

Collection " CEPESS "

Analyse :

Atelier

« Pauvreté et accès aux soins de santé »

Présidé par

Monsieur le Sénateur André du Bus

**Colloque sur la lutte contre la pauvreté
du 14 octobre 2011**



Editeurs responsables :

Eric PONCIN,
Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation

En collaboration avec :

Antoine de BORMAN
Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

Rue des Deux Eglises, 41-45

1000 Bruxelles

Tél. : 02/238 01 00

Fax : 02/238 01 18

Auteurs : Jean Hermesse et Myriam de Spiegelaere
Avril 2012



Avec le soutien du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Préface de Monsieur le Sénateur André du Bus

2010 a été proclamée année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ce fut l'occasion pour l'Union européenne de réaffirmer son engagement et de nombreuses initiatives ont aussi vu le jour à différents niveaux.

Au Sénat, cela s'est traduit par le dépôt de différentes propositions de résolution relatives à la lutte contre la pauvreté.

Au terme de plusieurs mois de discussions, le Sénat a adopté trois textes en 2011 :

- Une proposition de résolution visant à promouvoir l'accessibilité aux technologies de l'information et de la communication et le développement d'un Internet citoyen dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion¹ ;
- Une proposition de résolution relative à la lutte contre la pauvreté infantile² ;
- Une proposition de résolution, plus générale, relative à la lutte contre la pauvreté³.

Enfin, un colloque sur la lutte contre la pauvreté a été organisé au Sénat le 14 octobre 2011. Cette date a été choisie pour se rapprocher de la date symbolique du 17 octobre 2011 qui est la journée mondiale du refus de la misère.

Publiée à cette date, l'enquête du SPF Economie annonçait qu'un Belge sur sept vit sous le seuil de pauvreté : 14,6% des Belges disposent d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté établi en 2010 à 973€ pour une personne vivant seule et à 2.044€ pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants.

¹ *Sénat 5-328/5*

² *Sénat 5-328/4*

³ *Sénat 5-328/7*

Ces chiffres ne peuvent manquer d'éveiller les consciences et montrent à quel point il est important de prendre en main le problème de la pauvreté. Celui-ci présentant de multiples facettes, le colloque a traité différents thèmes :

- Le « Rapport 2010 sur le sans abrisisme » a été présenté par Monsieur Henk Van Hootegeem du Service interfédéral de lutte contre la pauvreté ;
- Le thème « Travail – Emploi. Quelle alternative pour sortir de la pauvreté ? » a été développé par Madame Christine Mahy, Présidente du réseau belge de lutte contre la pauvreté ;
- Une intervention de Monsieur Bernard Devos, Délégué aux droits de l'Enfant, a été consacrée à « la pauvreté infantile et les droits de l'enfant » ;
- Le thème « un revenu viable pour chaque famille » a enfin fait l'objet d'une analyse par Madame Greta D'hondt, présidente du Welzijnzorg.

Outre ces exposés, le Colloque proposait différents ateliers sur la pauvreté familiale, le sans abrisisme et, enfin, sur « la pauvreté et l'accès aux soins de santé », que j'ai eu l'honneur de présider.

Ce thème de « la pauvreté et l'accès aux soins de santé », je l'ai choisi parce qu'il est inacceptable qu'aujourd'hui, la maladie fasse encore tomber dans la pauvreté et que la pauvreté engendre une moins bonne santé. De plus, les inégalités sont particulièrement marquées dans ce domaine. On estime qu'environ 16% des personnes postposent des soins de santé pour des raisons financières.

En tant que Sénateur de Communauté, cette question de la pauvreté et de l'accès aux soins de santé m'interpelle particulièrement car les compétences en la matière sont dispersées : le remboursement des soins de santé dépend du pouvoir fédéral mais la prévention ou la médecine scolaire dépendent des Communautés. Il est donc essentiel d'agir de manière transversale.

Pour mieux comprendre la problématique, deux experts sont intervenus : Madame Myriam De Spiegelaere et Monsieur Jean Hermesse.

Madame De Spiegelaere est à la fois médecin, docteur en sciences de la santé publique et directrice scientifique de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. Ses travaux portent entre autres sur le suivi de l'état de santé des Bruxellois et les inégalités sociales en matière santé.

Monsieur Jean Hermesse, quant à lui, est secrétaire général de la Mutualité chrétienne depuis 2007.

Aujourd'hui, je souhaite partager le plus largement possible les résultats de cet atelier en publiant son compte-rendu. La qualité des interventions de ces deux orateurs permet en effet d'enrichir notre compréhension du problème et d'alimenter les réflexions pour parvenir à des solutions.

Au terme de cet atelier relatif à la pauvreté et à l'accès aux soins de santé, il me semble que trois enseignements principaux peuvent être mis en avant.

Premièrement, le lien entre la pauvreté et l'accès aux soins de santé peut être mesuré. Intuitivement, ce lien peut être pressenti. Mais il peut aussi être démontré et objectivé par des données chiffrées.

Deuxièmement, les obstacles rencontrés par les personnes en situation de précarité sont multiples et ne sont pas limités à l'aspect financier. Il s'agit également d'obstacles administratifs (difficulté des démarches), d'obstacles culturels comme la maîtrise de langue ou encore de difficultés pratiques comme le manque de moyens de transport. Ces divers exemples montrent à quel point il est nécessaire d'élaborer des réponses de façon transversale, dans différents domaines comme la formation, l'éducation, le soutien à la parentalité,...

Enfin, troisièmement, des solutions existent. Les experts et les personnes qui travaillent sur le terrain ont des propositions concrètes pour relever ce défi de la pauvreté et de l'accès aux soins de santé. Cet atelier du 14 octobre 2011 organisé au Sénat prend donc tout son sens : c'est désormais aux hommes politiques d'agir.

Je conclurai en remerciant Madame De Spiegelaere et Monsieur Jean Hermesse, tous les deux intervenants pour l'atelier « la pauvreté et l'accès aux soins de santé », Madame Cindy Franssen, Madame Olga Zrihen et Monsieur Bert Anciaux, tous les trois élus au Sénat et coorganisateur du Colloque sur la lutte contre la pauvreté, toutes celles et ceux qui ont œuvré à l'organisation de ce colloque et enfin tous ceux qui ont participé à cette journée.

Présentation de Myriam De Spiegelare (Observatoire de la santé et du social)

L'impact de la pauvreté sur la santé existe en amont de la question de l'accès aux soins de santé. Il y a un cercle vicieux : quelqu'un qui vit dans la précarité a plus de risque d'être en mauvaise santé. Cette mauvaise santé a ensuite un impact sur le statut social : il est plus difficile de travailler dans ces conditions.

La question des soins de santé doit donc être pensée dans un contexte plus large.

1. Quels sont les obstacles à l'accès aux soins ?

01. Les obstacles financiers

La question des obstacles financiers est la plus connue, la plus discutée car elle paraît plus facile à appréhender. Les obstacles financiers sont divers :

a Etre assuré

En Belgique, on a tendance à penser que tout le monde est couvert par l'assurance soins de santé. Or, tout le monde ne l'est pas mais il n'y a pas de chiffres connus pour déterminer l'ampleur du phénomène. Il s'agit par exemple de personnes en situation irrégulière, de SDF, de certains indépendants en difficulté qui ne paient pas leurs cotisations. De plus, être inscrit à une Mutuelle ne signifie pas toujours être « en ordre », être correctement couvert.

b Avancer les frais

Pour des personnes à faibles revenus, avancer les frais peut être difficilement abordable ; surtout si de nombreux soins s'enchaînent, comme dans une famille où plusieurs enfants tomberaient malades.

De plus, le remboursement intervient parfois tardivement depuis l'instauration du remboursement sur le compte bancaire.

c Les frais non remboursés

Certains frais ne sont pas ou sont mal remboursés, comme les lunettes.

d Le coût des soins

Le ticket modérateur reste à charge du patient. Les honoraires des médecins sont élevés lorsque ceux-ci ne sont pas conventionnés mais le montant remboursé, lui, reste le même.

Les statistiques montrent que les tranches de revenus élevés dépensent plus pour les soins de santé. Toutefois, la part des soins de santé dans les dépenses est moindre pour ces catégories de revenus.

Moyenne des dépenses mensuelles en soins de santé (Enquête de Santé 2008) :

Revenus	Absolu	Relatif (%)
< 750 €	100	9,4
750-1000 €	123	9,2
1000-1500 €	124	6,6
1500-2500€	130	4,1
>2500 €	186	3,3

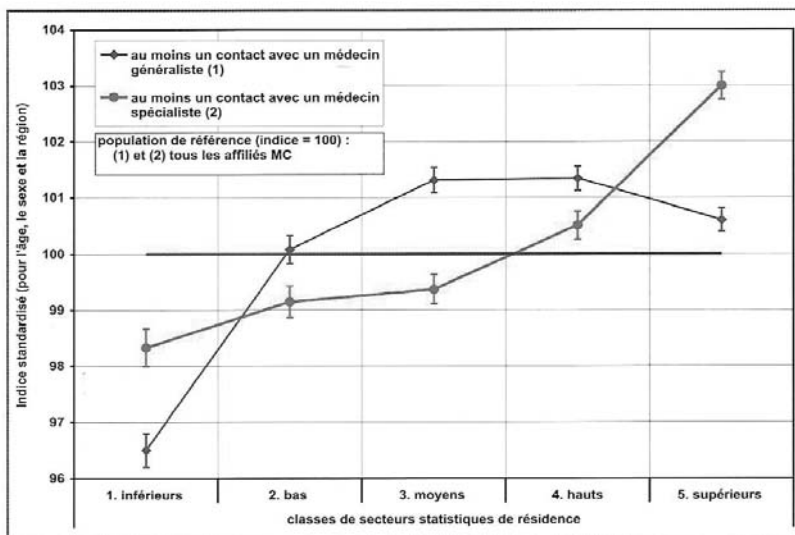
Les statistiques montrent également que beaucoup de personnes renoncent aux soins de santé pour des raisons financières. C'est une dépense qu'on reporte plus facilement que le loyer par exemple. C'est surtout le cas des familles avec enfants et en particulier des familles monoparentales.

Report dans les soins médicaux pour raison financière (en %) (Enquête de Santé 2008) :

	Belgique	Bruxelles
Total	13,6	25,6
Célibataires	15,8	22,4
Fam. Monoparentales	29,2	48,1
Couples sans enfants	5,9	17,4
Couples avec enfants	11,2	25,6
<750 €	31,7	42,3
750-1000 €	20,3	35,6
1000-1500 €	12,5	25,6
1500-2500 €	6,4	14,0
>2500€	4,3	3,3

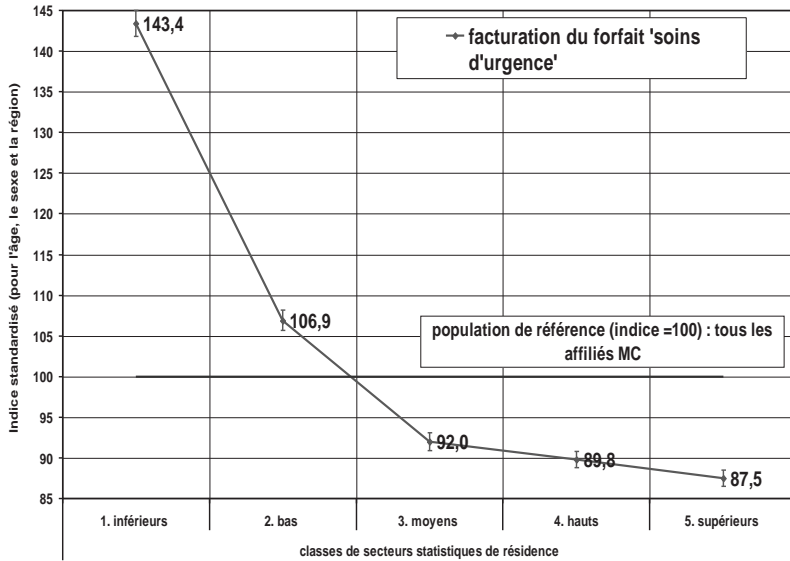
Les personnes qui habitent les quartiers les plus pauvres font également une consommation plus faible de consultations chez les médecins généralistes que les habitants des autres types de quartiers. Quant aux consultations chez les médecins spécialistes, on observe un gradient important dans l'accessibilité : les populations des quartiers aisés consomment plus régulièrement des soins spécialisés.

Médecine générale et spécialisée en fonction du statut social (statistiques Mutualités chrétiennes, 2008) :



Au niveau des soins d'urgence, l'idéal serait d'éviter que les patients se rendent aux Urgences pour de simples soins de première ligne. Pourtant, de nombreuses personnes à faibles revenus le font alors qu'elles sont pénalisées à cause du forfait. Ce phénomène s'explique par des raisons culturelles et des problèmes d'organisation.

Facturation du forfait « soins d'urgence » (statistiques Mutualités chrétiennes, 2008) :



02. Les obstacles administratifs

Le système des soins de santé est devenu complexe. En essayant d'améliorer l'accès financier, on a créé des problèmes administratifs. Parfois, même les médecins ne s'y retrouvent pas et négligent des formalités importantes. Ce problème est surtout visible lorsqu'une personne change de statut car elle doit alors faire de nouvelles démarches.

03. Les obstacles culturels et psycho-sociaux

Ces obstacles sont variés :

- la langue peut être un obstacle, même pour un francophone car le patient est confronté à un langage de professionnel ;
- la représentation sociale de la maladie, du monde de la santé,... Ce sont des images qu'on se crée dès l'enfance ;
- L'illettrisme, dont les personnes ont honte.

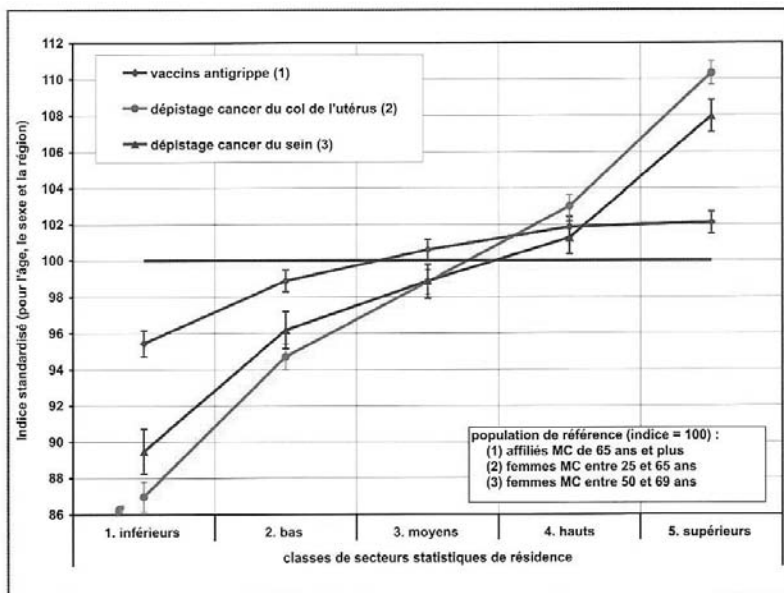
On se demande souvent pourquoi certaines personnes consultent tardivement ou se traitent inadéquatement. Il s'agit en général de personnes qui vivent dans l'inconfort depuis l'enfance (bruit, ...). Par conséquent, ils ne ressentent pas et n'expriment pas leurs problèmes de la même manière.

Les patients ont aussi souvent honte de faire appel aux services sociaux et ont honte d'eux-mêmes devant le médecin. D'une part, il y a la peur de montrer son corps, souvent abîmé. D'autre part, il y a la peur de recevoir un diagnostic stigmatisant (être diagnostiqué alcoolique par exemple).

Les patients sont parfois étiquetés « cas psy » par certains professionnels de la santé. Or, cela masque en réalité fréquemment des problèmes sociaux. C'est par exemple le cas d'une maman qui refuse d'être hospitalisée car elle doit s'occuper de son enfant handicapé.

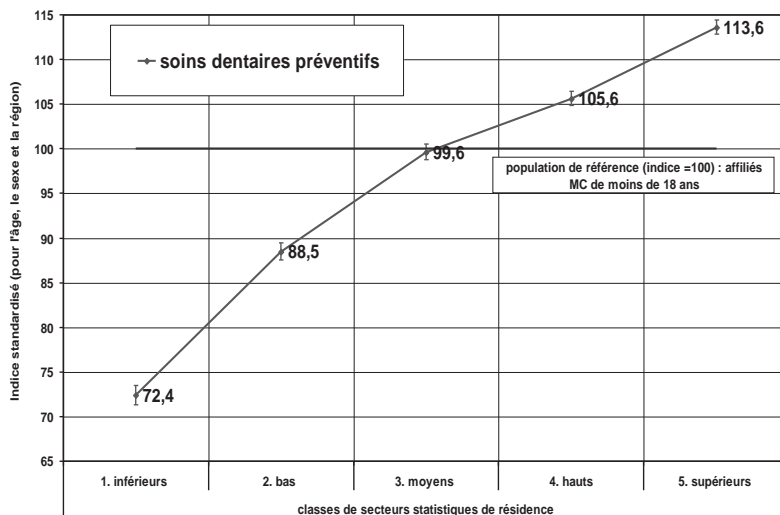
Enfin, les personnes en situation précaire peuvent avoir peur de découvrir un nouveau problème à régler qui s'ajouterait à la liste de ceux qu'ils ont déjà. C'est pourquoi ce type de public se fait moins souvent dépisté, même si le dépistage est gratuit comme pour le cancer du sein.

Utilisation des services préventifs en fonction du statut social (statistiques Mutualités chrétiennes, 2008) :



Cette question de la prévention crée souvent des malentendus. On le voit par exemple au travers des soins dentaires préventifs. Si on arrive à convaincre une personne de se rendre à la consultation pour une visite préventive gratuite, le dentiste trouvera probablement des problèmes qu'il faudra traiter. Cela entraînera des frais pour la personne concernée qui pourra, finalement, mal vivre cette situation.

Utilisation des services préventifs en fonction du revenu social (statistiques Mutualités chrétiennes, 2008) :



04. Les obstacles liés au contrôle social

Deux types de craintes sont liés au contrôle social.

Premièrement, les personnes peuvent se sentir menacées par les services de soins. Elles craignent que leur enfant soit placé ou d'être contraintes de vivre en maison de repos par exemple. Ces craintes peuvent entraîner le report de soins, même lorsqu'elles ne sont pas fondées.

Deuxièmement, certains ne s'accordent pas le droit d'être malade. Ils ont peur d'être déclarés en incapacité de travail car ils ne peuvent se permettre d'arrêter de travailler.

05. Les obstacles pratiques

Là aussi, les obstacles varient en fonction de chaque personne.

Il s'agit par exemple du manque de support social comme de l'aide à la garde d'enfants, du manque de moyens de transport et de la difficulté dans la gestion du temps. En effet, le temps des institutions et des médecins est très serré alors que celui des personnes en difficulté est plutôt chaotique. Cette différence peut générer de l'incompréhension et de l'agressivité.

II. Quelles réponses faut-il apporter ?

Premièrement, il faut réduire les inégalités en général et assurer un revenu minimum pour tous.

Dans le cadre de cet atelier, nous nous concentrerons sur l'accès aux soins. Bien sûr, des mesures existent déjà soit dans le cadre de l'assurance maladie comme le bénéfice de l'intervention majorée (BIM), le statut OMNIO, le maximum à facturer, le tiers-payant ou encore les maisons médicales au forfait, soit en dehors de la sécurité sociale comme l'aide sociale des CPAS pour l'accès aux soins ou l'aide médicale urgente pour les personnes en situation irrégulière. Mais ces mesures peuvent encore être améliorées. Par exemple, certains CPAS pourraient faire plus d'efforts car actuellement les pratiques sont très différentes.

D'autres mesures pourraient être davantage mises en évidence : les prescriptions de génériques, la limitation des examens et hospitalisations inutiles, la bonne information des patients, l'optimisation des trajectoires de soins, le développement de l'autonomie des patients...

Pour conclure, il faut distinguer l'accès aux soins et la qualité des soins. Ce point est également à améliorer. Un des aspects importants de la qualité est la continuité des soins. On assiste en Belgique à une évolution vers une médecine à deux vitesses en ce qui concerne le suivi par un même spécialiste (développement des consultations « privées », plus chères pour être suivi par le médecin qu'on a choisi, même dans les hôpitaux publics).

III. Présentation de Jean Hermesse (Mutualités chrétiennes)

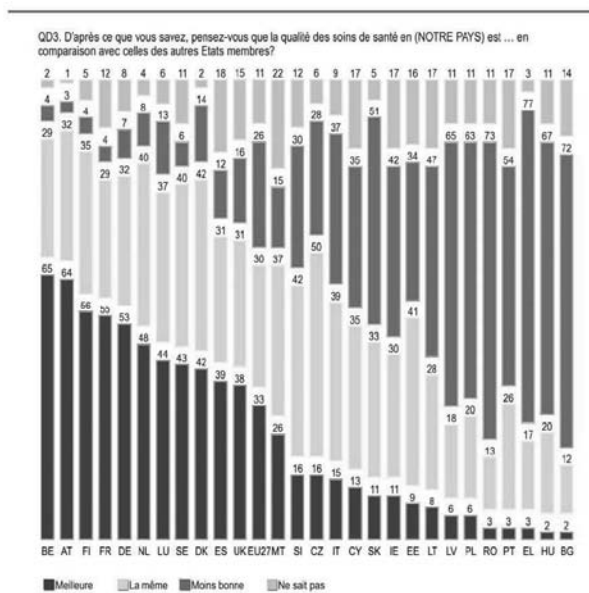
Le fil rouge de cette intervention est qu'il n'y a pas de fatalité. Défendre l'accès aux soins de santé est une question de choix politique et non de moyens.

01. Des constats interpellants

Tout d'abord, il faut noter que chaque mesure a un impact sur la santé, qu'il s'agisse de mesures pour le logement, l'éducation,...

En général, notre système de soins de santé est apprécié et on lui reconnaît des aspects positifs : qualité, rapidité,...

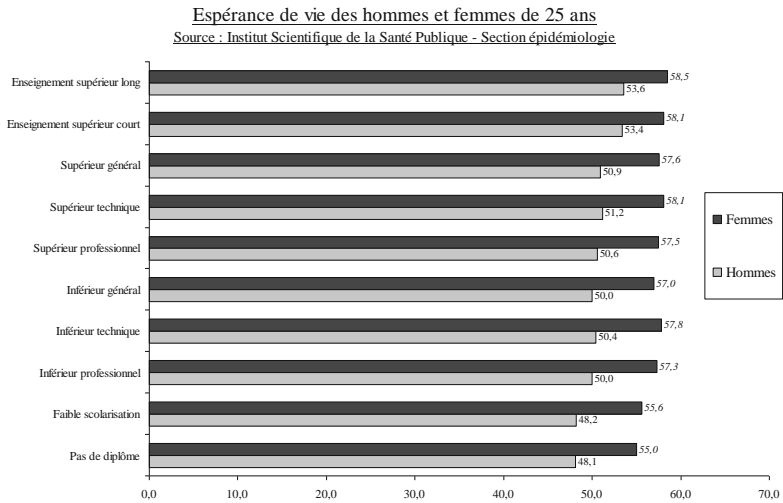
Evaluation subjective de la qualité des soins par rapport aux autres pays (TNS Opinion & social 2009)



Mais il faut reconnaître que des inégalités subsistent et ceci peut être démontré statistiquement.

a L'espérance de vie

L'espérance de vie en bonne santé varie en fonction du niveau de diplôme et du niveau de revenu.



Enquête de santé 2008 :

Tableau 4 : Accessibilité du système de santé selon le niveau d'éducation

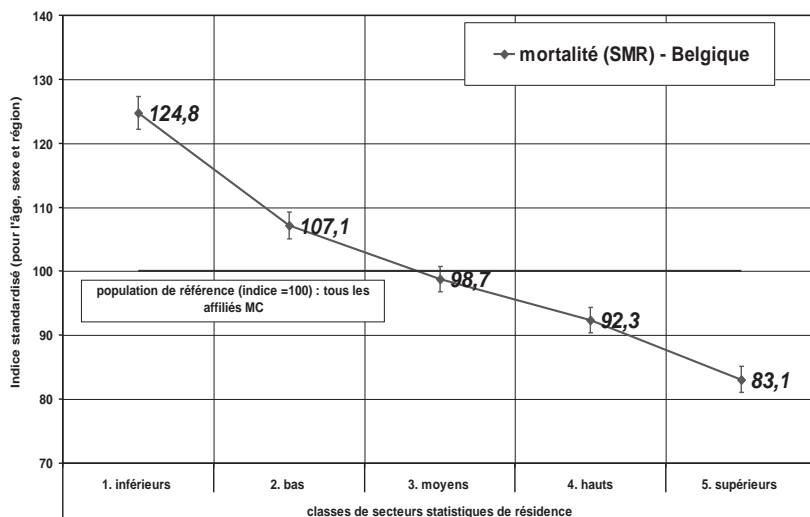
NIVEAU D'ÉDUCATION	Les frais de santé sont difficilement supportables par le budget du ménage	Report de consommation de soins en raison de difficultés financières
Primaire /sans diplôme	54%	18%
Secondaire inférieur	51%	18%
Secondaire supérieur	35%	13%
Enseignement supérieur	19%	9%
TOTAL	34%	13%

Maladie de longue durée ou un handicap (Enquête de santé 2008) :

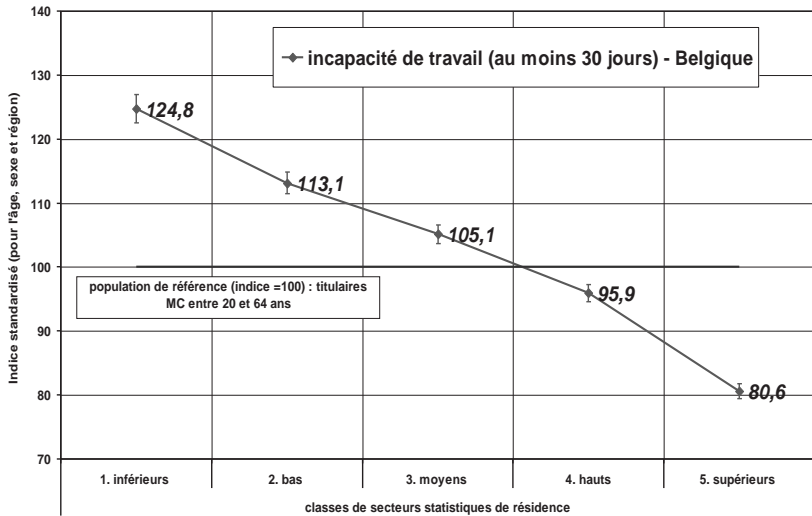
% de la population avec une maladie de longue durée ou un handicap

	1997	2001	2004	2008
Primary or no degree	40,4	41,8	37,8	44,2
Secondary inferior	31,5	30,7	28,3	40,3
Secondary superior	21,7	22,8	21,7	25,1
Superior education	18,1	17,5	18,8	20,4

Données MC 2007 – Mortalité générale - Ratio : $124,8/83,1 = 150\%$



Données MC 2007 - Morbidité : incapacité primaire de travail – Ratio : $124,8/83,1 = 150\%$



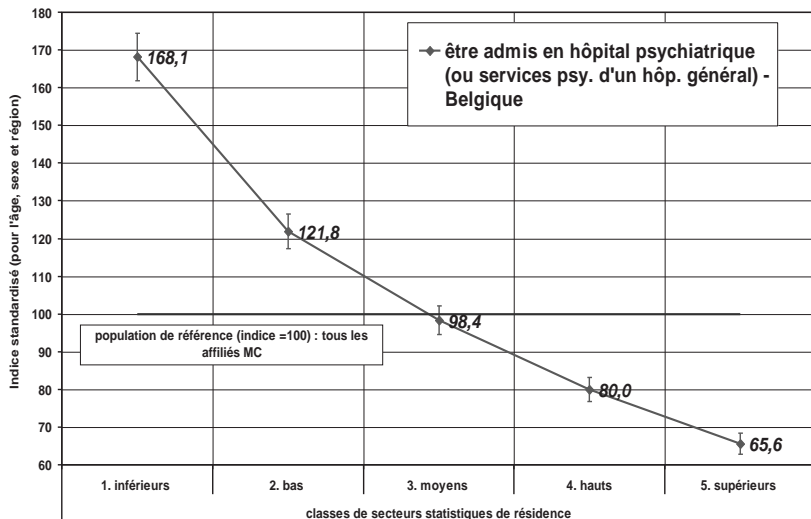
b Les problèmes psychologiques

On observe plus de problèmes psychologiques parmi les publics précarisés. Enquête de santé 2008 :

Tableau 2 : Troubles émotionnels selon le niveau d'éducation

NIVEAU D'ÉDUCATION	Troubles émotionnels			
	Trouble somatique	Trouble dépressif	Trouble anxieux	Trouble du sommeil
Primaire /sans diplôme	15%	15%	10%	28%
Secondaire inférieur	11%	14%	9%	31%
Secondaire supérieur	8%	10%	7%	21%
Enseignement supérieur	4%	6%	5%	16%
TOTAL	8%	10%	6%	21%

Données MC 2007 –Morbidité : admissions psychiatriques - Ratio : 168,1/65,6 : 256%



c La prévention

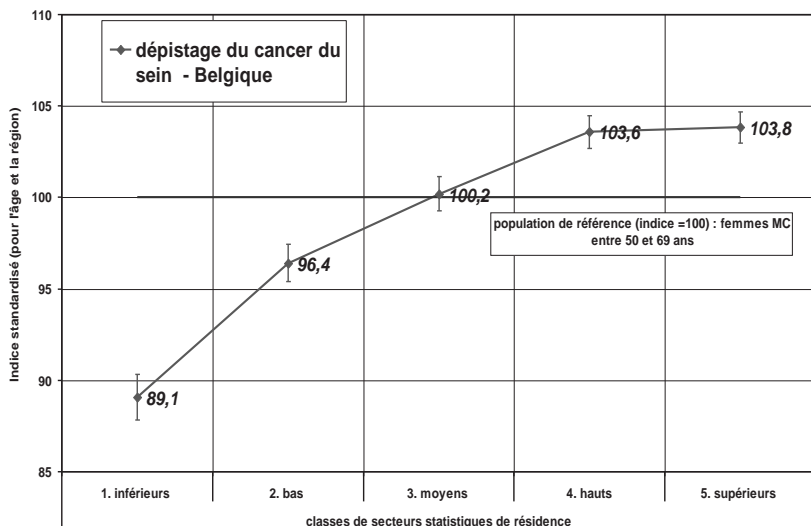
On observe en revanche moins de prévention parmi les publics précarisés. Enquête de santé 2008 :

Tableau 5 : Évolution du fossé en matière de santé

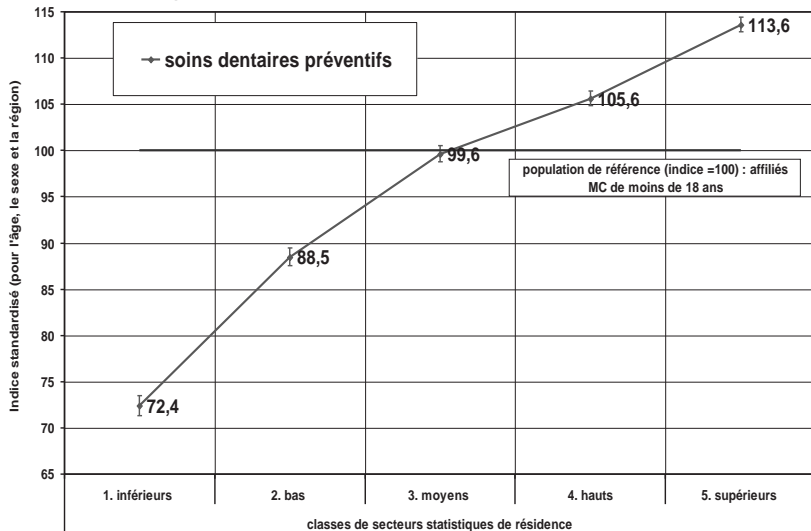
Initialement	Fossé important en matière de santé	Fossé étroit en matière de santé
Le fossé s'élargit	<ul style="list-style-type: none"> - dépistage du cancer du col de l'utérus - activité physique suffisante - visites chez le dentiste - consommation de médicaments psychotropes 	<ul style="list-style-type: none"> - fruits et pain en quantité suffisante - tabagisme passif
Le fossé se rétrécit	<ul style="list-style-type: none"> - dépistage du cancer du sein - report de soins médicaux - excès de poids 	<ul style="list-style-type: none"> - légumes et poisson en quantité suffisante - tabagisme actif
Le fossé reste aussi important	<ul style="list-style-type: none"> - santé subjective - pathologies chroniques - troubles émotionnels* 	<ul style="list-style-type: none"> - difficultés psychologiques

* Troubles émotionnels : troubles somatiques, troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles du sommeil

Données MC 2007 –Dépistage du cancer du sein - Ratio : $89,1/103,8 = 86\%$



Soins dentaires préventifs – Ratio : $72,4/113,6 = 64\%$



d Les coûts à charge des patients en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en chambres communes, on peut observer une lente réduction des coûts à charge des patients. Ce qui démontre qu'il est possible de changer les choses en prenant des décisions politiques.

	National		Bruxelles		Flandres		Wallonie	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total des TM	165	169	173	177	159	163	169	175
Total des suppléments	93	86	119	118	95	87	79	71
Total à charge du patient (CF et CV)	258	255	292	295	254	250	248	246

En revanche, en cas d'hospitalisation en chambre individuelle, les coûts explosent.

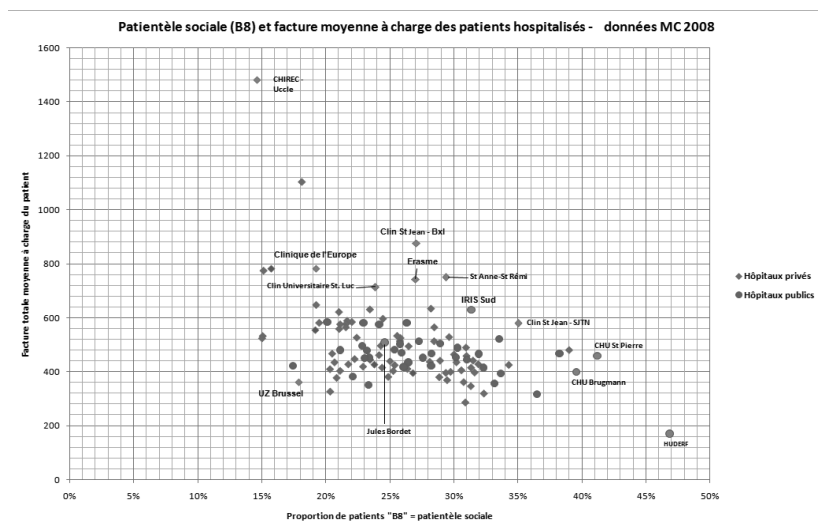
	National		Bruxelles		Flandres		Wallonie	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total des TM	200	201	224	197	195	196	207	212
Total des suppléments	1.011	1.026	2.196	2.063	884	893	1.252	1.344
Total à charge du patient (CF et CV)	1.211	1.227	2.420	2.260	1.079	1.089	1.459	1.555

De plus, on observe des différences selon les régions. Or, cette différence ne peut s'expliquer par un problème de financement, les règles et les tarifs étant les mêmes pour tous les hôpitaux du pays.

En fait, la différence entre les différents hôpitaux dépend de la population qui s'y rend. Dans une zone en difficultés économiques, il est inutile d'exiger des honoraires et des suppléments élevés puisque cela ne servirait qu'à augmenter le contentieux pour non-paiement. En revanche, dans une région où les patients ont presque tous une assurance hospitalisation, les hôpitaux ont plus de facilités à demander des suppléments.

Malheureusement, cette situation crée une dualité entre les « hôpitaux pour riches » et les « hôpitaux pour pauvres ». On assiste ainsi à la stratification sociale des hôpitaux illustrée par le graphique qui suit.

Patientèle sociale et facture moyenne à charge des patients : positionnement des hôpitaux bruxellois :



02. Quelques propositions prioritaires de politique de santé

a De manière générale en matière de santé et soins de santé

Il faut :

- Développer une approche de santé communautaire, c'est-à-dire investir dans la santé de la communauté car cela crée du lien, de la solidarité. Cela permet donc de rendre heureux, de lutter contre la solitude et, finalement, d'améliorer la santé.
- Utiliser l'école comme partenaire dans le cadre, par exemple des soins dentaires préventifs. Ceci correspond à une approche de santé publique.
- Modérer les demandes des prestataires car au niveau budgétaire, il ne sera pas possible de rembourser toujours plus.
- Soutenir le secteur non-marchand, les pouvoirs organisateurs non lucratifs et tous ceux qui s'engagent à ne pas demander des suppléments excessifs. Dans cette optique, il est inadmissible que des moyens publics servent à financer la construction d'hôpitaux qui réclament des suppléments d'honoraires indécents (300 à 500%) et instaurent une médecine de classe. Il est illogique de dénoncer la privatisation des soins dans le discours et en même temps de soutenir des institutions à but lucratif dans les faits.

b L'accès à la première ligne

Il faut :

- Appliquer le système du tiers-payant social chez les généralistes. C'est un bon système qui permet d'avoir des consultations pour 1,00€ ou 1,50€ pour les patients à faibles revenus.
- Améliorer l'accès aux médicaments. Pour y parvenir, il faut, d'une part, appliquer le maximum à facturer à 100% chez le pharmacien. En effet, une fois que le patient a atteint le maximum des tickets modérateurs (100%), tous les tickets modérateurs sont remboursés a posteriori. En envoyant cette information à la source chez le pharmacien, les tickets modérateurs pourraient ainsi être remboursés entièrement en tiers-payant, ce qui évi-

terait au patient de devoir avancer cette somme. Ceci est facilité grâce à MyCareNet (réseau informatique) qui permet au pharmacien d'être au courant du statut du patient et du montant qu'il a atteint. D'autre part, il est possible de réduire le prix des médicaments, à l'image de ce qui se fait aux Pays-Bas, par exemple.

- Organiser structurellement la garde médicale de première ligne.
- Encourager le conventionnement des médecins, par exemple en différenciant les remboursements en fonction du statut de conventionné ou non, comme cela existe déjà pour les infirmiers et les kinésithérapeutes.

c L'accès aux soins hospitaliers

Il faut :

- Interdire les suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits et limiter ces suppléments en cas d'hospitalisation en chambre privée.
- Maîtriser la liste du matériel médical à charge du patient. Cela nécessite une loi plus claire.
- Mutualiser les médicaments non-remboursés.
- Rendre l'assurance obligatoire une vraie assurance et, par conséquent, garantir que personne ne paie plus de 200€ pour une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits et ce dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

d La politique de bien-être et de soins pour les personnes âgées

Cette dernière question est particulièrement grave et les inégalités de revenus et d'accès aux soins sont encore plus marquées parmi les personnes âgées.

Les personnes âgées ont des problèmes spécifiques liés à leur âge. De plus, elles sont plus exposées à la solitude. Il faut donc développer des services collectifs, un urbanisme et investir dans des lieux où les gens peuvent se retrouver.

L'effet du vieillissement de la population va sérieusement s'accélérer à partir de 2010, c'est-à-dire l'année où les personnes nées en 45 ont atteint 65 ans. Cet effet va bien entendu s'amplifier.

Désormais, nous savons que la plupart des compétences en matière de vieillissement de la population vont être transférées aux Régions. Malheureusement, le financement risque d'être insuffisant. En effet, une augmentation de seulement 1,5% à 3% en termes réels par an est prévue. Or, ces dernières années, l'augmentation des dépenses pour les maisons de repos était de 7,5% par an en termes réels.

Les personnes âgées risquent donc de se retrouver chez elles ou en hôpital par manque de places et de financement des maisons de repos.

Pourtant, il est possible d'agir. Les lits aigus devenus trop nombreux pourraient être transformés pour être utilisés pour les personnes âgées. Mais cela sera-t-il possible avec les nouveaux transferts de compétences qui scindent ces deux questions ?

Pour conclure, il faut une dernière fois souligner que tout est question de choix politique.

Toutes nos publications sont disponibles :

- en *téléchargement*, depuis l'adresse internet de notre ASBL dans la rubrique " Publications " :

<http://www.cpcp.be/etudes-et-prospectives>

- en *versions papier*, vous pouvez les consulter dans notre centre de documentation situé :

Rue des Deux Eglises, 41/45 – 1000 Bruxelles

Tél. : 02/238 01 00 - Mail : info@cpcp.be



Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation



Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

Rue des Deux Eglises 45 - 1000 Bruxelles
Tél. : 02/238 01 00