

Politique de Soins de santé et d'Aide aux personnes en Wallonie sous le prisme conservateur libéral

1 Introduction

La fin de législature du gouvernement wallon MR-cdH est l'occasion de saisir avec un peu plus de précision ce qui a guidé, les choix politiques posés en matière de Soins de santé et d'Aide aux personnes à ce moment charnière pour la Wallonie.

En effet, bien que l'instabilité politique qui a marqué la fin de cette législature n'ait pas permis à ce gouvernement de mener à bien certaines réformes escomptées (dont l'assurance autonomie et « la collaboration hospitalière »), le *momentum* politique est crucial, dans ce sens où, pour les compétences liées à la Santé et à l'Aide aux personnes, la 6^{ème} réforme de l'Etat¹ a donné lieu à une série de transferts importants depuis l'entité fédérale vers les entités fédérées. A présent, la Wallonie est compétente pour définir sa propre politique de Santé publique mais elle est également largement compétente pour le financement des infrastructures de soins, la politique d'Aide aux personnes âgées ou encore l'organisation du secteur ambulatoire dans son ensemble.

L'objet de cette note est de mettre en lumière quelques-uns des principaux concepts « libéraux » qui sous-tendent les choix politiques portés par le gouvernement MR-cdH, d'en exposer les enjeux et dangers éventuels et de les illustrer par quelques exemples concrets.

Dans un deuxième temps, nous pourrions mettre en évidence le glissement de notre modèle de sécurité sociale et de protection sociale vers le modèle de soins libéral anglo-saxon afin de saisir plus précisément les transformations en cours et de rappeler les principales priorités pour la FGTB wallonne.

2 La volonté de marquer une rupture avec le passé

Soucieux de marquer une rupture avec un système qu'ils aiment à stigmatiser et qu'ils présentent volontiers comme des « *pratiques politiques dépassées* »², il y avait, de la part du gouvernement MR-cdH, une volonté de faire passer dans l'opinion publique l'idée fondamentale suivante : avant eux, c'était le chaos et l'immobilisme ; avec ce nouveau gouvernement, ce sera tout le contraire.

¹ Pour rappel : la 6^{ème} réforme de l'Etat opérerait un transfert vers les différentes communautés du pays mais, dans le cadre de l'accord intrafrancophone de la Sainte-Emilie, les Régions se sont vues confier une grande majorité des compétences transférées.

² DPR, p. 2.

« Heureusement », ce gouvernement est animé « **par une conscience sociale forte** »³ et « [il] ne va pas laisser les gens dans la débrouille mais il faut les responsabiliser en mettant fin à l'assistanat »⁴. « Ensemble, [MR-CdH sont] déterminés à oser la rupture, à casser les codes politiques habituels, et à poser les fondations d'un nouvel élan régional »⁵.

Afin de marquer cette « rupture », les deux partis au pouvoir ont donc imprimé un élan commun à la politique régionale dès juillet 2017 à l'occasion de leur Déclaration de politique régionale (DPR) : « une Wallonie de l'excellence fondée sur ceux qui la feront gagner »⁶.

Les principaux concepts conservateurs libéraux sur lesquels ce gouvernement MR-cdH s'est appuyé sont :

- 1) l'action publique et la « juste place de l'Etat » ;
- 2) le recours aux acteurs privés (associatif et commercial) ;
- 3) la logique gestionnaire ;
- 4) l'individu/entrepreneur responsabilisé : la centralité du patient.

3 L'approche conservatrice libérale de la Santé par le gouvernement MR-cdH

3.1 L'action publique et la « juste place de l'Etat »

« L'enjeu [...] est surtout de remettre l'Etat, les pouvoirs publics, à leur juste place »⁷.

Il s'agit là d'un élément central de la doctrine libérale et d'une priorité de ce gouvernement. Généralement, cela donne lieu à une réduction de l'action publique et des pouvoirs publics. Dans les faits, cela peut se traduire de différentes façons. Ce gouvernement utilise particulièrement trois leviers.

3.1.1 Le financement public

Les modifications liées au financement public sont un levier important de l'action publique dans la mesure où les règles de financement public influencent directement (en positif ou en négatif) la pression budgétaire tant sur les investissements publics que sur les dispositifs d'aide et de soins eux-mêmes.

Pour rappel, les institutions internationales (particulièrement l'UE et l'OCDE) participent à la mise à mal des investissements publics, notamment via les règles liées au système comptable européen qui pose des contraintes fortes au financement public, lorsque l'OCDE préconise de diminuer les « coûts publics » liés aux prestations sociales, cela participe à certains choix politiques.

Cependant, au sein de ce carcan international, les gouvernements locaux disposent encore d'une marge de manœuvre pour poser des balises et tenter de freiner cette tendance ou, au contraire, pour la porter.

Dans le secteur des maisons de repos, le gouvernement MR-cdH a préféré porter cette tendance libérale en permettant au secteur commercial d'accéder au financement des infrastructures alors que seuls les secteurs public et non marchand pouvaient y accéder avant la réforme du « prix d'hébergement ». En refusant d'inclure certaines conditionnalités pour l'accès au financement public

³ DPR, p. 2.

⁴ Entretien avec A. Greoli dans l'Echo du 28 juillet 2017.

⁵ DPR, p. 7.

⁶ Idem.

⁷ DPR, p. 4.

des maisons de repos au motif du principe de « non-discrimination » entre tous les acteurs, le gouvernement MR-cdH permet à des entreprises à but lucratif d'accéder au financement public tout en poursuivant leurs objectifs de rentabilité et de dividendes actionnariales.

Ces décisions pèsent sur le budget de la Wallonie dans la mesure où l'ouverture au secteur privé commercial signifie moins de moyens disponibles pour les secteurs non marchand et public.

Dans le même ordre d'idée, les modifications introduites par la mise en place des nouveaux mécanismes de financement des infrastructures (« le prix d'hébergement »), tant des hôpitaux que des maisons de repos, induisent une responsabilisation accrue des gestionnaires et incite à une intervention sur les fonds propres.

3.1.2 La réduction de l'action publique

« Parce qu'il vient en appui, l'Etat adopte un mode de fonctionnement sobre, parcimonieux, souple, concentré sur les stratégies d'accompagnement des transformations sociales [...] il ne se substitue pas aux initiatives privées, associatives et citoyennes et n'est l'opérateur qu'à défaut de solution satisfaisante offerte par le riche tissu d'entreprises et d'associations de nos régions »⁸.

Le rôle de l'Etat pour le MR-cdH paraît donc se limiter à encadrer et intervenir lorsque l'offre fait défaut ! Dès lors, les services publics seraient cantonnés à un rôle résiduaire. Il deviendrait indispensable d'identifier un besoin non-rencontré afin de justifier le déploiement d'un service ou d'un établissement public.

Exemple : dans le dossier relatif à la collaboration hospitalière, ce rôle résiduaire apparaît clairement dans la mesure où l'existence (ou la création) d'un établissement public serait conditionnée à l'identification d'un besoin non-rencontré.

L'approche est donc claire et partagée par le MR et le cdH : moins d'intervention de l'autorité publique. L'action publique et le secteur public deviennent **résiduaire**s.

3.1.3 La délégation de l'action publique

« Les pouvoirs publics doivent établir un cadre d'action qui soit le plus propice à l'émergence ou à la montée en puissance des initiatives des Wallons »⁹.

Le tissu associatif wallon est extrêmement dense et hétéroclite et, le fait que le monde associatif se voit confier des missions d'intérêt général n'est pas une innovation en soi. Le gouvernement MR-cdH a d'ailleurs porté cette dynamique, notamment via la mise en application de la charte associative.

Cependant, cette tendance à la primauté du secteur privé ne se limite pas au secteur associatif et le gouvernement a également favorisé le recours aux entreprises privées commerciales.

Ce recours à la sphère privée marchande pose donc la question du financement public mais cela touche également à la problématique de l'intérêt général. En effet, les missions de l'autorité publique sont de plus en plus tributaires des intérêts d'entreprises privées commerciales et il devient très difficile de garantir les missions d'intérêt général tels que l'accessibilité aux Soins de santé et à l'Aide aux personnes, le « principe de neutralité » ou encore le principe de continuité des services.

Pour exemple, dans le secteur des maisons de repos, les prix et/ou suppléments excessifs pratiqués par certaines entreprises privées commerciales sont liés à des objectifs de rentabilité financière propres aux entreprises concernées. Dans le même temps, le financement public et l'accessibilité financière pour une large partie de la population sont largement compromis.

⁸ DPR, pp. 3 et 4.

⁹ DPR, p. 8.

Dans la même dynamique, l'accréditation des hôpitaux par des multinationales anglo-saxonnes qui commence à se mettre en place est un enjeu en devenir fondamental. En effet, en plus de la problématique de commercialisation que cela induit, petit à petit ce sont les missions d'agrément et de contrôle de l'autorité publique qui glissent vers le secteur privé. Quelle marge de manœuvre restera-t-il aux autorités publiques pour programmer et organiser le secteur hospitalier wallon quand l'existence d'un hôpital dépendra non plus d'un agrément ministériel mais de l'accréditation émise par un organisme commercial étranger ?

Le corolaire de l'effacement de l'Etat est bien évidemment l'ouverture aux acteurs privés.

3.2 Le recours aux acteurs privés

Tel qu'annoncé dans leur DPR, « *la contribution des acteurs privés, entreprises ou monde associatif, à la poursuite d'objectifs dans les domaines-clés de l'action régionale sera étendue et facilitée* »¹⁰. « *Le Gouvernement encouragera la constitution de partenariats public-privé afin de faciliter la réalisation rapide des projets* »¹¹.

Cependant, le recours au secteur privé demande à être affiné. En effet, bien que les nécessités d'alliance entre le MR et le cdH tendent à relativiser la distinction fondamentale entre le secteur privé commercial et le secteur privé associatif pour ne plus faire qu'un tout opposable au service public, il reste tout de même des différences substantielles entre ces deux approches.

- **Le secteur privé associatif** est composé d'organisations issues du secteur non marchand qui n'ont donc pas comme objectif principal la recherche du profit individuel mais bien l'utilité sociale.

La problématique en termes d'accessibilité financière aux soins ou encore de finalité sociale est posée différemment que pour le secteur privé commercial. La question se pose plutôt en termes de vision de société, singulièrement à propos d'enjeux philosophiques et/ou éthiques. En Wallonie, la manière dont a été déployé le secteur des Soins de santé et de l'Aide aux personnes est, historiquement, liée à un processus particulier : la répartition par pilier philosophique. Dès lors, la délégation de l'action publique au secteur associatif fragilise le principe de neutralité car l'autorité publique est garante d'une forme de neutralité qui n'incombe pas avec la même force au secteur associatif, autonomie associative oblige !

La constitution des réseaux hospitaliers en Wallonie illustre cet enjeu important dans la mesure où on se dirige vers des réseaux qui ne prennent pas en compte ce clivage philosophique.

- **Le secteur privé commercial** pour sa part est un marché ouvert au sein duquel des entreprises se font concurrence à des fins exclusivement lucratives et, dans ces conditions, la finalité sociale est conditionnée à des objectifs de rentabilité à court terme.

À l'occasion de la réforme de l'Aide aux aînés (secteur des maisons de repos et de soins) par exemple, le gouvernement MR-cdH a appliqué ce principe d'ouverture vers le secteur privé commercial en permettant notamment de contourner les quotas qui leur étaient dévolus via l'instauration de partenariats public/privé.

Que ce soit pour porter le secteur privé commercial ou pour participer au renforcement du pilier chrétien, il y a une convergence d'intérêts pour les deux partis au pouvoir en Wallonie à porter l'idée de la « juste place de l'Etat » et du rôle des acteurs privés.

¹⁰ DPR, p. 4.

¹¹ DPR, p. 29.

3.3 La logique gestionnaire et managériale

L'approche managériale qui percole dans les différents secteurs des Soins de santé et de l'Aide aux personnes, est un autre élément important qui sous-tend les discours conservateurs libéraux. Les références à des termes issus du secteur privé (productivité, efficacité ou encore responsabilisation) ou des méthodes de management libérales (*lean management*¹²) deviennent des référents incontournables dans les métiers du Social.

Cette logique managériale qui, peu à peu, colonise les secteurs public et non marchand des Soins de santé et de l'Aide aux personnes participe donc à un enfermement des dispositifs du Social dans la logique marchande et il devient difficile, sinon impossible, de s'écarter de la rationalité économique.

Pour exemple : l'introduction progressive des démarches d'amélioration continue et/ou qualité, les nouveaux modes d'organisation du travail basés sur le *New Public Management* (parcellisation des tâches, élimination des temps dits morts, intensification des rythmes de travail, empowerment individuel...).

Enfin, du **point de vue syndical**, l'intrusion des méthodes de gestion managériale exerce également une pression accrue sur le rapport au travail. En effet, le rapport à la productivité et l'intensification des rythmes de travail enferment celui-ci (et les travailleurs et travailleuses) dans un rapport managérial qui permet de moins en moins d'accorder une attention aux dimensions sociales de l'activité (attention au patient, interactions sociales...). Cela occasionne un **accroissement du mal-être au travail** et une mise à mal de l'orientation professionnelle (souvent justifiée par l'utilité sociale ou encore des valeurs sociétales qui accompagnent ces professions) par l'apparition de ces antagonismes, de cette impossibilité à concilier utilité sociale et logique gestionnaire managériale. Cette forme de mal-être au travail va s'intensifiant à mesure que ces méthodes de management sont mises en place. L'exemple de la forte augmentation des cas de burn-out et de stress dans le secteur infirmier illustre parfaitement cette dynamique de mise à mal du « sens du travail » dans l'ensemble des secteurs de Soins de santé et de l'Aide aux personnes.

3.4 L'individu/entrepreneur responsabilisé : la centralité du patient

Dans les matières qui nous concernent ici, l'image de l'individu/entrepreneur correspond à l'idée de « centralité du patient » : le patient devient acteur de ses soins, il devient donc central. Cette notion est porteuse d'ambiguïté.

En effet, que le patient soit recentré et qu'il soit également acteur de ses soins semble être une démarche évidente et partagée par la plupart des acteurs concernés. Prenons pour exemple certaines pratiques au sein des maisons médicales ou encore le secteur de la santé communautaire¹³ qui ont la particularité de mettre en évidence la participation des patients au processus thérapeutique, sans pour autant glisser vers une responsabilisation du patient.

Cependant, la notion de « **centralité du patient** », prise dans un discours libéral, permet également de glisser assez facilement vers la notion de « consommateur de soins » ou encore de « responsabilisation individuelle ».

3.4.1 Consommateur de soins

Le patient change de statut. Il devient bénéficiaire et, en fin de compte, acteur de sa santé et consommateur de soins. Dans cette optique, certains choix politiques sont alors justifiés par les choix rationnels qui seraient faits par les patients/consommateurs. Cette image du « consommateur de

¹² Mode d'organisation du travail en flux tendu, directement inspiré du secteur privé productif.

¹³ Principe selon lequel la communauté (et le patient lui-même) sont directement impliqués dans le processus de soins ou d'aide.

soins » agissant de manière individuelle et rationnelle dans un marché ouvert de biens et services de consommation ne peut que participer à la marchandisation plus ou moins rapide de l'ensemble des secteurs public et non marchand.

3.4.2 Responsabilisation individuelle

Le patient devient donc responsable de sa bonne santé et participe à l'effort collectif. Du même coup, la responsabilité collective est relativisée car l'état de santé d'une personne, selon cette approche, dépend essentiellement de son propre comportement. Le patient, en plus de devenir consommateur de soins, devient alors gestionnaire de son propre « capital santé ».

3.4.3 Satisfaction du patient/client

Enfin, il reste un **élément primordial du point de vue syndical**. La « centralité du patient » a comme effet de participer à l'occultation d'autres dimensions telles le rapport à l'activité ou encore les travailleurs et travailleuses concernés par l'activité. En effet, ce changement de paradigme place toute l'attention sur la satisfaction du patient/client et participe à une mise en retrait du rapport au travail. D'une certaine manière, cela correspond aux méthodes de management par objectifs, orientées « résultat ». Ce qui compte, c'est le résultat obtenu et plus la manière de travailler ni les conditions d'exécution du travail. Selon ce modèle, plus besoin de normes et de « contraintes » liées à un encadrement ou à un fonctionnement spécifique pour les secteurs des Soins de santé et de l'Aide aux personnes, c'est la satisfaction du patient/client qui comptera. Dans le discours libéral et le contexte de marchandisation, cela permet donc de justifier un recul des normes d'encadrement.

Dans la pratique, nous pouvons constater une sorte de formalisation de groupes d'usagers ainsi que de leur lobbying, ce qui participe à cette dynamique de mise en retrait du rapport au travail.

Finalement, cette tendance à reporter des problématiques sociétales sur l'individu est sans doute le *leitmotiv* le plus récurrent dans la doctrine libérale. Dans le même temps, les facteurs collectifs qui participent à la mauvaise santé (facteurs environnementaux, conditions de travail...) sont occultés.

Exemple : les politiques de prévention et de promotion de la Santé, et plus singulièrement le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, sont orientées prioritairement vers l'individu responsable.

Pris ensemble, ces différents dispositifs et concepts libéraux se renforcent les uns les autres. Un cercle vicieux se met en place et il devient extrêmement compliqué de contrer ces « évidences » (présentées comme naturelles). Pour exemple, l'effacement de l'Etat et le recours aux acteurs commerciaux participent à une commercialisation des soins qui, elle-même, occasionne une pression accrue sur les finances publiques.

3.5 Les dangers en perspective

3.5.1 La productivité devient la mesure absolue et le social est enfermé dans un rapport « marchand »

En quelques décennies, la dimension économique a été imposée comme unique mesure valable et la valeur sociale d'un dispositif d'aide ou de soins (exemples : hôpital, entreprise de travail adapté) ne peut plus s'exprimer que par des mesures marchandes comme la productivité, la rareté ou encore la capacité concurrentielle. Les entreprises de travail adapté qui, à l'origine, visaient l'inclusion de la personne handicapée sont maintenant considérées comme des entreprises normales qui doivent entrer en concurrence avec d'autres entreprises privées commerciales. Dans ces conditions, ce qui importe, c'est que la productivité de l'entreprise augmente et la finalité sociale de ce dispositif est reléguée au second plan. De la sorte, il est de plus en plus compliqué de défendre **l'utilité sociale de ces dispositifs et le marché devient le régulateur**.

Exemple : le secteur des ETA en Wallonie est fortement mis sous pression par ce glissement progressif vers la sphère marchande et il n'est pas rare de voir une entreprise qui licencie pour « raison médicale » alors que l'objectif d'une ETA est justement d'inclure des personnes handicapées par le travail.

Enfin, cette tendance à tout ramener à la « mesure économique » est renforcée par l'apparition d'une forme de novlangue qui permet d'introduire de nouveaux concepts tels : « capacité hôtelière d'un hôpital », « efficacité des soins » ou encore « consommation de soins ». Autant de termes qui font primer la dimension économique et marchande et relayent à un second plan les dimensions sociales de ces dispositifs. En effet, comment éviter qu'un hôpital ne se transforme en entreprise marchande si son fonctionnement et son financement sont évalués à l'aune de sa productivité ?

3.5.2 Les inégalités sociales de santé augmentent et la dualisation des publics et des services/dispositifs s'accroît

Selon le gouvernement MR-cdH, « *l'ambition sociale est avant tout un état d'esprit et une volonté* »¹⁴. Très éloigné d'un modèle de société solidaire, basé sur la responsabilité collective et des services publics ou non marchands efficaces, **c'est donc une Wallonie duale**, plus forte pour les uns et moins forte pour les autres que ce gouvernement nous propose comme modèle.

Exemple : la problématique du **secteur résidentiel**¹⁵ en Wallonie au sein duquel les prix élevés et/ou le manque de place ont comme conséquence que certains publics n'ont plus accès à ces dispositifs et doivent se rabattre sur des solutions informelles. Il en résulte une **dualisation des publics** qui, selon leurs moyens financiers et/ou leur autonomie, s'adressent à (ou sont renvoyés vers) des dispositifs différents.

Les personnes les plus nanties peuvent accéder à des résidences services commerciales qui sont inaccessibles à une grande partie de la population. Les personnes les plus fragiles (financièrement et socialement) vont de plus en plus devoir s'adresser à des dispositifs informels tels les « maisons pirates ».

Enfin, la solution qui a été portée par le MR et le cdH afin de régler cette problématique a été de formaliser et d'agréer les dispositifs « d'hébergement collectif de personnes en difficultés prolongées » quitte à mettre sous tension l'ensemble du secteur résidentiel avec des dispositifs au rabais qui ne répondent pas aux mêmes exigences que les maisons de repos et les établissements pour personnes handicapées en termes de qualité d'encadrement, du travail ou encore de l'accueil.

3.5.3 Les menaces sur la professionnalité et sur les métiers de soins de Santé et de l'Aide aux personnes

Plusieurs des dynamiques relevées participent à une confusion entre le travail formel, exercé dans le cadre d'une profession reconnue, et le travail informel. Comme nous venons de l'évoquer, la « centralité du patient » participe en partie à une mise en invisibilité des rapports au travail et des travailleurs et travailleuses.

Cependant, la transformation en cours induit une autre dynamique dangereuse : le recours au travail informel. De fait, suivant ce courant, le gouvernement MR-cdH souhaitait ouvrir un peu plus la porte à cette informalité et à la mise en danger des métiers du social en proposant que certaines activités sociales soient effectuées sous forme de bénévolat, voire par des allocataires sociaux : « *les*

¹⁴ DPR, p. 15.

¹⁵ Terme générique désignant l'ensemble des dispositifs d'hébergement pour personnes handicapées, personnes âgées et personnes malades (maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, établissements d'Accueil et d'Hébergement pour personnes handicapées).

demandeurs d'emploi qui, malgré leurs démarches actives d'emploi répétées sur la durée, ne parviennent pas à accéder au marché du travail, pourront contribuer par d'autres moyens à la vitalité de la société »¹⁶.

Ces deux dynamiques, prises ensemble, provoquent une pression extrêmement forte sur la professionnalité des métiers qui complique l'accès aux soins de qualité et rend difficiles les conditions de travail pour des travailleurs et des travailleuses des secteurs concernés.

3.5.4 La commercialisation deviendrait la norme

Enfin, de manière transversale dans ce modèle, nous constatons une tendance à la commercialisation généralisée. Cette **tendance** qui semble à l'heure actuelle presque inévitable, résulte des nouvelles règles de financement public, de la primauté des intérêts économiques, de l'ouverture aux acteurs privés lucratifs ou encore de l'image du « patient-consommateur de soins ».

Nous le voyons, il s'agit d'une transformation lente et profonde qui est en cours depuis quelques années et que le gouvernement MR-cdH appuie avec force¹⁷. Les répercussions de cette transformation sur notre modèle sociétal peuvent être fondamentales.

4 Le glissement de notre modèle de soins vers un modèle libéral anglo-saxon du *Care*¹⁸

Le désengagement de l'Etat, le recours aux acteurs privés commerciaux, l'implémentation de la logique gestionnaire managériale ou encore le fait d'envisager des problématiques sociétales par le prisme de la responsabilisation de l'individu sont autant d'éléments qui participent à un objectif : la mise à mal de notre modèle de Soins solidaire et assurantiel et la tendance à la commercialisation qui l'accompagne.

La vision sociétale qui a prévalu durant ce règne de 20 mois est donc axée sur la responsabilité, la performance ou encore la volonté individuelle, faisant fi des rapports sociaux inégalitaires de santé.

Cette approche, cette vision de la société est directement héritée du modèle libéral anglo-saxon du *Care* dont les principales caractéristiques sont :

- système assistantiel et réduction de la protection sociale à un « filet de sécurité » minimum ;
- importance de l'initiative privée (ex : secteurs philanthropique et/ou caritatif ou encore systèmes de Soins de santé privés aux USA) ;
- tendance au recours à l'aide et aux soins informels et mise à mal de la professionnalité des métiers de Soins de santé et de l'Aide aux personnes ;
- « prédisposition » des femmes : bien souvent, les métiers dits de « l'attention à la personne » et les métiers de soins sont encore identifiés à des compétences considérées comme naturellement

¹⁶ DPR, p. 14.

¹⁷ Ce glissement vers un modèle libéral anglo-saxon est nettement plus intense encore au niveau fédéral avec les politiques menées par le gouvernement Michel et, plus particulièrement, M. De Block.

¹⁸ Le terme « care » est employé pour désigner de manière courante le modèle anglo-saxon de Soins et d'Aide aux personnes. Il regroupe l'ensemble des métiers dits de « l'attention à la personne » (médical, paramédical et non médical).

féminines. Cette représentation a pour effet une surreprésentation des femmes dans ces activités¹⁹ ;

- rôle central des assurances privées ;
- responsabilité individuelle et relégation des inégalités sociales de santé à un second plan.

Le gouvernement MR-cdH semble trouver dans ce modèle libéral du *Care* un « dénominateur commun » qui suffit à justifier son action politique et dans lequel les intérêts des deux partis au gouvernement convergent.

Ce moment de transition n'est pas anodin et, au-delà des secteurs des Soins de santé et de l'Aide aux personnes, il traduit un changement de paradigme profond en termes de société comme le révèle l'entretien récent accordé par le ministre-président sortant W. Borsus : « *les réformes engagées depuis un an et demi sont plus que jamais indispensables. Il faut les poursuivre, investir massivement dans le développement de l'activité privée, de l'innovation, des secteurs porteurs. Il faut faire le choix de l'entreprise, de l'indépendant, de la croissance. C'est un nouveau paradigme en Wallonie* »²⁰.

Ce nouveau paradigme libéral, annoncé avec force par le MR, est, effectivement, un changement radical dans la manière de concevoir notre modèle de société. Comme nous l'avons relevé ci-avant, les choix politiques opérés et les concepts qui les sous-tendent font apparaître des tensions fortes et des dangers qui participent en effet à la **mise à mal de notre modèle de Soins solidaire et assurantiel**.

5 Une alternative sociale et solidaire du *Care*

Cependant, la notion de *Care* ne se limite pas à cette seule approche libérale anglo-saxonne. Hormis ce modèle, d'autres modèles centrés également sur « l'attention à la personne » (le *Care*) peuvent recouvrir des dimensions nettement plus progressistes.

Il est en effet possible de réaffirmer « l'attention à la personne » dans notre modèle de protection sociale (sécurité sociale et action sociale) tout en renforçant les principes généraux qui ont sous-tendu ce modèle pendant plusieurs décennies tels le financement public, la solidarité collective ou encore la préservation du caractère non marchand de la santé et de l'aide aux personnes. En termes de projet de société, une approche progressiste du *Care* offre également des opportunités liées à une transition sociale et écologique juste, dans la mesure où des secteurs porteurs économiquement peuvent être développés dans une perspective d'inclusion et d'utilité sociale.

En Wallonie, deux chantiers essentiellement illustrent les dangers et/ou opportunités véhiculés par la mise en place d'un nouveau modèle de soins et de par l'utilisation qui en est faite :

- le développement de nombreux emplois dans les secteurs public et non marchand qui offrent une plus-value sociale.

Le chantier le plus illustratif dans ce domaine est la mise en place de **l'assurance autonomie** : le modèle qui était prévu par le gouvernement sortant envisageait une cotisation forfaitaire obligatoire de 36 € (18 € pour les personnes bénéficiant du statut BIM) pour toutes les personnes âgées de 26 ans au moins résidant en Wallonie. Ce système ne respectait pas les principes de financement solidaire et, de plus, il semblait difficile d'atteindre un financement nécessaire pour pouvoir assurer une couverture de l'assurance adéquate. Dans un tel système, à terme, il aurait

¹⁹ Cette tendance est encore accentuée lorsqu'on prend en compte que de nombreuses activités sont exercées de manière informelle dans la sphère privée et que, là encore, ce sont essentiellement les femmes qui travaillent.

²⁰ « *La FGTB est souvent l'ennemie de la Wallonie* », entretien avec W. Borsus, Le Soir, consulté le 13 avril 2019, <https://plus.lesoir.be/218120/article/2019-04-13/willy-borsus-au-soir-la-fgtb-est-souvent-lennemie-de-la-wallonie>

fallu revoir les prestations de services à la baisse et/ou augmenter la part contributive du bénéficiaire. Cependant, la mise en place d'une « assurance autonomie » financée à partir de la quote-part régionale de l'IPP respecterait le principe de financement solidaire et offrirait des perspectives budgétaires permettant de proposer des services publics et non marchands pérennes aux personnes en perte d'autonomie, tant dans le secteur des aides à domicile que dans le secteur résidentiel.

- l'orientation d'une partie de la production économique vers des activités socialement et écologiquement utiles pour le bien-être et l'émancipation individuels et collectifs.

Le développement de la **silver economy** en Wallonie est un bel exemple de cette seconde problématique. Selon les principaux postulats posés par les défenseurs néolibéraux de la silver economy, la sécurité sociale serait obsolète, la génération des papy-boomers serait une génération riche et l'allongement de la vie pèserait inéluctablement sur les finances publiques à cause de l'augmentation des soins de santé spécifiques aux aînés. Ces postulats libéraux rendraient donc légitime le recours au secteur privé commercial pour pallier les déficiences de l'autorité publique dans les secteurs des Soins de santé et de l'Aide aux personnes. A l'inverse, dans une approche plus progressiste, la silver economy est également l'opportunité de mener une politique inclusive du vieillissement en tentant de mettre en place des filières de production innovantes visant l'utilité sociale. Ces opportunités peuvent être de nouveaux services (à l'utilisateur et à l'entreprise) ou nouveaux produits (biens de consommation, objets connectés, aides matérielles, adaptation ou innovation d'objets de consommation courante, « bouquets de solutions », externalisation informatique...) et toucher différents secteurs de l'activité économique.

Nous le voyons au travers des deux exemples emblématiques ci-dessus, le *momentum* politique en Wallonie est important et les choix politiques qui seront posés par le prochain gouvernement participeront soit au basculement vers un modèle de soins anglo-saxon, soit à un renforcement de notre modèle de protection sociale.

Positionnement de la FGTB wallonne

La FGTB wallonne est opposée à la transformation en cours qui nous porte vers un modèle libéral anglo-saxon. Nous estimons qu'il est essentiel de mettre un frein à cette tendance et de renforcer notre modèle de Soins de santé et d'Aide aux personnes afin de garantir une protection sociale wallonne, solidaire et accessible à tous.

Pour la FGTB wallonne, des politiques progressistes doivent reposer sur les principes suivants :

- **concernant le rôle central de l'Etat.** Celui-ci ne peut être cantonné au rôle résiduaire que lui a réservé le gouvernement MR-cdH. Il doit garantir un système de sécurité sociale et de protection sociale solidaire. En Wallonie, deux chantiers prioritaires se dégagent en termes de déploiement d'une couverture sociale et d'accessibilité aux soins : le financement de **la protection sociale en Wallonie** ainsi que la mise en place de **l'assurance autonomie** ;
 - sauvegarder le secteur hospitalier en Wallonie ;
 - renforcer le secteur résidentiel public et non marchand (maisons de repos et de soins, maisons psychiatriques, hébergement pour personnes handicapées) en Wallonie afin de répondre aux défis liés au vieillissement et à la perte d'autonomie ;
 - mettre en place un modèle pérenne d'assurance autonomie, financé à partir de la quote-part régionale de l'IPP, donnant accès à des services agréés et préservant tant les missions sociales que médicales des services à domicile ;

- **concernant l'accès aux financements publics :**
 - insérer des balises à l'accès aux subsides « infrastructures » dans le secteur des maisons de repos tels que l'exonération du précompte immobilier sur le bâtiment ou l'absence de distribution de dividendes actionnariales pour écarter le secteur commercial ;

- **concernant le recours à l'acteur privé commercial et l'enfermement du social dans la logique économique.** Plutôt que d'ouvrir peu à peu le champ de l'action sociale et de la santé aux entreprises commerciales et d'y implémenter les logiques productivistes, il serait utile de réinsérer l'utilité sociale dans certaines filières de production et de réaffirmer le caractère non marchand des secteurs de l'aide et des soins :
 - refuser la privatisation du secteur public via l'instauration de partenariats public-privé dans le secteur des maisons de repos ;
 - freiner la logique marchande dans le secteur des ETA et imposer des balises qui permettraient de réaffirmer sa finalité sociale ;
 - renforcer et structurer **la filière silver economy** pour des secteurs tels que logement & construction, alimentation & agro-alimentaire, mobilité & aménagement du territoire, grande distribution & biens de consommation, services à la personne (au domicile), tourisme ;

- **concernant la dualisation des Soins de santé et de l'Aide sociale et la prégnance des inégalités sociales :**
 - renforcer l'accessibilité financière et territoriale du secteur résidentiel ainsi que du secteur hospitalier wallon ;
 - réviser la part contributive des bénéficiaires qui diminue le coût des prestations à domicile (aide familiale, aide-ménagère, garde à domicile) pour les catégories de citoyens et citoyennes avec des revenus faibles ou moyens ;
 - préserver l'action de prévention et généraliste des services de santé mentale qui s'occupent d'un public précarisé et très fragilisé psychologiquement, qui n'a pas les moyens financiers de s'adresser à une offre privée de soins ;
 - mettre fin à la reconnaissance de dispositifs « au rabais » dont le public cible est essentiellement les personnes en situation de grande précarité ;
 - faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé une priorité transversale au niveau du gouvernement et mettre en application le principe « Health in All »²¹ ;

- **concernant la responsabilité individuelle :**
 - mieux prendre en compte des facteurs collectifs de mauvaise santé, en ce compris les conditions de travail, dans la politique de prévention et de promotion de la santé en Wallonie ;
 - soutenir et renforcer les dispositifs de santé qui sont inscrits dans une approche collective de la santé tels les maisons médicales au forfait ;

²¹ A l'instar de ce qui se fait pour la problématique environnementale, l'impact sur l'emploi ou encore l'égalité Femme-Homme, instaurer une analyse d'incidence sur la santé de l'ensemble des politiques menées.

- **concernant les menaces sur la professionnalité et sur les métiers de Soins de santé et de l’Aide aux personnes :**
 - relever les normes d’agrément et de subventionnement dans le secteur résidentiel, notamment les normes de personnel, pour améliorer la qualité de vie des résidentes et résidents ainsi que les conditions de travail des travailleuses et travailleurs ;
 - mettre en place des alternatives aux approches managériales liées aux démarches « qualité » et revendiquer la participation des organisations syndicales à la définition d’une prise en charge de qualité dans différents secteurs concernés ;
 - maintenir la distinction actuelle entre les métiers de l’aide et les métiers des soins dans le cadre de la réglementation en vigueur pour les services d’Aide aux Familles et aux Aînés.

A ce moment charnière pour la Wallonie, il est important qu’un gouvernement progressiste pose des choix responsables afin d’éviter un basculement définitif vers une société duale et individualiste.

