

JE ME SOIGNE?

MOI NON PLUS!





JE ME SOIGNE? MOI NON PLUS!

Par le THEATRE DU COPION (Belgique) et l'ONG ASMADE (Burkina Faso)

Avec la participation de la

PLATEFORME D'ACTION SANTE ET SOLIDARITE

Les soins de santé, accessibles à tous ?

Spectacle sur l'accessibilité aux soins de santé au Nord et au Sud

Réalisé à partir de témoignages récoltés au Burkina, en France et en Belgique sur l'accès aux soins de santé auprès de bénéficiaires et de divers acteurs de terrain.

Avec :

Mariam Ouedraogo (ONG ASMADE Burkina Faso)

Anne Mycinski (Théâtre du Copion, Belgique)

Alba Izzo ((Théâtre du Copion, Belgique)

Mise en scène : Alba Izzo (Théâtre du Copion)

Photos : Vincenzo Chiavetta

Remerciements à Jean-Marie Léonard de la PASS, à Pierre Drielsma et à tous ceux qui ont témoigné au Burkina Faso, en Belgique et en France.

image à la une: Mariam dans *Je me soigne ? Moi non plus !*



Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1 – Le projet | 7 |
| 2 – Les partenaires | 8 |
| —Le Théâtre du Copion..... | 8 |
| —Asmade..... | 9 |
| —La Plate-forme d’action santé et solidarité | 10 |
| 3 – Le spectacle | 12 |
| —Fiche technique..... | 13 |
| 4 – Les divers témoignages | 14 |
| 5 – Aïe à ma santé | 15 |
| <i>Par Jean-Marie Léonard de la Plate-forme d’action santé et solidarité</i> | |
| 6 – Accès aux soins, une question politique ? | 38 |
| <i>Par Pierre Drielsma</i> | |
| 7 – Les soins de santé au Burkina Faso..... | 41 |
| 8 – Les mutuelles de santé au Burkina Faso..... | 45 |



1 – Le projet

Depuis 1995, le **THEATRE DU COPION** et l'association devenue **ONG ASMADE** au Burkina Faso collaborent régulièrement sur différents projets de création, d'animation et de formation, aussi bien en Belgique qu'au Burkina, notamment grâce au théâtre, outil de mobilisation sociale (dernières créations communes : "*Le fil*", "*La machine à coudre*").

Depuis quelques années, le Théâtre du Copion et l'ONG ASMADE mènent un travail de réflexion et de sensibilisation auprès des populations du Nord et de Sud pour la mise en place de mutuelles de santé et un accès effectif du plus grand nombre à des soins de santé de qualité.

De cette réflexion, deux associations en Belgique et en France ont vu le jour : l'Association "*Laafibalamut*" en France et "*Burkinamut*" en Belgique. Ces deux structures promeuvent l'esprit mutuelliste et l'accès aux soins de santé ici et ailleurs. De nombreuses actions ont depuis été réalisées aussi bien en Belgique, qu'en France et au Burkina Faso : créations de spectacles et diffusion, récoltes de fonds, séminaires, conférences, soutien aux mutuelles de santé au Burkina...

Suite à ces actions ainsi que celles menées en étroite collaboration avec l'association "*Notre pierre pour l'Afrique*" qui soutient les projets de l'ONG Asmade, "*Laafi bala Mut*" a organisé en octobre 2012 un colloque à Lille intitulé : "*Mutuelles de santé en France, Belgique et en Afrique de l'Ouest : vers de nouvelles réponses solidaires*". Cette rencontre a rassemblé le Théâtre du Copion, l'ONG Asmade et diverses mutuelles.

De cette collaboration est née l'idée de créer un spectacle pour sensibiliser à l'accès aux soins de santé et à la solidarité au Nord comme au Sud.

Un nouveau partenaire est venu s'ajouter au projet: la PASS.

2 – Les partenaires

a – Le Théâtre du Copion

Le Théâtre du Copion est une troupe de théâtre action qui existe depuis près de 30 ans, nous travaillons en Fédération Wallonie-Bruxelles avec des publics fragilisés, "culturellement et socialement défavorisés", des demandeurs d'emploi, des personnes au revenu d'intégration sociale, des organismes d'insertion socioprofessionnelle, des CPAS, des centres de formation en alternance, des associations, des écoles, des mouvements d'éducation permanente sur des projets de création de spectacles, d'ateliers d'écriture, de valorisation et d'estime de soi. Nous mettons le théâtre, en tant qu'outil d'expression et de réflexion, à la disposition de tout un chacun.

Nous abordons des thèmes qui touchent à la vie quotidienne de tous, de gens d'ici mais aussi d'ailleurs. Les thèmes que nous traitons dans nos spectacles sont une amorce à une réflexion du spectateur sur ses comportements, un questionnement sur la société qui l'entoure et l'incitent à être davantage acteur de son vécu, de ses projets de vie et un levier pour un changement de société, pour un monde plus juste, plus équitable.

Le Théâtre du Copion donne également des formations à l'écriture, à la prise de parole, à la création collective pour des intervenants sociaux, des futurs enseignants, . . .

Il réalise également des interventions théâtrales à la demande, sur mesure, lors de colloques...

Depuis 1995, le Théâtre du Copion mène un travail théâtral et de coopération au développement au Burkina Faso en collaboration avec l'ONG ASMADE sur des projets de création, d'animation et de formation, aussi bien en Belgique qu'au Burkina. Dans ce cadre, des comédiens animateurs burkinabè ont été formés à la création collective liée au développement.

A ce jour, des spectacles sur des sujets tels que les mutuelles de santé, l'assainissement de l'habitat, l'environnement, l'hygiène alimentaire, le chômage des jeunes, l'accès aux soins de santé ont été diffusés auprès des populations de Nord et du Sud.

b – L'ONG Asmade

L'Association Songui Manégré / Aide au Développement Endogène (ASMADE) a été créée le 22 mai 1994 et reconnue le 30 septembre 1996.

Elle a obtenu le statut d'ONG en avril 2006. La création de ASMADE est partie de l'ambition d'un groupe de personnes d'apporter leur touche au développement en s'appuyant sur des dynamiques locales pour améliorer l'accès aux services sociaux de base. Comme son nom l'indique, ASMADE tente dans son action quotidienne de traduire sa philosophie d'endogénéité et de participation des acteurs, porteurs et bénéficiaires des projets et programmes. Elle fait sienne la citation du Professeur Joseph KI-ZERBO: "**On ne développe pas quelqu'un, mais il se développe**".

ASMADE voudrait, en se renforçant permanemment, jouer le noble rôle de mère nourricière qui aide à donner naissance sans être mère du nouveau-né. Ces animateurs de développement ont voulu contribuer au développement des populations en utilisant des approches participatives qui s'appuient sur les forces des acteurs comme levier. ASMADE a travaillé au fil des années à formaliser sa vision, sa mission et ses valeurs qui sous-tendent ses actions qui sont les suivantes :

- **Vision** : Les différentes communautés se solidarisent et bâtissent un monde juste, équitable et sans pauvreté.
- **Mission** : Accompagner les initiatives individuelles et collectives pour un développement endogène et durable.
- **Valeurs**
 - *La Solidarité* : ASMADE fait siennes les préoccupations et aspirations des groupes cibles;
 - *La Redevabilité* : ASMADE, dans ses interventions s'oblige à rendre compte à tous les acteurs concernés;
 - *Le Partenariat* : ASMADE partage le dicton selon lequel : "*un seul doigt ne ramasse pas la farine*". Elle s'engage à cultiver et à construire avec les autres acteurs une collaboration et une coopération soutenue pour un développement durable;
 - *La mutualisation des compétences* : ASMADE se positionne en situation d'apprentissage avec les groupes cibles et les partenaires et met le capital de compétence au service de tous les acteurs.

Strategie d'intervention

ASMADE intervient auprès des populations en s'appuyant sur les approches participatives pour la sensibilisation, l'investigation, la planification et le suivi. Les communautés étant les décideurs de leurs projets de développement, les méthodes d'accompagnement d'ASMADE se basent sur la conviction, l'aspiration humaine à pouvoir considérer ses propres ressources tout en valorisant l'apport des autres. Elles permettent de développer la confiance en soi et le sens de la responsabilité pour la prise de décisions. Ces démarches participatives sont mises en pratique par le biais de formations, de rencontres d'échanges, de sensibilisations, de voyages d'études, d'appui conseils, d'émissions radiophoniques, des outils de communication visuelle et du théâtre action. L'un des outils de communication le plus utilisé pour la mobilisation sociale et le plaidoyer est le théâtre action.

c – La Plate-forme d'action santé et solidarité

Un front de vigilance, d'analyse et d'action !

C'est à l'occasion du forum social de Belgique en décembre 2006 qu'a germé l'idée de former une plate-forme qui réunirait une série d'acteurs d'horizons différents, tous préoccupés par le droit à la santé. Des représentants de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif, d'ONG, et d'université, issus de toutes les régions du pays ont décidé de coordonner leurs efforts pour promouvoir une politique de santé progressiste et égalitaire en Belgique, en Europe et dans le monde.

Concrètement, l'objectif principal de ces acteurs est d'unir leurs travaux et leurs forces sur 3 plans principaux. D'une part, analyser d'un œil critique les soins de santé en Belgique, en Europe et dans le monde mais également les facteurs sociaux qui déterminent la santé et la maladie. D'autre part, informer et sensibiliser les professionnels et la population sur les conséquences des attaques des politiques néolibérales sur la protection sociale et le service public des soins de santé. mais aussi, proposer, encourager et défendre des politiques de santé et de promotion du bien-être solidaire.

Dans cette perspective, la Plate-forme stimule la rencontre et l'échange, le travail de lobby et l'action, avec une attention particulière au grand public.

La Plate-forme d'action santé et solidarité considère que la santé est un droit pour tous. Malgré ce droit, les inégalités subsistent et restent importantes au sein

de la population. Les inégalités socio-économiques sont un des facteurs les plus déterminants de la santé. Pour atteindre une amélioration significative de la santé de la société, il faut donc que ces inégalités diminuent. Pas seulement grâce à des mesures au niveau des soins de santé, mais également dans le domaine de l'enseignement, de la politique du logement, de la mobilité, de l'emploi, des conditions de travail... C'est pourquoi la Plateforme plaide pour une approche globale et intégrée de la santé.

Les défis sont nombreux. Si vous souhaitez agir au sein de la Plate-forme d'action santé et solidarité, n'hésitez pas à contacter les permanents en envoyant un mail à info@sante-solidarite.be.

Pour en savoir plus : www.sante-solidarite.be



3 – Le spectacle

Kaddy, Hélène, Elisabeth, Johanna, vous, moi, elle, lui... Une multitude de personnages, un regard croisé et universel, des tranches de vie qui questionnent sur le droit à la santé pour tous, sur les freins qui empêchent un accès à la santé, ici et ailleurs.

Mme Papadopoulos vient d'accoucher et ne sait pas payer sa facture d'hôpital; Elisabeth vit au Burkina Faso et son mari tombe malade; Agnès a du mal de nouer les deux bouts et se soigner est difficile; Hélène vient rendre visite à Kaddy, c'est la période des pluies et des moustiques; l'émission de TV "au secours" est à la recherche de la perle rare : le médecin de campagne; des traders spéculent sur une nouvelle marchandise qui rapporte : la santé...

La pièce a été réalisée sur base d'une **récolte de témoignages en Belgique, en France et au Burkina Faso** auprès de personnels soignants (médecins, infirmiers, groupes de pression, syndicalistes, mutuelles de santé, observatoire de santé...) mais aussi de patients, usagers dans des maisons de repos, des maisons médicales, des demandeurs d'emplois, des personnes touchant le revenu d'intégration, auprès de centres sociaux, de groupes de femmes...

Les principaux aspects abordés sont : **la couverture médicale au Nord et au Sud** et ses enjeux, **l'inégalité sociale** en matière de santé au Nord comme au Sud, la précarité financière comme frein à l'accès aux soins, **la privatisation et marchandisation** des soins de santé, l'importance des **déterminants de santé**, des maisons médicales, la nécessité de notre système de protection sociale, les mutuelles de santé au Sud, les médicaments génériques, les assurances complémentaires, ...

Un spectacle joué par trois **femmes du Nord et du Sud**, qui met en exergue la relation entre **pauvreté et accessibilité des soins** et l'impact de la **crise économique, notamment auprès des femmes, des personnes âgées.**

Fiche technique

Comédiennes : Alba Izzo et Anne Mycinski du Théâtre du Copion (Belgique) et Mariam Ouedraogo de l'ONG Asmade (Burkina Faso)

Mise en scène : Alba Izzo

Ecriture : Collective

Public : A partir de 10 ans et tout public

Débat : à l'issue de la représentation

Salle : Si possible occultée, 6 m de profondeur, 8 m de largeur, 3 m de hauteur

Prendre contact avec la compagnie si d'autres données techniques

Régie : Intégrée au spectacle. La compagnie se déplace avec son matériel son et lumière. Prévoir la régie sur le plateau si matériel de la salle

Montage : 2h

Démontage : 1h

Durée du spectacle : 60 minutes

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles/Service du Théâtre et de la Diffusion, de la Province de Hainaut et d' "Action Vivre Ensemble"

4 – Les divers témoignages

Le projet a été de permettre à des personnes fragilisées de s'exprimer sur l'accès aux soins de santé mais aussi de récolter des témoignages dans les hôpitaux, les maisons médicales auprès du personnel soignant, des mutuelles, ensuite de diffuser leurs écrits, d'en débattre, d'en faire un spectacle accessible à tous.

Cette récolte de témoignages auprès de personnels soignants et de patients, usagers a été simultanément réalisée en Belgique, en France et au Burkina Faso en mai, juin, juillet 2013.

Ces données ont été récoltées auprès de CPAS, Maisons de repos, Espace seniors, Maisons médicales, Centre de Jours, de mutualités, de mouvement de femmes, de demandeurs d'emplois, de personnes au revenu d'intégration, d'associations, de centres sociaux en France, de personnels soignants et de groupement de femmes au Burkina Faso.

Au Burkina, les témoignages ont portés essentiellement sur: l'accueil dans les Centres de santé, les locaux inadaptés ou non équipés ou non entretenus, le manque de plateau technique, la mauvaise répartition des médecins, la pénurie de personnel, la méconnaissance et l'inexistence pour beaucoup du système de protection sociale, l'accessibilité difficile vers les dispensaires (distance, pluies...), les jugements des médecins, le coût encore élevé des soins et prescriptions, les superstitions, les traditpraticiens non aidés, l'automédication, la nécessité de l'assurance universelle et des mutuelles de santé...

En Belgique et en France, les témoignages ont portés essentiellement sur: les maisons médicales, la méconnaissance de la sécurité sociale, le coût élevé des soins et des médicaments, la pénurie de médecins, la privatisation et la commercialisation des systèmes de santé, les marabouts ou voyantes, le démentellement des services publics, l'attente aux urgences, pour obtenir un rendez-vous, l'importance des déterminants de santé...

5 – Aïe à ma santé !

Par JM Léonard, de la Plateforme d'Action Santé et Solidarité

La santé est le Bien le plus précieux. Ne dit-on pas : "Quand on a la santé !" ?

La Santé fait partie intégrante de notre Bien-être. Elle est une aspiration universelle. Elle est liée à la Vie, à l'espérance de Vie et aujourd'hui à l'espérance de Vie en bonne Santé.

"Etre en bonne santé se traduit par des comportements sains et équilibrés dans la vie quotidienne, au niveau de l'alimentation, du sommeil, de la condition physique, de l'hygiène, de la vie familiale, du travail, des loisirs et exige un cadre de vie sain (logement, environnement)."

Cette définition, reprise des assemblées organisées par le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) entre décembre 2004 et juin 2005, nous conduit d'emblée à dépasser la conception habituelle que nous avons, parlant de la Santé, celle de "l'organisation des soins". Un bon système de soins, bien organisé, accessible, financé comme il se doit pour qu'il soit aussi de qualité, c'est important mais la Santé, c'est bien plus !

C'est ce que nous voudrions découvrir dans les pages qui suivent.

La Santé, état général de bien-être physique, mental et social.

La déclaration de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978 souligne – et cela reste d'une actualité brûlante- la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Ce texte est d'une limpidité et d'un engagement si forts qu'il vaut la peine d'être lu en entier. Est-il besoin de le commenter, sinon de mettre en exergue dans le texte les points forts de la déclaration ?

En voici les articles :

- La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.
- Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.
- Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.
- Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.
- Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.
- Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la

communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large

parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels— tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.
- Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.
- Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.
- L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

Ce texte a été accueilli avec enthousiasme, notamment dans les pays en voie de développement (à l'époque les pays du "tiers-monde"). Des groupes de base et des ONG ont mis sur pieds des programmes pour les soins de santé de base et des systèmes d'assurances solidaires. Fondation en 2000 du "People's Health Movement". Diverses assemblées du "Mouvement populaire de la santé" se sont tenues, au Bangladesh, en Equateur . . . et dernièrement en 2012 en Afrique du Sud.

Ce texte est aussi la référence des maisons médicales qui se sont créées à la même époque.

Et c'est autour de cette déclaration que la "Plateforme d'Action santé et Solidarité" (PASS) est née. En effet, en 2008, trentième anniversaire, des représentants de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif, d'organisations non gouvernementales et des universités ont décidé de coordonner leurs efforts pour promouvoir des politiques de santé progressistes et égalitaires en Belgique, en Europe et dans le monde.

Un manifeste :

- La santé est un droit pour tous
- Réduire les inégalités face à la santé
- Résister au processus de privatisation et de marchandisation du secteur de la santé
- Encourager la recherche publique et le prix bas des médicaments
- Défendre des soins de qualité et de bonnes conditions de travail pour le personnel de santé

Une journée de mobilisation :

Une journée de mobilisation "parce qu'il est temps en effet aujourd'hui de se mobiliser afin d'inventer un autre monde, orienté sur la justice sociale et le développement social."

Les ODM (Objectifs du Millénaire)

La pression des multinationales et des pays industrialisés a focalisé la déclaration d'Alma Ata sur les seuls soins de santé de base, négligeant les autres éléments de cette déclaration tels qu'on a pu les lire ci-dessus. Les problèmes de santé du tiers monde, selon eux, doivent être résolus sur place sans remettre en question le moins du monde la situation internationale (par exemple en escamotant la notion du droit à la santé et du nouvel ordre économique). C'est ainsi que sont nés les "Objectifs du Millénaire". La liste des 10 objectifs a été établie en 2000 par les Nations Unies. Point de mire : 2015. Trois de ces objectifs concernent directement la santé :

- Objectif 4 : réduire la mortalité infantile
- Objectif 5 : améliorer la santé reproductive
- Objectif 6 : lutte contre le VIH/Sida, la malaria et autres maladies

Ces objectifs sont évidemment louables. Ils ont le mérite de la clarté. Pour une fois, il s'agit d'objectifs avec des résultats attendus et non seulement une déclaration de bonnes intentions. Ils ont permis une pression sur les responsables politiques, une sensibilisation des publics, une collaboration entre le Nord et le Sud. Mais des voix se sont vite fait entendre. Par cette approche par objectifs, on est loin de l'esprit d'Alma-Ata. En effet, le personnel et les moyens sont retirés du reste des soins de santé d'un pays. L'argent est engagé en masse dans des programmes sélectifs au détriment de la mise en place du développement de soins de santé de base dans les communautés locales. Un bon exemple n'est autre que la mortalité maternelle. "Pour la faire baisser, des soins de santé élémentaires et de qualité doivent être disponibles pour les femmes enceintes et les parturientes. De ce fait, il n'y a pas d'interventions spectaculaires en perspective. La chose n'est possible que via la mise en place d'un système de santé. Pas étonnant, dans ce cas, que cet objectif reste à la traîne."

On peut dire que les ODM ne seront pas atteints en 2015. Cela est dû au désengagement des pays industrialisés. Les 0,7 % du PIB promis par les pays industrialisés en termes de participation à la coopération au développement ne sont pas appliqués et se sont davantage concrétisés par un allègement des dettes. La crise financière, alimentaire et climatique est passée par là. De surcroît, les négociations sont bloquées à l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce), les pays en voie de développement opposant de plus en plus de résistance à la libéralisation avancée du commerce international. C'est pourquoi, les pays de l'UE (Union Européenne) tentent et réussissent des accords bi-latéraux remettant sur la table des exigences que les pays en voie de

développement étaient parvenus à bloquer à l'OMC. Ils imposent ainsi leur règle impitoyable du marché prévalant sur les intérêts publics, tels que la santé publique, la protection de l'environnement et l'éducation. L'exemple le plus typique tourne autour de la "propriété intellectuelle" évoquée à propos des médicaments (protection des brevets). La protection des droits de propriété intellectuelle forme une barrière pour la concurrence et donc aussi pour l'accès aux médicaments et le développement d'une industrie pharmaceutique locale.

Mais, dit A. Zacharie, le non financement international n'explique pas tout. Des pays émergeant (en Asie notamment) ont mobilisé leur épargne interne, intégré des stratégies dans le marché mondial, diversifié leur économie et renforcé leur capacité de production, créant ainsi de l'emploi. D'autres pays (en Afrique notamment) laissent fuir leurs capitaux avec les conséquences que l'on peut supposer.

Deux leçons à tirer à ce stade (nous y reviendrons plus tard) :

- Viser des objectifs sociaux et non les symptômes
- Les choix politiques sont déterminants

Les ODM après 2015 ?

Le 8 novembre 2012, Madame E. J. Sirleaf, Présidente du Libéria et Lauréate du Prix Nobel de la Paix en 2011 était reçue au Sénat en Belgique. C'est elle qui a été désignée par l'ONU comme Présidente d'un panel de 24 membres (dont 4 africains) pour évaluer les ODM 2015 et les/en relancer pour 2030. Elle mettait en évidence quelques points essentiels dont :

- la nécessité d'une croissance économique au niveau mondial, vu que nous vivons dans un monde interdépendant
- la construction d'une égalité sociale alors que le fossé des inégalités se creuse
- la garantie d'une pérennité environnementale et la protection des ressources
- l'appropriation des enjeux par les populations, notamment par les femmes
- la prise de responsabilité par les pays industrialisés
- la mise en place d'indicateurs de progrès et donc d'outils de traitement des données afin d'évaluer les politiques et de guider les bonnes décisions

Réflexions :

Déjà, à travers une première analyse critique des résultats des ODM, on peut dire que la santé des citoyens du monde dépend éminemment de l'organisation mondiale de l'économie qui influe sur les pays, les régions et sous-régions. Mais le niveau de Santé dépend aussi de choix politiques qui fixent les priorités au moment de l'utilisation des ressources. Nous avons déjà effleuré le fait que la santé peut être soit le résultat d'une politique d'intérêt public soit d'une politique marquée par le seul marché et donc le profit. L'exemple des médicaments est illustratif.



Les déterminants de la santé

Poser la santé comme un état de bien-être...suivant la définition de l'OMS, c'est induire qu'elle est déterminée par un grand nombre de facteurs parmi lesquels les différences socio-économiques jouent un rôle prépondérant. De nombreuses études l'ont montré. Les témoins du RWLP définissant ce qu'est pour eux la Santé (cfr. la première page de ce dossier) ont eux-mêmes spontanément bien compris. Bien dormir, bien manger... contribue à être en bonne santé. Ils savent que les conditions financières, la pression de l'emploi et l'inactivité, la solitude, l'instruction, l'environnement, la qualité du logement, la vie sociale, les conditions de travail aussi mais encore le système de santé lui-même, tous ces éléments contribuent ou non à être en bonne santé. Les professionnels ou chercheurs appellent cela les "déterminants de la santé".

La PASS (Plateforme d'action santé et solidarité) a déjà pas mal travaillé cette question. La journée qu'elle a organisée sur "Crise et santé" a bien montré les effets de celle-ci sur les conditions de vie des gens.

Cette prise de conscience de la population, des travailleurs sociaux et de santé et la mise en évidence par les chercheurs de l'influence considérable de tous ces facteurs devraient forcer les responsables politiques et les acteurs dans le domaine de la santé publique pour prendre les mesures qui s'imposent dans les différents domaines qui influencent la santé.

A cet égard, la PASS avait déjà fait des recommandations : développer une approche globale transversale, intégrer systématiquement la dimension santé dans les politiques et actions menées en matière de logement, de transport, d'enseignement... l'idée avait germé de revendiquer un "commissaire royal à la santé" qui soit garant de cette approche transversale. Une autre idée qui devrait faire son chemin : intégrer au niveau local un plan de gestion sociale dans lequel l'aspect santé est intégré et pourquoi ne pas créer des observatoires locaux de la santé avec la participation de citoyens ? Sur ce sujet et dans le même sens la Fondation Roi Baudouin est très explicite. Rappelant qu'il est scientifiquement établi que la pauvreté entraîne la maladie, la FRB s'exprime : "... *Il faut certainement mieux intégrer l'action du secteur de la santé et de l'aide sociale, mais ce ne sont pas les seuls. Tous les axes politiques doivent être mobilisés. Il faut aussi agir sur le logement, le cadre de vie, le milieu de travail, les modes de vie, mais il faut surtout développer une politique sociale intensive et approfondie, en impliquant également l'enseignement. Tous les*

niveaux de pouvoir doivent harmoniser leurs efforts, tous les secteurs politiques doivent pouvoir être interpellés et il faut aussi impliquer des acteurs privés."

La PASS a rédigé un "Mémoire pour les élections communales" dans lequel sont bien développés le pourquoi et comment une politique locale de la santé est indispensable.

Tous ces constats et prises de conscience doivent nous faire éviter l'écueil dénoncé par des intervenants à la journée "crise et santé" organisée par la PASS à savoir : *"Le discours de plus en plus assourdissant visant la responsabilité individuelle en matière de santé, cache les nombreux déterminants sociaux de la santé, tels que le logement, l'éducation, l'environnement, les conditions de travail, à l'origine des inégalités en santé. L'opinion publique est imprégnée par le discours de la responsabilité individuelle pour pouvoir mieux remettre en cause le système de sécurité sociale solidaire."*

Il est utile d'illustrer cette déclaration et même d'aller plus loin sur deux exemples pour montrer la nécessité de contester les causes profondes issues des systèmes eux-mêmes :

L'exemple de l'alimentation :

- le mastodonte mondial de l'industrie alimentaire avec son lobbying pour qui le marché et le profit seuls comptent au détriment de la santé des populations du Nord comme du Sud. Voir le débat en cours et bien illustré dans "Question à la Une" de la RTBF le 18 septembre 2013 sur l'étiquetage et particulièrement sur l'huile de palme.
- Les conseils de prudence alimentaire presque illisibles sous les publicités des chaînes françaises
- Le gaspillage de la nourriture : 1/3 de la production pour 750 millions avec son impact sur l'environnement (gaz à effet de serre), 870 millions d'êtres humains affamés. (Le Soir, 12 septembre 2013)
- "Se faire du blé sans jamais toucher un sac de blé" ou comment faire de la spéculation sur les denrées alimentaires
- ...et combien d'autres exemples

L'exemple des conditions de travail :

Ce déterminant de santé est parfois oublié et pourtant !

Des nouvelles formes d'organisation du travail sont apparues. Elles entraînent la chasse aux temps morts, la fragilisation du contrat de travail, la multiplication des statuts, le travail en sous-traitance, l'intensification de la productivité, le stress, le burnout, l'allongement des carrières, la gestion des ressources humaines dans un esprit de compétition, la crainte des restructurations, les pertes d'emploi et le chômage. Ces nouvelles situations conduisent tantôt à des accidents physiques mais plus insidieusement à de nouvelles maladies comme les troubles musculo-squelettiques (première plainte des travailleurs à travers l'Europe). Mais apparaissent aujourd'hui les maladies psycho-sociales sans parler des cancers diagnostiqués tardivement rendant difficile la reconnaissance d'une liaison de cause à effet entre les conditions de travail et la maladie.

De nombreuses études démontrent de plus en plus l'importance du travail comme déterminant sur la santé et ses conséquences comme la modification des comportements, le sentiment de culpabilité, la solitude, les tracasseries administratives, la confrontation à un nombre important d'intervenants sociaux et de santé (on a compté jusqu'à 7 médecins différents).

En Belgique et sans doute dans les pays européens en général, un angle mort apparaît entre le monde du travail et les médecins. Ceux-ci sont complètement dépourvus face à leur patient et ne peuvent avoir recours qu'à une médication plus ou moins appropriée et à des jours de congé momentanés avant le retour au travail et jusqu'à la prochaine rechute.

Mais que dire des travailleuses et travailleurs du Sud sans législation sociale en matière de Bien-être au travail, de protection et de sécurité, ceux-là qui apparaissent sur nos écrans descendant dans les puits de mines ou de pétrole exploités par les multinationales ou des intermédiaires sans scrupule. En Afrique, "Le secteur dit informel..., constitue une réponse aux défis de la population paupérisée par l'austérité voulue par les institutions internationales... et ainsi faire face à ses besoins en nourriture et en soins de santé... Les travailleurs de l'informel apprécient d'avoir un revenu, si faible soit-il" ... " Le syndicat de Guinée mobilise fortement les femmes du secteur informel pour améliorer les conditions de vie par exemple en obligeant les communes à mettre en place des latrines et des abris pour se protéger du soleil et de la pluie."

Réflexions sur les déterminants de santé :

- Agir sur les causes et non sur les symptômes
- Créer des outils qui permettent dans un territoire donné l'analyse participative et transparente de l'état de santé de la population.
- Evaluer l'impact santé de toute politique publique.
- Mettre en réseau les acteurs.
- Développer le réseau de première ligne de soins avec une approche pluridisciplinaire.
- Pour le monde du travail : rassembler pour un territoire donné et exploiter les données existantes (fonds des maladies professionnelles et d'accidents du travail, organismes assureurs), les rendre opérationnelles en terme d'information aux acteurs de santé comme les médecins généralistes et spécialistes, mais aussi en terme de programme de prévention pour les délégués syndicaux et les services de prévention.

Les inégalités en santé

Commençons par la question du genre.

"D'avoir financé et réduit les femmes à leur seins ou leur col de l'utérus, nous montre que la société patriarcale n'a pas évolué au Nord. La fragmentation des programmes morcèle nos corps de femmes et montre ses limites face aux analyses féministes. Il serait grand temps d'évaluer ces modes de financement basés sur les résultats et non sur les processus de réappropriation des personnes et de leur santé."

Quelques déterminants de santé épinglés par les femmes au cours des 11èmes rencontres internationales :

- Le retour aux coutumes nationales, familiales et de la communauté
- La commercialisation du corps des femmes : une surmédicalisation dans les pays dits "développés" (notamment liés à la santé mentale) et une sous médicalisation dans les pays dits "en voie de développement" empêchant l'accès aux soins basiques

- Développement au Nord des pratiques de chirurgie cosmétique génitale pendant qu'au Sud se perpétuent les mutilations
- Commercialisation des ovocytes, phénomène des mères porteuses, tourisme médical...
- Violences conjugales et sexuelles, viol comme arme de guerre
- etc.

A partir de là, plusieurs stratégies ont été évoquées lors de ces mêmes rencontres: le refus des logiques mercantiles, la séparation claire entre religions et Etat, des groupes d'échanges et de réappropriation du langage et de leur corps par les femmes, par toutes les femmes : aussi migrantes, du voyage et des minorités sexuelles.

Au niveau de la recherche, et cela serait tout récent, à entendre des médecins lors d'une émission sur Arte, des études ont démontré une différenciation notoire au niveau biologique liée au genre, alors que, semble-t-il la plupart des études sont faites sur une base unisexe, celui de l'homme, bien entendu. Affaire à suivre et à exploiter.

De manière plus générale sur les inégalités en santé :

La présentation plus haut des déterminants de santé laissent aisément à comprendre les situations d'inégalité des populations face à la santé et ce partout dans le monde. De très nombreuses études l'ont aujourd'hui montré (à suffisance, passons à l'acte !). Selon un apport récent de l'OMS, ce ne sont ni la malaria, ni la tuberculose, ni le sida qui tuent le plus grand nombre de personnes dans le monde, mais bien l'injustice sociale. En Belgique, la Fondation Roi Baudouin a mis ce phénomène en évidence. L'exemple le plus frappant, en exergue, c'est le fait de mourir 5 ans plus tôt et de vivre 25 ans de moins en bonne santé et cela en relation directe avec le niveau de formation. Les inégalités en santé correspondent aux inégalités sociales. "Jusqu'ici, poursuit la FRB, la politique de santé en Belgique visait surtout à assurer une disponibilité et une accessibilité universelle des services de santé. Désormais, l'ambition doit être l'égalité face à la santé."

Un processus de diagnostic participatif intéressant à découvrir et qui était proposé par Charleroi, ville Santé OMS, lors d'un colloque en 2010 : "le diagnostic en marchant". En effet, parcourir une agglomération comme Charleroi et ses 55 quartiers permet de dresser aisément un portrait sociodémographique qui induit les leçons à tirer sur les conséquences sur la santé. L'exercice à Charleroi était par ailleurs validé par une

équipe de recherche de l'UCL. Les conclusions sur les inégalités des citoyens face à la santé sont apparues de facto. Les responsables politiques des villes et communes devraient s'en inspirer pour prendre les initiatives qui s'imposent. Invitation à chacun de faire l'exercice sinon physique au moins virtuel dans sa ville ou dans sa commune !

La FRB évite aussi de poser le problème des inégalités en noir et blanc. Pourquoi? Il s'agit plutôt d'un gradient. La probabilité de vivre en bonne santé et de faire pleinement usage de services de santé diminue à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale. "C'est pour cette raison que des mesures universelles sont nécessaires qui ne soient pas uniquement ciblées sur les catégories socialement les plus défavorisées, avec le risque de stigmatisation qui en résultent, mais qui tiennent compte du caractère graduel de cette inégalité ainsi que des spécificités des milieux urbains et des milieux ruraux."

Les systèmes de santé

Nous sommes ici dans l'organisation des **soins** de santé.

Habituellement, culturellement, quand on parle santé, on pense aux maladies et à l'offre de soins. En Belgique, ce sont des structures, (médecine générale, hôpitaux, maisons de repos... maisons médicales) et ceux qui soignent : les médecins, les infirmières, les kinés.... (De nouveaux métiers sont nés aussi autour des médecines alternatives).

Dans un langage plus technique, on distingue :

· les soins de santé primaires, non segmentés, ni par âge ni par sexe ni par type de problèmes ni par organe ni par capacité financière des usagers. Ce niveau primaire est censé pourvoir répondre à 90% des problèmes de santé d'une population non sélectionnée, du tout venant.

- secondaires (de référence)
- tertiaires (haute technologie : hôpitaux universitaires)

Ces deux derniers niveaux sont par définition spécialisés et donc segmentés.

Les systèmes de santé mis en place de par le monde ne sont pas neutres quant à leur impact sur les questions qui nous préoccupent :

- Le droit à la santé
- L'accessibilité

C'est pourquoi dans ce cahier nous optons clairement pour l'esprit d'Alma Ata.

"L'organisation du système est au service de l'émancipation des individus et collectivités dans une société équitable. C'est pourquoi, elle s'appuie sur la mobilisation sociale".

Développer des soins de santé primaires

Par soins de santé primaires, nous entendons les soins de premier niveau, c'est-à-dire le niveau du système de soins qui est la porte d'entrée dans le système de soins, qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins.

L'Organisation mondiale de la santé considère que les soins de santé primaires couvrent des principes-clés dont : l'accès universel aux soins, la couverture en fonction des besoins, l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé, l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

"L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de services de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés".

Il n'est pas étonnant que L'OCDE recommande à la Belgique de développer un échelonnement en privilégiant les soins de santé primaires. L'échelonnement n'existe pas en Belgique, même si des incitants timides y contribuent un peu. Pourquoi ?

Différentes raisons sont évoquées comme :

- la liberté de choix du patient et surtout celle de la liberté thérapeutique des médecins (prenons un exemple fréquent : celui du recours systématique au "pédiatre spécialisé")

- le développement fulgurant des technologies, de diagnostic notamment
- le poids historique et culturel des hôpitaux et des médecins spécialistes

Notons au passage le comportement compréhensible des gens en difficultés sociales et financières qui recourent aux "urgences" plutôt qu'aux soins de santé de première ligne permettant de prévenir ou de guérir les maladies dès l'apparition des premiers symptômes.

Pour se convaincre du bien fondé de la nécessité de développer les soins de santé primaires, relire au début de ce cahier la déclaration d'Alma Ata et la discussion qui est menée à ce sujet sur les Objectifs du Millénaire.

En Belgique, les **maisons médicales** sont des équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires constituées en ASBL. Leurs objectifs :

- Répondre aux besoins par l'offre de soins de santé primaires de qualité, qui soient accessibles, continus, globaux et intégrés :
- des soins de qualité qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficacité ;
- des soins accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel... ;
- des soins continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ;
- des soins globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ;
- des soins intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé.
- Promouvoir l'autonomie des personnes qui font appel à leurs services et renforcer leur capacité décisionnelle
- Favoriser l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes qui président à l'organisation des systèmes de santé et des politiques sociales
- Participer à l'élaboration de politiques de santé et de politiques sociales, avec le souci permanent du respect des valeurs de solidarité et de justice sociale.

- Participer, avec d'autres acteurs de la vie sociale, à un processus d'évaluation des besoins de la communauté, à la recherche des solutions et à leur application pratique, tant en matière de santé que dans d'autres domaines qui influencent le bien-être des individus.

Bon à savoir : les MM pratiquent la plupart du temps le système au "forfait" qui consiste en la gratuité des soins, moyennant inscription du patient".

La commercialisation et la privatisation des systèmes de santé :

Un enjeu pour l'accessibilité

Un renforcement des inégalités

Une menace pour la solidarité

Nous sommes ici au cœur d'une guerre sociale qui ne dit pas son nom.

La PASS a tenu une journée d'information et de réflexion sur le thème de "Crise et santé" en mars 2012. Elle a réuni une palette quasi complète des acteurs de la santé préoccupés par l'impact des politiques d'austérité.

La crise financière a en fait renforcé une tendance insidieuse qui a un impact depuis le début des années 70. Les effets du néolibéralisme se sont fait sentir progressivement sur la santé comme sur tous les domaines de la société (et souvenons-nous de l'importance des déterminants sociaux de la santé). Cela vaut pour la Belgique comme pour de nombreux pays en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Sous prétexte de crise économique, les Etats ont limité le financement des services publics, dont la santé, ouvrant ainsi le marché aux assurances privées et à la privatisation des soins de santé. Il en résulte le maintien d'un service minimum ou minimaliste de base pour les pauvres et un système beaucoup plus élaboré pour les riches, bénéficiant plus aisément de la panoplie de services et des dernières technologies. Et donc, un système à deux vitesses.

La commercialisation nuit gravement à la santé!

- La crise et l'austérité ont un impact sur la santé
- En Europe, l'approfondissement de la crise depuis la faillite de plusieurs banques en 2008, leur sauvetage par les États, et les politiques d'austérité qui s'en sont suivies ont eu de nombreuses conséquences, notamment sur la santé.
- La commercialisation de la santé est en marche et l'Europe la soutient
- La commercialisation de la santé, à savoir la prise en charge de services de santé par des entreprises privées à but lucratif n'est pas neuve. Déjà depuis de nombreuses années, il y a un sous-investissement public dans le domaine de la santé, laissant place aux initiatives privées à but lucratif. Ce phénomène s'intensifie partout en Europe à des degrés divers. Une aubaine pour les entreprises en recherche de bénéficiaires. Une catastrophe pour ceux qui défendent une politique de santé de bonne qualité et accessibles à toutes et tous.
- La marchandisation nuit gravement à la santé
- Les conséquences sont multiples et divergent d'intensité. Mais on peut observer des tendances et des mécanismes semblables, que ce soit en termes d'organisation (accès) des soins de santé ou de la détérioration des déterminants sociaux de la santé. On pense au démantèlement de la sécurité sociale notamment.
- Comment l'Europe s'occupe de la santé
- De manière indirecte d'abord, puis de façon beaucoup plus claire ensuite, l'Union européenne s'est invitée dans les politiques de santé nationales. L'équilibre budgétaire étant le crédo de l'Union européenne, ses instructions visent désormais à limiter les dépenses publiques de santé.

Des témoignages bouleversants nous viennent de Grèce, d'Irlande, d'Espagne ou du Portugal.

Exemple des conséquences foudroyantes au Portugal, sur base d'une enquête :

- 20 % des gens ont diminué leurs dépenses de santé, 40 % si un membre de la famille est au chômage
- 1/3 des personnes âgées ne respecte pas la posologie médicamenteuse
- Malnutrition des bébés : lait de vache dans les biberons des enfants de – d'1 an ou coupure de lait en poudre avec de l'eau

- Réduction des thérapies pour les gens atteints d'un cancer
- Augmentation du nombre de suicide et des tentatives
- Et bien d'autres exemples

Et en Belgique ?

- 40% des lits des Maisons de Repos ont été rachetés ces dernières années par des multinationales à but lucratif (Orpéa, Senior Living Group, Armonéa...) Le transfert du secteur vers les Communautés aggravera encore le sous-financement. Demain, des multinationales contrôleront toute la politique en matière d'hébergement des personnes âgées.
- Les Hôpitaux sous-traitent de plus en plus de services, et sont de plus en plus mis sous pression par les firmes commerciales (médicaments, matériel médical...). Certains hôpitaux louent les salles d'opération aux chirurgiens qui viennent avec leur personnel et leurs patients !
- Par manque de places d'accueil des enfants dans le service public et non marchand, de nombreuses maisons d'enfants à but lucratif voient le jour. Certains réclament jusqu'à 700 euros par mois pour la garde d'un enfant !
- Un service d'infirmières à domicile (PNS) est coté en bourse !
- Le développement des titres-service a permis à de nombreuses firmes privées de lancer des services d'aides ménagères. Ce dispositif coûte très cher à la société et bénéficie de déductions fiscales. Dans le même temps, les services non marchands d'aide aux familles ont du mal à s'en sortir, faute de financement suffisant !

Et pourtant, le belge est relativement préservé grâce au système de sécurité sociale fort qui permet au plus grand nombre de ne pas tomber sous le seuil de la pauvreté. La part des soins de santé dans le PIB belge était de 10,5% pour 9,5 % dans les pays de l'OCDE en 2010.

De surcroît, une série de mécanismes ont été mis en place pour corriger des distorsions sociales : le BIM, le maximum à facturer, allocations forfaitaires ciblées, restrictions de supplémentaires d'honoraires...

Et, nouveauté: les maladies chroniques seront mieux remboursées : 1 belge sur 12 devrait voir le poids du traitement des maladies chroniques s'alléger.

Mais l'accessibilité dans le monde entier reste un problème. "Quand on a de l'argent

dans sa poche, on tire toujours bien son plan, où que l'on soit". Et au-delà de l'accessibilité financière, il y a la culture, le type d'organisation des soins, la mobilité, l'éloignement des centres de santé, des phénomènes d'exclusion, ...

La PASS s'est mobilisée sur cette question et participe à la formation d'un Réseau Européen

Pour résister au démantèlement de notre sécurité sociale et défendre un système de santé public et de qualité pour toutes et tous, des organisations se sont unies au niveau européen. Le réseau européen de lutte contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la sécurité sociale veut sensibiliser les acteurs de la santé et avec eux organiser la résistance à la marchandisation de la santé.

Et les travailleurs de santé dans tout ça ?

Les conditions de travail et la pénurie du personnel soignant génère des situations inacceptables. Elles influencent directement la qualité des soins.

Les systèmes de financement influencent l'organisation du travail et donc la charge de travail.

Une augmentation des personnels de santé reste impérative mais aussi qu'elle se fasse dans une gestion performante des ressources humaines.

Le choix d'une politique de santé renforçant les soins primaires implique également le développement et la reconnaissance de nouveaux métiers, tels que la fonction d'accueillante, d'aide-familiale...

La "pénurie" parlons-en. La question, vieille, est inséparable des conditions de travail. Le sujet est complexe. En 2008 pour la Belgique, "sur la base de chiffres provenant d'une fédération d'employeur –qui s'est basée elle-même sur les chiffres du bureau du plan- 63.000 postes supplémentaires seront nécessaires d'ici 2013". Qu'en est-il ?

Dès lors on a vu se développer **la marchandisation des personnels de santé**. Le recrutement organisé et éhonté d'infirmiers et de médecins issus de l'Afrique du Nord ou sub-saharienne, des Philippines ou de pays européens écrasés par la crise a pris une ampleur telle qu'il crée de véritables problèmes d'acculturation réciproque entre ce personnel et les patients. Mais bien plus grave encore est la crise provoquée de manque de personnel dans les pays sollicités, destructrice des institutions de soins de ces pays-là, elles-mêmes pourtant en situation de très grande précarité. Bel exemple à nouveau d'exploitation par les pays riches.

L'austérité n'est pas une fatalité. Des choix politiques sont possibles.

Tous ceux qui sont engagés de par le monde pour une politique de santé telle que recommandée par l'OMS fondée sur le droit à la santé pour tous se retrouvent pour défendre un système de santé basé sur la solidarité.

En Europe, nous devons défendre et renforcer le financement public solidaire via la sécurité sociale, seule garante d'une protection universelle de santé.

Dans les pays en développement, l'aide doit être apportée pour qu'ils puissent développer des systèmes de solidarité qui leur sont propres. Des mutuelles de santé sont déjà créées.

Les choix politiques des Etats sont déterminants pour ce faire. On voit bien dans certains pays d'Amérique latine ou d'Asie que les décisions prises avaient amenés des indicateurs favorables de santé et d'équité. Mais le néolibéralisme passant par le FMI et la Banque Mondiale ont aussi fait pression dans ces pays entraînant des restrictions sur les services publics et des privatisations des systèmes de santé. Les indicateurs montrent que la santé régresse.

Bon nombre de propositions sont exprimées. Il est même impossible de toutes les lister. C'est ce qui nous donne à espérer.

Mais elles sont essentiellement des modalités opératoires :

- de la défense de services publics de santé
- du refus de voir les systèmes se privatiser
- du refus de faire de la santé un commerce
- de développer des systèmes locaux et intégrés
- de mettre en garde les chercheurs contre le scientisme et l'instrumentalisation au profit des marchés
- de permettre un financement public de la recherche qui évite de faire porter le coût d'une recherche privatisée sur le dos des patients (l'industrie pharmaceutique est un bel exemple)
- de faire œuvre d'éducation permanente sur le bien fondé des systèmes de solidarité mis en place par les générations antérieures

- de rendre contraignantes les législations de l'OIT
- d'intégrer la question du genre
- de faire des économies judicieuses dans les systèmes pour leur garantir une pérennité
- de chasser les gaspillages par bureaucratisation de l'aide internationale
- de s'opposer aux "Fondations" qui font mûrir le marché des soins
- etc.

Enfin, il est impératif de développer des soins de santé primaires parce que

- Ils sont accessibles
- Ils développent une approche globale et transversale
- Ils peuvent intégrer les situations socio-économiques des patients
- Ils permettent aux citoyens de se réapproprier leur santé individuellement et collectivement
- Ils peuvent renvoyer aux acteurs de leur territoire, autres que de santé et surtout aux acteurs politiques les enjeux de l'environnement socio-économique et culturel sur la santé de la population

Retournons à ALMA ATA

Pour redire "*Le droit à la santé pour tous!*"

Pour combattre les inégalités entre les citoyens du monde

Pour fonder un nouvel ordre économique qui garantisse une meilleure qualité de la vie pour tous

Et la Paix mondiale

"Il me semble que nous sommes entrés dans une ère de dépistage précoce, plutôt que dans celle d'une victoire du traitement. Une ère où il convient de s'occuper des gens alors qu'ils sont encore bien portants, et pour les préserver dans ce 'Bien-Être' qu'est la santé." Lise Thiry, invitée d'honneur par la Plateforme à la Journée de Mobilisation à l'occasion des 30 ans de la déclaration d'ALMA ATA, Bruxelles, octobre 2008.

Pour la Plateforme d'Action Santé et Solidarité. JM Léonard, octobre 2013

6 – Accès aux soins, une question politique?

Par Pierre Drielsma

L'accessibilité aux soins est un problème réel, mais peut être pas le plus important. En Europe tout du moins. L'OMS s'est penchée avec intérêt et profondeur sur les déterminants de la santé. Les conclusions sont sans appel. Nous pouvons citer le rapport final de la Commission OMS chargée d'étudier les déterminants sociaux de la santé, rendu public en août 2008, qui formule trois recommandations fondamentales :

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
3. Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée

La proposition 2 résume à elle seule tout le savoir que nous avons engrangé depuis des millénaires sur le sujet. C'est en même temps le programme politique des maisons médicales. . .

À quoi servent les systèmes de santé ?

Les systèmes de santé ont pour fonction de retarder la mort (a priori pas encore de l'abolir), de diminuer la maladie (morbidité objective ou objectivable) et (morbidité subjective) le mal-aise. Idéalement ces deux morbidités devraient être ramenées à zéro. Pour revenir aux liens entre inégalités et maladies. Nous nous référerons à notre article de santé conjugée ^[1]

- Donc pour résumer, les pauvres vivent en général dans des conditions environnementales plus précaires que les riches, leurs conditions de travail sont souvent plus pénibles, quand ils travaillent et a fortiori quand ils ne travaillent pas, leurs faibles revenus sont une source de stress.

1. L'effet de position a été très contesté, la majorité des publications semblent pourtant confirmer sa prégnance. Mais c'est un véritable défi statistique

- Par ailleurs, il existe un effet de position (comparaison envieuse ^[2]) qui peut générer une frustration, une dévalorisation personnelle, qui entraîne des conséquences négatives sur la santé ^[3].
- Et enfin, la résultante de tout cela ce sont les comportements inadéquats ou à risques des classes populaires : tabagisme, roulage, alcool, drogues, violences sexuelles subies, malbouffe, obésité... il est tout aussi important de parler de la faible mobilisation personnelle à se soigner. Cela s'explique aisément par la faible valeur attribuée à sa vie et donc à sa préservation.

Pour résumer, il est très difficile d'être heureux dans une société construite sur la compétition. Comme le disait le regretté Albert Jacquard, la satisfaction de quelques gagnants implique de très nombreux perdants.

Donc pour beaucoup de patients l'accès aux soins de santé c'est d'abord la recherche de reconnaissance. Reconnaissance de quoi au juste ? D'abord la reconnaissance de leur commune humanité par un professionnel reconnu (lui). Ensuite la reconnaissance de la souffrance physique ou psychique qu'il ressent. On pourrait considérer une hypothèse audacieuse : puisque les médecins sont les héritiers des prêtres des différentes religions (chamane, prêtre lié aux temples et aux sacrifices, moine herboriste...), il s'agirait aussi d'une reconnaissance transcendante c'est-à-dire d'une véritable mise en question de Dieu lui-même. La maladie comme rapport inquiet à Dieu.

Le médecin chargé de cette question doit manifester une grande empathie avec son malade, il va devoir lui envoyer un message qui, à la fois, reconnaît le malade avec un respect égal pour la souffrance psychique et physique. Mais, aussi et en même temps, un message rassurant, qui récuse l'inéluctable. Et de ce point de vue, le colloque singulier comme l'action théâtrale est une dramaturgie qui (r)ouvre des portes closes. Il s'agit toujours d'élargir les perspectives, de permettre un espoir. Paradoxalement, dans la maladie incurable et/ou insupportable, la possibilité d'une euthanasie est encore une ouverture, car elle donne au patient le choix du jour et de l'heure. Caton d'Utique, un Romain à l'ancienne, lorsqu'il a pris la décision de se suicider a déclaré : maintenant je m'appartiens.

2. De ce point de vue le diagnostic négatif : vous n'avez rien, constitue probablement la réponse plus problématique en médecine.

3. La consultation en tête à tête.

Dans les pays d'abondance où les soins sont très développés, le danger d'excès de soins (iatrogénie à éviter ou prévention quaternaire^[4]) est au moins aussi important que l'accès aux soins. Le médecin généraliste prend alors un rôle essentiel : informer correctement le patient et l'aider (sans le contraindre) à se détourner des soins inutiles et/ou dangereux. La situation est évidemment différente dans des pays à la sécurité sociale embryonnaire et à l'économie défaillante. En médecine moderne, il nous faut souvent retrouver la richesse de la philosophie chinoise du non-agir^[5].

Pour conclure, la terre pourrait être un véritable paradis, un jardin d'Eden. Mais pour cela, il faut renverser complètement la vapeur et les valeurs en cours. Éduquer, inverser la démographie, automatiser et produire nécessaire et durable.

Pierre DRIELSMA

Reference List

1. Drielsma P.: **les inégalités sociales de santé, une question épineuse?** Santé conjugulée 2007.
2. Boudon R., Bourricaud F: *Dictionnaire critique de la sociologie.* Paris: PUF; 1994.
3. Wilkinson RG: *L'égalité c'est la santé.* Demopolis; 2010.
4. Jamouille M.. *Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice).* ULB . 1986.

Ref Type: Electronic Citation

5. Laozi: *Tao te king.* Paris: Fayard; 2000.

4. Le terme valeur ne leur convient d'ailleurs pas.

7 – La vision de la politique nationale de protection sociale (PNPS) au Burkina Faso

Il n'existe pas de définition universelle de la Protection Sociale. Toutefois, il est communément admis qu'elle peut être définie comme un ensemble d'interventions publiques qui aident les ménages et individus à mieux gérer les risques et à réduire leur vulnérabilité et leur pauvreté en leur assurant un meilleur accès aux services sociaux et à l'emploi. La PS est un investissement soutenant le développement du capital humain et la croissance économique et non une forme d'assistance ou de secours. Si les populations pauvres ne sont pas en mesure de participer à l'économie et donc à la création de la croissance économique, l'impact de la crise économique, aussi bien que des crises environnementales et alimentaires, s'en trouverait considérablement amplifié.

La PS dispose de quatre instruments : les filets sociaux de sécurité, l'assurance sociale, la réglementation sociale ainsi que les services d'aides sociales. Bien que considérés comme étant des instruments à part entière, les deux derniers instruments viennent en appui aux filets sociaux de sécurité et à l'assurance sociale. L'analyse de la situation de la protection sociale au Burkina Faso est donc faite sous l'angle de ce découpage.

Partant de la Vision Burkina 2025, la vision de la PNPS à l'horizon 2023 se décline comme suit : "le Burkina Faso, une nation solidaire qui dispose d'un système doté de mécanismes adéquats et pérennes de protection des populations contre les risques et les chocs".

Principes directeurs de la protection sociale

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale est sous-tendue par les principes directeurs suivants :

La solidarité nationale : la solidarité désigne un sentiment d'entraide, l'obligation pour chaque membre de la communauté de s'acquitter d'une "dette" commune. La solidarité nationale constitue le premier bloc fondateur de la Vision Burkina 2025 qui la considère comme une condition sine qua non de l'existence même du Burkina Faso en tant que nation. De ce fait, le principe de solidarité nationale guidera la mise en œuvre de la PNPS afin que l'entraide et l'assistance entre habitants soient des valeurs cardinales.

La participation : la mise en œuvre des différents programmes devra se faire en associant l'ensemble des acteurs de l'administration centrale, des collectivités territoriales, du secteur privé, de la société civile, des partenaires techniques et financiers ainsi que des bénéficiaires.

L'appropriation: elle désigne le fait pour l'ensemble des acteurs de s'approprier la PNPS et à assurer la coordination des actions de sa mise en œuvre. Pour une réussite de la mise en œuvre de la PNPS, l'ensemble des acteurs doit s'en approprier et s'y conformer.

L'alignement : il consiste pour les partenaires au développement à faire reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays bénéficiaires. En outre, l'ensemble des acteurs non étatiques devront aligner leurs interventions sur les priorités définies par la PNPS.

L'équité : c'est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. Par conséquent, les droits des personnes en particulier des groupes vulnérables doivent être garantis. Il s'agira de prendre en compte les différences de genre, les inégalités sociales, régionales et locales en veillant à ce que les mécanismes mis en place pour accompagner les groupes vulnérables ne perpétuent et n'engendrent pas la stigmatisation et l'exclusion.

Le respect des droits et de la dignité humaine : quelle que soit sa situation, tout être humain a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. La situation d'extrême pauvreté dans laquelle peuvent se retrouver les groupes cibles de la présente politique ne doit en aucun cas occulter le respect de leurs droits et de la dignité humaine.

L'anticipation : la mise en œuvre de la PNPS commande l'adoption d'une posture prospective afin de prévenir les chocs exogènes et endogènes à même d'aggraver la situation des couches sociales les plus défavorisées ou d'en accroître le nombre.

La transparence : la transparence est indispensable pour la réussite de la mise en œuvre de la PNPS. La mise en œuvre des différents programmes requiert l'existence d'un dispositif efficace de suivi-évaluation et de reddition des comptes pour un respect des principes de la gestion axée sur les résultats.

L'habilitation : la mise en œuvre réussie de la PNPS exige que l'on garde à l'esprit le principe d'aider à se passer de l'aide.

La subsidiarité : la mise en œuvre de la PNPS accordera une place prépondérante aux collectivités territoriales dans le cadre du processus de décentralisation. A cet effet, les pouvoirs de décision seront délégués le plus possible aux échelons inférieurs.

Orientations stratégiques

La mise en œuvre d'une stratégie cohérente en matière de protection sociale permet de satisfaire les besoins essentiels des populations, en garantissant leur accès universel aux services sociaux de base.

Elle permet de mieux gérer les risques socioéconomiques qui entraînent une diminution ou une perte des revenus ou de l'outil de travail et de faire face ainsi, aux chocs et crises économiques.

Pour la mise en œuvre de la PNPS, les Orientations stratégiques (OS) suivantes ont été définies afin de garantir la réalisation de la vision définie.

Orientation Stratégique 1 : Garantie de l'accès de tous aux services sociaux de base

Orientation Stratégique 2 : Extension de la couverture sociale à tous les risques socioprofessionnels et développement des mécanismes de prévention des chocs

Orientation Stratégique 3 : Développement des pratiques novatrices et communes aux programmes de ciblage et de transferts

Orientation Stratégique 4 : Renforcement de la cohérence, de la coordination et de la bonne gouvernance

Les résultats attendus :

La sécurité alimentaire des ménages pauvres et vulnérables est assurée

La couverture des besoins minima des ménages les plus pauvres et vulnérables lors des chocs est assurée

L'accès des couches vulnérables aux services de l'éducation est amélioré

L'accès des couches vulnérables aux services de la santé est amélioré

L'accès des personnes vulnérables et exclues aux services d'aides sociales est amélioré

Une sécurité minimale de revenus est garantie.

Objectifs de la politique nationale de protection sociale

L'objectif global poursuivi par la PNPS est de contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales par le développement de mécanismes adéquats et pérennes de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux.

De façon spécifique, il s'agira :

d'améliorer les mécanismes de transferts sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables ;

d'améliorer l'accès des populations pauvres et des groupes vulnérables aux services sociaux de base ;

de garantir une sécurité de l'emploi et un revenu minimal aux populations ;

d'améliorer et étendre la couverture sociale aux travailleurs des secteurs informel et formel ;

d'améliorer la gouvernance ;

de renforcer les capacités de tous les acteurs.

8 – Les mutuelles de santé au Burkina Faso

Au Burkina, le problème d'accès aux soins de santé qualité se pose. Les politiques de santé ne sont pas mise en œuvre de façon satisfaisante et en faveur des populations ; de ce fait, quoi que l'offre de soins s'améliore, l'accès aux soins reste assez difficile et les malades sont souvent l'objet d'abus (vol de médicaments à l'hôpital, prescriptions excessives, surcoût pour prestations auxiliaires). Les médicaments de qualité et spécifiques ne sont pas accessibles; pour le paludisme par exemple _qui tue plus que le VIH/SIDA_ il faut des nouvelles molécules, qui ne sont pas toujours disponibles. La tarification de la prise en charge des prestations ne tient pas compte du niveau de pauvreté des populations de sorte qu'elles restent très peu accessibles aux populations.

Les Services de santé ne sont pas accessibles de façon équitable :

- financièrement dû à l'incidence de la paupérisation des populations ;
- géographiquement : un rayon de 9 à 10km à parcourir pour rejoindre certains de centres de santé, accessibilité saisonnière due au mauvais état des routes qui s'aggrave particulièrement en période de pluie ;
- Culturellement : les femmes, les enfants, les personnes âgées et les jeunes qui ont des besoins spécifiques sont victimes quand des situations de maladie se présentent, ce n'est pas une priorité ; la prévention de la maladie n'est pas bien perçue dans les cultures locales et de ce fait, aucune épargne sous forme monétaire n'est constituée dans ce sens

Les taux de mortalité maternelle et infantile (97‰ en 2003) sont encore élevés dû aux difficultés d'accès à la consultation prénatale, à l'insuffisance des spécialistes (ex : 100 pédiatres au Burkina), à la prise en charge pour l'accouchement, à la planification des grossesses, au coût des prestations, aux pesanteurs culturelles, etc.

Sur le plan juridique, quoi que les usagers aient connaissance de l'existence des voies de recours légaux qui permettent aux patients de revendiquer leurs droits quant à la prise en charge, la qualité des soins et d'éventuelles réparations, l'asymétrie des pouvoirs entre Mutuelles de santé et prestataires de soins fait qu'aucune poursuite judiciaire n'est envisageable.

Pour faire face à ces difficultés, les populations ont compris la nécessité de s'organiser, avec l'appui de certains partenaires techniques et financiers pour la prise en charge de leur santé. Il existe ainsi des mouvements solidaires tels que les mutuelles de santé, quoi que de taille modeste et de faibles capacités financières et de gestion. Ce mouvement naissant, voir émergent a besoin d'être porté et renforcé afin d'en faire des dynamiques de promotion de l'accès à la santé.

L'Association Songui Manégré/Aide au Développement Endogène (ASMADE), en fait déjà l'expérience en encadrant une série de mutuelles de santé dans la zone péri-urbaine de Ouagadougou dont la dynamique à terme conduirait à la fédération des dites mutuelles pour en faire de véritables mouvements sociaux à même de promouvoir et d'encadrer la solidarité entre les population en matière de santé et surtout de constituer une proposition alternative de politiques de promotion de la santé à la puissance publique.

Ces mutuelles de santé couvrent les prestations dans les centres de santé et de promotions sociales pour un taux de prises en charge allant de 70 à 80%. Le niveau de cotisation varie entre 1800 francs cfa et 5300 f cfa. Le nombre de membres couverts par ces mutuelles de santé s'élève à environ 8000 personnes.

En partenariat avec le Théâtre du Copion, les associations "AsmutBur", "Notre pierre pour l'Afrique" en Belgique et l'association "Laafi bala mut'" en France soutiennent ces mutuelles depuis 2010 en organisant différentes manifestations dans le but de récolter des fonds.

Si vous êtes intéressé(e) de soutenir le projet de mutuelle au Burkina Faso, vous pouvez contacter le Théâtre du Copion nous nous ferons un plaisir de vous communiquer les informations nécessaires.

En Belgique : le montant de votre contribution peut être versé au compte n° : 000-0000004-04 de la Fondation Roi Baudouin avec la communication "128/2410/00063".

Tout donateur obtient la déductibilité fiscale pour tout don d'au moins 40€/ an (via la Fondation Roi Baudouin).

Plus d'infos : Association Notre Pierre pour l'Afrique, Voie Blanche n° 60 à 7370 Dour ou le Théâtre du Copion (www.theatreducopion.be) ainsi que sur les sites www.ongasmade.org

En France : Le montant de votre contribution peut être versé au compte n°SIRET: 524 774197 00015

Association Laafi bala Mut, 88 rue Jules Vallès à 59 800 LILLE

Tel: 06 03 44 78 11 // laafi_balamut@yahoo.fr



CAHIER TREMA 2013

THEATRE DU COPION

112, avenue Goblet

7331 Baudour

Tél/Fax : 0032 65 64 35 31

theatreducopion@gmail.com

www.theatreducopion.be

ONG ASMADE

09 BP 903 Ouagadougou 09

Burkina Faso

Tél.Fax 00226 50 37 18 50

asmade@fasonet.bf

www.ongasmade.org

PLATEFORME D'ACTION SANTE ET SOLIDARITE

Chaussée de Haecht, 53

1210 Bruxelles

Tél:0032 2 209 2364

julie.maenaut@sante-solidarite.be

john.de.maesschalck@gezondheid-solidariteit.be



