

Observatoire socioéconomique de la Santé durable et solidaire

L'objectif de ce document est de présenter la nouvelle initiative de la Fondation pour la Solidarité : *l'Observatoire Socio-économique de la Santé Durable et Solidaire*. Il existe de nombreux organismes qui tentent d'améliorer la santé en Belgique et en Europe, mais il manque actuellement un lien indispensable leur permettant de se connaître et de se coordonner. Ce lien est un des objectifs principaux de l'observatoire, et il devrait permettre d'avoir une **approche globale** des problématiques liées à la santé.

I. COMPRENDRE la situation en Europe et en Belgique

Divers constats nous font prendre conscience qu'une attention plus importante dans le domaine de la santé est indispensable, tant au niveau européen que belge.

Selon Roger Sue¹ nous sommes rentrés dans le secteur « quaternaire », soit, une économie de l'immatériel, de l'intelligence, du savoir et des compétences : une économie pour laquelle le facteur de production essentiel est le **capital humain**. Or, lorsque l'on admet que le centre de gravité de l'économie s'est déplacé vers le capital humain, la **santé** apparaît comme un élément crucial de la performance des individus.

Le secteur de la santé est aussi et surtout une source de croissance pour les années à venir. Plus généralement, Philippe Ulmann² estime que pour assurer une **croissance durable**, il est nécessaire que la santé des populations soit un des critères principaux de toute politique économique. Cette opinion est partagée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui préconise d'investir massivement dans la santé pour favoriser le développement économique planétaire³.

Dans sa Constitution, l'**OMS** précise que la possession du meilleur état de santé possible d'un individu constitue l'un des **droits fondamentaux** de tout être humain et ceci sans distinction de race, de religion, d'appartenance politique, économique ou sociales. Au-delà de sa valeur intrinsèque pour l'individu, la santé est aussi fondamentale pour le développement humain global et pour la réduction de la pauvreté.

¹ Sociologue, professeur à la faculté des sciences humaines et sociales de Paris V – Sorbonne

² Economiste au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) (France)

³ Commission macroéconomie et santé, OMS, décembre 2001

Toutefois, malgré ces déclarations ambitieuses, beaucoup de personnes dans de nombreux pays ne bénéficient pas à ce jour d'un **niveau et d'une couverture de santé** suffisants. Dans certaines régions, on peut s'attendre à vivre plus longtemps et plus confortablement tandis que dans d'autres, on désespère de pouvoir endiguer les maladies ⁴. Par conséquent, la question qui se pose avec force pour le défi que représente la santé dans le monde est **l'égalité en matière de santé**.

Au niveau européen, l'évolution récente de l'exclusion sociale lance de nouveaux défis pour **diminuer les inégalités en matière de santé**. En effet, dans son rapport sur la situation sociale dans l'Union européenne (2003), la Commission conclut que les faibles revenus et la **pauvreté** sont associés à de mauvaises conditions de vie et de travail et à un mode de vie précaire et leur accès aux soins préventifs et curatifs est restreint ⁵. Dans presque tous les pays de la *région européenne de l'OMS* (qui regroupe 51 pays), il y a un **écart croissant** en matière de santé entre les groupes socio-économiques les plus et les moins favorisés ⁶.

Au niveau belge, l'avant projet de *Plan fédéral de Développement Durable (2004-2008)* nous dit que le système belge de soins de santé est parmi les meilleurs. Mais que toutefois, ce système connaît des limites, principalement pour certains **groupes vulnérables** comme les enfants, les personnes âgées et économiquement défavorisées. Au sein de ce plan est proposée une action visant à exploiter les données liées à la santé dont disposent les services publics et **d'améliorer la communication** et la collaboration entre ceux-ci aux différents niveaux de pouvoir fédéral, régional et communautaire. Une autre de leurs actions proposée est **d'améliorer l'accès** aux soins de santé pour tous.

En matière de santé, *l'Accord gouvernemental belge* ⁷ prévoit que : « Le gouvernement entend mener une politique de santé globale et cohérente qui garantit une **plus grande accessibilité** aux soins de santé pour toutes les couches de la population, et une **meilleure qualité** des soins. Une telle politique exige une maîtrise durable des dépenses et une utilisation optimale des moyens disponibles pour les soins de santé.

Les dépenses en soins de santé représentent plus ou moins 9% du PIB en Belgique. L'accord gouvernemental de 2003 prévoit une augmentation des dépenses de l'assurance soins de santé obligatoire de 4,5% par an en termes réels pour les années 2004-2007.

Toujours d'après la *déclaration gouvernementale*, « le gouvernement s'attellera au renforcement de la sécurité sociale, à un **meilleur accès** à des soins de santé de qualité, et l'amélioration de l'efficacité des administrations publiques et à une politique de **développement durable**. » Le gouvernement reconnaît que notre système d'assurance-maladie obligatoire, bien qu'offrant une large couverture, laisse pourtant subsister des **inégalités face à la santé**. Il entend par conséquent mener une politique de santé globale et cohérente qui garantisse une plus grande accessibilité aux soins de santé pour toutes les couches de la population, et une meilleure qualité des soins. Il faut répondre aux nouveaux besoins qui découlent entre autres du **vieillissement de la population**, des nouvelles technologies et de l'égalité d'accès.

⁴ « Façonner l'avenir », Rapport sur la santé dans le monde 2003, Organisation mondiale de la santé

⁵ « La situation sociale dans l'Union européenne 2003 », Commission européenne, Direction générale de l'emploi et des affaires sociales

⁶ « Santé 21, La politique cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS », Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Série européenne de la Santé pour tous, n°6, 1999.

⁷ Accord de gouvernement fédéral, 2003, p.40

II. RELIER

Au vu de ce diagnostic, nous voyons qu'il existe un « manque » en matière d'égalité des soins de santé. Il y a urgence et les concepts liés à la solidarité doivent s'appliquer : le développement humain durable en dépend !

C'est pour cela que l'*Observatoire Socio-économique de la Santé Durable et Solidaire* veut créer un « **pôle d'alliance** » entre les divers acteurs socio-économiques concernés. Cet Observatoire permettra de favoriser la communication entre les intervenants sociaux de terrain, les entreprises, le monde scientifique, les institutions publiques et le monde politique.

L'Observatoire Socio-économique de la Santé Durable et Solidaire a pour mission de recueillir, d'analyser et de diffuser les informations dans le domaine de la **santé durable et solidaire sur le territoire européen**, avec une spécificité belge. Grâce aux initiatives, aux recherches, aux actions, aux informations et aux bonnes pratiques, nous favoriserons l'accès à la santé à tous et assurerons un système de santé durable. L'observatoire relierait divers partenaires tant sur base d'un objectif de recueil que sur base de principes tels que l'égalité entre tous, la santé pour tous et le développement durable.

III. PÔLES D'ACTION

L'intervention se fait à plusieurs niveaux. Nous présentons ci-dessous les différentes thématiques qui sont liées à la santé durable et solidaire. Pour chacun de ces thèmes nous proposons différents partenaires avec qui nous pourrions travailler pour améliorer la durabilité et la solidarité en matière de santé.

1- L'égalité en matière de santé

Certains groupes socio-économiques sont plus vulnérables au niveau de l'accès aux soins de santé. C'est pour ceux-ci que nous voudrions intervenir en priorité.

Partenaires potentiels : CPAS de Bruxelles
Ministère Fédéral belge de la Santé
OMS Bureau régional de l'Europe
Confédération européenne des syndicats

Pauvreté : Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes. La pauvreté est le principal facteur de mauvaise santé. Les inégalités en matière de santé augmentent avec l'accentuation des disparités socio-économiques. En Belgique, l'extrême pauvreté s'étend. Les personnes marginalisées ou en décrochage social, les SDF, les clandestins,... se voient trop souvent privés d'accès aux soins médicaux. Or ces soins leur sont absolument nécessaires.

Partenaires potentiels : Les maisons médicales
Médecins du monde Belgique

Les personnes âgées : Le vieillissement des populations européennes pose des interrogations qui concernent la possibilité de continuer à payer les pensions mais aussi la possibilité de continuer à payer des soins de santé de qualité accessibles à tous. Les

personnes âgées consomment en effet plus de soins de santé que la population jeune. La notion fondamentale de solidarité prend une fois de plus tout son sens dans ce débat.

Partenaires potentiels : Fédération des CSD (Belgique)
UNASSAD (France)

Egalité Hommes/Femmes : L'inégalité de genre défavorise encore plus la santé chez les femmes. La double charge de travail qu'elles assument chez elles et sur leur lieu de travail prélève un lourd tribut en termes de morbidité et elles risquent davantage que les hommes de souffrir de dépression et d'anxiété. Les questions se rapportant spécifiquement aux femmes, notamment la mortalité maternelle, sont extrêmement préoccupantes dans un certain nombre d'États membres. Les viols et les coups et blessures dont sont victimes les femmes, par ailleurs très largement sous-estimés, prennent des proportions alarmantes dans la grande majorité des pays; de fait, dans les pays industrialisés, il a été indiqué que les violences domestiques étaient la cause d'un plus grand nombre de traumatismes pour les femmes que les accidents de la circulation, les viols et les agressions réunis⁸.

Par ailleurs, nous devrions opter pour une individualisation des droits sociaux. La femme ne devrait pas dépendre de son mari en ce qui concerne les droits sociaux. Ceci lui permettrait de choisir plus librement son statut social.

Partenaires potentiels : DULBEA (ULB)
Femmes prévoyantes socialistes
Vie féminine

Minorités ethniques, immigrés et réfugiés : Les personnes appartenant à certaines catégories particulières de population, et notamment les membres de minorités ethniques, les gitans, les immigrés et les réfugiés courent des risques particuliers en matière de santé. Leurs besoins font souvent l'objet de beaucoup moins d'attention et les services sanitaires et sociaux habituels ont parfois des difficultés à parvenir jusqu'à elles. Ce problème prend de l'ampleur dans de nombreux pays.

Partenaires potentiels : Les maisons médicales
Planning Familial
Clinique Saint Pierre (accueil de patient non en ordre de mutualités)
Médecins du Monde Belgique

Le Sud : Dans de nombreuses régions du monde et en particulier dans les pays du Sud et de l'Est, la plupart des ménages n'ont pas la chance de bénéficier d'un système de santé de qualité et accessible à l'ensemble de la population. Très peu de personnes sont couvertes par des mécanismes nationaux de protection sociale.

⁸« Santé 21, La politique cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS », Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Série européenne de la Santé pour tous, n°6, 1999.

Partenaires potentiels : Centre d'Économie Sociale (CES) de l'Université de Liège
Mutualités Chrétiennes et Mutualités Socialistes
AADC (Association pour l'action du développement communautaire)
Louvain développement

2- L'aide aux toxicomanes

L'usage de drogues est problématique dans toutes nos sociétés. En effet, la consommation de substances illicites peut entraîner des maladies infectieuses (VIH, hépatites A et B,...) et des décès. Il est montré aussi que la criminalité est très souvent liée aux modes de production et de distribution de drogue illégales.

Dans la plupart des pays de l'Union Européenne, les décès liés à la consommation de drogue sont une cause importante de décès chez les jeunes, en particulier les jeunes hommes ⁹.

Partenaires potentiels : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Fédération Bruxelloise Francophone des institutions pour toxicomanes (Fr)
Le Projet LAMA
Maison d'Accueil Socio-sanitaire de Bruxelles

3- Le logement et la santé

Parmi les problèmes de santé liés au logement, un thème particulièrement important concerne la pollution intérieure. Une étude publiée par la Commission Européenne en septembre 2003 ¹⁰ a mis en lumière que les européens passent 90% de leur temps à l'intérieur. Or l'air y serait deux fois plus pollué qu'à l'extérieur. Les effets de ces pollutions sont renforcés par le fait que nous n'aérons pas suffisamment l'intérieur des bâtiments (logements, crèches, écoles, lieux de travail...). L'air y est donc moins bien renouvelé qu'à l'extérieur.

La pollution intérieure peut être due d'une part aux matériaux de construction et d'autre part aux produits utilisés pour l'entretien (y compris les savons corporels). L'inhalation des substances toxiques émises par ces composants a un effet négatif sur le système immunitaire et sur le système endocrinien. A long terme, ces défaillances peuvent provoquer le cancer.

L'allergie affecte à elle seule plus d'une personne sur trois en Belgique. Les risques liés à l'exposition aux polluants chimiques sont quant à eux encore mal évalués mais représentent un réel enjeu de santé publique. Ils sont, la plupart du temps, inconnus du grand public. Les principaux polluants répertoriés par l'étude sont, entre autres, chimiques (CO, CO₂, formaldéhyde, pesticides...), physiques (particules, radon, bruit...), biologiques (mycotoxines, acariens, moisissures...) et l'humidité.

⁹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, rapport annuel 2003 : « Etat du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne et en Norvège »

¹⁰ « Pollution atmosphérique intérieure : de nouvelles recherches communautaires mettent en évidence des risques plus élevés qu'on le pensait », Commission européenne, IP/03/1278, 22 septembre 2003

L'impact de la pollution intérieure sur la santé n'est pas encore suffisamment connu et développé : il est grand temps de faire des campagnes de prévention et d'information des consommateurs à ce niveau là.

Partenaires potentiels : CRIPI (Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure)
Administration communautaire de la santé

4- L'environnement, le développement durable et la santé

D'après de nombreuses études ¹¹, 20% de la charge des maladies des pays industrialisés sont attribués à des facteurs environnementaux. L'agence française de sécurité sanitaire environnementale a mis en évidence les nuisances de la pollution atmosphérique : elle serait responsable de plus de 5000 décès par an en France, et le rapport estime à 900 000 euros « le coût de chaque décès lié à la pollution atmosphérique ¹²».

Le pôle santé et environnement est lié au concept du développement durable, il fait référence aux aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par des facteurs physiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement. Ce concept fait également référence à la théorie et à la pratique de l'évaluation, de la correction et de la prévention des facteurs de l'environnement qui peuvent potentiellement influencer défavorablement la santé des générations présentes et futures ¹³.

Partenaires potentiels : Fondation pour les générations futures
IBGE - Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement
NEHAP - National Environment and Health Action Plan
AFSSE - Agence française de sécurité sanitaire environnementale

5- Le travail et la santé

« Chaque année, près de 5 millions de personnes de l'Union européenne sont victimes d'un accident du travail entraînant un arrêt de travail de plus de 3 jours, ce qui se solde à environ 146 millions de journées de travail perdues » ¹⁴.

D'après Philippe Ulmann ¹⁵, à partir du moment où l'on constate que 70% de la production des pays développés repose sur le capital humain, il apparaît évident que les entreprises ont intérêt à ce que leurs salariés soient en pleine possession de leurs moyens.

Partenaires potentiels : IPSE (Institut de Protection Sociale Européenne)
Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail (Bilbao)

6- L'alimentation et la santé

¹¹ Dr Anne Steenhout, ULB

¹² « Impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine », rapport 1, AFSSE, Mars 2004

¹³ « Stratégie mondiale pour la santé et l'environnement », Organisation Mondiale de la Santé

¹⁴ « La prévention des accidents en pratique », rapport n°103 de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 15 novembre 2001

¹⁵ Philippe Ulmann, économiste au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

À l'issue de son assemblée annuelle (mai 2004), l'OMS a officiellement adopté sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice et la santé. Objectif: lutter contre l'obésité et toutes les maladies liées à un mauvais régime alimentaire.

Le monde compte maintenant plus de personnes en surpoids que de personnes qui souffrent de la faim, et les maladies infectieuses ne sont plus la première cause de décès dans le monde. Les experts prévoient une dégradation de la situation à moins que des actions importantes ne soient entreprises.

Partenaires potentiels : Ministère national de l'éducation

7- Le principe de précaution

Le principe de précaution intervient lorsque l'absence de données scientifiques suffisamment probantes ne permet pas d'exclure l'existence d'un « risque » dont il apparaît dès lors opportun de se protéger. « Mieux vaut prévenir que guérir » tel est le dicton bien connu que nous appliquerons ici dans le premier sens du terme ! Nous sommes responsables face aux risques auxquels nous sommes tous confrontés, même en adoptant un comportement prudent ¹⁶.

Partant du principe qu'une bonne santé entraîne une réduction à terme des dépenses en soins de santé, il faudra, dans la droite ligne des recommandations formulées par l'OMS dans son rapport 2002, faire du respect du principe de précaution en matière de santé une des pierres angulaires de notre politique de santé. Or, la Belgique n'y consacre que 0,5% des dépenses publiques de santé.

IV. REALISER

Concrètement, l'Observatoire Socio-économique de la Santé Durable et Solidaire propose quatre actions :

La première est la création d'un **site Internet** qui sera régulièrement mis à jour. Nous y regrouperons une série d'informations, de liens et de définitions sur les différentes thématiques citées ci-dessus. Ce site a pour objectif de diffuser l'information pour un public qui soit le plus large possible.

La deuxième action est l'organisation d'un **colloque européen** au printemps 2005 sur « les inégalités face à la santé ». Parallèlement aux constats que l'on peut faire en matière d'inégalité de santé, il est intéressant de regrouper les acteurs concernés pour discuter de la matière et proposer des solutions ainsi que des bonnes pratiques. Cette rencontre permettra de réaliser des actions concrètes pour améliorer l'accès à la santé pour tous.

La troisième action est la réalisation d'une **publication annuelle**. Les différents articles qui la composeront seront les résultats de discussions que nous aurons mené au courant de l'année sur le thème de la santé durable et solidaire. Par ce moyen de communication nous pourrions traiter d'une problématique plus en profondeur.

¹⁶ VERDONCK D., « Le principe de précaution, Protection de l'environnement, Environnement et gestion », 11 septembre 2001, Editions Kluwer

La quatrième action est l'élaboration d'une « **Charte de la Santé Durable et Solidaire** », pouvant être signée par les pouvoirs publics, les acteurs du monde de la santé et les associations. La Charte regroupera les valeurs essentielles telles que l'égalité entre tous, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et le développement durable.