

PROXI CHRISTMAS & HAPPY NEW DEAL !

Que nous réserve l'année 2024 ? Soyons optimistes. En Région bruxelloise, le Plan social santé intégré (PSSI) est sur les rails. En Wallonie, Proxisanté ne devrait pas tarder à être validé. Ces deux grandes refontes de l'approche de l'organisation des soins de première ligne sont basées sur la territorialité, dans une logique fonctionnelle autour des lieux et des objectifs de vie des patients, avec une plus grande efficacité et convergence du travail des associations et des institutions qui constituent ces bassins de vie. À l'échelon fédéral, le ministre de la Santé vient de lancer un nouveau modèle organisationnel et de financement permettant à la médecine générale d'affronter les défis attendus liés au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Entre le financement à l'acte et le financement au forfait, ce New Deal devrait rééquilibrer la balance entre la demande et l'offre.

Si l'on s'en tient au réalisme, nous serons attentifs dans les semaines et les mois qui viennent à lire entre les lignes des programmes dont l'encre n'est pas encore sèche, les partis politiques four-

bissant leurs atouts de séduction en vue des différents scrutins électoraux : en juin, les enjeux seront en effet régionaux, fédéraux et européens. Tous ont reçu le *Mémoire de la Fédération des maisons médicales* et ses dix recommandations : soutenir une Sécurité sociale forte et un système de soins cohérents, agir sur les déterminants de la santé de manière transversale, améliorer l'accessibilité financière aux soins de première ligne, renforcer la concertation et la participation citoyenne dans le système de santé, organiser un système de soins de santé autour des patientes et des patients, réorganiser la première ligne, revaloriser ses métiers, soutenir la pratique de groupe pluridisciplinaire, développer une politique du médicament efficace, fournir une informatisation raisonnée au service de l'humain... Bref, promouvoir une politique et un projet de société favorisant la santé pour toutes et tous. Demain, la santé dans toutes les politiques ? Allez, on opte pour l'optimisme !

**En juin, les enjeux
seront régionaux,
fédéraux et européens**



Rudy Pirard,
président de l'organe d'administration
de la Fédération des maisons médicales

PHILIPPE HENSMANS :

« LE DÉBAT DÉMOCRATIQUE

EST EN TRAIN DE DISPARAITRE »

Le directeur d'Amnesty International vient de quitter ses fonctions après une trentaine d'années au service de la liberté politique dans le monde et en Belgique. Au cœur de son bilan : les dangers croissants du populisme et de la droite extrême.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugée*.

Au fil des ans, l'engagement a-t-il changé ?

Ph. H. : Les formes d'engagement ont changé et la durée dans une association certainement. On essaie d'amener les jeunes et on s'adapte en allant sur les applications qui sont leurs sources d'informations. Aujourd'hui, on ne communique plus sur une action, l'action et le contenu militants sont à bord de la communication.

lez nous entendre !», et on les a diffusés pendant deux heures avec d'immenses haut-parleurs.

Les cibles d'Amnesty International ont aussi changé ?

Nous travaillons beaucoup avec des défenseurs des droits de l'environnement, qui sont arrêtés comme des prisonniers d'opinion.

L'envoi de cartes postales, qui a fait la marque d'Amnesty International, reste toutefois efficace ?

Comme me l'a un jour dit un professeur marocain, un dessin d'enfant qui arrive dans une cellule, c'est extraordinaire. C'est quelque chose qui donne envie de résister, de tenir le coup. Ce sont des méthodes qui sont encore adaptées pour certaines causes, et qui passent aussi aujourd'hui par le digital : on imprime le nom des gens qui ont signé la pétition en ligne et on remet la liste à un ambassadeur ou on la lui envoie s'il refuse

Et les pays en ligne de mire sont de plus en plus proches... La Belgique est aussi dans votre rapport annuel depuis quelques années !

Nous avons renforcé notre travail sur les pays européens parce que, notamment sur la question des droits des migrants, les choses se sont considérablement aggravées. Il y a une montée du populisme, une montée des dictatures y compris à l'intérieur de l'Union européenne, car, pour moi, Orban est un dictateur. Amnesty n'a jamais défendu la démocratie en tant que telle, si ce n'est en interne. Nous ne sommes pas là pour dire quel est le meilleur système, mais je reste persuadé, comme disait Churchill, que la démocratie est le moins mauvais. On fait un travail de sensibilisation auprès de la population, avec les moyens que nous avons. En Hongrie, où 500 médias ont signé une charte de soutien à Orban, c'est évidemment très difficile. En Belgique, on fait aussi de l'éducation aux droits humains dans les écoles ; une cinquantaine d'animateurs bénévoles discutent avec les jeunes – et ce n'est pas toujours facile non plus de parler du viol, par exemple. Amnesty International a élargi son champ d'activités et s'attache à tout ce qui se trouve dans la Déclaration universelle des droits humains, les droits économiques, les

« Il y a une montée du populisme, une montée des dictatures y compris à l'intérieur de l'Union européenne. »

de nous recevoir. Pour les actions urgentes, on demande toujours aux militants d'écrire ou d'envoyer un e-mail – et dans ce cas je recommande de libeller le message comme une « demande de renseignement pour des vacances dans votre pays », comme ça on est sûr qu'il n'est pas jeté à la poubelle tout de suite ! Une autre manière

de procéder, c'est le *text to speech* : un logiciel transforme l'écrit en son, et on égrène ainsi les noms de tous les signataires. La première fois que nous l'avons fait, c'était devant l'ambassade d'Égypte. « *Vous ne voulez pas nous voir, vous al-*

droits sociaux et culturels. Nous avons fait campagne sur les violences à l'égard des femmes, sur la violence sexuelle, sur la réglementation du commerce d'armes... Les droits humains sont universels et indivisibles.

Vous tirez la sonnette d'alarme. Nos libertés se resserrent-elles ?

C'est le risque. Il y a un truc global qui ne va pas, c'est cette tendance lourde de gouvernements qui ne respectent pas le droit international. On le voit avec les migrants : 8000 décisions de justice ne sont pas respectées par le gouvernement belge. C'est un gros sujet de préoccupation. Amnesty International s'était déjà inquiétée des lois contre le terrorisme, des mesures prises qui peuvent être contradictoires avec le droit international des droits humains ou le droit international humanitaire. À chaque attentat, on a ajouté des dispositions sans évaluer ce que ça donnait. La définition du terrorisme est extrêmement fragile, il faut donc être très prudent et c'est pour cela que nous avons beaucoup de craintes avec l'actuel projet de loi « anticasseurs ». Il en va de même avec les dispositions qui ont été mises en place pour le Covid. Amnesty travaille donc aussi de façon structurelle, en essayant d'obtenir des modifications au niveau législatif ; nous sommes intervenus sur la question de la banque de données Sciensano et sur celle de l'autorité de protection des données.

Nous forgerions donc nos propres barreaux ?

Effectivement, nous avons une responsabilité individuelle. Nous sommes entrés dans une ère nouvelle tout en gardant des réactions à l'ancienne. Le règlement général de protection de données, le RGPD, est un exemple typique. Combien de gens envoient toujours par e-mail des listes d'adresses à des collègues ou à d'autres personnes ? C'est interdit, et l'e-mail est probablement un des systèmes les moins fiables. J'en connais qui ont encore leur mot de passe collé sur leur ordinateur ! C'est vrai aussi pour les objets connectés. Il existe des frigos qui signalent les achats que vous devez prévoir ou vous faire livrer. Si un système de sécurité sociale devenait privatisé, qu'est-ce qui garantit que ces informations ne seront pas transmises

à l'assureur ? Le problème avec le digital, c'est qu'il arrive avant que l'on pense aux impacts qu'il peut avoir.

Vous venez de boucler une tournée de conférences sur l'hégémonie culturelle, la droite ayant récupéré ce concept du marxiste italien Gramsci¹. Sommes-nous en guerre culturelle ?

Je pense effectivement qu'il faut rétablir une hégémonie culturelle, en tout cas celle des droits fondamentaux. Dans un sondage publié en avril par *Le Soir*, les Belges estiment que le pays en fait trop pour les demandeurs d'asile, et une majorité de sondés, sauf à Bruxelles, considère qu'il faut arrêter de créer des places d'accueil pour celles et ceux qui veulent trouver refuge chez nous. Même s'ils s'exposent à des risques politiques si on les renvoie... J'entendais à la radio un commentateur dire que l'immigration et la question identitaire s'étaient imposées dans la dernière campagne électorale française... C'est faux, elles se sont imposées depuis des années. Et cette stratégie de guerre culturelle a été mise en œuvre chez nous également. Ainsi le programme du Vlaams Blok en matière d'immigration, qui date des années 1990 : un paquet a été appliqué dans le pays sans qu'il n'ait jamais fait partie d'aucun gouvernement. Et un des gouvernements qui a supprimé le plus de places d'accueil pour les demandeurs d'asile – 8 000 places – fut le gouvernement di Rupo en 2014, soit l'année précédant l'arrivée massive de Syriens qui fuyaient d'ailleurs la même chose que les Ukrainiens que l'on accueille aujourd'hui. C'est dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des partis d'extrême droite qui obtiennent 35 % des voix aux élections pour que leur politique soit mise en œuvre. Et c'est bien là l'impact de l'hégémonie culturelle remportée par cette pensée. Il faut dire qu'en choisissant l'argument identitaire – et nationaliste dans certains pays – l'extrême droite a choisi la voie la plus efficace. Le discours nationaliste flamand par exemple veut construire une identité, un « nous ». Il re-

« Il n'est pas nécessaire d'avoir des partis d'extrême droite qui obtiennent 35 % des voix aux élections pour que leur politique soit mise en œuvre. »

1. A. Berthier, « L'hégémonie culturelle selon Gramsci », www.agirparlaculture.be, 2011.

« On ne peut pas avoir un vrai débat démocratique si on ne parle pas le même langage. »

court à de nombreux mythes, ensuite une vision du monde est esquissée à travers un discours économique néolibéral. Ceux qui suivent cette vision du monde sont coincés dans une pensée unique portée sur la compétitivité et la recherche du profit. Les causes de la précarité et des inégalités disparaissent ainsi du paysage. Tout ce qui ne va pas devient dans ce récit la faute des perdants, et des boucs émissaires sont désignés. Le fait que l'excellence de la Flandre ne se concrétise pas aussi fort que souhaité est ainsi imputé à quelqu'un d'autre. L'ennemi étranger, dans un premier temps le migrant, l'immigré. L'extrême droite a réussi à faire monter la thématique de l'immigration et parler des immigrés, et puis après, quand ça a fonctionné, du musulman, ou de l'ennemi intérieur. Invoquer Gramsci permet à la nouvelle droite d'assoir cette idée que la politique n'est pas son affaire : il ne s'agit pas de préparer l'accession au pouvoir d'un parti, mais de transformer les mentalités pour promouvoir un système de valeurs. La leçon gramscienne de la priorité de la bataille des idées constitue un bon créneau pour un groupe qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour peser en politique...

Diviser pour régner ?

Ce qui convient très bien aux élites... Et il faut noter que cette construction identitaire nationaliste évolue de plus en plus vers la droite : « nous » n'est plus seulement le peuple qui parle la même langue, qui partage une identité culturelle et vit ensemble dans une certaine région : des modèles de comportements socioéconomiques tels que travailler dur, épargner, faire des affaires commencent également à jouer un rôle pour pouvoir y être inclus. L'identité est ainsi détournée sur le plan politico-idéologique, il s'agit en fait d'un comportement dont les contours sont très flous et mouvants. La définition d'un ennemi symbolique qui est à l'origine de tous nos maux ou presque est facile.

Comment s'est opéré ce changement culturel ?

L'audience de nos médias traditionnels s'est effondrée. Les médias *mainstream* aujourd'hui,

ce sont les réseaux sociaux. C'est vrai pour les jeunes comme pour les plus âgés. La droite extrême l'a bien compris. L'avènement des réseaux sociaux a entraîné pour une partie de leurs utilisateurs l'effacement de la délimitation entre la sphère privée et la sphère publique. Comme le souligne Habermas, les humains constituent une espèce loquace et bavarde. Ce que les réseaux sociaux induisent n'est alors pas un accroissement de la communication comme on pourrait le penser, mais le fait que chaque être parlant qui le désire puisse développer et porter comme un auteur une parole publique. L'une des causes de la régression politique actuelle se situe exactement à cette jonction inédite entre la parole individuelle spontanée et la parole publique. L'écart est en effet sensible par rapport à l'espace public traditionnel où il fallait, pour devenir auteur d'une parole publique, passer par une médiation pour être entendu, être interviewé par un journal, être vu à la télévision, être écouté. Ces médias avaient une fonction de contrôle de la teneur épistémique et logique des informations et opinions qu'ils diffusaient, leur véracité, leur cohérence. Aussi, les médias traditionnels ont pour prérogative de générer de l'attention collective. À aucun moment les médias ne disent ce qu'il faut penser ; chaque média peut proposer et, comme il y a plusieurs médias, il y a donc moyen de voir les contradictions. Pour reprendre Habermas, l'espace public qui permet la démocratie est donc basé sur la rationalité, ce qui veut dire le partage de mots, de raisonnements acceptés par tous et toutes. On ne peut pas avoir un vrai débat démocratique si on ne parle pas le même langage, si on n'utilise pas la même grammaire, la même syntaxe. On ne doit pas avoir les mêmes opinions, mais on doit avoir la même possibilité de s'exprimer et être compris par les autres. Les gens sont dans l'obligation de se rendre justifiables devant l'instance qui, elle, vaut pour tous et n'est autre que la raison. La droite radicale a vite compris les enjeux que les réseaux sociaux représentent pour la bataille des idées. Cette évolution s'est aussi traduite dans une imprégnation de certains intellectuels pourtant habitués des valeurs traditionnelles. On découvre ces voies que Michel Houellebecq, Yann Moix et Sylvain Tesson cultivent avec l'extrême droite. C'est devenu cool d'être réactionnaire.

Aujourd'hui, on dit tout partout, au détriment du débat démocratique ?

Oui, le débat démocratique est en train de disparaître. L'opinion publique s'est explosée dans une série de Bantoustans très personnels. Je reprends encore Habermas, qui soupçonne que la publicité immédiate de la parole intime et privée conduit à l'érosion des critères de rationalité, de logique et de vérité qui structuraient jusqu'alors l'espace public. Au cours de ce processus, la contrainte de rationalité que la sphère publique ne cesse d'exercer – puisque les médias traditionnels continuent d'exister et se gardent la prérogative de vérifier les faits – peut devenir insupportable pour certains individus qui dès lors se replient sur les espaces publics particuliers, homogènes avec leur point de vue et opinent. On s'est inquiété de cette réalité favorisée par les algorithmes avec le Covid, alors que le mal était bien plus profond. Les débats, ou plutôt les avalanches d'avis, les *fake news*, ont mis en avant ce rejet de la rationalité commune. Les sources valables ne sont plus les mêmes et on rejette parfois au mépris de toute logique et de toute analyse statistique sérieuse les motifs qui ont justifié les décisions politiques. Il n'y a plus un espace public dans lequel on peut avoir un débat. Ce qui se passe sur les réseaux sociaux relève du privé et des contraintes de rationalité relativement faibles propres à ce genre de communication. Il y a peu de règles à respecter pour les acteurs qui eux-mêmes continuent à parler inlassablement en tant qu'auteurs.

Vous pointez également les effets d'un contexte confusionniste...

Notre socialisation politique, comme le dit le politiste Philippe Corcuff, tient pour acquis que les débats d'idées s'organisent selon des clivages idéologiques clairement identifiables : socialisme, conservatisme, néolibéralisme, écologie, féminisme... En réalité, le contenu de ces catégories s'est non seulement affadi, mais les valeurs et les repères propres à chacune sont aujourd'hui indistinctes. Il estime que nous sommes entrés dans l'ère des bricolages idéologiques confusionnistes qui comprend des intersections, des interactions avec la trame idéologique ultra conservatrice. L'ultra droite serait parvenue à rendre hégémonique son interprétation des questions identitaires : la laïcité, la ré-

publique, ou à saturer le champ des débats de guerres culturelles incessantes sur les migrants, sur l'islam, l'homophobie, l'antisémitisme, le climatoscepticisme, l'opposition au vaccin ou le pass sanitaire en temps de Covid... Mais le confusionnisme n'est pas de la confusion. La trame confusionniste a pour principal effet dans le contexte politico-idéologique actuel de faciliter l'expansion de postures et de thèmes venant de l'extrême droite. Cette dynamique politique tend à revêtir la forme d'une critique sociale qui se veut notamment anticapitaliste et se niche dans une large mesure dans l'espace nébuleux des réseaux sociaux. Le programme du Vlaams Belang est presque autant à gauche sur le plan économique et social que celui du PTB, mais évidemment il comporte d'autres ingrédients... Il comporte des relais éditoriaux avec des livres, des articles à portée scientifique de vulgarisation, il est repris et amplifié par les acteurs politiques et les médias. Le confusionnisme pose les jalons d'une hyper critique vaguement antisystème et qui vise principalement les élites politiques, économiques, médiatiques. C'est là que l'on constate cette montée de valeurs de l'extrême droite qui

adopte tout ce qui l'arrange pour construire un modèle ; et ce modèle finit par transiter partout. Le confusionnisme met en scène un radicalisme verbal qui personnalise ses cibles et qui, au lieu de pratiquer la critique sociale issue des mouvements ouvriers – qui est principalement de facture marxiste et se penche sur des structures sociales impersonnelles, parle du capitalisme, de rapport de classes, etc. –, met à l'inverse en place une critique sociale qui met davantage à l'index une personne : on va plus parler d'Emmanuel Macron ou de l'immigré que des structures sociales et économiques qui les produisent.

Vous restez néanmoins optimiste ?

Je ne suis pas optimiste, pour moi cela n'a pas beaucoup de sens : il faut se battre, c'est tout. Est-ce que nous y arriverons ? Si je ne me battais que pour des choses que je suis sûr de réussir, je n'aurais jamais travaillé pour Amnesty International ! ■

« Certains individus se replient sur les espaces publics particuliers, homogènes avec leur point de vue. »

#VIVRE MIEUX : UNE VISION SOLIDAIRE DE LA SANTÉ

Fin 2023, la Coalition Santé a lancé la campagne #VivreMieux : trente propositions concrètes pour améliorer la santé de chacun et chacune. La première partie de cette campagne, la promotion de la santé, porte la nécessité d'une vision large, solidaire et collective de la santé. Elle appelle à prendre en considération les déterminants non médicaux de la santé afin d'améliorer la qualité de vie de toutes et tous.

Brieuc Dubois, coordinateur de la Coalition Santé.

Il est également grand temps de prendre en considération la santé de notre environnement.

La santé, ce n'est pas juste attraper un virus ou y échapper. Être en bonne santé dépend essentiellement de facteurs non médicaux : avoir un niveau d'éducation suffisant pour pouvoir prendre en main sa santé, vivre dans un logement salubre, résider dans un quartier vert, avoir accès à de la nourriture saine, etc. Autant de facteurs économiques, sociaux, environnementaux, comportementaux et politiques qui vont avoir un impact direct et majeur sur la santé. Agir sur ces facteurs, c'est déjà agir sur la santé.

Par ailleurs, ces facteurs n'impactent pas la santé de tous les citoyens et citoyennes de la même manière. En Belgique, en 2020, les écarts d'espérance de vie à la naissance entre la population disposant des meilleures conditions socioéconomiques et celle en disposant de moins bonnes étaient de neuf ans chez les hommes et de six ans chez les femmes¹. Les inégalités de santé sont avant tout le fruit d'inégalités sociales. Elles se résoudront donc en agissant sur les déterminants structurels des inégalités, à savoir la distribution inéquitable des ressources et les processus de discrimination existant au sein de la population. Il est également grand temps de prendre en considération la santé de notre environnement. Car s'il est malade, l'humanité aussi le sera.

Telle est la démarche de la promotion de la santé : elle entend agir sur les éléments favorisant l'émergence, le maintien, le développement du bien-être et de la santé. Elle exige donc l'action

concertée de toute une série d'intervenants afin de favoriser collectivement la santé dans toutes les politiques et dans toutes les pratiques. On ne peut pas continuer à soigner les gens pour les renvoyer dans les conditions qui les ont rendus malades. Élargir le paradigme de la santé et agir sur les inégalités socioéconomiques et sur les déterminants non médicaux de la santé doit être l'évolution de notre système de santé. La population en général sera en meilleure santé et tombera moins facilement malade ; ce qui aura un impact direct sur notre système de soins et sur la Sécurité sociale.

■ La Coalition Santé pointe l'importance de ces enjeux et appelle à lutter contre les inégalités socioéconomiques dans sa campagne #VivreMieux.

Une éducation qui s'adresse à tout le monde

En Belgique en 2018, les personnes ayant un niveau d'instruction faible étaient trois fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens et deux fois plus susceptibles d'être obèses ou de consommer quotidiennement des boissons sucrées que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé. L'espérance de vie d'un homme âgé de trente ans et diplômé de l'enseignement supérieur est, en moyenne, supérieure de six ans à celle d'un homme du même âge qui ne serait pas diplômé du deuxième cycle de l'enseignement secondaire². Il existe un lien clair entre le niveau d'éducation et l'état de santé. Les connaissances et les compétences obtenues à travers l'éducation permettent en effet aux adultes d'avoir une meilleure capacité de compréhension, d'évaluation et d'utilisation des informa-

1. M. Bourguignon et al., *Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19*,

Document de travail 27, Centre de recherche en démographie, 2021.

2. OCDE, 2021.

tions relatives à la santé et au système de soins, c'est-à-dire une meilleure littératie en santé.

Diminuer les obstacles à l'apprentissage et développer des environnements et des programmes éducatifs qui favorisent l'estime de soi, la gestion du stress et l'exercice des compétences psychosociales contribue à réduire les problèmes de santé physique et mentale.

Assurer un bon niveau d'éducation est aussi un moteur puissant d'ascension sociale et de réduction des inégalités sociales de santé. Il soutient l'engagement des personnes dans les transformations sociales nécessaires vers une éducation gratuite, égalitaire et promotrice de santé. En effet, une éducation de qualité, accessible à tous et toutes et égalitaire, favorise la santé de toutes les personnes.

- Pour #VivreMieux, investissons dans une éducation promotrice de santé : école, réseau familial, associations...

Un travail qui nous anime, pas qui nous abîme

Stress au travail, burn-out, traumatismes musculosquelettiques... En Belgique, un demi-million de travailleurs et travailleuses sont aujourd'hui en incapacité de travail depuis plus d'un an. Parmi eux, la plupart ont une pathologie liée à leurs conditions de travail. L'un des objectifs, en santé publique, est donc de mettre tout en œuvre afin que le travail soit un moyen d'émancipation et non une cause de souffrances et de maladies.

Il y a lieu de garantir la reconnaissance des maladies professionnelles et leur extension à de nouvelles pathologies liées au travail (maux de dos, burn-out), à l'absence de travail (chômage, revenu d'intégration sociale) ou à du travail alternatif peu ou pas reconnu (aidants proches, bénévoles). Il est également nécessaire de prévenir les accidents du travail et de mieux les faire reconnaître. La souffrance au travail ne peut être une fatalité. Il est urgent de prendre des mesures porteuses d'émancipation dans le monde du travail.

- Pour #VivreMieux, soutenons une organisation du travail saine et durable pour l'ensemble des travailleurs et travailleuses.

Évoluer dans un environnement sain

Le logement et le cadre de vie sont les points d'ancrage de l'être humain. Le logement consti-

tue l'espace vital par excellence dans lequel chacun devrait se sentir en sécurité et protégé afin de pouvoir s'épanouir pleinement. L'Organisation mondiale de la santé souligne que l'accès à un logement de qualité est l'une des conditions de base pour mener une vie saine. Pourtant, cette fonction de base n'est pas remplie pour bon nombre de personnes. Selon le Baromètre de l'Habitat sain 2022³, en Belgique, 34 % de la population est exposée à l'un des risques suivants liés à son environnement intérieur : humidité et moisissures, bruit excessif, froid ou manque de lumière naturelle. L'étendue des situations de mal-logement et de non-logement liées à une précarisation croissante est particulièrement inquiétante.

À Bruxelles, les loyers ont augmenté d'environ 20 % hors indexation entre 2010 et 2020, et de 80 % depuis 1986⁴. Cette hausse des coûts du logement, conséquence de la spéculation immobilière, de la non-régulation des loyers et du déficit de logements sociaux, dépasse de loin l'évolution des revenus. Il est urgent de mettre en place des mesures pour limiter la hausse des loyers et de mettre en place des (aides aux) investissements pour augmenter l'offre de logements accessibles et de qualité. C'est un impératif pour contrer la précarité sociale et ses conséquences délétères sur la santé de la population.

Par ailleurs, le cadre de vie, de plus en plus urbanisé, se dégrade pour tout le monde : il devient malheureusement de moins en moins verduré et de plus en plus bruyant, exposé à l'air pollué et aux pics de chaleur. Or, l'on sait que les personnes vivant dans des zones urbaines avec plus d'espaces verts ont un niveau de stress réduit par rapport à celles qui vivent dans des zones avec peu d'environnement naturel. Dans une ville trop dense, il y a également moins de mobilité douce, moins de lien social, davantage de troubles du sommeil et de la concentration, d'anxiété et de maladies de manière générale. Il faut donc aussi lutter contre la dégradation de certains territoires.

- Pour #VivreMieux, assurons l'accès à un logement digne dans un environnement sain pour toutes et tous.

Assurer un bon niveau d'éducation est un moteur puissant d'ascension sociale et de réduction des inégalités.

3. Baromètre de l'habitat sain 2022, Velux/Rand, 2022, <https://presse.velux.fr>.

4. Le baromètre du logement 2022, Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat, 2022, <http://rbdh-bbrow.be>.

Une nourriture qualitative et accessible

Entre les distributions de colis, les restaurants sociaux ou encore les épiceries sociales, on estime que 600 000 personnes recourent à l'aide alimentaire en Belgique⁵, soit plus de 5 % de la population. Le droit à l'alimentation est donc loin d'être effectif. Quant à parler d'un droit à un accès digne et autonome à une alimentation suffisante, saine et de qualité, et qui répond aux préférences alimentaires des consommateurs, n'en parlons même pas.

L'industrie agroalimentaire produit souvent des aliments transformés riches en calories vides, qui apportent beaucoup de calories, mais peu de nutriments essentiels. L'excès de sucre, de sel et de gras dans les aliments transformés entraîne de graves problèmes de santé tels que l'obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et le diabète. En 2018, près de la moitié de la population adulte belge était en surpoids (49 %) et 16 % des habitants étaient en situation d'obésité⁶. L'industrie agroalimentaire utilise souvent des additifs alimentaires tels que des colorants, des arômes artificiels et des édulcorants pour améliorer la saveur, la texture et la durée de conservation des aliments. Certains de ces additifs sont nocifs pour la santé et leur consommation excessive est associée à des déséquilibres hormonaux, des allergies ou des troubles du comportement.

Les inégalités sociales d'accès à une alimentation de qualité, les inégalités de santé qui en découlent et la non-durabilité du système alimentaire actuel exigent la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité de l'alimentation et son accessibilité. Une alimentation de qualité doit être diététiquement suffisante et équilibrée, agréable pour les sens, sûre et respectueuse de l'environnement et des travailleurs et des travailleuses. La qualité de l'alimentation doit associer les préoccupations sanitaires, sociales, culturelles et environnementales.

- Pour #VivreMieux, soutenons la production paysanne locale et durable pour une alimentation santé.

Une participation accrue à tous les échelons

Dans un système démocratique cohérent, l'ensemble des parties prenantes de la société doivent y prendre part de manière égalitaire. De

même, tout être humain a le droit de participer à la mise en place des politiques de santé. Cette participation a montré son efficacité dans l'amélioration de la santé et dans la réduction des inégalités sociales en santé. Elle se fait dans une visée de solidarité, d'équité, d'augmentation du pouvoir d'agir (*empowerment*) et de citoyenneté. Cette approche horizontale permet des actions en santé plus en phase avec les divers contextes de vie et préoccupations des personnes, tend à diminuer la défiance entre citoyens et décideurs et a un impact sur la réduction des inégalités sociales. L'usage des méthodes participatives rend ainsi les actions de promotion de la santé plus pertinentes, efficaces et légitimes.

L'engagement citoyen a également un effet direct sur la santé personnelle. Diminution de la consommation de médicaments, meilleure santé subjective, sentiment de solitude moins présent : autant de conséquences positives de la participation sur la santé.

- Pour #VivreMieux, renforçons la participation et la cogestion au sein des politiques impactant la santé publique.

Pour toutes ces thématiques, des réponses collectives sont possibles. Elles sont un enjeu fondamental de notre système de soins. Nous devons changer notre vision de la santé et la prendre en considération dans toutes les politiques menées en Belgique. #VivreMieux porte ce changement et interpellera le monde politique pour que ce soit entendu. Nous sensibiliserons, nous nous mobiliserons et nous lutterons pour que demain, nous puissions toutes et tous #VivreMieux. ■

En savoir plus ?

La Coalition Santé, connue jusqu'ici comme la Plateforme d'action santé-solidarité, est née en 2007 sous l'impulsion d'acteurs et actrices issus d'horizons divers, toutes et tous préoccupés par le droit à la santé, et qui ont décidé d'unir leurs forces afin de prévenir les conséquences des politiques néolibérales sur le plan social et sanitaire. Elle réunit aujourd'hui des représentants de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif et d'ONG. Découvrez ses revendications, regroupées dans le Livre Blanc *Notre alternative pour la santé*, et parcourez le site web : www.coalitionsante.be. ■

5. *L'aide alimentaire en Belgique*, Fédération des services sociaux, www.fdss.be.

6. S. Drieskens, *État nutritionnel, Enquête santé 2018*, Sciensano, www.sciensano.be.

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ À CHARLEROI

Comme dans bon nombre de villes et de communes, la situation y est préoccupante. Le 18 novembre dernier, un colloque piloté par le service santé de la ville¹ a exposé sans fards les menaces planant sur l'accès aux soins de santé de proximité. La première ligne de soins et les hôpitaux de la région se sont mobilisés pour les analyser, mais aussi pour identifier les possibilités d'amélioration.

Pascale Meunier, rédactrice de *Santé conjugquée*.

A Charleroi, les habitants meurent un an plus tôt qu'ailleurs dans le Hainaut, deux ans plus tôt que la moyenne en Wallonie et quatre ans plus tôt que la moyenne belge. « C'est surtout la mortalité précoce, avant l'âge de soixante-cinq ans, qui est importante. Les maladies chroniques sont plus nombreuses et les déterminants de santé moins favorables qu'ailleurs dans le pays », souligne Anne-Pascal Henry, médecin généraliste à la maison de santé L'Espace Temps, à Gilly. Elle a participé à la coordination d'une enquête qualitative auprès des professionnels de soins à Charleroi sur leur vision et l'évolution de leur métier. Kinés, infirmières, médecins généralistes, travailleurs sociaux, pharmaciens, travaillant en première ligne, mais aussi dans les hôpitaux de la région... près de 1250 personnes ont répondu, permettant une analyse sérieuse de la situation. Et celle-ci est catastrophique ! « En tant que soignants, nous ressentons le vieillissement de la population, la complexification des soins, la prévalence des pathologies mentales... et le manque de main-d'œuvre », dit encore Anne-Pascal Henry. En effet, à la pénurie de médecins s'ajoute celle des infirmiers, des aides-soignants, des psychologues. Des services hospitaliers ferment faute de personnel suffisant, des soins sont reportés, écourtés, et les suivis à domicile sont de plus en plus nombreux et complexes.

De nombreuses inquiétudes ont été rapportées dans cette enquête.

- Sur le territoire de la Fédération des associations des médecins généralistes de la région de Charleroi (FAGC), 430 médecins généralistes sont actuellement en activi-

té, mais, dans dix ans, 152 d'entre eux auront quitté la profession, soit plus du tiers (37 %).

- La répartition du temps de travail évolue, la plupart des généralistes répartissent leur travail en neuf demi-jours par semaine.
- La surcharge de travail vient surtout de la complexification des pathologies et des prises en charge. Les patients exigent par ailleurs de plus en plus d'immédiateté.
- Les infirmiers, les kinés, les médecins généralistes et les psychologues limitent le nombre de leurs patients. Chaque profession organise cependant une continuité des soins grâce à des gardes, avec une organisation et les difficultés propres à chacune.
- Une surcharge de travail administratif et des sollicitations importantes limitent les disponibilités et peut accroître l'écart entre les attendus d'un soin de qualité et les exigences du système de santé actuel.
- Toutes les professions regrettent un manque de reconnaissance des métiers de la santé, un manque de connaissance de l'autre, de connaissance des structures existantes et des outils disponibles. Toutes réclament un système de communication efficace et plus d'interopérabilité entre les systèmes informatiques.

Des ateliers d'échange et de discussion

Outre le questionnaire, quatre rencontres intersectorielles ont été organisées. Orientés sur la recherche de solutions, ces échanges étaient construits à partir de situations rapportées par l'équipe des facilitatrices en santé (*community*

1. En collaboration avec le service intégré de soins à domicile (SISD), le service de coordination des soins à domicile (SCSAD), le centre local de promotion de la santé (CLPS), la Fédération des associations des médecins généralistes de la région de Charleroi (FAGC), Solidaris, le Grand hôpital de Charleroi (GHDC) et la nouvelle intercommunale hospitalière HUmاني. Les actes du colloque sont disponibles sur le site www.charleroi.be/vivre/sante/acces-a-la-sante.

**Les professionnels
ont mis en évidence
plusieurs écueils pour
une prise en charge
optimale des patients.
Le premier est le
manque de temps.**

health workers). « Ces rencontres ont rassemblé de nombreuses professions de la première ligne – y compris des pharmaciens – qui n’ont pas l’habitude de se rencontrer. C’est ce qui a permis la richesse de l’exercice », explique Ingrid Muller, chargée de projets en éducation permanente à la Fédération de maisons médicales, partie prenante de ce processus d’analyse locale. Elle a co-animé l’un de ces groupes, guidée par cinq grandes questions :

selon les missions de votre profession, que faites-vous avec les protagonistes de ces situations à ce moment T ? Avec qui d’autre devriez-vous travailler ou vous concerter ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour ce travail en collaboration ou en concertation ? Qu’est-ce qui vous faciliterait la vie au niveau de communication (données du patient, antécédents, etc.) et au niveau de l’accord sur ce qu’il y a lieu de faire ? Que pensez-vous qu’il soit possible de mettre en place à court terme pour que la situation du patient soit correctement prise en charge et que vous puissiez fonctionner de manière optimale ?

Les professionnels ont mis en évidence plusieurs écueils pour une prise en charge optimale des patients. Le premier est le manque de temps : la charge de travail dépend non seulement du nombre de patients par professionnel, mais aussi de la complexité des soins engendrée entre autres par les pathologies chroniques plus fréquentes. Une des pistes avancées pour y remédier est d’améliorer les conditions de vie, autrement dit les déterminants non médicaux de la santé. Une autre est d’accroître la main-d’œuvre : relever les quotas de généralistes, créer de nouvelles fonctions, revaloriser les fonctions existantes... « Toutes les infirmières ne deviendront pas des infirmières de pratique, explique Anne-Pascal Henry, et pourtant beaucoup d’entre elles effectuent déjà des tâches de coordination, d’information des patients, de communication ou de prévention qui ne sont pas rémunérées et qui ne sont donc pas reconnues. Les professionnels doivent être responsabilisés pour ces actes via

la formation et la législation. Les modalités de collaboration entre infirmiers de pratique avancée et infirmiers de soins généraux doivent être clarifiées si on ne veut pas que la gestion des ressources humaines mobilise l’énergie de l’ensemble. » Le travail multidisciplinaire doit également être renforcé par des formations continues communes, voire pendant les études par des cours et des travaux communs aux différentes professions.

La deuxième difficulté est le manque de connaissance. Connaissance du réseau du patient, des autres professionnels et de leur expertise, des outils existants et des organisations qui structurent la première ligne. Le temps consacré au réseautage et à la rencontre autour du patient est rarement rémunéré. « Des temps de concertation sont pourtant financés pour le patient en perte d’autonomie et pour les patients psys, rappelle Anne-Pascal Henry. Ces financements ne sont pas assez connus et les conditions pourraient être élargies. Des équipes travaillent de manière multidisciplinaire, mais elles sont spécifiques à un moment de vie ou à une pathologie – je pense notamment à l’ONE, aux soins palliatifs. De manière plus générale, les concertations et le travail multidisciplinaire devraient s’articuler autour du patient et non de sa pathologie, de sorte que les prises en charge soient intégrées dans son suivi et que celui-ci soit continu et évolue avec l’histoire de vie du patient. »

Le troisième point touche à la complexité du système de santé. Les différents niveaux de décision et de financement (fédéral, régional, provincial) compliquent la compréhension et l’efficacité du système. « La structure méso – actuellement les services intégrés de soins à domicile – est l’acteur à privilégier pour cette mission de connaissance du réseau local », poursuit Anne-Pascal Henry.

La communication formelle et informelle fait également défaut. Le Réseau santé wallon (RSW) doit être financé de manière suffisante pour garantir les conditions d’accès adéquates, et pas uniquement pour les médecins, et éviter la multiplication d’autres canaux de communication parallèles. Les formations doivent être plus fréquentes et adaptées aux différentes professions et le temps passé à la mise à disposition des informations nécessaires doit être rémunéré. Les communications informelles, dépendantes du niveau de connaissance du réseau, pourraient également être renforcées, par exemple par une reconnaissance du temps pas-

sé au téléphone pour donner un avis à un collègue. « Le RSW doit donner des accès adéquats (mais limités à certains items) pour chaque profession, mais l'attention doit toujours être portée sur le choix du patient, cela nécessitera plus qu'une simple information de celui-ci afin qu'il puisse avoir réellement les capacités de ce choix. D'autant plus que nous, soignantes et soignants, ne sommes pas assurés que l'information anonymisée ne partira pas vers d'autres stratosphères... »

Le patient, en effet, a aussi fait l'objet de discussions. Il est l'acteur central de sa prise en charge : libre choix de ses soignants et intégration des équipes soignantes dans le continuum qu'est son histoire de vie, choix éventuel d'un soignant de référence ou coordinateur de soins intégrés, globaux et continus, choix d'une personne de confiance dans son entourage proche s'il s'agit d'une personne en perte d'autonomie. Il s'agit de l'informer sur ses problèmes de santé, mais aussi sur le système de santé et sur le coût des interventions et des soins, et leur remboursement par la mutuelle. « Lui donner les clés de compréhension pour qu'il se réapproprie ses choix et s'investisse dans son traitement ou dans des actions préventives dont il comprend l'impact sur son bien-être », résume Anne-Pascal Henry.

Parole aux patientes et aux patients

En marge de l'enquête et des tables de discussion, leur avis a été sollicité par le biais du dispositif de porteur de parole². Une question simple et majeure à la fois leur a été posée : C'est facile de se soigner à Charleroi ? La résonance de leurs doléances est saisissante.

- « Dans ma tête, il y a plein de choses et ça risque d'exploser. Je garde pour moi et je ne sais pas aller chercher de l'aide. »
- « Il existe des médecins qui ne se déplacent plus à domicile. Pour ça, c'était mieux avant. »
- « Je mets 1 h 30 en transports à chaque fois que je dois aller chez le médecin. C'est compliqué. »
- « À l'hôpital aujourd'hui, on vous fait payer avant de vous dire bonjour. »
- « Je suis en maison médicale. Mon suivi est très intéressant, mais je vois bien qu'on est dans une société qui commercialise les soins de santé. »
- « Je peine à trouver un psychologue et un psychiatre à Charleroi. J'ai dû me taper Beaumont ! »
- « Ça devient difficile quand vous êtes étranger

de vous faire comprendre autour des questions de santé. »

- « On se fait jeter des hôpitaux. Ils nous disent qu'on n'a rien ! »
- « Les médicaments, c'est trop cher ! Si on est le 15 du mois, j'attends ma paie avant d'aller chez le médecin et de savoir ce que j'ai. »
- « Quand j'ai un problème grave, en général je vais aux urgences pour me rassurer. Chez mon médecin il y a un délai de trois jours, il est trop demandé. »
- « Dans ma vie, devoir payer ma mutuelle a été un frein, car je n'avais pas les moyens. »
- « Les antidépresseurs sont des médicaments vraiment trop chers. Pendant un temps j'ai dû y renoncer. »
- « Pour faire infi, tu dois être passionné. Les conditions de travail et l'impact physique du métier engendrent un abandon du métier. »
- « Il faut être insistant, formé et à l'affût pour que le médecin fasse des examens complémentaires. »

Des attentes précises

L'accessibilité aux soins est complexe et multifactorielle, et des actions concrètes à chaque niveau de pouvoir et de décision sont nécessaires pour l'améliorer. Très pratiquement donc, les participants à cette enquête demandent aux communes d'agir sur deux points : les déterminants de la santé et l'attractivité pour les professionnels. Comment ? En étant attentives à ce que les décisions prises dans chaque échelon soient revues à la lumière de la santé de la population dont elles ont la charge : logement, qualité de l'air, sport, alimentation, éducation, rénovation des routes et bâtiments, circulation, participation citoyenne... En rendant la ville plus attrayante pour les professions en pénurie : crèches, parking, sécurité, locaux, transports en commun, formations organisées localement... En réfléchissant à des pistes pour faciliter et encourager l'accès à ces professions pour les jeunes de la région... Bref, à être l'un des moteurs de l'amélioration de la santé de la population afin que dans dix ans l'espérance de vie des Carolos soit identique à celle des autres Belges. ■

Les participants à cette enquête demandent aux communes d'agir.

2. P. Gillard, « (Re)créer des espaces politiques », *Santé conjugquée* n° 98, mars 2022.

DIS-MOI QUI TU VEUX SOIGNER, ET JE TE DIRAI OÙ T'INSTALLER!

Il est important pour l'équipe d'un centre de santé intégré de bien connaître la population des quartiers dans lesquels il est implanté (sa zone de « recrutement » si elle est délimitée géographiquement) et la population qui fréquente effectivement le centre. Le financement au forfait, qui permet de bien identifier les patients inscrits, est un bel outil pour atteindre cet objectif.

André Crismer, médecin généraliste, Christine Mainguet, membre du comité de la Coop (association de patients), Muriel Roelandt, infirmière, Xavier Albert, médiateur en santé à la maison médicale Bautista Van Schowen (Seraing).

La maison médicale ne recrute pas dans les quartiers riches.

La maison médicale Bautista Van Schowen est située dans le quartier du Pairay, à Seraing. Une première étude, en 1990, avait déjà comparé les données de la maison médicale à celles de l'Institut national de statistique. Seraing est divisé en quartiers. Chaque quartier est divisé en secteurs. Pour chaque quartier, nous disposons de certains indicateurs : proportions de professions libérales, proportions de chômeurs, proportions de maisons avec salle de bains, téléphone, voiture.

Sur base de cela, nous avons établi une typologie pour classer les quartiers par niveaux de richesse, inspirée d'un travail de Christiane Gosset qui avait réalisé une étude sur le territoire de la ville de Liège. Nous avons étudié l'origine de notre population sur base de cette typologie. En 2023, nous disposons de différentes données par quartiers fournies par le portail d'informations statistiques locales sur la Wallonie¹ : le revenu médian par déclaration, le pourcentage de personnes avec statut BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée, de remboursements plus importants pour les soins de santé compte tenu de la faiblesse de leurs revenus)... Notre objectif était d'étudier notre population et de la comparer avec les caractéristiques sociodémographiques de la population de la commune.

Les populations selon les quartiers

Des 4 120 patients inscrits à la maison médicale le 5 avril 2023, 3 820 avaient une adresse connue sur le territoire de Seraing, Ougrée ou

Bonnelles (soit 93 %). Nous avons regroupé les quartiers en quatre groupes selon leur niveau de revenus médians.

- Dans le groupe de quartiers les plus pauvres, 13 % des habitants sont inscrits à la maison médicale.
- Dans le groupe de quartiers les plus riches, 2 % des habitants sont inscrits à la maison médicale.
- 53 % des patients de la maison médicale viennent du groupe de quartiers les plus pauvres.
- 5 % des patients de la maison médicale viennent du groupe de quartiers les plus riches.
- Dans le quartier du Pairay où se situe la maison médicale, 25 % des 2 318 habitants sont inscrits à la maison médicale.
- Dans le quartier le plus riche, 0 % des patients sont inscrits à la maison médicale.

Une autre façon de regarder les choses est de classer les quartiers en fonction du nombre de patients inscrits à la maison médicale. C'est ce que nous avons fait. Nous avons retenu les dix quartiers qui hébergent 75 % de la population de la maison médicale. Quand nous classons les quartiers de Seraing par revenus médians décroissants, nous voyons très bien que la maison médicale ne recrute pas dans les quartiers riches, recrute un peu dans les quartiers intermédiaires et recrute beaucoup dans les quartiers pauvres. Notons que la maison médicale se trouve quasiment au point frontière entre les quartiers du Pairay, de Seraing gare et de Vieille Espérance. Quand nous classons les quartiers en fonc-

1. <https://walstat.iweps.be>.

tion de leur distance à vol d'oiseau de la maison médicale, nous constatons que nous recrutons nos patients selon la proximité du domicile avec notre centre. Nous recrutons nos patients dans les quartiers pauvres, mais nous recrutons surtout dans les quartiers proches de la maison médicale, ce qui est le résultat d'une politique d'inscription de l'équipe de la maison médicale.

Étude des statuts BIM

Dans le quartier du Pairay, où nous comptons le plus de patients et où la proportion de patients inscrits à la maison médicale est la plus haute (25 %), il y avait, selon l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)², 48 % de BIM en 2020 (sur 2 318 habitants). À titre comparatif, 21,35 % de la population wallonne avait le statut BIM en 2021. Dans ce quartier, nous comptons 571 patients. Nous avons pu identifier le statut BIM de 568 patients, parmi lesquels il y en a 325 avec un statut BIM (soit 57 %).

29 % des habitants du Pairay avec un statut BIM sont inscrits à la maison médicale, alors que 20 % des patients non BIM sont inscrits à la maison médicale. Parmi les 325 patients avec statut BIM, 34 % dépendent du CPAS, 36 % sont des assurés ordinaires, 22 % sont invalides et 6 % sont des personnes pensionnées.

Le quartier du Pré Soray est, parmi les dix quartiers où la maison médicale recrute le plus de patients, celui qui compte le plus haut pourcentage de BIM (63,78 %). Parmi les patients de la maison médicale originaires de ce quartier, 70 % des patients ont un statut BIM.

Discussion

Cette étude préliminaire confirme ce que l'étude de 1990 avait déjà montré : nous recrutons les patients plus dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches, mais surtout nous recrutons plus dans les quartiers proches que dans les quartiers éloignés. Dis-moi qui tu veux soigner et je te dirai où t'installer !

Nous n'avons plus les données de l'étude de 1990, mais il nous paraît que cette tendance à recruter plus dans les quartiers pauvres s'est fortement renforcée. Nous avons beaucoup moins de patients qui viennent des quartiers plus aisés de Seraing. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène :

- depuis plus de vingt ans, la maison médicale a réduit sa zone d'inscription aux quartiers proches, qui regroupent des quartiers parmi les plus pauvres ;
- en 1990, la population de la maison médicale comptait encore de nombreux patients arrivés avant le financement au forfait. On sait que ce système attire plus les plus pauvres et les plus malades que les plus riches et les bien portants ;
- les difficultés économiques croissantes ont pu avoir motivé plus les plus pauvres à s'inscrire dans notre système au forfait ;
- des maisons médicales se sont installées dans les quartiers plus aisés de Seraing.

Le BIM est un marqueur d'une démarche pour réduire les difficultés de certains désavantagés, plus qu'un marqueur d'inégalités. L'étude des BIM dans le quartier du Pairay et du Pré Soray montre que, non seulement nous recrutons plus dans les quartiers pauvres, mais nous recrutons plus les plus pauvres des quartiers pauvres.

Une étude de la Mutualité chrétienne³ sur l'ensemble de la Belgique a analysé différents indicateurs de santé selon les classes de revenus. Une estimation a été faite en attribuant aux personnes le revenu médian par déclaration 2019 de leur quartier de résidence. Une échelle de dix classes de revenus fiscaux médians a été construite pour observer les écarts de santé. La classe 1 représente les revenus les plus faibles ; la classe 10 les revenus les plus élevés. Chaque classe regroupe approximativement 10 % des 4 581 990 membres de la mutualité. Selon cette méthode : 10 % des patients des Mutualités chrétiennes sont repris dans la catégorie 1 (revenu de 0 à 21 236 euros). 68,5 % des patients de la maison médicale sont repris dans cette catégorie ! Les chercheurs avancent un constat sans équivoque : « *On observe un état de santé considérablement dégradé et un risque de surmortalité important chez les personnes qui résident dans les zones géographiques les plus défavorisées. En comparaison avec ceux et celles qui résident dans les quartiers les plus riches, les membres habitant les quartiers les plus pauvres ont un risque accru de 51 % de souffrir du diabète et de 84 % de dé-*

Depuis vingt ans, la maison médicale a réduit sa zone d'inscription aux quartiers proches.

2. www.iweeps.be

3. H. Avalosse et al., « Inégaux face à la santé. Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC », *Santé & Société* n° 4, 2022, www.mc.be.

céder dans l'année. Outre les indicateurs d'état de santé, nous mesurons également les inégalités face à la prévention médicale et le recours aux soins de santé (soins ambulatoires de première ligne, soins hospitaliers, soins de santé mentale). Dans tous ces domaines, nous mesurons l'existence d'un gradient économique, défavorable envers les populations vivant dans les quartiers pauvres, qui est d'autant plus marqué que les soins sont lourds ».

Notre étude va dans le même sens que celle de Solidararis qui, en 2017, montrait que dans les quartiers de Liège la proportion de BIM était plus élevée en moyenne dans la population au forfait (50,3 %) qu'à l'acte (36 %)⁴. Notre étude montre aussi que la maison médicale, qui rencontre 25 % des habitants du quartier du Pairay, est un acteur local, un acteur régulièrement en contact avec un public plus vulnérable et reconnu par des politiques comme leur étant difficilement accessible. « *Les maisons médicales constituent un maillon essentiel dans l'accessibilité aux soins de santé pour la population, notent les chercheurs de Solidararis : elles drainent en particulier des groupes de population fragilisés sur le plan socioéconomique, qui présentent plus de risque de*

pauvreté et qui sont plus susceptibles de reporter, voire de renoncer à des soins médicaux pour des raisons financières. Elles le sont d'autant plus que le système forfaitaire est financièrement plus accessible. De facto, les patients ne paient pas de ticket modérateur pour

les prestations couvertes au sein de la maison médicale au niveau de la médecine générale, de la kinésithérapie et des soins infirmiers. Cela permet ainsi de lever la barrière financière à l'accès à la première ligne de soins pour des populations qui, sans cela, pourraient être contraintes de ne pas se faire soigner faute d'argent et voir leur état de santé s'aggraver avec des implications d'autant plus lourdes en termes de dépenses pour l'assurance maladie. »

Pistes d'actions

Une part importante de notre population est pauvre et cette part va probablement en croissant. Cela a toujours été une volonté de la maison médicale de rester accessible aux plus fra-

giles, mais la volonté de la maison médicale est aussi de garder une population mixte, pour éviter l'effet ghetto et soutenir en pratique les valeurs du vivre-ensemble et de solidarité (dans le système de financement au forfait, les cotisations des non-malades servent à soigner les plus malades), pour ne pas avoir trop de situations lourdes à gérer, pour briser l'image encore présente chez certains que les maisons médicales sont réservées aux pauvres. Ces objectifs peuvent être en tension.

Est-ce que cela doit remettre en question les contours de notre zone d'inscription actuelle ou notre organisation interne, de façon à promouvoir une mixité sociale? Ou faut-il accepter l'évolution sociologique de notre quartier et d'agir en fonction de ce qu'il est devenu? Quelles implications en termes d'aménagement de l'accueil, de la salle d'attente? D'horaires d'ouverture?

Nous devons tenir compte des caractéristiques médicales de notre population. Nous savons que les plus pauvres sont beaucoup plus soumis à des déterminants de la santé défavorables, qu'ils souffrent plus de pathologies chroniques et particulièrement de maladies mentales, qu'ils ont une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé plus courtes, qu'ils bénéficient moins de services préventifs et qu'ils utilisent les services de santé de façon moins adéquate^{5,6,7}. Des données de l'étude des Mutualités chrétiennes et de l'Enquête Santé de 2018 sont particulièrement éloquentes.

Ceci devrait influencer nos priorités d'actions. Nous devons définir les besoins spécifiques des quartiers, pour travailler avec nos patients (santé communautaire, éducation permanente, mobilisation) et les associations du quartier, notamment dans la perspective des prochaines élections communales. Pourrons-nous démontrer que nos politiques de santé sont adaptées à notre population (curatif, préventif...) et que nous avons de bons résultats en termes de santé? Il faut privilégier des politiques qui profitent à tous, mais qui profitent surtout aux pauvres (des transports publics accessibles, le financement des soins de santé à la capitation...). Ce serait intéressant d'étendre cette étude à l'ensemble des maisons médicales de Seraing; elle peut être utile aussi à la réflexion quant au lieu d'implantation d'une prochaine maison médicale. ■

Faut-il accepter l'évolution sociologique de notre quartier et d'agir en fonction de ce qu'il est devenu ?

4. M. Boutsen et al., *Les maisons médicales « à la loupe »*, Solidararis, 2017, www.institut-solidaris.be.

5. J.-M. Laasman et al., *Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé. Synthèse*, Solidararis, 2018, www.institut-solidaris.be.

6. L'Agence Intermutualiste, *Données de santé*, aim-ima.be.

7. *Le tiers payant social : Pour quel accès aux soins*, Solidararis, www.brudoc.be.