'acteur.

Par ailleurs, la mutualité a un rôle à jouer dans la défense du principe du tiers payant. Elle n'a pas uniquement un rôle de payeur. Elle doit aussi favoriser les liens sociaux (notamment par le service rendu au guichet). Le monde mutualiste doit développer une action sociale d'accompagnement, de défense, d'information. La mutualité socialiste s'inscrit dans le courant de cette évolution.

*

*

*

Texte introductif basé sur la séance du 19 septembre 2002 : «Le travail en réseau : Espoir ou solution».

Plusieurs thèmes y ont été abordés.

1. Le travail de l'assistante sociale en institution hospitalière.

Pour diminuer le coût de l'accès à la santé, il arrive que les acteurs du réseau socio-sanitaire orientent le patient vers d'autres structures. Ils peuvent proposer les services d'un hôpital public au lieu de ceux d'un hôpital privé, le recours aux services d'une maison médicale au lieu de ceux d'un médecin généraliste. Bien sûr cela peut poser un problème éthique.

Le problème des factures hospitalières impayées vient en partie du manque d'informations au moment de l'admission et notamment de certaines réticences à expliquer les différents coûts liés au choix de la chambre.

Lorsque l'arrivée se fait via le service des urgences, l'assistant social doit analyser la situation sur base d'une anamnèse sociale en parallèle avec le dossier médical du patient. Il doit d'une part tenir compte de l'aspect rentabilité de l'établissement hospitalier et d'autre part il est tenu de défendre les intérêts du patient qui doit recevoir des soins appropriés.

Il faut savoir qu'à Bruxelles, le réseau IRIS permet dans certains cas à certains hôpitaux privés de bénéficier de la prise en charge. Il apparaît cependant clairement que les cliniques privées préfèrent, si c'est médicalement possible, organiser un transfert du patient vers une institution publique car celle-ci aura plus de possibilité d'obtenir un réquisitoire ou une régularisation.

Cette analyse est parfois difficile à faire, compte tenu du contexte démographique bruxellois et notamment

de la proportion d'immigrés qui ne maîtrisent pas bien la langue au sein de la population.

Un autre élément intervient dans le coût des soins : les honoraires des médecins à propos desquels les patients posent rarement des questions. Si, en règle générale, le prix de la chambre est évoqué, on mentionne plus rarement la question des suppléments d'honoraires auxquels les médecins peuvent prétendre. Les gens sont donc souvent surpris par la facture qu'ils reçoivent. Les organismes assureurs et les assistants sociaux ont un rôle important à jouer pour informer les gens au sujet des factures hospitalières.

2. Le travail de l'assistante sociale dans un organisme assureur.

Une assistante sociale de la CAAMI (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité) était présente à la formation. Selon elle, 45% des affiliés à cette caisse peuvent être considérés comme défavorisés. Il s'agit essentiellement de personnes qui touchent le revenu d'intégration sociale, d'indépendants qui ne paient plus leurs cotisations sociales, Jusqu'à présent, la CAAMI a beaucoup travaillé en vase clos et est relativement isolée dans le paysage socio-sanitaire. Ses travailleurs sont actuellement prêts à travailler en réseau, avec les maisons médicales, les travailleurs sociaux qui à un titre ou l'autre se chargent des intérêts de leurs affiliés.

3. Le travail en réseau.

Le travail en réseau s'est fort développé entre les services hospitaliers psychiatriques et les services de santé mentale. Toutefois, les travailleurs préfèrent parler de collaboration plutôt que de travail en

réseau. Il s'agit, en effet, plus de contacts personnels qu'institutionnels.

Dans le domaine de la psychiatrie, ce réseau fonctionne apparemment déjà bien. Les personnes qui sortent des services psychiatriques, doivent pouvoir bénéficier d'un suivi médical. Les assistants sociaux de ces services doivent donc impérativement trouver des relais extérieurs : des institutions (maisons médicales, centres de guidance, ...) ou des relais familiaux.

Par contre, le réseau institutionnalisé dans le cadre d'IRIS semble fonctionner, mais uniquement dans le cadre de conventions qui lient les parties signataires - Hélène Mora y reviendra. Dans ce contexte, une personne arrivant aux urgences psychiatriques d'Erasmus (hôpital privé) verra son dossier soumis, préalablement à toute prise en charge, aux hôpitaux du réseau IRIS. Si et uniquement si ceux-ci n'ont plus de place, Erasmus acceptera le patient parce qu'une prise en

charge financière lui sera accordée sur base d'une convention.

4. Le travailleur social face à l'utilisateur.

Certains travailleurs éprouvent des réelles difficultés face à la surconsommation que font certaines personnes des services sociaux. Il n'est pas rare qu'à l'occasion d'une demande, on constate que la personne a déjà fait le tour de plusieurs services qui tous ont pris en charge le dossier. Cela complique considérablement le travail des assistants sociaux. Faut-il défendre l'idée d'une institutionnalisation du réseau pour éviter ces dérapages?

Le travailleur social doit-il se contenter d'aider l'utilisateur? Peut-il aussi le contrôler? Il arrive que les assistants sociaux éprouvent un malaise par rapport aux témoignages des usagers. Où s'arrête l'aide et où commence le contrôle ?

*

*

*

Hélène Mora - Assistante Missions sociales - Réseau Iris (Interhospitalière Régionale des Infrastructures de Soins)

J'aborderai dans mon exposé le rôle des réseaux et les pratiques sociales.

La prise en charge des usagers en situation de précarité (patients insolubles, sans domicile fixe, illégaux, personnes non couvertes par une assurance) implique un engagement commun de différents acteurs et une coordination de leurs travaux. Ce travail d'équipe doit être multidisciplinaire. Il doit créer des synergies locales, favoriser le travail avec tous les partenaires de la santé : les médecins généralistes, les associations, les centres de santé mentale, les maisons médicales, les services de soins à domicile,...

Ce travail de terrain doit aussi déboucher sur une réflexion plus générale à propos du financement, du numerus clausus, de la santé mentale, de la définition des seuils de pauvreté ou du problème des urgences. Cette réflexion doit permettre d'interpeller les instances dirigeantes : les communes, la région, le fédéral.

Pour mettre en adéquation les mesures existantes et les réalités de terrain, les travailleurs sociaux doivent témoigner (grâce à des évaluations, des études) des réalités du terrain aux politiques. Fonctionnant avec des enveloppes fermées, les instances de pouvoir ont malheureusement peu de marge de manœuvre.

Le réseau Iris est constitué de 5 hôpitaux publics avec 10 sites. Ceux-ci jouissent d'une autonomie juridique et budgétaire. Iris est une faîtière chapeautant ces 5 hôpitaux bruxellois. Iris fut créé le 1er janvier 1996 dans le cadre de la législation sur les CPAS sous la forme d'une association de droit public, dite association chapitre 12. Elle a pour but d'assurer la pérennité des hôpitaux publics bruxellois. Le déficit de ceux-ci exerçait une telle pression sur le budget des communes, qu'il risquait de compromettre la poursuite de

leurs activités. Iris doit donc permettre de retrouver un équilibre financier structurel. Les 5 hôpitaux peuvent ainsi continuer à offrir un réseau hospitalier renforcé, accessible à tous quels que soient la langue du bénéficiaire, ses revenus, son origine, ses convictions philosophiques.

La construction d'un tel réseau doit aussi favoriser un sentiment d'appartenance et d'adhésion à un projet commun.

Les managers financiers et médicaux au sein des hôpitaux du réseau Iris ont une grande responsabilité. Mais la réalité des avancées sur le plan médical et des soins, la sophistication accrue de certaines fonctions logistiques et d'appui, l'évolution du système de financement, l'apparition de pénuries impliquent l'absolue nécessité de centraliser les activités au niveau de la faîtière.

Les relations entre les hôpitaux et les CPAS sont régies par la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours par les CPAS. Cette loi, fort ancienne, s'adapte peu aux situations actuelles, plus aiguës. Le taux de pauvreté est en pleine expansion. Entre 1987 et 1995, la croissance du nombre de minimeux est de l'ordre de 198%.

Lors de la création d'Iris, une convention de collaboration (semblable à celle qui liait plusieurs CPAS liégeois au centre hospitalier liégeois, La Citadelle) entre les hôpitaux publics et les CPAS s'est avérée indispensable. Cette convention doit garantir la prise en charge des soins de santé des personnes insolubles. Elle doit aussi favoriser l'adoption de procédures simplifiées (plus courtes dans le temps) et organiser la répartition des tâches entre les hôpitaux et les CPAS.

Une première convention a été signée entre les hôpitaux du réseau et les 6 CPAS qui se trouvent sur les territoires de ces hôpitaux. Son but principal: écourter les étapes dans le paiement des factures. Les hôpitaux peuvent depuis lors s'adresser directement au CPAS du lieu de résidence du patient. La convention a aussi permis la création de formulaires communs. Depuis, les pratiques entre les hôpitaux et les CPAS tendent à s'harmoniser.

En 1998, une nouvelle convention est signée avec 9 autres CPAS de l'agglomération. Depuis, 15 CPAS de la région bruxelloise veillent à uniformiser leurs pratiques.

Le réseau Iris éprouve cependant de nombreuses difficultés. Par manque de place, il ne peut accueillir tous les patients psychiatriques. Il doit réorienter ces patients vers des structures adéquates qui sont parfois des institutions privées. Ces dernières possèdent un réseau informatique permettant de connaître directement les disponibilités en lits. Pour améliorer la prise en charge des patients, il était devenu impératif de s'arrimer à cette organisation. Ainsi, le 2 mai 2002, une nouvelle convention a été signée entre Iris, les hôpitaux du réseau et des hôpitaux psychia-

triques. Cette convention a aussi permis d'harmoniser la prise en charge par les CPAS.

Ces trois conventions s'inscrivent dans une politique de santé publique plus efficace. Certains problèmes doivent encore être résolus. Il faut s'en prendre à la lourdeur des procédures, aux difficultés rencontrées par les hôpitaux de faire des enquêtes au cours de leurs urgences de nuit ou du week-end ou d'identifier certains patients qui n'ont pas de documents d'identité.

Les CPAS ignorent parfois les demandes de personnes que leurs services ne connaissent pas. Les hôpitaux n'ont pas accès au registre national. Ils ne savent pas toujours déterminer le CPAS compétent à contacter.

Les CPAS et les hôpitaux sont des partenaires qui contribuent à réaliser les mêmes objectifs : permettre à tous l'accès à des soins de santé de qualité en respectant la dignité humaine. Ils veulent aussi améliorer les procédures administratives, diminuer leurs coûts et favoriser un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Iris s'inscrit dans un projet de santé publique bruxellois.

*

*

*

D'entrée de jeu, mon intervention est le résultat d'une certaine forme de travail en réseau. J'ai soumis le texte de mon intervention à différentes personnes de mon réseau habituel et leur ai demandé de réagir. Le texte définitif mêle donc mes propos à ceux de mes collègues, d'un médecin, d'un psychiatre, d'assistants sociaux, d'un psychologue, d'un sociologue, et autres travailleurs de maisons médicales, de services de santé mentale, de CPAS, de services sociaux généraux.

Je m'adresse aux acteurs de terrain et j'espère pouvoir être entendu par les politiques.

Depuis fort longtemps, les interventions sociales s'appuient sur le travail en réseau. Progressivement ce travail en réseau s'est étoffé au point de devenir parfois un système soutenu et/ou installé de manière active par les instances subsidiaires. Aujourd'hui tout le monde s'accorde pour dire qu'il va de soi. Pourtant, il reste le lieu de tensions extrêmement fortes. Les organisateurs de ce colloque ne s'y sont d'ailleurs pas trompés puisqu'ils ont intitulé (très justement) une séance de leur cycle de rencontres : «Le travail en réseau : espoir ou solution ?».

Derrière ces mots, il y a un débat important où considérations économiques, politiques, sociales et éthiques se nouent sans cesse.

Je propose d'intituler mon exposé: «Le travail en réseau : ligne d'horizon pour un travail social actif».

Qu'ai-je à dire sur le travail en réseau? Deux, trois vérités qui tombent sous le sens. Un travail en réseau n'est efficace que si la confiance règne entre intervenants. Cette confiance repose sur des liens personnalisés qui se sont tissés au fil des mois, des années et toujours autour de situations concrètes qui ont mobi-

lisé plusieurs acteurs du champ social. Ce tissage prend différentes formes, des plus sommaires (les échanges informels) au plus institutionnalisées (les partenariats entre équipes ou les coordinations de tout ordre).

En pratique, pour un travailleur social, le travail en réseau est constitué par un carnet d'adresses et par une multitude de contacts avec d'autres professionnels. En effet, très souvent les personnes qui font appel à nos services sont aux prises avec des problématiques de types psychologique, social, judiciaire et parfois politique. A l'habituelle approche pluridisciplinaire s'ajoute alors la nécessité d'une approche multidimensionnelle. La complexité même des différentes matières que nous sommes amenés à traiter (en tant qu'assistants sociaux ou intervenants sociaux) n'est plus maîtrisable par un seul acteur et nous oblige sans cesse à avoir recours au savoir de l'un ou l'autre intervenant.

Le réseau qui se tisse autour d'une situation peut être excessivement large. Il se construit en cercles concentriques autour de la problématique rencontrée. Le travail en réseau est en constante construction et déconstruction. C'est en quelque sorte une création spontanée autour d'histoires de vies qui ont toutes en commun un défaut d'inscription dans le champ social. Ce réseau est donc de façon permanente en mouvement. Il n'a pas de forme pré-établie, formelle. Sa stabilité est conjoncturelle et donc limitée dans le temps. Il se crée spontanément lors de la première rencontre entre l'intervenant et la personne qui vient lui demander une information, une écoute ou une assistance. Il se construit pas à pas avec l'utilisateur de nos services.

Voilà brossé en quelques traits le travail en réseau tel que nous nous le représentons dans une majorité de situations. C'est en définitive, la concrétisation dans

le réel d'une philosophie de travail qui revendique, pour les personnes, le droit à être considérées dans leur globalité. Ce travail en réseau n'a que faire des catégories cibles, des diagnostics et de toute contractualisation.

Le travail en réseau est un tissage constitué de mailles assez serrées pour permettre à l'utilisateur de trouver une assise suffisamment bonne. Par ailleurs, elles ne doivent pas être trop serrées sinon elles peuvent empêcher l'utilisateur d'évoquer l'originalité propre de la situation qui l'amène à demander une aide.

Il s'agit d'une description idéale. En effet, dans la réalité, le travail en réseau est traversé par des tensions. Faire l'économie de l'énonciation de ces tensions conduirait à abandonner les visées du travail en réseau aux seules logiques d'efficacité et de rentabilité.

Quelles peuvent être ces tensions ?

- La description préalable du travail en réseau ne mentionne pas que nos clients, nos bénéficiaires, nos ayants droits, nos usagers n'ont pas voix au chapitre. Ceci est en contradiction avec la notion de responsabilité personnelle mise en avant par l'Etat social actif.
- Second exemple de tension. Le travail en réseau est avant tout une somme d'échanges. Ces échanges font trop souvent tomber le secret professionnel dans le «domaine public» des institutions et des réseaux (si on parle d'une personne, celle-ci est vite connue par d'autres intervenants). On peut comprendre que les politiques voient d'un bon œil la constitution de partenariats autour des personnes sans domicile ou bénéficiant du revenu d'intégration sociale. Mais si on prend la peine de se placer du côté de l'individu, cette pratique est plus contestable.
- Troisième exemple de tension. Une trop grande formalisation du travail en réseau risque d'enfermer certaines personnes dans ces réseaux.

Nicolas Gruselin l'évoquait tout à l'heure. Il est impossible par exemple de bénéficier d'une formation ONEM si on dépend du CPAS. Si on a été hospitalisé dans tel hôpital on devra aller dans tel centre de jour et dans tel centre de santé mentale. Le choix des intervenants médicaux est depuis longtemps limité.

Prenons donc garde à ne pas transformer le travail en réseau en un parcours fléché qui ressemblerait plus à un jeu de "lois" qu'à un espace de rencontre et d'élaboration de solutions humaines.

Il pourrait s'agir de cette vieille histoire qui veut que ce qui se pense pour tous se pense contre l'un... Une vieille histoire qui veut pourtant que le bien de l'un ne puisse se penser sans l'autre. Cela ne suffit pas, c'est d'ailleurs pour cela que j'évoquais dans le titre cette idée de la ligne d'horizon pour un travail social actif.

Définissons d'abord l'horizon. C'est une ligne imaginaire qui s'éloigne de nous au fur et à mesure que l'on essaie de s'en rapprocher. Ainsi la ligne d'horizon de nos Etats sociaux démocrates est ou était constituée par des valeurs telles que l'équité, la justice sociale, l'égalité des chances, la solidarité.

Le travail social actif est un nouveau paradigme qui insiste sur l'idée que les citoyens ont non seulement des droits mais aussi des devoirs. Des droits conditionnés à des devoirs qui parfois ne sont même plus en relation directe avec les droits. En effet, pour pouvoir bénéficier d'un droit, le citoyen doit parfois remplir un devoir qui n'est pas forcément en lien avec ce droit.

Que se passe-t-il si le citoyen ne remplit pas son contrat envers la société ? Cette dernière n'a-t-elle alors plus de devoir vis-à-vis de lui ? Qu'en est-il de la responsabilité personnelle ? Cette rupture est-elle volontaire ou involontaire ? Qui en décidera ?

L'application, sans réflexion ni débat, de telles références sur le travail en réseau peut créer des charges supplémentaires dans le chef des personnes en

détresse. Elles en pâtiront. Mais on peut aussi imaginer que l'ouverture de ces questions permettrait la mise en place de modèles de bien-être progressistes, les plus éloignés possible d'une aide conditionnée.

Je voudrais ici vous citer une phrase de Robert Castel qui sonne à mes oreilles comme un appel à la vigilance : «La question sociale dans chaque société, c'est la tentative de résolution de cette énigme qu'est sa cohésion tout en mettant en place tout ce qui peut empêcher sa fracture».

Précision sans doute inutile devant ce public. Mais c'est aux limites de la vie en société que cette question se pose avec le plus de force et de violence. C'est donc par les réponses qu'on apporte que se tissent les mailles d'un filet qui nous empêche de tomber dans un «hors monde».

Ces dernières années, je suis surpris d'entendre des intervenants sociaux tenir certains propos ou prendre certaines positions. Il n'est ainsi plus exceptionnel de s'offusquer du travail au noir chez les usagers sans se poser la question de savoir à qui profite le crime. Aux travailleurs ou à leurs employeurs ? On ne se pose par ailleurs pas la question de savoir s'il est réellement possible pour un ménage de vivre avec 583,66 euros par mois.

Il n'est plus inhabituel de fustiger ces gens, «qui n'ont que ça à faire, et qui ne sont même pas capables d'aller chercher les bons documents ou de remplir correctement les bons formulaires, qui ne font pas l'effort d'apprendre notre langue».

Que dire de ces inciviques, de tous ceux qui, plutôt que d'aller voir leur médecin généraliste, se présentent aux urgences des hôpitaux, vidant ainsi les caisses de l'INAMI.

Tous ces petits exemples (qui sont pensés tous les jours dans nos institutions sociales) vont dans le sens contraire des visées de la démocratie. Au lieu de l'ouvrir, on ferme le débat.

Cela me rappelle cette formule qui disait que si Dieu existait, il était partout sauf dans les églises. Si nous ne prenons garde, le social pourra se retrouver partout sauf dans les institutions payées et mandatées pour en fabriquer.

Nous ne devons pas oublier qu'au quotidien, nos interventions (en tant que travailleurs de terrain) sont aussi marquées par ce que nous croyons être la «bonne» manière de faire ou d'être. La «bonne» manière de faire n'est souvent que le reflet du discours dominant. L'Etat n'est pas seul à devoir améliorer la qualité de ses services. A ce titre, les professionnels, les usagers et en définitive la communauté toute entière doivent aussi provoquer des changements sociaux au sein de celle-ci.

Les professionnels ont la responsabilité d'interroger, voire de remettre en cause, certains mécanismes sociaux. Dans le travail en réseau, en tant que travailleurs sociaux, nous devons poser un regard critique sur la structure du social. Nous devons aussi être les porte-parole de ceux et celles dont la précarité laisse souvent sans voix (littéralement et électoralement). A contre-courant sans nul doute ! La nouvelle doxa sociale, qui s'enracine dans l'Etat social actif, ne parle plus d'égalité mais d'égalité des chances. Elle demande que soit repensé l'équilibre entre responsabilités individuelles et collectives. Le réseau de la sécurité des droits doit être un tremplin vers la responsabilité personnelle. On remet en question la séparation entre responsabilité (volontaire) et circonstances (involontaires). L'idée d'accident de parcours est réduite à une peau de chagrin.

Élément central de ce nouveau modèle : le travail. Le travail qui n'est plus seulement une option politique mais aussi une prescription morale. Il existe une menace d'imposer un modèle de culpabilité et de stigmatisation des pauvres. Le devoir de participation est de plus en plus important : il est intrinsèquement bon pour tout être humain de se consacrer à une tâche socialement utile et il est donc intrinsèquement mauvais ... Je vous laisse le soin de compléter la phrase.

De plus, le devoir de participation par un travail rémunéré relève de plus en plus souvent d'opportunités qu'il s'agit de saisir, quitte à ranger au placard ses véritables aspirations professionnelles.

Faut-il de toute urgence refuser en bloc l'Etat social actif ? Faut-il prendre une position résolument protestataire et annoncer une fois de plus la dérive de nos social-démocraties ?

Je ne le crois pas. Je pense au contraire qu'il faut se saisir de ce débat. En tant qu'acteurs sociaux nous pouvons imposer à ces dispositifs une autre logique que celle de l'assistance pure ou de l'exclusion ferme.

Je voudrais que l'on comprenne mon propos comme une invitation, un appel à la mise en œuvre d'une éthique de la responsabilité qu'implique notre statut de professionnels de l'aide. Cette responsabilité est rendue d'autant plus grande que l'Etat social actif peut transformer le travail en réseau en un parcours balisé où le contrôle sera l'élément central. De nos jours la responsabilité fait peur. On préfère des règlements et des lois pour ne pas avoir à prendre des décisions quant aux actions à entreprendre.

Mais pouvons-nous travailler comme professionnels de l'aide sans pouvoir exercer librement notre responsabilité ?

Pour qu'une pratique de réseau reste pertinente elle ne doit jamais être soumise aux sirènes de l'efficacité, surtout au nom des usagers. De même, il faut soutenir la constitution d'un réseau à dimension «macro-sectorielle». Elle doit toujours respecter le droit de chacun à pouvoir rester libre de ses choix.

Penser le travail en réseau, ce n'est pas seulement affûter nos outils d'intervention. C'est aussi prendre une position critique par la compréhension que nous avons de nous-même et du monde qui nous entoure. Notre action ne peut se réduire à combattre les effets de la pauvreté, de l'exclusion, de la maladie ou de la misère. Nous pouvons aussi mettre en évidence les causes qui les produisent et ainsi y remédier.

Le travail en réseau pour un travail social actif pourrait être en définitive une grille de lecture qui permette de décoder les rapports de force dans le champ social et de restituer l'analyse tant aux usagers qu'aux politiques.

* *
*

Le réseau peut être un groupe d'entraide entre professionnels en difficulté. Il peut aussi permettre d'être plus efficace, d'économiser de l'énergie, de gagner du temps, de contourner des filières administratives extrêmement lourdes (en échappant à la ligne hiérarchique). Il constitue aussi un espoir et une solution s'il est un lieu d'élaboration de réflexions, de diagnostics sur les situations rencontrées, de propositions, de revendications, et comme soulignait Manu Gonçalves, un lieu de résistance. Cette conception s'éloigne de la notion de réseau qui se veut un lieu fermé, stable permettant une réponse à tout.

Les maladies des gens sont bien souvent liées à leurs conditions de vie et à des ressources insuffisantes. Des problèmes de logement peuvent affaiblir la santé des individus. Dans ce domaine, le réseau est souvent impuissant. A Bruxelles, les personnes ayant de faibles revenus (tels que le revenu d'intégration) doivent consacrer plus de 60 % de leurs ressources à leur logement. Pour se loger décemment, elles doivent s'endetter, travailler au noir. Elles peuvent aussi suivre les conseils des compagnies de prêt et ne dépenser que 35 % de leurs revenus pour s'héberger. Mais dans ce cas, il ne leur reste généralement plus que des logements insalubres. Elles risquent dès lors de se retrouver à l'hôpital suite à des problèmes de santé.

Pour travailler en réseau, les individus doivent se connaître, accepter de nouer des relations qui ne sont pas hiérarchisées. Cette dernière condition est particulièrement difficile à remplir car le réseau est constitué par des travailleurs du milieu associatif et des travailleurs de l'administration publique. Ces derniers sont généralement considérés comme ayant davantage de responsabilités. Au sein du réseau, les travailleurs doivent apprendre à se connaître mutuellement pour éviter les malentendus. Cette connais-

ce mutuelle permet aussi de répondre au mieux à la situation de l'utilisateur en difficulté en évitant les renvois inutiles.

Le travail en réseau nécessite aussi une connaissance des règles de déontologie professionnelle. Les participants du réseau doivent connaître la manière dont chacun travaille (avec mandat, sans mandat, si les personnes doivent rendre des comptes ou non). Le réseau est aussi un lieu de débat au sujet de la mise en oeuvre des codes éthiques et professionnels.

Les CPAS sont mal connus. Ils sont accusés de tous les maux ; ils sont souvent accusés d'être des machines à exclusion, indifférentes à la dureté de la vie. Ils sont aussi l'objet de toutes les attentes, de toutes les revendications. Le CPAS doit pallier les insuffisances de la sécurité sociale, les exclusions du chômage, les retards dans le paiement des allocations de chômage, les non-paiements des pensions alimentaires, l'augmentation des tickets modérateurs. Ils doivent couvrir les frais de soins qui ne sont pas du tout remboursés.

Les CPAS n'accordent pas d'aide ou une prise en charge des frais de soins pour certains illégaux ou certaines personnes sans statut. Ils font parfois des exceptions et accordent une aide à des personnes qui légalement ne pourraient pas en bénéficier. Malheureusement, les communes exigent des budgets en équilibre. Les CPAS sont donc entravés par cette exigence et ne peuvent accorder des aides indéfiniment.

Les pratiques des CPAS diffèrent en fonction de la politique menée dans chaque commune et des moyens financiers qui leur sont accordés. On peut aussi envisager l'harmonisation de ces pratiques. Elle se ferait néanmoins par le «bas».

Je constate que les usagers des CPAS sont souvent des personnes qui vont mal et qui ont des demandes urgentes. Bien souvent, elles n'ont pas le carnet d'adresses pour entreprendre les démarches nécessaires.

Les travailleurs sociaux doivent avoir le temps de prendre de la distance par rapport à leurs activités. Ce temps perdu est aussi du temps gagné pour demain.

* *
*

Troisième table ronde : Santé et compétences publiques

Compte rendu par Martine Berckmans - secrétaire de séance

Au cours de la 4^{ème} séance de formation, on a pu mesurer l'écart qui existait entre le droit et certaines «réalités» telles qu'elles sont vécues sur le terrain.

Caroline Sägesser du CRISP a décrit le système de répartition des compétences en matière de santé sur le territoire de Bruxelles-Capitale. Quatre instances y sont compétentes: la Région de Bruxelles-Capitale, la Communauté française, la Communauté flamande et l'Etat fédéral.

Le contexte institutionnel est complexe à Bruxelles puisque deux Communautés y sont compétentes. De surcroît, certaines institutions comme les hôpitaux ne peuvent dépendre exclusivement de l'une ou l'autre Communauté. C'est ce qui a imposé la création de Commissions communautaires.

Cet enchevêtrement de compétences amène plusieurs questions. Y-a-t-il risque de cumul de compétences dans certains domaines ou, au contraire, de zones «oubliées»? Cette structure compliquée suffit-elle à rendre le système d'accès aux soins efficace?

La séance s'est poursuivie par la découverte d'une institution bien méconnue: la Banque Carrefour de la Sécurité sociale. Sa création repose sur un constat: la sécurité sociale en Belgique est une matière fédérale dont les compétences sont attribuées à différentes institutions dirigées de manière autonome sans interaction les unes avec les autres.

Principaux écueils de ce système: une mauvaise gestion des informations, une perte de temps et d'efficacité, une surcharge administrative pour les assurés sociaux ainsi que pour les employeurs. De surcroît, cette organisation favorise les fraudes (par exemple: l'inscription auprès de plusieurs CPAS).

La création de ce nouvel outil a permis de coordonner et de gérer l'échange de données entre toutes les institutions de sécurité sociale. Rien à voir donc avec une banque de données classique!

Face à cette institution nouvelle, les questions sont nombreuses. Quel rôle peut jouer une telle institution pour améliorer l'accès aux soins? Faut-il démultiplier les flux entre les différentes institutions pour faciliter le travail d'organismes comme les plannings familiaux ou les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)?

A ce propos, Alexandre Kosa, Directeur d'une MRPA a énuméré toutes les structures qui interviennent dans l'organisation de son entreprise : l'INAMI (financement des soins, enveloppe budgétaire, personnel, plaintes des résidents), le Ministère des Affaires sociales, le Ministère de l'Emploi et du Travail, le Ministère des Affaires économiques,... et bien d'autres (ndlr : depuis le 1.1.03 le terme Ministère a été remplacé par Service public fédéral).

Il regrette que l'ampleur du travail administratif lui a fait perdre petit à petit le contact avec les personnes dont il a la charge. D'autant plus que les établissements deviennent de plus en plus de grosses structures depuis que les normes d'agrément qui leur sont imposées sont devenues plus drastiques. Alexandre Kosa plaide pour une simplification des formalités administratives. Un appel du pied à la BCSS!

Enfin, Fabienne Bloc, Coordinatrice d'un planning familial pointe le doigt sur la surcharge de travail administratif imposée par la multiplication des sources de subventionnement sur lesquelles on ne peut faire l'impasse puisqu'elles sont indispensables pour assurer la pérennité de ces centres.

Les plannings sont aujourd'hui confrontés à un dilemme à propos du sort des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées dans ces centres. La Belgique a la particularité de pratiquer des IVG dans les centres de planning familial, c'est-à-dire en dehors des centres hospitaliers. Ils y offrent un accompagnement médical, psychologique, social et même juridique.

Jusqu'à présent, comme il n'existait pas de code mutuelle spécifique permettant de rembourser ce type d'intervention, les médecins inscrivaient cette intervention sous un code INAMI «curetage» permettant un remboursement partiel.

Le Ministre Frank Vandenbroucke a proposé aux centres de planning familial une convention permettant la gratuité de l'acte médical mais sous réserve de

contrôles de rentabilité exercés par l'INAMI (temps passé avec la patiente, à l'accueil, chez l'assistant social, chez le psy et chez le médecin), de contrôles administratifs et budgétaires. Le tout agrémenté de statistiques nominatives.

Outre le problème de la confidentialité qui ne sera plus totalement assurée, la conclusion d'une telle convention entraînera inévitablement une surcharge de travail administratif. En effet, ces centres sont déjà contrôlés par la Cocof en ce qui concerne leur mode de fonctionnement. L'INAMI leur imposera des contrôles supplémentaires à ceux exigés par la Cocof.

Voilà! Bienfaits et effets pervers de la fédéralisation! Faut-il défédéraliser? Faut-il poursuivre le processus de fédéralisation?

* *
*

D'emblée, je me refuse à décrire en dix minutes tous les niveaux de prises de décisions en matière de santé. Même en trois heures, la tâche est insurmontable.

Toutes les études démontrent que le système de santé belge est un des meilleurs du monde. Il figure parmi les plus performants, les plus efficaces, les plus accessibles. Le gouvernement fédéral a, en effet, investi massivement dans le secteur. Depuis le début de la législature, les budgets des soins de santé ont augmenté de +/- 3,4 milliards d'euros. Il y a 10 ans, le budget des maisons de repos était de l'ordre de 198 millions d'euros. Des efforts importants ont donc été réalisés en faveur des soins de santé et particulièrement des maisons de repos. C'est le budget des maisons de repos qui a le plus augmenté en 10 ans.

L'octroi de ces fonds est accompagné du contrôle légitime de l'autorité publique : l'INAMI. Celui-ci contrôle les fonds qu'il octroie sous la forme d'une assurance.

Notre système fédéral et communautaire dispose de tout un panel de niveaux de pouvoirs. Il peut être apparenté à une «lasagne institutionnelle». Cette situation est la conséquence de nos luttes «tribales».

La situation est particulièrement critique à Bruxelles. Les différentes Communautés interviennent à propos de certains aspects du fonctionnement des institutions de soins. Ces matières sont également visées par la réglementation fédérale. Trois maisons de repos situées dans une même rue de Bruxelles peuvent être soumises à trois législations différentes. Ainsi, l'espace de vie d'un résident mono-communautaire francophone doit comporter 50 cm² de plus que

celui d'un résident bilingue. Les Flamands, quant à eux, ont droit à une température plus élevée de 1 degré que les francophones.

Il existe aussi des problèmes de normes de personnel. Les institutions mixtes (celles qui regroupent des lits de maisons de repos et des lits de maisons de repos et de soins⁹) doivent respecter 4 normes différentes (pour la même équipe de soins). En cas d'erreur, deux des quatre réglementations imposent la fermeture de l'institution, les deux autres optent pour une diminution du financement. Les résidents et leurs familles sont parfaitement ignorants des réglementations qui les concernent. Beaucoup de gestionnaires le sont malheureusement aussi.

Dans les institutions mixtes, la facture du résident peut être contrôlée par l'inspection d'agrément des maisons de repos et de soins (inspection communautaire appliquant des normes fédérales), par l'inspection des maisons de repos (inspection communautaire appliquant des normes communautaires), par le Ministère fédéral des Affaires économiques (compétent pour les prix), par le service de contrôle administratif de l'INAMI, par le service de contrôle médical de l'INAMI (à propos des obligations liées aux coûts des soins), par les différentes administrations fiscales. Actuellement, il y a interpénétration des normes. Le mot «lasagne» évoqué plus haut n'est donc pas totalement approprié !

Je rencontrerai Frank Vandebroucke très prochainement pour mettre au point un prix «all in» («tout compris»). Cette rencontre est menée à l'initiative du Ministère des Affaires sociales. Elle rassemble les fédérations professionnelles siégeant à l'INAMI et les

9. Il existe des maisons de repos et des maisons de repos et de soins. Les maisons de repos et de soins font l'objet d'un agrément spécial. C'est à l'occasion de la restructuration des petits hôpitaux que celles-ci ont été créées.

différents cabinets ministériels des Communautés et Régions (pour Bruxelles on compte 6 Ministres). Généralement, au cours de ces réunions, les participants ne connaissent que la réglementation qu'ils défendent. Chacun reste dans sa propre sphère de compétence territoriale ou linguistique. Dans ces conditions, il est difficile de trouver des consensus.

Je ne suis pas certain qu'une simplification des obligations administratives soit envisageable. Peut-on gommer et nier les réalités institutionnelles du pays ? Une meilleure coordination serait pourtant la bienvenue. La question est de savoir comment celle-ci pourrait être mise en œuvre.

L'administration de l'INAMI fournit un excellent travail. Le personnel au sein des services des maisons de repos est très efficace.

Au niveau des Communautés et des Régions il y a du bon, du mauvais et du très mauvais. Chaque ministre compétent est responsable des améliorations possibles au niveau de son administration.

Les hôpitaux, les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les kinésithérapeutes, les services de soins à domicile, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins font l'objet d'un financement fédéral. Ils sont tous chapeautés par une seule instance de décision, l'INAMI. Le système décisionnel est de type pyramidal. Les différents prestataires de soins sont réunis dans des commissions. Le comité de l'assurance réunit notamment les prestataires de soins, les mutuelles, les représentants du ministre, du patronat et des syndicats. Le système présente une certaine cohérence. En 2002, les modifications législatives concernant le secteur des hôpitaux représentaient 1.420 pages du moniteur belge. Les hôpitaux sont censés connaître toutes ces modifications !

En conclusion, notre système de santé est excellent même s'il présente des défauts. En décembre 2002, Elio Di Rupo annonçait que les budgets allaient être revus à la baisse!

Au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale les procédures et les réglementations devraient être simplifiées.

A Bruxelles, on a constaté l'existence des flux migratoires de type «linguistique» en fonction du degré de sévérité des différentes législations communautaires et régionales. Ainsi, les maisons mono-communautaires francophones ont tendance à se transformer en maisons mono-communautaires néerlandophones. Selon certains rapports d'inspection, la traduction des menus en néerlandais dans une maison mono-communautaire francophone constitue une infraction.

Je reste très inquiet pour l'avenir en ce qui concerne le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins à Bruxelles.

En 1994, il y avait 114 institutions mono-communautaires francophones. Aujourd'hui il en reste 46 dont 6 ou 7 sont sur le point de fermer.

Plusieurs problèmes vont se poser. Le secteur va manquer de places disponibles. Par ailleurs, les investissements dans le domaine des soins à domicile vont être insuffisants. Un problème d'accessibilité financière va aussi se poser. En effet, les maisons de repos doivent fixer des prix supérieurs à 32-35 euros par jour (auxquels il faut ajouter des suppléments) pour pouvoir fonctionner correctement.

Il faut donc absolument encourager le secteur à augmenter le nombre de places disponibles.

*

*

*

Le transfert des compétences en matière de santé présente des avantages et des inconvénients.

Depuis une dizaine d'années, plusieurs secteurs ont été transférés soit à la Cocof, soit à la Région wallonne. La Cocof et la Région wallonne sont donc devenues compétentes pour la législation organique concernant les services de soins à domicile, les maisons médicales (appelés précédemment les centres de santé intégrés), les services de santé mentale, les services de télé-accueil (les centres d'écoute téléphonique), les services actifs en matière de toxicomanie, les services de soins palliatifs et continués. Ces secteurs ont été transférés au fur et à mesure depuis la fin 1991. A cette époque ils réunissaient des associations (asbl) qui avaient des vécus différents, des budgets différents, des législations différentes. De 1991 à 1998, il a fallu harmoniser ces législations. La Cocof a aussi dû créer de nouveaux décrets. Comme l'a souligné Vincent Fredericq, le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins est très complexe. Différents niveaux de pouvoir peuvent y intervenir (avec des législations qui peuvent entrer en contradiction).

Depuis 1998, les conditions de travail dans ces différentes associations s'améliorent. Avant les accords du non marchand, une assistante sociale dans une maison médicale pouvait être rémunérée différemment si elle travaillait dans un service de santé mentale. Il a donc fallu régler ce problème. Si des efforts ont été réalisés, il reste encore beaucoup à faire ! Un premier travail consisterait à harmoniser, à procéder à un nettoyage des législations tout en respectant le vécu de chaque secteur de la santé.

Quels ont été les avantages de ces transferts de compétences ?

- Les budgets de la Cocof ont triplé. Aujourd'hui, ils s'élèvent à +/- 17.353.000 euros. Ils n'ont pas nécessairement augmenté dans la même proportion ailleurs. L'augmentation des budgets a permis la création d'emplois.
- A l'occasion de ces transferts, les contacts se sont multipliés entre les acteurs de terrain et les fonctionnaires compétents dans les différentes administrations. Cette proximité s'est également développée entre les usagers et les travailleurs des associations.
- La grande majorité des associations dépend maintenant d'un même pouvoir subsidiant, la Commission communautaire française (ce qui peut être un avantage ou un inconvénient). Mais certaines associations dépendent encore d'autres pouvoirs. Dans le secteur de la toxicomanie, des associations ont signé des conventions avec l'INAMI ; d'autres dépendent partiellement de la Commission communautaire française.

Quels ont été les inconvénients des transferts ?

Le transfert des compétences a notamment posé des problèmes relatifs aux limites des compétences. La Communauté française est ainsi restée compétente pour toute la médecine préventive. Lors du transfert de compétences aux Régions, des services assurant les tâches de prévention sont tombés sous la tutelle des Régions. Or, la mission de prévention est encore

inscrite dans les textes réglementaires de la Cocof. Les travailleurs du secteur de la prévention ne peuvent pas mettre leur casquette «Communauté française» lorsqu'ils font de la prévention et en mettre une autre lorsqu'ils soignent les patients. Pour certains, la médecine préventive devrait être transférée aux Régions. D'autres, au contraire, prônent un transfert de ces compétences vers le fédéral. La question reste en suspens.

Depuis le transfert, il y a un manque de concertation entre les différentes administrations mais aussi entre les différentes instances de décisions politiques. En région bruxelloise, les différents ministres compétents en matière de santé se réunissent peu. Plus de réunions pourraient sûrement favoriser l'harmonisation des différents secteurs de la santé.

Durant les 5 premières années qui ont suivi le transfert des compétences, on a surtout amélioré les procédures administratives. Mais des efforts restent encore à faire. L'information destinée aux usagers a également été améliorée. La Commission communautaire française édite une série de plaquettes. L'une d'entre elles concerne la politique de santé de la Commission communautaire française et contient une grille de répartition des compétences.

Une série de questions restent non résolues : la formation des travailleurs, l'évaluation du travail, la constitution d'un recueil de données relatif à l'accès aux soins de santé.

* *
*

La santé est une matière partagée entre le pouvoir fédéral et le pouvoir communautaire. Dans toute une série de matières qui concernent notamment les CPAS et les normes sociales, le fédéral reste compétent en ce qui concerne les normes organiques d'agrément et de financement. En matière de santé, le partage des compétences entre le pouvoir fédéral et le pouvoir communautaire tend à complexifier certaines législations.

Dans la réforme institutionnelle, les soins de santé ont été attribués aux Communautés parce que la nature même de cette matière est liée à la vie des personnes (et non pas au territoire). A Bruxelles, la situation est compliquée car il y a deux Communautés. Dans cette région, il existe en outre toute une série d'institutions bilingues. Elles peuvent être privées (par exemple les maisons de repos) ou publiques (les hôpitaux, les CPAS). La Cocom (la Commission communautaire commune) a été créée pour légiférer, financer et assurer la tutelle de ces institutions dites bicommunautaires.

Les accords de la Saint Michel et de la Saint Quentin sont entrés en vigueur le 1er janvier 1994. Ces accords transfèrent des compétences (dans des matières sociales et de santé) de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française. Ce transfert ne simplifie pas les choses.

Sur le plan institutionnel, on a aussi créé certaines disparités à Bruxelles. En effet, la Commission communautaire française détient des pouvoirs législatifs (pour exercer des compétences de la Communauté française). De plus, elle a tous les pouvoirs d'une entité fédérée. En revanche, la Vlaamse gemeenschap commitie, la VGC, est un simple organe décentralisé qui n'a aucune compétence de type législatif.

De surcroît, certaines matières relatives au social et à la santé ont été transférées partiellement à la Région wallonne et à la Cocof.

Le secteur de la santé est donc emprunt d'une complexité institutionnelle hors du commun. Faut-il revenir sur certains transferts de compétences ?

Il est inimaginable de refédéraliser en bloc les matières personnalisables confiées aux Communautés. On pourrait, en revanche, imaginer que certaines matières concernant notamment la politique préventive de la santé soient recentralisées vers le fédéral. Cette recentralisation se fait déjà de façon sauvage en ce qui concerne les politiques actives de prévention dans le domaine de la drogue. Le fédéral met en œuvre ces mesures dans le cadre de politiques liées à la justice et aux contrats de société ou de sécurité. Cette refédéralisation serait très limitée.

En matière de santé, la répartition des compétences entre la Communauté française, la Cocof et la Région wallonne pourrait encore être simplifiée. Comment y procéder? Il est possible de rétrocéder par voie de décrets à la Communauté française des compétences qui avaient été confiées à la Région wallonne et à la Cocof. Aucun texte n'interdit ce «rapatriement». Cela poserait néanmoins des problèmes politiques. En effet, la dynamique de la région wallonne est bien vivante. Elle rétrocéderait donc difficilement des compétences à la Communauté française. Cette rétrocession pourrait aussi poser un problème financier. En effet, des compétences ont été transférées à la Cocof et à la Région wallonne parce que la Communauté française ne pouvait plus les financer. Un délai de 7 à 8 ans lui serait nécessaire pour qu'elle puisse assumer financièrement cette rétrocession.

A l'inverse, il serait possible de poursuivre complètement le transfert des matières relatives au social et à la santé à la Région wallonne et à la Cocof. Cela poserait quelques questions pratiques à résoudre. Faut-il deux politiques de prévention en matière sanitaire; une pour les francophones de Wallonie et une autre pour les francophones de Bruxelles?

Le transfert de l'ONE serait aussi un vaste chantier. L'ONE est un gigantesque parastatal qui joue un rôle essentiel en matière sociale. Il est d'ailleurs lui-même producteur de normes.

J'estime que les mécanismes acquis ne peuvent pas être inversés. Des accords de coopération sont possibles. Ces accords peuvent être signés soit entre plusieurs entités fédérées (deux régions, deux communautés, trois communautés, deux communautés et une commission communautaire, deux commissions communautaires à Bruxelles), soit entre l'autorité fédérale et des entités fédérées.

Ces accords peuvent engendrer quatre types d'effets possibles :

- permettre une gestion commune des services administratifs ;
- _ engendrer la création d'institutions, de parastataux communs (le Commissariat général aux relations internationales de la Communauté française est l'organe des relations internationales de la

Communauté française, de la Région wallonne et de la Cocof) ;

- permettre d'exercer en commun des compétences, de mener en commun une politique;
- _ prendre ensemble des initiatives.

Des accords de coopération existent déjà dans le domaine social et dans le domaine sanitaire. Cela ne pose pas de problèmes juridiques spécifiques mais cela impose de conclure des accords politiques sur les directions qu'on désire emprunter collectivement.

Afin de rendre les choses plus cohérentes, on pourrait imaginer qu'un ministre de la santé et du social au sein de la Communauté française soit responsable des mêmes matières soit à la Région wallonne soit à la Cocof.

Les matières relatives à la santé et la sécurité sociale sont très complexes et politiquement très sensibles. Des accords politiques sont très difficiles à réaliser dans ces domaines. Les professionnels de terrain doivent aussi faire pression pour que les problèmes liés à la santé puissent être résolus.

Le politique est sensible à ces questions. Les dépenses en matière de soins de santé sont en forte hausse et le corps électoral vieillit !

*

*

*

La situation serait-elle désespérée ? Ne faudrait-il pas tout régionaliser ? Cette question soulève des tabous difficilement abordables. Cette table ronde offre peu matière à débat. Elle a plutôt permis de fixer des constats.

Je pensais que le réseau pouvait se définir comme l'organisation de toute une série d'intervenants autour d'un usager. Au cours de cet atelier, il est apparu que le réseau a une autre signification. Le réseau est, en effet, constitué par des structures administratives, par des pratiques reposant sur des accords (par exemple, CPAS/hôpitaux). A côté de cela, il y a aussi des réseaux plus informels entre tra-

vailleurs sociaux. Grâce à ceux-ci, les travailleurs participent à des réflexions collectives qui permettraient de développer une éthique de responsabilité parmi les professionnels. Un travail de réflexion reste difficile à mettre en oeuvre. En effet, les travailleurs sociaux sont des salariés et ils doivent d'abord répondre aux souhaits de leurs employeurs. Ceux-ci peuvent être très variés.

L'utilisateur a peut-être besoin d'un référent (à l'image du médecin généraliste qui est le référent du patient). Celui-ci pourrait coordonner toute l'aide sociale destinée au bénéficiaire. Peut-on imaginer la création d'une telle fonction?

* *
*

Débat

Martine Dedal (Class/Coordinatrice)

Je m'adresse à Manu Gonçalves. Dans son travail, l'intervenant social doit-il tenir compte des contacts de l'utilisateur ?

Manu Gonçalves

Il est nécessaire de tenir compte des contacts que l'utilisateur a pu nouer. Cette attitude permet de ne pas empiéter sur des démarches déjà entamées par ces personnes. Dans mon travail, je pars de ce que me raconte l'utilisateur, de ses ressources propres, de ce qu'il a mis lui-même en place.

Quels sont les véritables moyens d'action des travailleurs sociaux en tant que salariés ? C'est une question éthique. Les gens doivent pouvoir analyser les dysfonctionnements sociétaux, mettre en évidence les causes à l'origine de souffrances. La reconnaissance de ces analyses est un signe de bonne santé démocratique. Les travailleurs sociaux ont un devoir de subversion. Ceux-ci doivent pouvoir communiquer leurs observations aux instances dirigeantes.

Anne Herscovici

Les pressions des hiérarchies et les pressions budgétaires font obstacle au devoir de subversion. Les travailleurs doivent donc avoir les épaules solides. Ils doivent pouvoir s'entraider. Le travailleur social qui plaide pour une intervention financière auprès du conseil de l'aide sociale peut apparaître comme étant celui qui met la commune en faillite. Il est donc face à un dilemme: il veut aider l'utilisateur et il est restreint dans ses élans par des impératifs financiers.

Un participant (travaillant à l'hôpital Saint-Jean)

Le secteur privé est également bénéficiaire d'interventions de l'INAMI. Ce secteur existe, en grande partie, grâce aux subventions. Il bénéficie aussi de tous les avantages accordés aux personnes défavorisées. Le travail social est aussi important à la clinique Saint-Jean que dans toute autre institution bruxelloise. Parfois, certains patients sont transférés pour des raisons d'insolvabilité. Ces transferts permettent surtout aux patients de bénéficier d'une aide sociale. En effet, politiquement, il est plus correct d'accorder une aide à un hôpital public qu'à un hôpital privé.

Je suis heureux de constater que le réseau IRIS se développe et que les hôpitaux publics peuvent travailler en collaboration avec les CPAS.

Une participante (travaillant à l'hôpital Brugmann)

Je regrette que les patients soient souvent confrontés à des complications administratives. L'existence d'un travailleur social de référence permettrait de pallier ces difficultés. Le ministère de la Santé publique a développé un projet intitulé «case management» (le référent hospitalier). Celui-ci a été institué à l'hôpital Brugmann dans les services de révalidation neurologique, en gériatrie et en psychiatrie pour les patients chroniques nécessitant un suivi de type long. Au sein de cette institution hospitalière, une certaine culture de travail a été instituée. Le travailleur social qui prend le patient en charge reste la personne de référence par rapport au réseau. Au niveau du CPAS, un travailleur qui s'occupe d'un usager pourrait aussi

devenir la personne de référence par rapport au réseau.

La création de la fonction de référent hospitalier à l'hôpital Brugmann a permis la mise en œuvre de coordinations avec les communes de Laeken, Bruxelles et Jette. Elles se concrétisent par la tenue de réunions mensuelles. Celles-ci favorisent l'ébauche d'un réseau destiné à améliorer le travail.

Une assistante sociale (du CPAS de Bruxelles)

Peu de travailleurs sociaux de CPAS sont présents au colloque. La plupart de ces travailleurs ont peu de temps pour réfléchir, constituer des réseaux ou établir des collaborations ponctuelles.

Il faut à tout prix prendre le temps de discuter avec les usagers, de mettre en œuvre un travail d'éducation et d'information. Ce travail permettra entre autres choses d'éviter que les gens se rendent systématiquement aux gardes d'hôpitaux. Les travailleurs sociaux au sein des CPAS ne disposent pas de ce temps. Il faut mener une bataille pour l'obtenir.

Dominique Braeckman (Groupe Ecolo, Députée régionale de Bruxelles-Capitale)

Un réseau entre les associations, les fédérations et les parlementaires devrait être mis sur pied. Les infor-

mations ne transitent pas par les parlementaires, mais circulent entre le terrain et les cabinets. Je regrette que les parlementaires ne soient pas davantage informés.

A Bruxelles, les maisons de repos manquent de places disponibles. Des études mettent en évidence le vieillissement accru de la population. A ces deux phénomènes, s'ajoute le démantèlement des structures de la Cocof. Le tableau est inquiétant.

Un projet de décret (à la Cocof) et un projet d'ordonnance (à la CCC) sur les maisons de repos sont en préparation. Ces textes ne seront vraisemblablement pas finalisés avant la fin de la législature. Je souhaite néanmoins qu'un mémorandum au sujet du problème des maisons de repos (notamment par rapport aux questions de simplification qu'on a évoquées tout à l'heure) soit adressé aux parlementaires.

Vincent Fredericq

Avant de résoudre les problèmes avec les ministres, les fédérations essayent de les régler avec les administrations. Je regrette que les parlementaires soient souvent les derniers à être interpellés.

* *
*

Quatrième table ronde : Santé et article 23

Compte rendu par Anne Van Landschoot - secrétaire de séance

Rapide compte-rendu de la 4^{ème} séance qui s'est tenue en novembre 2002. Le thème : «droit à la santé, au travail, au logement, quelles interactions?».

Il s'agissait de faire un parallèle entre le droit à la santé et les autres droits fondamentaux inscrits dans l'article 23 de la Constitution. Aux termes de cet article, chaque personne a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. La Constitution reconnaît donc à tous le droit au travail, à la sécurité sociale, à la santé, à l'aide médicale, à l'aide juridique, à un logement décent, à la protection d'un environnement sain, à l'épanouissement culturel et social.

Ces dernières années, le droit au travail, le droit au logement et le droit à l'aide juridique ont connu une série d'avancées législatives. Peu de choses ont pourtant changé sur le terrain. Les situations de «non-droit» se multiplient.

Dans le domaine du travail et plus spécifiquement de la santé mentale au travail, on a adopté des réglementations sur le harcèlement moral et sexuel. Depuis l'adoption de celles-ci, on a assisté à un afflux de plaintes. Malheureusement, l'Inspection médicale auprès du Ministère de l'emploi est très peu outillée pour pouvoir traiter celles-ci.

En 1997, une nouvelle loi pose les critères de salubrité et de sécurité en matière de logement. Très peu de

locataires utilisent ces dispositions pour faire valoir leurs droits. De nombreux taudis continuent à être loués.

Les Agences Immobilières Sociales (AIS), les Allocations de Déménagement-Installation et de Loyer (ADIL) ont été créées récemment. Elles présentent cependant une série d'inadéquations avec la réalité. Les ADIL sont payées aux personnes qui quittent un logement insalubre pour réintégrer un logement plus sain. Elles ne sont cependant payées qu'après le déménagement. La personne doit donc faire face elle-même aux frais de déménagement.

En 1998, l'aide juridique a connu une importante réforme. Mais le nouveau système n'atteint pas ses objectifs. Les seuils d'accès financiers (pour avoir droit à l'aide d'un avocat gratuit) sont très peu élevés. Beaucoup de personnes qui ont de faibles revenus (les chômeurs, les travailleurs à temps partiel) n'ont pas accès à la gratuité de l'aide. Bien souvent, ces personnes ne peuvent pas non plus se payer les services d'un avocat payant.

Malgré les avancées législatives, de nombreux problèmes persistent sur le terrain. Il faudrait donc revoir le rapport entre les droits théoriques et les droits effectifs.

*

*

*

Remarque préalable

L'article 23 consacre dans notre Constitution les droits dits sociaux, économiques et culturels.

Ecartons d'emblée une illusion tenace (surtout parmi les juristes) : le bonheur ne se décrète pas; même les conditions du bonheur ne se décrètent pas.

Et pourtant, il vaut la peine de s'intéresser au texte.

Trois pistes de réflexion. En réalité, trois enjeux, qui constituent autant de défis pour les professionnels de la santé et du travail social.

Le droit traite de la cité et des citoyens.

L'ambition est que tous soient citoyens, à l'intérieur de la cité, et non à la marge ou en marge.

Chacun et chacune ont des droits et des obligations qui leur confèrent un statut.

Je suis marié, je suis père de famille, je suis avocat. Voici quelques éléments de mon statut.

Untel est chômeur, celle-ci bénéficie du revenu d'intégration sociale, celui-là est malade et «BIM» (bénéficiaire de l'intervention majorée). Ce sont aussi des statuts.

Deux anecdotes pour illustrer la difficulté d'assumer sa citoyenneté.

Une dame prend en location un meublé. Le bailleur veut une garantie en espèces. C'est illégal, mais c'est ça ou rien. Après 6 mois, un de ses enfants est malade et cela tombe mal parce que la rentrée scolaire a coûté cher. Résultat: le loyer n'est pas payé à son échéance. Le bailleur tempête et coupe l'alimentation en gaz pour faire pression. La dame sait qu'elle est en tort. Le bailleur a donc raison. Elle déménage sans demander son reste.

C'est pire que de jouer au Monopoly sans connaître

les règles. Cette dame ne sait pas qu'il y a des règles. Elle ne tient son rang que dans la mesure où ses finances, ses ressources morales et sa santé le lui permettent. Mais elle n'a pas la conscience d'être sujet de droit.

Un homme se plaint d'un trouble de voisinage : son voisin lui envoie des ondes négatives à travers le mur mitoyen de leurs maisons respectives. La police lui a répondu que ce n'était pas de son ressort. Si ce n'est pas du droit pénal, c'est donc une affaire de droit civil. Pourtant, les deux premiers avocats consultés l'ont trahi : ils n'ont rien fait et ont sûrement été corrompus par le voisin. L'homme se présente donc au bureau d'aide juridique et demande un avocat «pro deo» pour attaquer la police, les deux avocats précédents et ... son voisin.

Et voici le droit sur-valorisé, comme le remède-universel au mal être.

Deux anecdotes et donc deux défis pour les intervenants sociaux que vous êtes. Vous avez la responsabilité d'ouvrir ceux qui ne se considèrent pas comme des citoyens à une lecture «juridique» de leur existence. Et pour ceux qui voient le droit partout, il est essentiel de rappeler que la personne ne se réduit pas à un statut juridique.

La Constitution ne consacre que des droits «fondamentaux». Rien de plus : cela signifie qu'il faut la loi pour leur donner corps. Mais rien de moins : les droits fondamentaux doivent bel et bien être effectifs, sans quoi ils ne sont que des alibis.

Etre sujet de droit, c'est très bien. Mais si mon statut est violé, est-ce que j'ai les moyens de me défendre ? C'est tout l'enjeu du «droit au droit», le plus fondamental des droits de l'homme.

Une dame est hospitalisée durant six mois. Elle ne s'est pas inquiétée du sort de sa maison car elle est propriétaire et le prêt est remboursé depuis longtemps. Qui plus est, sa fille et surtout son beau-fils s'occuperont de tout... Tant et si bien qu'ils n'ont jamais envisagé que la maman sortirait de l'hôpital sur ses deux jambes. Et lorsque l'infirmière sociale veut préparer le retour à domicile, elle découvre que l'immeuble a été cloisonné en 6 meublés, qui ont tous été loués. Il n'y a plus de place pour la propriétaire, qui ne reconnaîtrait d'ailleurs pas sa maison.

Voici un deuxième défi pour les intervenants sociaux. Savez-vous à quelles conditions il est possible de faire appel à un avocat gratuitement ? Faudra-t-il payer un huissier de justice, voire même un expert ? Ne vaut-il pas mieux laisser tomber et garder la dame au chaud à l'hôpital ? Avez-vous interpellé le barreau pour qu'il propose une décentralisation effective de l'aide juridique, jusque dans les zones de non-droit

où vivent enfermées les personnes malades et âgées ?

La philosophie des droits de l'homme, dite de la «première génération», est éminemment individualiste. Il s'agissait de consacrer les droits de la personne contre la toute-puissance des Etats.

Mais quand on parle de droit au travail, de droit à la culture ou encore à un environnement sain, quel sens une réflexion ou une démarche strictement individuelle peut-elle avoir ?

La revendication ne peut qu'être commune car l'enjeu est universel et les éléments de solution politiques.

Pour les citoyens, l'article 23 de la Constitution est un appel à la solidarité. Pour les professionnels, ce texte est une invitation à l'interdisciplinarité. C'est en ce sens qu'il faut réfléchir, œuvrer et continuer de rêver.

* *
*

Je vais parler de la promotion de la santé et de la question de la participation.

Au fil du temps, l'idée de se maintenir en bonne santé s'est transformée en une véritable quête pour améliorer son bien-être. Cette recherche est en relation avec la question du bonheur.

Les actions visant à améliorer le bien-être des individus se sont généralement focalisées sur les mauvaises habitudes de vie, notamment dans les domaines de l'alimentation, du tabac, de l'alcool, ... Ces mauvaises habitudes sont souvent considérées comme étant les causes principales des maladies. Cette optique de travail comporte néanmoins des limites. Implicitement, elle conduit à rendre les individus responsables de ce qui leur arrive. Or, statistiquement, plus le revenu des personnes est élevé, plus longue est leur espérance de vie et meilleure est leur santé. Les déterminants d'une bonne santé peuvent donc se situer dans l'environnement économique, social et culturel. Il est donc nécessaire de se préoccuper de cet environnement.

Qu'est-ce que la prévention et l'éducation à la santé dans le cadre d'un travail de promotion à la santé?

La prévention viserait plutôt à diminuer le nombre et la gravité des maladies et des accidents. L'éducation à la santé tend plutôt à améliorer les connaissances, les compétences, la prise de conscience, éventuellement l'esprit critique.

La promotion de la santé ouvre des perspectives plus larges. Elle permet notamment d'appréhender la santé en tant que ressource de la vie quotidienne. La santé n'est pas un but en soi. La promotion de la santé ne doit pas se borner à préconiser des comportements, des modes de vie qui favorisent la bonne

santé. A côté des facteurs comportementaux, il est nécessaire de tenir compte des déterminants politiques, économiques, environnementaux, culturels, sociaux. La promotion de la santé permet de tenir compte de la subjectivité des questions de santé, de la subjectivité de l'individu. Elle permet de se focaliser prioritairement sur les gens, sur leurs situations, sur leurs demandes, sur leurs environnements physiques, mentaux, sociaux. Elle favorise aussi un décloisonnement interprofessionnel, institutionnel.

La promotion de la santé met en œuvre le principe de l'action communautaire. Par là-même, elle favorise la participation, l'implication des individus. En effet, leur parole doit être entendue. Il faut stimuler une certaine indépendance de l'individu tout en le soutenant socialement. L'accès à l'information doit être possible et illimité.

La santé communautaire est une pratique basée sur la solidarité, sur le dialogue. Celui-ci s'établit entre les pairs, entre des personnes issues de différentes couches sociales, catégories professionnelles, générations. La santé communautaire offre un levier d'action à la communauté. En matière de santé, la population doit passer du rôle de bénéficiaire au rôle d'acteur.

La notion de participation a pour but de faire participer les individus aux prises de décisions. Elle associe la population à la résolution, à l'expertise, à l'analyse des problèmes qui la concernent. Dès lors, à tous les niveaux, les travailleurs doivent pouvoir accepter une remise en question, une certaine perte de leur pouvoir. La participation peut être un outil. Elle peut aussi être une fin en soi.

Pour être efficace, une action de participation doit s'enraciner dans la réalité du terrain social. La partici-

pation acquiert une dimension politique lorsqu'elle est envisagée sous l'angle du processus. Le processus est plus important que les résultats. La participation devient un acte politique lorsqu'elle induit des

comportements nouveaux à différents niveaux. Elle donne du pouvoir à une communauté, aux différents acteurs qui la composent. Son enjeu politique est le perfectionnement des structures démocratiques.

* *
*

Je vais vous parler de la problématique du logement en rapport avec la santé.

Il est important de resituer cette problématique dans un contexte plus global. En Belgique, le secteur du logement est largement aux mains des propriétaires privés. C'est un système essentiellement libéral.

Récemment, le secteur du logement a connu beaucoup d'avancées législatives. De nouvelles normes ont été créées. Un logement mis en location doit dorénavant répondre à un minimum de critères de salubrité et de sécurité. Dans la réalité, peu d'habitations répondent à ces normes.

Toute une série d'avancées législatives ne se concrétisent pas sur le terrain. Différents acteurs peuvent être à l'origine de cet échec :

- les travailleurs sociaux (ils peuvent améliorer cette situation);
- les décideurs politiques;
- les usagers, les bénéficiaires;

En outre, les outils ne sont pas toujours adéquats ou exploités.

Les travailleurs sociaux ont des limites et des contraintes. Mais épuisent-ils vraiment toutes les possibilités d'actions ? Parfois, ils proposent des traitements ou des solutions pour améliorer le logement sans trop se préoccuper d'autres problèmes (ex: la facture du vitrier impayée).

Je regrette que les gens travaillent souvent dans des réseaux parallèles et qu'ils ont peu l'occasion de se rencontrer.

Les travailleurs de la santé ou les travailleurs du logement favorisent-ils assez les contacts afin de se réparer

tir les tâches et de faire respecter les droits des individus ?

Les outils et les politiques ne fonctionnent pas bien. Mais les travailleurs se rencontrent-ils pour s'interroger sur ces dysfonctionnements ? De telles initiatives permettraient d'envisager des solutions qui pourraient être communiquées aux politiques et aux administrations.

Pour les travailleurs du secteur du logement, les choses sont plus faciles que pour d'autres. C'est peut-être dû au fait que ce secteur est une matière bicommunautaire. Dans le domaine du logement, les associations jouissent d'une certaine liberté d'action et de parole. Les travailleurs peuvent se réunir au sein du Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat pour réagir et émettre des propositions.

Les différents secteurs ont très peu de contacts entre eux. Une manifestation concernant le logement a eu lieu en décembre 2002. Les travailleurs de la santé ont-ils participé à cet événement ? Inversement, une manifestation concernant la santé a eu lieu à la même époque. Les travailleurs du secteur du logement étaient-ils présents à cette manifestation ?...

Des outils existent mais ils sont imparfaits.

La personne en difficulté financière peut demander le bénéfice des ADIL (les Allocations de Déménagement-Installation et de Loyer). Mais celles-ci ne sont accordées que si la personne trouve un logement plus cher et s'il respecte certains critères. Les vérifications se font après le déménagement et les allocations sont payées trois mois plus tard.

La création de ces outils part d'une bonne initiative. Mais dans la pratique, il est impossible de répondre

aux objectifs qui ont présidé à leurs créations. Ce problème est d'ordre politique. En effet, la politique du logement en région bruxelloise concerne avant tout le logement social. A Bruxelles, le logement social ne représente cependant que 15 % du parc locatif. Le logement destiné à la location représente +/- 70 % de l'immobilier bruxellois.

Aujourd'hui, il n'existe pas de vraie politique de logement. Une série d'intérêts font obstacle aux contrôles des logements et des loyers.

On considère généralement que le budget d'une personne pour le logement ne peut représenter qu'un tiers de son revenu. Un assistant social qui débute gagne +/- 1100 euros net / mois. Les loyers à Bruxelles sont rarement inférieurs à 500 euros/mois. De nombreuses personnes, même si elles ont un emploi, éprouvent donc des difficultés à se loger.

Les problèmes de logement tout comme les problèmes relatifs à la santé s'inscrivent dans un contexte général.

* *
*

Débat

Myriam Katz (Rédactrice en chef du Ligueur)

Pour pouvoir être sujet de droit et responsable de son devenir, l'individu doit être en très bonne santé mentale et physique.

Catherine Vegaïrginsky, pouvez-vous présenter des campagnes concrètes que vous avez organisées dans le domaine de la promotion de la santé. Comment l'information est-elle transmise ? Qui informez-vous ? Des travailleurs, des usagers ?

Catherine Vegaïrginsky

Une campagne de promotion de la santé est actuellement mise en œuvre dans le domaine de la prévention du sida. Une autre concerne la sensibilisation à l'homosexualité. Ces campagnes associent les personnes directement concernées. En outre, elles ne concernent pas que la santé physique ou mentale. La question de la santé ne peut être uniquement envisagée par le biais de la prévention et de l'éducation à la santé. La santé de l'individu est aussi déterminée par le contexte social et environnemental. Elle peut aussi dépendre de sa reconnaissance politique et de la parole qui lui est accordée.

Une participante

La promotion de la santé nécessite un travail en amont. Celui-ci permet d'éviter certains problèmes insolubles. La promotion du bien-être est nécessaire, tant en ce qui concerne le travail que le logement.

Myriam Katz

Certains problèmes doivent être résolus dans l'urgence. La promotion du bien-être ne permet pas de les régler.

La participante (précédente)

En travaillant dans l'urgence, on commet parfois des erreurs. La promotion de la santé permet d'éviter certaines situations urgentes.

Myriam Katz

Les travailleurs ont-ils le temps et les conditions de travail nécessaires à la mise en œuvre de cette promotion ?

La participante (précédente)

Les pouvoirs politiques ont un rôle important à jouer. Actuellement, ils sont sensibles à la promotion de la santé. L'inspection médicale scolaire est véritablement un organe de promotion de la santé au sein des écoles. Ce service permet un travail en réseau avec les directions des écoles, les enseignants et les intervenants de la santé.

Les intervenants peuvent également améliorer la qualité des actions en promotion de la santé.

La santé a un caractère subjectif. Les intervenants doivent être à l'écoute de cette subjectivité. Ils ne doivent pas essayer d'imposer à l'utilisateur leurs propres visions de la santé.

Berthe Severain

J'ai le sentiment que trop souvent on essaye de coller sur les plaies des sparadraps qui ne collent pas. Ne doit-on pas essayer de trouver de meilleures solutions plus adaptées.

Une participante

Les médecins généralistes peuvent faire appel aux ambulances vertes. Elles sont constituées par des

équipes pluridisciplinaires qui peuvent diagnostiquer les mauvaises conditions de logement.

Une participante

Seules les maisons médicales peuvent faire appel à ces ambulances vertes. Cette expérience pilote devrait être développée.

Il est important de mettre davantage en évidence les actions positives qui sont menées. En n'évoquant que les échecs, les intervenants risquent de se décourager.

Il faut à tout prix soutenir la promotion de la santé. Le concept de «santé» ne peut se limiter à l'absence de maladie. La santé doit constituer un bien-être pour soi et pour autrui.

Une autre participante

J'adresse un message aux politiques et aux administrations.

L'adoption de réglementations, de législations a pour but d'améliorer le quotidien des individus. Cet objectif n'est pas toujours atteint. En réaction, les politiques créent de nouveaux textes. La législation se complexifie à outrance. Malgré cela, le fossé entre la réalité et le droit ne se réduit pas. Ne peut-on pas améliorer la vie des gens autrement qu'en légiférant systématiquement ?

Dominique Braeckman (Députée régionale de Bruxelles-Capitale, Ecolo)

Les lois ne sont pas la panacée. Des moyens financiers sont injectés dans le logement à caractère public pour faire diminuer le coût des loyers en région bruxelloise. Ces aides s'inscrivent dans un programme et ne sont pas déterminées par une loi. Il existe donc d'autres instruments que les lois.

Myriam Katz

Certaines lois restent lettres mortes !

Berthe Severain

Conformément aux règlements, les logements doivent répondre à des critères de salubrité. Ces objectifs sont évidemment louables. Lorsque ces normes ne sont pas respectées, les personnes ont pour seul recours le juge de paix qui peut obliger le propriétaire à effectuer les travaux nécessaires.

En matière de logement, les réglementations ne visent jamais les causes réelles des problèmes.

Françoise Picqué (Echevine de la santé à Ixelles)

Un agent administratif traite les problèmes de logements et de salubrité des logements à Ixelles. La commune établit des constats de salubrité et interpelle les propriétaires. Ces démarches donnent des résultats mais elles exigent beaucoup de courage !

Des campagnes de promotion de la santé sont mises en œuvre au sein de la commune. Les habitants y sont relativement réticents.

Une participante (travaillant à Saint-Gilles, dans le cadre de la coordination toxicomanie)

Denis Dobbstein estimait que le droit traitait de la cité et des citoyens. A quelle cité fait-il référence? J'assimile la cité à une planète sur laquelle chacun a le droit de trouver sa place. En se référant à l'article 23 de la Constitution, la cité équivaut-elle à la Belgique ?

Les usagers de la coordination toxicomanie ont parfois du mal à faire reconnaître leur statut, en tant que consommateurs de drogue. Consommant des substances illégales, ils sont par essence en marge de la société.

Pour Denis Dobbstein, la personne n'est pas uniquement un sujet de droit. Souvent, les toxicomanes n'ont pas accès aux instances où le droit peut être défini. La promotion de la santé permet aux groupes dits «marginaux» de faire valoir un rapport différent à la normativité.

Denis Dobbelstein

Tout d'abord, il est certain que la cité ne se réduit pas à la Belgique. Ensuite, il faut rappeler que les droits fondamentaux ont été introduits avec beaucoup de retard dans la Constitution. Ces règles doivent être considérées comme étant des points d'appuis pour des leviers. Nous devons choisir les leviers, la forme et leur longueur. Plus le levier est long, plus la force mise en oeuvre est importante.

Les professionnels du droit, les travailleurs de terrain doivent pouvoir confronter les décideurs politiques à la cohérence de leurs choix. Ils doivent les inviter à se référer aux droits fondamentaux lorsqu'ils édictent des règles. Ils doivent aussi leur communiquer les déficiences de certaines règles.

La participante travaillant à Saint-Gilles dans le cadre de la coordination toxicomanie

Comment permettre aux personnes qui maîtrisent mal les textes légaux de participer à l'élaboration des normes ? Comment «vulgariser» le droit afin de le rendre accessible à la population?

Denis Dobbelstein

Je répondrai à cette question en tant que citoyen - non pas en tant que juriste.

Face à une population fragilisée, le juriste ne doit pas viser à tout prix l'efficacité. Les professionnels doivent faire un effort pédagogique pour permettre à chacun de maîtriser au mieux son propre destin. Ces efforts nécessitent beaucoup de temps, ce dont les professionnels manquent le plus. En tant que juriste, il est tentant de terminer rapidement les consultations. Il faut résister à cette tentation.

Les exclus sociaux doivent pouvoir se fédérer et exprimer leurs points de vue auprès des instances dirigeantes. Des lieux de parole sont donc nécessaires pour les gens. Le mouvement ATD Quart-monde est

un espace de réflexion et d'expression pour les personnes précarisées.

Une participante

Le droit à la santé peut avoir deux significations. Il peut signifier le droit d'accès aux prestations de soins. Il peut également signifier le droit à une bonne santé. Cette dernière conception est souvent utilisée dans le discours concernant la promotion de la santé. Le droit à une bonne santé peut être comparé au droit à l'expression, à la parole (la constitution, les droits de l'homme garantissent en effet la liberté d'expression, d'association, etc). L'expression des problèmes de santé peut déranger. La promotion du droit à une bonne santé ne conduit-elle pas à demander aux usagers de se taire?

Catherine Vegairginsky

Je rejoins cette position. Mon propos concernait essentiellement le droit à la santé. Je prône le droit à la parole. La santé passe par la parole.

La participante précédente

Les gens qui passent leur temps à être malades dérangent. Par ailleurs, Catherine Vegairginsky soulignait qu'on essaye de rendre les usagers responsables de leur précarité, de leur mal être. Cette démarche est regrettable. Elle permet de ne pas écouter les individus lorsqu'ils s'expriment au sujet de leurs troubles physiques, moraux, mentaux. Catherine Vegairginsky essaie d'aller au-delà d'une promotion classique de la santé qui encourage notamment les individus à ne pas boire ou à ne pas fumer. Pour elle, il faut reconnaître la subjectivité de la personne. Cette optique de travail permet de constater qu'au-delà de l'expression des problèmes de santé, l'individu évoque d'autres choses, par exemple, des problèmes de logement. Cette démarche peut déranger parce qu'elle force à appréhender la santé globalement.

Conclusion

Madeleine Moulin - Sociologue, Centre de sociologie de la santé de l'ULB

Au terme du colloque, je constate que nous courrons toujours derrière l'horizon. Au cours de cette journée, j'ai eu l'impression d'avoir entendu des idées qui sont formulées depuis des décennies (Pascale Martin citait des propos tenus par le ministre Leburton).

De quelles idées s'agit-il?

L'individu doit être considéré en tant que sujet et doit être au centre des préoccupations. En outre, il faut appréhender les problématiques dans leur globalité. Ces idées étaient déjà émises dans les années 60-70, à époque où l'Etat providence n'était pas encore considéré comme étant un mythe.

Myriam Despiegelaere a bien contextualisé les différentes notions développées lors de ce colloque. Une continuité doit exister entre les aspects préventifs et curatifs des politiques de santé. A Bruxelles, le rapport entre le citoyen et l'Etat est compliqué. Pour preuve: les procédures à suivre pour faire vacciner un enfant peuvent y être très complexes.

L'importance d'accorder le temps nécessaire à la concertation et à la coordination a aussi été évoquée lors de ce colloque.

Pascale Martin a fort bien rappelé quelques faits importants de l'histoire de la médecine. Notre société a été fortement médicalisée. Mais elle connaît des crises depuis un quart de siècle. La sécurité sociale ne peut donc plus garantir autant d'avantages.

Aujourd'hui, la santé ne se limite plus au principe du «silence des organes». Les gens ont de nombreuses attentes par rapport au système de santé.

Jean-Paul Van Keerbergen se demande si on ne vit pas dans un monde d'assistés et d'assistants.

Je constate que les acteurs sociaux, les travailleurs sociaux, les usagers font preuve d'inventivité, d'ingéniosité, de résistance.

La prise en charge des usagers ne doit pas être paternaliste. Les gens ne sont pas idiots. Ils peuvent même être rusés vis-à-vis du système. On ne permet cependant pas assez aux gens de se réapproprier leur propre existence.

La recherche de subsides ne permettra pas de résoudre tous les problèmes.

Il ne faut pas noyer l'enthousiasme des travailleurs sociaux qui essaient de faire au mieux leur travail. Il vaut mieux s'abstenir d'être pessimiste. Les fonctions de travailleur social, d'infirmier(ère), de coordinateur demandent des compétences très variées. Parfois, ces travailleurs mettent leurs compétences en commun. Ce travail de collaboration doit être encouragé.

Ces dernières années ont vu l'émergence d'une réflexion critique. La fin de la «période de vache grasse» (avec l'âge d'or des couvertures sociales) est sans doute à l'origine de cette nouvelle tendance.

Les travailleurs (surtout le personnel situé au bas de la hiérarchie: notamment le personnel hospitalier) doivent bénéficier de formations.

Il faut aussi faire confiance aux travailleurs. Je regrette qu'ils doivent systématiquement prouver une certaine conscience de ce qu'ils font. Les acteurs (les travailleurs sociaux, les médecins, les gestionnaires d'hôpitaux, etc.) doivent régulièrement démontrer qu'ils n'ont pas de mauvaises intentions (telles que l'appât du gain, la subversion, l'attrait de l'interdit, etc.) pour légitimer leurs activités. Il faudrait demander à des économistes de quantifier le prix que coûte l'absence de confiance dans le secteur social. Tout se

passé comme si la connaissance de terrain n'était pas assez valorisée. Avant de prendre des décisions, les politiques devraient prendre le temps d'écouter les travailleurs au sujet de leurs expertises, de la connaissance qu'ils ont du terrain.

Le système belge de santé est extrêmement performant. Les indicateurs de santé sont flatteurs. Néanmoins le nombre de personnes précarisées s'accroît. Il est nécessaire de parler de ces individus. Ce colloque en est l'occasion.

* *
*

Entre les représentants politiques et la salle

Myriam Katz

J'invite les participants à poser leurs questions et à interpellier les politiques.

Denis Grimberghs (Député régional de Bruxelles-Capitale, CDH)

En matière de santé il existe des règles fondamentales. Au risque de paraître conservateur, je pense qu'il faut que ces règles soient bien comprises. Il convient aussi de mieux les faire valoir. En effet, il est préférable d'utiliser en priorité les législations existantes plutôt que d'en produire systématiquement de nouvelles.

En effet, les textes légaux nouveaux ou les corrections apportées à ceux qui existent déjà impliquent l'adoption de nouvelles procédures. Ce qui rend le système encore plus complexe.

Je prends pour exemple les réglementations relatives au logement social qui ont été récemment modifiées et rendues plus complexes. Ces modifications devaient empêcher un certain clientélisme dans l'accès à ce type de logement. Cela partait d'une bonne intention. Ces aménagements ont cependant compliqué l'accès au logement social. Il est impératif de tenir compte des réels problèmes des gens. Les intermédiaires sociaux ont, dans cette optique-là, un rôle essentiel à jouer.

Notre système est basé sur le principe de l'assurance solidaire. D'autres mécanismes existent. Mais eu égard aux coûts qu'ils engendrent (tant pour la personne que pour les pouvoirs publics) ils sont moins performants. La critique du système nécessite une bonne connaissance de celui-ci. Sa connaissance permet aussi d'aider les gens à bien faire valoir leurs

droits (dans un système où normalement ils ont leur place).

Dominique Braeckman (Députée régionale de Bruxelles-Capitale, Ecolo)

En 1946, l'OMS définit la santé. Je me réfère à cette définition qui est toujours d'actualité. La santé ne se définit pas par l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle est un état complet de bien-être physique social et mental. Une multiplicité d'acteurs (des acteurs locaux, sociaux, des personnes actives dans le domaine du développement économique, environnemental, culturel) peuvent intervenir sur les déterminants de la santé.

La santé n'est pas uniquement un but en soi. Elle est aussi un moyen. L'individu doit pouvoir se réapproprier son destin, s'inscrire dans la société, dans son quartier, dans sa communauté.

Tant au niveau politique qu'au niveau du terrain, la problématique de la santé doit être appréhendée dans un contexte intersectoriel. L'intersectorialité nécessite des relations entre les institutions. En région bruxelloise, des accords de coopération doivent exister entre les six institutions concernées par la santé. Sans dialogue, elles se rejettent mutuellement les responsabilités à l'origine des problèmes. Des conférences interministérielles permettent le dialogue et la réflexion commune.

Par ailleurs, en politique, les choses prennent beaucoup de temps à évoluer.

Myriam Katz

Denis Grimberghs considérait que les règles de base étaient importantes et qu'il fallait en tenir compte. Comment réagit Thomas Nagant à cette prise de position ?

Thomas Nagant (Conseiller au cabinet du Ministre Didier Gosuin)

Les anciennes réglementations doivent certainement être redécouvertes ou réexploitées si on veut rendre les services de bases (dont les services de santé font partie) accessibles au plus grand nombre d'entre nous.

Dans le domaine de la santé, la «technicisation» est de plus en plus importante. Le secteur médical est extrêmement développé et performant. Néanmoins, certaines franges de la population n'ont pas accès au système des soins de santé. Les personnes en situation d'irrégularité ou en voie de régularisation ne peuvent bénéficier du minimum de soins de santé. Ces personnes peuvent tout au plus bénéficier de l'aide médicale urgente. Mais son accès reste difficile. Tout le monde devrait bénéficier des soins de santé.

De surcroît, les services d'urgence sont débordés. Les personnes qui s'y rendent ne peuvent pas toujours évoquer l'urgence. Mais, pour certains, ces services sont la seule alternative pour pouvoir bénéficier de soins de santé. Ces problèmes pourraient être traités au sein de la conférence interministérielle. Il faut en effet trouver ensemble des solutions qui garantissent un meilleur accès aux soins de santé.

Par ailleurs, les forums de discussions ne permettent pas de tout solutionner.

Arrigo Zanella (représentant de Magda De Galan, Présidente du parlement bruxellois, PS)

Aujourd'hui, Bruxelles gère un certain nombre de compétences dans le domaine de la santé (en matière de programmation ou de financement). Depuis une dizaine d'années, la politique de la santé est davantage centrée sur la personne. La médecine de première ligne est revalorisée. Dans le domaine de la santé mentale, le travail en réseau permet aussi d'humaniser les actions entreprises dans l'intérêt du patient.

Par ailleurs, la problématique de la santé tend à être globalisée. En ce qui concerne le financement des hôpitaux - au niveau du fédéral - on parle actuellement du prix de la journée «all in». On envisage aussi un financement global des hôpitaux.

Aujourd'hui, beaucoup d'intellectuels disent que l'humanité est confrontée à trois problèmes majeurs : la santé, l'éducation et la pauvreté. Ils doivent constituer les axes des politiques publiques de demain. L'Etat ne pourra jamais déléguer le traitement de ces problématiques. Mais dans ces domaines, des coopérations institutionnelles au niveau national, européen, et mondial sont nécessaires.

Ces dix dernières années, on a vu naître des syndicats de patients (notamment en Hollande). En matière de soins de santé, l'avis du patient est primordial. Il doit donc bénéficier d'un droit à la parole.

Myriam Katz

Je constate que le système du tiers payant n'est pas encore généralisé à l'ensemble de la population. La problématique de la «lasagne institutionnelle» a également été évoquée. Pour Talbia Belhouari, le travail collectif et les collaborations sont importantes.

Myriam De Spiegelaere

Je regrette qu'au cours de journées de travail comme celle-ci, les politiques sont présents uniquement au moment où ils doivent prendre la parole. Ils ne sont malheureusement pas là lorsqu'il s'agit d'écouter.

Les institutions bruxelloises sont extrêmement complexes. Les modes de subventionnement et de reconnaissance sont hétéroclites. Dans le cadre de mon travail, je n'ai jamais constaté que les travailleurs de la Cocof, de la Cocom, de la Vgc se mettaient ensemble autour de la table pour résoudre les problèmes.

Pourquoi les commissions santé constituées au sein du parlement ne peuvent-elles pas se réunir pour

écouter les témoignages des acteurs de terrains (qu'ils soient néerlandophones ou francophones) ?

Thomas Nagant

Les pouvoirs politiques soutiennent des initiatives concernant l'accès aux soins de santé (ex : ce colloque). Mais le pouvoir politique n'est pas omnipotent. Il ne peut tenir compte de tous les avis, répondre à toutes les questions, à toutes les demandes des travailleurs de terrain. Le politique a aussi ses lacunes. Il ne peut faire face à tous les défis qui se présentent à lui. A son niveau, le temps de la réflexion, du débat, de la rencontre, de la présence sur le terrain passe malheureusement au second plan.

La collaboration et la concertation entre les différents niveaux de pouvoirs bruxellois doivent être améliorées. Des mécanismes favorisant le travail transversal se mettent en place. Ainsi, la politique mise en place pour les personnes sans abris implique des collaborations entre les différentes entités bruxelloises.

Le travail des institutions bruxelloises est limité par les moyens qui leur sont attribués. Le budget de la santé de la Cocof s'élève à 20.000.000 euros. Au regard des politiques qu'elle doit impulser, ces moyens sont insuffisants.

Dominique Braeckman

Actuellement, on essaye de décloisonner les institutions bruxelloises. Les tentatives sont encore ponctuelles.

Le travail en réseau est nécessaire. En effet, les gens ont des problèmes complexes qui nécessitent l'intervention de différents travailleurs sociaux. Ceux-ci doivent nécessairement nouer des contacts et collaborer.

Par ailleurs, les structures existantes ne répondent pas à tous les besoins. Il n'existe pas d'institution pour traiter les besoins d'ordre psychiatrique des sans-abris.

Les travailleurs sont aussi plus efficaces lorsqu'ils travaillent en réseau. Mais, ils craignent parfois une institutionnalisation du réseau car elle risque de le figer.

Le réseau peut prendre plusieurs formes. Il peut notamment être le résultat d'un échange d'adresses ou d'un échange de réflexions au sujet de la méthodologie ou des pratiques.

Les travailleurs sociaux désirent bénéficier de plus d'outils méthodologiques, des moyens pour évaluer leur travail. Le politique doit pouvoir répondre à ces demandes.

Les associations entrent parfois en concurrence. Ce qui peut faire obstacle au bon fonctionnement du réseau. Chaque année, certaines associations doivent renégocier leurs subsides. Ces renégociations peuvent attiser la concurrence.

L'associatif doit avoir un rôle critique. Il peut remettre en question l'action des décideurs politiques. Il doit aussi leur communiquer les problèmes rencontrés sur le terrain. Ce rôle critique est difficilement conciliable avec les démarches visant à demander des subsides qui exigent d'ailleurs beaucoup d'énergie et de temps. Le politique doit sécuriser les associations en leur permettant de fonctionner au sein d'un réseau sans concurrence .

Denis Grimberghs

La concertation est possible. Mais le dialogue devrait être plus efficace. Cette efficacité dépend de la volonté politique.

A Bruxelles, les compétences en matière de santé sont dispersées. Elles sont en effet réparties entre différents organes de décision. Les travailleurs de terrain peuvent faire une synthèse de ces compétences.

Les décideurs politiques doivent, quant à eux, prendre des décisions qui s'inscrivent dans un plan global d'offre en matière de santé publique.

En ce qui concerne les soins de santé, les pratiques des différents CPAS bruxellois (en relation avec les prestataires de soins : les médecins, les paramédicaux, les hôpitaux privés comme publics) doivent être harmonisées. Cette harmonisation rendrait les droits plus effectifs. Cette problématique engendre des polémiques au sein du parlement bruxellois.

Berthe Severain

Je constate que les différents secteurs ne collaborent pas assez entre eux. Les politiques acceptent difficilement de travailler ensemble. Les compétences sont trop morcelées. Les travailleurs ne se concertent pas assez au sujet des problèmes particuliers qu'ils rencontrent. Bien entendu, l'individu est aussi responsable (quand il en a les moyens) de son propre devenir, il est acteur de sa propre vie.

Talbia Belhouari

Je n'adhère pas entièrement aux propos de Berthe Severain. La Région est une institution encore jeune. La politique menée par la Cocof est devenue intersectorielle. Des acteurs issus de différents secteurs peuvent se mettre autour de la table, dialoguer au sein de commissions, de conseils consultatifs. En outre, certaines législations poussent les gens à travailler ensemble.

Plusieurs secteurs sont concernés par la santé (le logement, l'emploi). Un grand nombre de ministères sont compétents dans le domaine de la santé. Il est donc difficile de mettre tout le monde autour d'une même table. En revanche, la transmission de l'information a été sensiblement améliorée. La Cocof a édité récemment diverses brochures.

De même, des contacts se sont noués entre différentes administrations.

Arrigo Zanella

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles fait des observations de type quantitatif et qualitatif. Cette institution pourrait organiser des concertations entre acteurs de terrain. Elles permettraient de formuler des revendications, des pistes de travail à l'intention des politiques. La «table ronde pauvreté» a notamment permis ce genre d'échanges entre travailleurs de terrain et politiques.

La loi devrait améliorer la participation, c'est à dire développer des mécanismes de démocratie participative au sein d'une démocratie représentative. La démocratie représentative est le meilleur système pour autant que chacun l'applique. Le politique doit soutenir le monde associatif. L'Observatoire de la Santé et du Social devrait bénéficier des moyens pour devenir un institut à gestion séparée doté d'une capacité financière comme celle de l'Institut Pasteur.

Cet observatoire tend à appréhender la politique de la santé en articulation avec d'autres politiques. En effet, au sein de cette institution, on privilégie une interdisciplinarité en travaillant transversalement. Cette optique de travail nécessite l'attribution de moyens financiers adéquats.

La santé ne peut être traitée isolément. Elle doit être appréhendée en relation avec d'autres problématiques telles que le logement, la mobilité. Les politiques éprouvent des difficultés à travailler de cette manière. Ils ont tendance à «sectorialiser».

Annette Perdaens (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles)

Les décideurs et les travailleurs sociaux ne sont pas les seuls à pouvoir participer au débat. Les usagers ont aussi leur mot à dire. Il faut tenir compte de leur avis.

Thomas Nagant

Le Plan Régional de Développement de Bruxelles (PRD) contient aussi des dispositions en matière sociale et de santé. Il faut travailler en commun et de manière transversale. Les forums de dialogues sont importants.

Denis Grimberghs

L'émiettement des compétences est une catastrophe; il fait obstacle aux prises de décision. Cette dispersion permet aussi un contrôle entre les familles politiques (on contrôle mieux un partenaire politique en étant compétent pour une de ses matières).

Dominique Braeckman

Le recueil des données est très important. Cette tâche permet d'élaborer de meilleures politiques. Ce recueil doit être coordonné. Les politiques doivent prendre

en considération les recommandations de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. Des évaluations sont également nécessaires.

Il faut éviter l'écueil d'une médecine à deux vitesses (une des conséquences du recours aux assurances privées). Les travailleurs de terrain ne doivent pas hésiter à s'adresser aux politiques.

Le mot de la fin

Madeleine Moulin

Au niveau du travail social, les préoccupations relatives à la recherche de moyens financiers ne doivent pas occulter l'importance du facteur temps. Les acteurs sociaux doivent prendre le temps d'effectuer correctement leur travail. Ce temps est un élément important qu'il ne faut pas négliger.

* *
*

Table des matières

Introduction	page 5
Présentation de la journée	page 7
Allocution de Didier Gosuin	page 9
Première table ronde : santé et droits	page 11
Deuxième table ronde : santé, réseau et pratiques sociales	page 25
Troisième table ronde : Santé et compétences publiques	page 36
Quatrième table ronde : Santé et article 23	page 47
Conclusion	page 59
Débat entre les représentants politiques et la salle	page 61



**Administration de la Commission
Communautaire Française
Service Santé
Rue des Palais, 42
B - 1030 Bruxelles
Tél.: 02 800 83 16
Fax : 02 800 85 16
E-mail : ccfbe@yahoo.fr
Site web : <http://www.cocof.be>**