

IV. Santé

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental qui, pour de nombreuses personnes vivant dans la pauvreté, n'est pas effectif. Dans ce chapitre, nous posons la question de savoir quel rôle peuvent et doivent jouer les services publics pour garantir l'effectivité de ce droit pour tous. Pour rappel, nous définissons dans ce rapport les services publics comme étant toutes les organisations à qui les autorités confient une mission publique.

Pour garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé, il est nécessaire de travailler à la fois sur l'accessibilité aux soins de santé et sur les conditions de vie. La situation des personnes en situation de pauvreté, le logement, le travail, la scolarité, le milieu de vie, ... explique en grande partie leur mauvais état de santé et les inégalités sociales de santé. Le précédent rapport du Service¹⁹⁸ ayant traité de l'accès aux soins de santé, la concertation a choisi de se concentrer sur le rôle des services publics dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, par des actions sur les déterminants socioéconomiques, en d'autres mots par la promotion de la santé.

Ce chapitre rend compte des échanges qui ont eu lieu durant quatre rencontres organisées par le Service, auxquelles ont participé différentes organisations (voir la liste en fin de chapitre). Il reflète l'état du dialogue qui a eu lieu.

Dans la première partie, nous évoquerons brièvement la signification du droit à la protection de la santé selon différentes approches : juridique, à partir du vécu des personnes pauvres et à partir du concept des déterminants de la santé (1).

Nous constaterons ensuite que tant les mesures d'économie que les évolutions institutionnelles menacent l'effectivité du droit à la protection de la santé pour tous (2).

Dans la troisième partie, nous examinerons le rôle des services publics dans différents domaines d'action politique, dans le but de lutter contre les inégalités sociales (3.1). Nous y aborderons le logement - considéré, par les participants à la concertation, comme une condition fondamentale pour permettre à tous d'être en bonne santé - ainsi que l'alimentation. Nous poursuivrons l'examen de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans le système de santé (3.2.), en nous concentrant sur le secteur de la promotion de la santé, les différents acteurs de première ligne, les réseaux entre différents acteurs professionnels et les CPAS.

La quatrième partie traitera des conditions permettant aux services publics d'assurer, à partir de la logique de promotion de la santé, le droit à la protection de la santé pour tous (4).

Dans la dernière partie, nous formulerons quelques recommandations à l'attention des autorités publiques de différents niveaux de pouvoir, dont l'objectif est de préciser les missions des services publics relatives au droit à la protection de la santé dans différents domaines d'action politique et de leur permettre de les assurer de façon optimale.

¹⁹⁸ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Protection sociale et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2012-2013*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport7/3_sante.pdf

1. Droit à la protection de la santé

1.1. Définition dans les textes légaux

Le droit à la protection de la santé est inscrit dans divers instruments de droit international : la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 25), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12), la Charte sociale européenne révisée (article 11) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (article 35). Il est aussi inscrit dans des textes plus spécifiques comme la Convention des droits de l'enfant (article 24) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées . Cette dernière prévoit le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap (article 25). Le droit à la protection de la santé figure aussi à l'article 23 de la Constitution belge.

Le Comité des droits économiques sociaux et culturels a interprété le droit à la santé "comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international"¹⁹⁹.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fortement influencé au fil du temps la définition du droit à la santé. Dans ce cadre, les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples, en prenant les mesures sanitaires et sociales

appropriées. "La santé n'est pas un bien négociable. C'est une question de droits et c'est une responsabilité du secteur public."²⁰⁰ Le droit à la protection de la santé nécessite en plus la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. Une nouvelle forme de gouvernance visant à intégrer les considérations de santé, de bien-être et d'équité dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et de services ont été aussi préconisées²⁰¹.

1.2. Signification pour les personnes vivant dans la pauvreté

"Plus on est pauvre, plus on est exposé, par les conditions de vie et l'environnement, à voir son capital santé se dégrader. Le non droit à la santé est lié à une série de dimensions en étroite interconnexion. En effet, les logements insalubres et exigus, les mauvaises conditions d'hygiène, l'accès aléatoire à l'eau et à l'électricité, le manque d'installations sanitaires, l'absence de travail ou les conditions de travail déplorables, l'insuffisance de revenus ne permettant pas une alimentation saine et régulière ... toutes ces conditions de vie favorisent le stress, les accidents, l'apparition et l'aggravation de maladies. Quant aux loisirs et aux vacances, qui sont pourtant des moyens de se ressourcer physiquement et mentalement, ils restent un "luxe" inaccessible."²⁰² La santé est une préoccupation majeure dans la vie des personnes vivant dans la pauvreté. Les conditions de vie

¹⁹⁹ Observation générale n°14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

²⁰⁰ Organisation Mondiale de la santé (OMS) (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, p. 14, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

²⁰¹ Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), adoptée par la Conférence internationale de la santé en 1946. Voir aussi Déclaration d'Alma Ata de 1978, la Charte d'Ottawa de 1986 et la Déclaration d'Adélaïde de 2010.

²⁰² ATD Quart Monde, (1992). *Le Droit à la santé ; un cercle vicieux, une double inégalité*, cité dans ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p.119, <http://www.luttepauvrete.be/publications/RGP95.pdf>

difficiles à maints égards (logement, cadre de vie, emploi, finances etc.) expliquent en grande partie le mauvais état de santé des personnes pauvres et leur vieillissement prématuré ainsi que les différences constatées en matière de santé²⁰³. Le Service de lutte contre la pauvreté insiste, depuis son premier rapport bisannuel (2001), sur la nécessité d'investir dans l'amélioration des conditions de vie : le logement, l'accès à une alimentation saine, des contacts sociaux positifs...

L'accès aux soins de santé reste un problème pour les personnes vivant dans la pauvreté, malgré l'adoption de nombreuses mesures visant une amélioration de l'accès aux soins de santé telles que l'intervention majorée, le maximum à facturer (MAF), le tiers payant généralisé chez les généralistes pour les bénéficiaires de l'intervention majorée... Le non-recours à ces mesures reste élevé ainsi que le nombre de personnes qui n'y ont pas droit. Certains traitements ou certains soins ne sont par ailleurs pas couverts par l'assurance maladie. Les personnes sont dès lors amenées à faire un choix entre des traitements ou des soins qui leur sont nécessaires et d'autres postes du quotidien indispensables pour vivre. Ce choix impossible accroît le déficit de santé. *"J'ai dû économiser un an pour avoir ma paire de lunettes. Il a fallu que j'économise principalement sur ce que je mangeais. Quand j'ai enfin pu m'acheter des lunettes, j'ai dû repasser les examens car depuis lors ma vue avait à nouveau diminué."*²⁰⁴

Outre des obstacles financiers et administratifs, les personnes en situation de pauvreté sont confrontées aussi à des obstacles culturels et par conséquent elles ont peur du jugement et du mépris des professionnels de la santé. La perception de 'dépossession' du corps, lorsque celui-ci a été soumis à rudes épreuves, est fortement ancrée et provoque un sentiment de honte. Des participants à la concertation ont

insisté sur les difficultés à dépasser ces sentiments. Un expert du vécu a fait référence à un projet qui pourrait aider à diminuer ces obstacles : des experts du vécu travailleront prochainement dans des services liés à la santé (hôpitaux, CPAS, ...) pour éviter le 'décrochage médical' de personnes fragilisées et pour mieux les informer, de façon à ce qu'elles puissent exercer leurs droits aux soins de santé. Une phase pilote se déroulera à Gand, Bruxelles, Charleroi.

Les conditions de vie et les difficultés d'accès aux soins de santé des personnes en situation de pauvreté peuvent provoquer du stress, et avoir de graves conséquences pour la santé. Souvent même, cela amène des problèmes de santé mentale : *"Les gens nous parlent beaucoup [...] des rendez-vous manqués dans la vie... Ils en parlent indépendamment de la question de la santé mentale, sauf que la multitude de rendez-vous manqués provoque parfois des rendez-vous obligatoires non choisis qui sont ceux des portes d'entrée multiples, par exemple de la santé mentale, du suicide, de se retirer, de se replier sur soi, de ne plus se sentir bien avec soi-même..."*²⁰⁵

1.3. Déterminants de la santé

La situation de santé d'une personne n'est pas uniquement limitée par l'accessibilité aux soins de santé ni par des caractéristiques individuelles, mais aussi par toutes sortes de facteurs environnementaux, allant du cadre dans lequel on vit à des facteurs sociétaux larges. Les inégalités sociales et économiques qui existent dans la société constituent ainsi la base des différences socioéconomiques de santé (voir 3.)²⁰⁶.

²⁰³ Voir OMS, Déterminants sociaux de la santé : http://www.who.int/social_determinants/fr/ et EuroHealthNet, Les inégalités de santé : http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUITY/EN/about_hi/health_inequalities/

²⁰⁴ Toutes les citations sans référence proviennent de la concertation ou de rencontres bilatérales.

²⁰⁵ Dispa, Marie-Françoise (2015). *Exclusion et santé mentale : l'œuf ou la poule*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, p.15, <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2015/-318068>

²⁰⁶ Dahlgren, Göran et Margaret Whitehead (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for futures studies, <http://core.ac.uk/download.pdf/6472456.pdf>
Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. The Marmot review, <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Les professionnels s'accordent à dire que les comportements individuels - styles de vie, habitudes alimentaires, activités physiques, consommation de tabac ou d'alcool - influencent l'état de santé. Si l'accent est mis unilatéralement sur ces comportements, cela peut conduire à surestimer la responsabilité individuelle des personnes. Pour les personnes vivant dans la pauvreté, par exemple, ces styles de vie sont souvent pointés du doigt. Dans le contexte actuel - dans lequel les personnes sont plus que jamais considérées comme responsables de la situation de pauvreté dans laquelle elles se trouvent - cette attitude est vécue comme une pression supplémentaire. *"La pression sur ces personnes pour changer leurs comportements rentre dans une logique plus globale où on attend des personnes vivant dans la pauvreté qu'elles soient plus que parfaites."* Pourtant, les conditions de vie amènent souvent à des *"habitudes forcées"* et au développement de comportements visant une compensation du stress et une valorisation de soi²⁰⁷. Le processus cumulatif des caractéristiques individuelles, des conditions de vie difficiles, des habitudes de vie et leur interconnexion rendent la situation des personnes pauvres très complexe, aussi en ce qui concerne leur santé.

*"Il est probable que des résultats pourront être atteints du côté des comportements individuels que si, simultanément, les groupes sociaux moins favorisés sentent que les responsables politiques et sociaux mènent, en même temps, une politique en vue de réduire de manière spécifique toutes les nuisances dont ceux-ci sont victimes, et si en même temps, on veille à leur donner les moyens nécessaires pour prendre leur santé en charge."*²⁰⁸

La santé étant déterminée par différents facteurs,

il est nécessaire d'agir sur la santé à partir de différents domaines. C'est ce que vise la promotion de la santé²⁰⁹.

L'OMS définit la promotion de la santé comme étant le processus qui permet aux personnes et aux groupes d'avoir plus de contrôle sur les déterminants de leur santé afin de l'améliorer. Il ressort cependant de la concertation qu'on ne peut limiter le rôle des autorités et des services publics au renforcement des capacités des personnes et des groupes ; ceux-ci doivent créer les conditions sociétales favorables au bien-être de tous, a-t-il été précisé durant la concertation.

2. Contexte

2.1. Mesures d'économie

Plusieurs participants à la concertation ont fait référence au climat actuel de crise. Leur analyse s'inscrit dans la lignée des constats établis à ce sujet par l'OMS: *"L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables."*²¹⁰ Des mesures, qu'ils considèrent d'austérité, viennent creuser encore plus fortement ces inégalités avec des conséquences directes sur la santé de la population ainsi que sur

²⁰⁷ Deguerry, Muriel, De Spiegelaere, Myriam, et al. , (2010). « *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010* », Commission Communautaire Commune de la Région Bruxelloise, Bruxelles, http://www.observatbru.be/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/tableau_de_bord_de_la_sante_-en_region_bruxelloise_2010.pdf

²⁰⁸ ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p.135, <http://www.luttepauvrete.be/publications/RGP95.pdf>

²⁰⁹ Ce chapitre part de la définition de la promotion de la santé de l'OMS. Nous parlerons aussi plus loin de la prévention. La promotion et la prévention sont souvent citées ensemble. La prévention vise à prévenir d'une maladie. Pour certains, la prévention fait partie de la promotion de la santé. Pour d'autres, c'est le contraire. Cela varie d'une Communauté à l'autre. La concertation n'a pas souhaité clarifier la signification de ces deux concepts ni la relation entre les deux ; elle s'est concentré sur le rôle des services publics pour garantir le droit à la protection de la santé.

²¹⁰ Commission des déterminants de la Santé de l'OMS (2008). *Comblant le fossé en une génération*, OMS, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

les services de santé et leurs travailleurs²¹¹. Ces mesures compliquent la mission des Etats de garantir l'accès universel à des services de haute qualité²¹².

L'OCDE a attiré l'attention sur la situation de certains pays d'Europe qui ont été durement touchés par la crise économique et financière de 2008 et qui ont vu leurs dépenses de santé par habitant fortement diminuer par rapport à la période antérieure à la crise²¹³. Les pays où il y a une sécurité sociale forte, comme la Belgique, ont pu amortir l'impact de la crise et s'en sont mieux sortis durant cette période. L'OMS estime que l'espérance de vie élevée en Europe pourrait être mise sous pression par des crises économiques et sociales auxquelles sont associées des réductions des dépenses de santé²¹⁴. Certains participants à la concertation se sont étonnés d'ailleurs qu'on parle de plus en plus de dépenses dans le domaine de la santé et du social plutôt que d'investissement. De nombreuses initiatives existent en effet sur le terrain, qui apportent une réelle plus-value pour la santé.

Pendant la concertation, deux exemples de l'impact des mesures d'économie ont été débattus. Nous les évoquons brièvement ici.

2.1.1. Impact sur les personnes qui sont au chômage

Le chômage est reconnu comme étant un facteur de mauvaise santé. Il a un impact indéniable sur

les conditions de vie des personnes et sur leur état de bien être psychique et provoque du stress. Les participants à la concertation ont fait remarquer aussi que la manière dont on traite les chômeurs - comme le contrôle renforcé des chômeurs et les mesures d'activation - provoque une dégradation de leur santé. Les récentes mesures adoptées en matière de chômage, ayant pour conséquence des exclusions accrues des chômeurs, peuvent en outre poser, à terme, des problèmes de remboursement des soins de santé²¹⁵. N'étant plus en ordre de cotisations, les chômeurs exclus risquent de perdre le droit au remboursement des soins de santé, à partir de la deuxième année suivant l'année durant laquelle ils ne sont plus en ordre (année de référence = année - 2). S'ils se signalent au Centre Public d'Action Sociale (CPAS), une régularisation est toujours possible. Nous constatons cependant que parmi les 15.877 demandeurs d'emploi qui ont été exclus du chômage au 1^{er} janvier 2015, par application de la mesure consistant à limiter les allocations d'insertion à trois ans, un grand nombre ne s'est pas présenté auprès d'un CPAS²¹⁶. On ne sait pas où ils vivent ni quels sont leurs moyens d'existence. Cette situation préoccupe les organismes assureurs. Ils tentent de signaler - de manière proactive lorsque c'est possible - aux personnes qui se trouvent dans une telle situation, les conséquences de leur exclusion.

Dans une précédente publication du Service²¹⁷, il était déjà question d'un certain nombre de personnes qui n'avaient pas droit au remboursement des soins de santé. Il s'agissait principalement des personnes sans papiers - qui n'ont accès qu'à l'aide médicale urgente - et de détenus. Une partie des personnes exclues du chômage risque de venir gonfler les rangs de ce groupe.

²¹¹ Mormont, Marinette (2014). "Crise, austérité et régionalisation en Belgique : un mauvais cocktail ?", *Santé Conjugée*, nr. 69, p. 68-72, <http://www.maisonmedicale.org/Crise-austerite-et-regionalisation.html>

²¹² Baeten, Rita, Thomson, Sarah (2012). « Politiques des soins de santé: débat européen et réformes nationales », dans David Natali et Bart Vanhercke, *Bilan social de l'Union européenne*, 2011, Bruxelles, ETUI et Observatoire Social Européen, p.199-226, <https://www.etui.org/fr/Publications2/Livres/Bilan-social-de-l-Union-europeenne-2011>

²¹³ OCDE, (2013). « Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE », *Éditions OCDE*, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

²¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé, (2012). *Rapport sur la santé en Europe 2012. La quête du bien-être*, OMS, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/256632/EHR2012-Fre.pdf?ua=1

²¹⁵ Dechamps, Ivan et Eric, Colle, (2014). « Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité », dans Ingrid Pelgrims (red.), *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Waterloo, Wolters Kluwer Belgium, p.103-120.

²¹⁶ Voir chapitre emploi du Rapport.

²¹⁷ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Lance débat. 10 ans Rapport général sur la pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

2.1.2. Impact sur les services de santé

Pendant la concertation, la tendance à la marchandisation des soins de santé et à la recherche de rentabilité en fonction de la maximalisation du profit a été abordée. Cette tendance a un impact sur l'accessibilité des soins de santé pour les personnes vivant dans la pauvreté mais aussi sur leur santé.

Les hôpitaux sont un exemple éclairant. Des témoignages indiquent que certains hôpitaux ont des pratiques qui empêchent les personnes précarisées de s'y faire soigner : paiement de suppléments aux urgences, par exemple ou réorientation vers un autre service d'urgence. Une partie du budget des hôpitaux²¹⁸ est pourtant spécifiquement affectée aux frais spécifiques afférents aux soins des patients avec un profil socioéconomique faible. En même temps, cet indice de correction (0,3 %) semble insuffisant. A cela, s'ajoute le mécanisme de financement des hôpitaux qui fonctionne sur la base du nombre moyen de journées d'hospitalisation par pathologies ou par type d'intervention. Ce système vise à éviter des abus et des problèmes budgétaires mais pose problème pour les personnes vivant dans la pauvreté. Elles sont plus souvent touchées par la multimorbidité²¹⁹ (souffrir de plus d'une maladie (chronique) en même temps), qui n'est pas prise en compte par le financement forfaitaire par pathologie. De plus, ce système s'avère souvent préjudiciable aux personnes en situation de pauvreté qui ont généralement besoin de plus de temps pour les soins et le suivi. Ces évolutions risquent d'instaurer une médecine à deux vitesses. Des participants à la concertation estiment aussi que la première ligne doit être organisée de façon à ce qu'elle puisse

éviter les effets catastrophiques, sur la guérison des patients, des sorties anticipées d'hospitalisation. C'est par exemple nécessaire suite à la mesure récemment adoptée concernant le raccourcissement de la durée de séjour en maternité.

2.2. Contexte institutionnel

La logique même de la promotion de la santé impose d'agir à partir de politiques qui relèvent de la compétence de différentes autorités (voir 3.1). Pourtant, le secteur de la promotion de la santé est confiné, au niveau institutionnel, à la politique de la santé. Durant la concertation, plusieurs personnes ont souligné que le découpage des compétences santé ne correspond pas toujours avec la réalité quotidienne de leur organisation et complexifie la cohérence du travail sur le terrain. Le contexte institutionnel est souvent considéré comme un obstacle à une approche globale de la santé et a comme effet que les autorités publiques se heurtent à des limites lorsqu'elles veulent développer leur politique de santé. Parce que les compétences de la promotion de la santé et de la prévention d'une part et celles des soins de santé d'autre part sont pilotées par différents niveaux de pouvoir (entités fédérées et Etat fédéral), les autorités locales par exemple sont limitées dans l'exercice de leurs propres politiques. C'est ainsi qu'elles ont parfois des difficultés à développer des actions de promotion et de prévention en lien avec l'accessibilité de la première ligne. Lors de la mise en œuvre de telles actions, il peut même y avoir des conflits de compétences. Qui est compétent pour soutenir une action visant à promouvoir l'activité physique ? Le ministre des Sports ou le ministre du Bien-être (en Flandre) , de la Santé (en Wallonie, COCOF, COCOM)?

La situation à Bruxelles est particulièrement exemplative de cette situation. Sept ministres de la santé sont compétents et on arrive à dix ministres au moins si on y ajoute les ministres compétents pour le social. Un des objectifs de la sixième réforme de l'Etat était de tendre vers une plus grande cohérence dans le fonctionnement de la

²¹⁸ Le budget des hôpitaux est réparti entre différentes parties dont l'une concerne la fonction sociale d'un hôpital, appelée B8. Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *Moniteur Belge*, 30 mai 2002.

²¹⁹ Van der Heyden, Johan (2014). "Maladies chroniques" dans Johan Van der Heyden en Rana Charafeddine (ed.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être*, Bruxelles, WIV-ISP, https://his.wiv-isp.be/fr/documents%20partages/summ_hs_fr_2013.pdf

santé. On parle en effet, dans la partie concernant la santé de l'Accord institutionnel de la sixième réforme de l'Etat, "*d'homogénéisation des politiques*"²²⁰. Cela crée des opportunités pour les entités fédérées. C'est ainsi que la Flandre a saisi l'occasion pour réorganiser la première ligne (voir 3.2.3.). Les compétences de la santé restent cependant morcelées, particulièrement à Bruxelles (entre la FWB, la COCOF, la COCOM, la Communauté flamande et l'Etat fédéral). Du côté francophone, certains participants à la concertation estiment que le morcellement s'est encore accru suite à l'accord de la Ste Emilie²²¹ qui s'est concrétisé par le transfert d'une partie de la compétence de la promotion de la santé à la Région wallonne et à la COCOF. La FWB ne garde que la compétence de la promotion de la santé à l'école.

La question du budget suite à la sixième réforme de l'Etat est une préoccupation importante de nombreux professionnels de la santé. Ils soulignent que dans les mécanismes de financement de la réforme, il y a une volonté de responsabiliser les entités fédérées et de les faire participer à l'assainissement des finances publiques. La concentration des budgets sur les soins de santé est un autre point d'attention des professionnels qui ont participé à la concertation. Ils estiment qu'il est nécessaire de procéder à un rééquilibrage entre les différents domaines de la santé, en faveur de la promotion de la santé et de la prévention. Ces politiques peuvent apporter des bénéfices au niveau de la santé de la population et permettre d'économiser de l'argent²²². Une possibilité de rééquilibrage a été prévue dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat²²³ : la

possibilité de conclure un accord de coopération entre l'Etat fédéral et les entités fédérées pour reconvertir des lits hospitaliers en prise en charge de patients, en dehors de l'hôpital, par un service relevant de la compétence de l'entité fédérée. Cet accord prévoira des moyens supplémentaires pour l'entité fédérée. Il faudra cependant veiller à ce que cette possibilité permette véritablement une amélioration de la santé des personnes qui vivent dans la pauvreté. Les coûts des services ambulatoires sont en effet parfois plus élevés que les coûts hospitaliers, surtout lorsqu'un accompagnement ambulatoire intensif s'impose ou que les personnes vivent dans des logements inadéquats.

3. Lutte contre les inégalités sociales de santé

La santé s'est améliorée de manière générale, grâce à l'amélioration du niveau de vie et des soins de santé. Il faut cependant constater que tout le monde ne profite pas de ce progrès. Les personnes dont le statut social est peu élevé (niveau de formation, emploi, revenus) sont plus souvent en mauvaise santé, ont un accès réduit aux soins de santé, une espérance de vie en bonne santé moindre et meurent plus tôt que les personnes qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. Des chiffres montrent par exemple que les écarts en termes d'espérance de vie à 50 ans, selon le niveau d'éducation, s'élèvent pour les hommes à 10 ans et pour les femmes à 4 ans. La différence en termes d'espérance de vie en bonne santé est de 8 ans pour les hommes et de 7 ans pour les femmes²²⁴. L'enquête de santé montre aussi que les problèmes psychologiques sont plus concentrés chez les personnes les moins favorisées

²²⁰ Un état fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 11 octobre 2011, http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf_sections/home/frtext/e%20dirrupo.pdf

²²¹ Décret du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *Moniteur belge*, 12 mai 2014.

²²² Annemans, Lieven (2014). *De prijs van uw gezondheid?*, Lannoo Campus.

²²³ Loi du 6 janvier 2014 spéciale portant réforme du financement des Communautés et des Régions,

élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences, article 51, §5, *Moniteur belge*, 31 janvier 2014.

²²⁴ European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS) (2014), *Additional national page for Country Report Issue 7 - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health*, http://www.eurohex.eu/pdf/Reports_2014/2014_TR4%207_Additional%20national%20page%20for%20CR7

sur le plan socio-éducatif²²⁵. Ces inégalités sociales de santé suivent un gradient social. La santé diminue en effet au fur et à mesure que l'on descend de niveau socioéconomique et les inégalités existent même dans les groupes de personnes plus favorisées²²⁶ et doivent être combattues dans toutes les catégories sociales (voir 4.4.). De plus, les inégalités sociales de santé s'accroissent, même en Belgique et en Europe²²⁷. Des recherches établissent en outre que les inégalités sociales et un manque de solidarité affectent tous les membres de la société, même les personnes favorisées²²⁸. Dans cette partie, nous nous concentrons sur le rôle des services publics dans différents domaines en vue de lutter contre les inégalités sociales de santé et garantir le droit à la protection de la santé pour tous.

3.1. Développement de la politique de santé à travers toutes les politiques

L'OMS et l'Union européenne sont convaincues qu'il est nécessaire de prendre des mesures dans d'autres domaines que celui de la santé pour améliorer la santé des personnes mais aussi pour augmenter par exemple leur productivité au travail²²⁹. C'est dans cette perspective qu'elles ont introduit le concept stratégique de 'Health in all

policies'. Ce concept s'est développé ces dernières années comme une stratégie visant à diminuer les inégalités sociales de santé, en travaillant sur leurs causes sous-jacentes et les déterminants qui relèvent de différents domaines : un environnement sain, de bonnes conditions de travail, des chances égales dans l'enseignement etc. Cela exige une collaboration intersectorielle entre tous les secteurs et niveaux politiques. L'objectif est qu'aussi bien l'Union européenne que les États membres s'approprient cette mission. Les participants à la concertation estiment qu'il y a un décalage entre le discours de l'Union européenne en la matière et les mesures qu'elle prend dans d'autres domaines.

Cet objectif est ambitieux puisqu'il exige d'exercer la politique de santé d'une façon différente. En Belgique, cet objectif peut devenir un véritable défi, vu la situation institutionnelle. Il faut cependant noter qu'à la demande de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, un groupe ad hoc 'inégalités de santé' a été installé au sein de la Commission interdépartementale de Développement Durable (CIDD). Ce groupe a préparé, en 2014-2015, un programme national d'action pour mettre fin aux inégalités sociales de santé. Un suivi est inscrit à l'agenda de la Conférence interministérielle.

Au Canada, une législation a été adoptée pour développer une collaboration intersectorielle au sein du gouvernement. Le ministre de la Santé publique a une tâche spécifique en matière de promotion de la santé : il a une fonction de conseiller auprès des autres ministres et donne des avis. Il doit aussi être obligatoirement consulté lors de l'élaboration de lois, afin de vérifier les effets que cette loi peut avoir sur la santé de la population et sur la production d'inégalités²³⁰. En Belgique, le gouvernement fédéral dispose d'un outil – analyse d'impact de la réglementation (A.I.R.) – pour analyser au préalable les consé-

²²⁵ Gisle, Lydia (2014). "Santé mentale", in Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.) (2014). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. WIV-ISP, Bruxelles, https://his.wiv-isp.be/fr/documents%20partages/sum_m_hs_fr_2013.pdf

²²⁶ <http://www.maisonmedicale.org/Inegalites-sociales-de-sante-et.html>

²²⁷ • Van Oyen, Herman et al. (red.) (2010). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*, Brussel, Federaal Wetenschapsbeleid, <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-sociale.ongelijkheden.U1577.pdf>;

• OECD (2014). *Health at a glance, Europe 2014*, OECD Publishing, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

²²⁸ Wilkinson, Richard en Pickett, Kate (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous?*, s.l., Les petits matins.

Vadeboncoeur, Alain (2015). "L'austérité rend malade", *L'actualité*, <http://www.lactualite.com/blogues/le-blogue-sante-et-science/lausterite-rend-malade/>

²²⁹ OMS (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf

²³⁰ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

quences potentielles de sa politique sur un large éventail de domaines, entre autres la santé. L'expérience de cet instrument est encore limitée, et il ressort du premier rapport d'évaluation du Comité d'Analyse d'Impact²³¹ (qui suit la qualité du processus A.I.R.) que les effets indirects sur la santé par exemple, ne sont pas toujours faciles à découvrir par les rédacteurs d'une A.I.R. Mais plus d'expériences dans l'utilisation de l'instrument et un soutien adapté - au niveau de la formation, de l'information et de l'élaboration d'un réseau de personnes de contacts et d'organisations - pourraient confirmer et augmenter la plus-value de cet instrument pour une politique intégrée.

Pendant la concertation, le logement et l'alimentation ont été cités comme exemples d'autres domaines politiques qui ont un impact majeur sur la santé.

3.1.1. Logement

Le logement est une condition fondamentale pour la santé et le bien-être des personnes. Pendant la concertation, il a été souligné que de nombreuses personnes ont des problèmes pour trouver un logement de bonne qualité et accessible financièrement. La difficulté d'accès à un logement a un impact sur la santé des personnes. Il ressort de l'enquête de santé 2013 que le renoncement aux soins pour raison financière est plus important à Bruxelles que dans les autres Régions²³². Cela pourrait être dû à la part importante des loyers dans le budget des ménages avec un faible revenu. On peut dès lors considérer que l'inadéquation des loyers avec le montant des allocations est un facteur de non accès aux soins. Les participants à la concertation ont insisté sur l'importance de donner plus d'effectivité au droit à un logement décent, défini à l'article 23 de la Constitution. Le

Service a eu à plusieurs reprises l'occasion de formuler des recommandations à ce sujet, en particulier quant à l'amélioration de l'accès à des logements de qualité et accessibles, le maintien dans le logement et la reconnaissance de formes alternatives de logement²³³.

Les personnes qui ont des problèmes de logement – surtout celles qui vivent dans un logement insalubre ou dans lequel il y a des problèmes liés au chauffage, à l'humidité, aux moisissures, à l'absence de lumière, de baignoire ou douche - voient leur santé se dégrader fortement. Elles ont beaucoup de difficultés à se soigner et en plus elles ne se trouvent pas dans les circonstances optimales pour s'occuper de leur bien-être et de la prévention de maladies. Il peut être question aussi de surpeuplement du logement. 19,7 % de la population en Belgique souffrent d'une 'privation grave de logement'²³⁴.

La situation est encore plus dramatique pour les personnes qui n'ont pas de logement. On constate que les personnes sans abri développent une résistance à la douleur très forte, ne permettant parfois pas d'intervenir avant que la situation ne devienne critique. C'est la raison pour laquelle certains travailleurs de la santé essaient de traiter la santé des personnes qui sont en rue en leur donnant accès aux soins, ce qui peut permettre au fil du temps d'aborder leur santé de manière plus générale. Un projet pilote est actuellement en cours, 'Housing First'²³⁵ qui vise à reloger les personnes qui vivent dans la rue, d'une façon adaptée à leur situation actuelle, sans passer par

²³¹ Agence pour la Simplification Administrative (ASA) (2015). *Comité d'Analyse d'Impact, rapport 2014*, Bruxelles, Secrétariat du Comité d'analyse d'impact (CAI).

²³² Demarest Stefaan (2015). « Accessibilité financière aux soins de santé » dans Sabine Drieskens et Lydia Gisle (éd.), *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. Bruxelles, WIV-ISP, https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2013.pdf

²³³ • Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2011). *Lutte contre la pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2010-2011*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport6/versio_nintegrale.pdf

• Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Memorandum Logement*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, http://www.luttepauvrete.be/publications/memorandum%20logement_2013.pdf

²³⁴ Eurostat : Housing deprivation rate by number of item, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tessi291&language=en>

²³⁵ <http://www.housingfirstbelgium.be/>

un processus en escalier. Les évaluations sont en cours, il est donc judicieux d'en attendre les résultats et d'en tirer les leçons. Les professionnels impliqués dans le projet en ont jusqu'à présent une expérience positive. Pour pouvoir poursuivre et généraliser ce projet, il faut absolument garantir une offre suffisante de logements de qualité et financièrement abordables.

3.1.2. Alimentation

L'alimentation est aussi une condition fondamentale pour la santé qui touche beaucoup d'autres politiques, comme l'agriculture et la taxation sur les aliments. Bien que ces aspects nécessitent de plus amples réflexions, nous nous sommes concentrés ici sur deux autres questions, à savoir l'accès à une nourriture de qualité accessible financièrement pour les personnes en situation de pauvreté. Les participants à la concertation ont tout d'abord fait remarquer que l'amélioration de l'alimentation – en tant qu'objectif de santé pour l'ensemble de la population – est trop souvent considérée sous le seul angle du choix individuel. Les personnes vivant dans la pauvreté sont dès lors accusées de faire de mauvais choix, alors que ce sont les conditions de vie qui conditionnent largement la possibilité de se nourrir correctement.

Les personnes en situation de pauvreté rencontrent de nombreux obstacles qui les empêchent d'accéder à une alimentation bonne et saine. Le coût alimentaire est un premier obstacle. Des recherches montrent que le budget des personnes pauvres pour la nourriture n'est pas suffisant pour manger sainement. Le prix de produits sains en comparaison avec celui (beaucoup plus bas) de produits moins sains constitue un autre facteur dont il faut tenir compte. Le poste 'alimentation' est donc souvent le dernier, qui passe après les autres jugés plus importants comme le logement, les factures, les soins de santé, ... ce qui fait qu'il reste peu d'argent pour l'alimentation²³⁶. Un autre obstacle

majeur à la bonne alimentation est le logement. Les personnes vivant dans la rue ou dans un squat sont souvent les premières touchées par la sous-alimentation ou une mauvaise alimentation. Les personnes qui vivent dans des logements de mauvaise qualité n'ont souvent pas la possibilité de cuisiner. Par ailleurs, il est difficile dans certains quartiers d'acheter des aliments de qualité (absence de magasins d'alimentation saine) et le marketing joue un grand rôle (influence des médias, valorisation des aliments sucrés et gras). On ne peut enfin oublier que pour certaines personnes, faire attention à l'alimentation peut paraître sans importance eu égard à tous les problèmes auxquels elles sont confrontées vécus et au stress qui en découle, surtout si elles n'ont pas accès aux soins de santé.

"Très longtemps, la réaction des gouvernements à la difficulté d'accéder à une alimentation abordable a été d'assurer que les consommateurs puissent acheter des calories à bon marché. On n'a pas fait assez pour créer une sécurité sociale protégeant véritablement les personnes, par exemple à travers des allocations de chômage suffisantes, qui durent un temps suffisant pour que les personnes puissent trouver de l'emploi, ou à travers l'aide sociale. A défaut de politiques sociales redistributives qui protègent chacun contre l'exclusion sociale, on a voulu que l'alimentation soit la moins chère possible, même au détriment de la qualité de l'alimentation. Mais ce n'est pas une solution. Très souvent, les calories à bon marché sont source d'une mauvaise alimentation. Ce sont aujourd'hui les familles les plus pauvres qui paient le tribut le plus lourd à cette approche : ce sont elles qui sont les plus menacées par l'obésité, et donc par les maladies qui accompagnent l'obésité. En d'autres mots, il n'y a pas d'alternative à des politiques sociales qui protègent véritablement les gens et leur

²³⁶ Pôle Expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la recherche médicale, (2014). *Inégalités sociales de*

permettent d'avoir accès à une alimentation adéquate."²³⁷

3.2. Lutte contre les inégalités sociales de santé dans le système de santé

Afin de garantir à chacun un haut niveau de santé et de bien-être - une mission de service public - différents services et acteurs ont été créés, notamment dans le secteur de la promotion de la santé. Par ailleurs, des professionnels de la santé qui travaillent en première ligne ont aussi un rôle à jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Des partenariats et des concertations se sont développés entre acteurs de divers secteurs afin de contribuer à cette lutte de façon globale et multidisciplinaire.

3.2.1. Promotion de la santé

A partir des années '90, les Communautés se sont distancées d'une vision d'éducation à la santé se concentrant principalement sur la correction de comportements individuels pour s'orienter vers la promotion de la santé qui privilégie un travail sur les déterminants de la santé.

En FWB, la promotion de la santé est définie comme *"le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement collectif et solidaire de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale"*²³⁸.

Différents types de services ont été créés :

- les services communautaires de promotion de la santé qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de

recherche et d'évaluation à différents acteurs de promotion de la santé ;

- les centres locaux de promotion de la santé coordonnent sur le plan local la mise en œuvre des programmes stratégiques de la Communauté française en matière de promotion de la santé ;

Des actions et des recherches en promotion de la santé peuvent être subventionnées.

A la suite de la 6^{ème} réforme de l'Etat, les matières liées à la promotion de la santé et à la prévention, ont été transférées de la FWB à la Région wallonne et à la COCOF. Un projet de décret sera soumis au Parlement francophone bruxellois dans le courant de l'année 2016. Il définit les stratégies prioritaires - réduction des inégalités sociales de santé, intersectorialité, travail en réseau, participation de la population, mobilisation de la communauté, formation des relais professionnels et non professionnels, travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie - ainsi que différentes structures (structure d'aide à la décision, instance de pilotage, service d'accompagnement de projets, services de soutien aux opérateurs et opérateurs). Pour la Wallonie, un organisme d'intérêt public (OIP) a été mis sur pied au 1^{er} janvier 2016 et se dénomme 'Agence pour une Vie de Qualité'²³⁹. Au sein de cet OIP, une commission transversale de prévention et de promotion de la santé devrait être créée qui doit se pencher sur l'élaboration d'un nouveau décret wallon. Entre-temps, le décret de la FWB continuera à s'appliquer uniquement du côté wallon.

Il existe aussi un décret spécifique pour la promotion de la santé à l'école en FWB²⁴⁰. (Voir 4.3.)

Le décret flamand relatif à la politique de santé préventive²⁴¹ concerne tant l'organisation de la

²³⁷ De Schutter, Olivier (2015). « Une question de droits de l'homme, pas de charité », *Partenaire*, n°92, p.3, http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/journal_belgique_92_-_2_mise_en_page_1_basse_resolution.pdf

²³⁸ Article 1 du Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, *Moniteur Belge*, 29 août 1997.

²³⁹ Décret du 2 décembre 2015 relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, pas encore publié.

²⁴⁰ Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, *Moniteur Belge*, 17 janvier 2002.

²⁴¹ Décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive, *Moniteur Belge*, 3 février 2004.

promotion de la santé que celle de la prévention des maladies. C'est un décret cadre qui reconnaît différents acteurs comme acteurs de prévention : les organisations partenaires (centres d'expertise, dont l'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention de maladies (VIGeZ)), les organisations de terrain (par exemple le centre d'Encadrement des Elèves (CLB)), '*loco-regionaal gezondheidsoverleg en –organisatie*' (organisation et concertation de santé locale et régionale) ('*Logo*'), les autorités locales et les prestataires de soins individuels. En Flandre aussi, la promotion de la santé a comme objectif de promouvoir la santé, de la protéger ou de la maintenir en soutenant les processus qui permettent aux individus et aux groupes d'agir positivement sur les déterminants de leur santé. Pour améliorer la santé, allonger la vie des personnes et augmenter la qualité de vie, la Flandre mène sa propre politique de prévention de la santé via des objectifs de santé. Le Gouvernement flamand a aussi établi les bases d'une '*facettenbeleid*' (politique à multiples facettes) dont l'objectif est la prise d'initiatives qui ne relèvent pas du domaine des soins de santé et qui visent les déterminants de santé dans d'autres domaines de vie. Toutes les organisations subventionnées par le Gouvernement flamand pour des missions en matière de soins de santé préventifs, sont tenues de collaborer à la réalisation des objectifs de santé. Au niveau local et régional, les '*Logo*' ont pour mission principale de réunir et de coordonner les forces locales pour réaliser ces objectifs. Ils implémentent des projets de santé au niveau local et soutiennent le développement d'une politique de santé intégrale dans les entreprises, les écoles, les communes et autres lieux.

3.2.2. Première ligne

A la question de savoir vers qui elles se tournent pour prendre leur santé en compte de manière globale, les personnes vivant dans la pauvreté qui ont participé aux concertations ont exprimé que c'était prioritairement vers leur médecin généraliste, qu'il travaille ou non dans une maison médicale. Nous évoquerons ci-dessous deux types

d'acteurs de première ligne - le médecin généraliste et les maisons médicales - ainsi que les obstacles à l'exercice de leurs missions et les conditions liées à celles-ci. Nous poursuivrons avec deux autres types d'acteurs de première ligne un peu plus spécifiques : l'ONE et '*Kind en Gezin*' ainsi qu'une ligne bas seuil de soins.

• *Le médecin généraliste*

Le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer dans la promotion de la santé. Les participants à la concertation ont formulé quelques conditions pour améliorer l'accès au médecin généraliste et la relation entre celui-ci et le patient :

- accessibilité financière : le régime du tiers payant obligatoire chez le médecin généraliste pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée, est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015. A côté de cette mesure très récente, il existe beaucoup d'autres mesures visant l'accessibilité financière des médecins. Mais il reste encore des problèmes pour les personnes en situation de pauvreté parce que toutes les mesures ne sont pas valables pour tout le monde ou parce qu'il y a encore du non recours.
- implantation dans le quartier : des soutiens de l'Etat existent pour le développement de la première ligne dans les quartiers plus défavorisés ou plus éloignés, tel que le fonds Impulseo. Certains participants à la concertation estiment qu'il serait intéressant d'élargir cette aide à d'autres types de professions qui peuvent contribuer à la promotion de la santé.
- temps nécessaire avec le patient : des participants à la concertation ont attiré l'attention sur le fait qu'il y a trop peu de médecins généralistes. Ceux-ci sont souvent débordés et ne peuvent prendre le temps nécessaires pour assurer les différentes tâches. Pourtant, un médecin doit pouvoir prendre le temps d'expliquer, d'informer, de faire de l'éducation thérapeutique, de rassurer le

patient et d'avoir une approche holistique de l'état de santé de la personne. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'augmenter le nombre de médecins généralistes et de transférer peut-être une partie des soins à d'autres prestataires de soins comme par exemple à des infirmiers.

- approche multidimensionnelle : ce type d'approche est important pour les personnes défavorisées car leur situation est souvent complexe et déterminée par des paramètres de différente nature. On peut imaginer que devant l'ampleur et la complexité de certaines situations dans lesquelles se trouvent leurs patients, les médecins se sentent démunis. D'où l'importance pour le médecin de pouvoir travailler en réseau avec d'autres médecins ou avec d'autres intervenants qui travaillent avec des personnes en situation de pauvreté. Il est nécessaire de mettre sur pied des plateformes réunissant les différents acteurs de la santé et du social.
- développement de liens de confiance : le médecin peut être une personne privilégiée tant pour les soins que pour le bien-être pour autant qu'un lien de confiance aie pu être tissé entre le professionnel et son patient, ce qui n'est pas toujours le cas.

- *Les maisons médicales*

Pour beaucoup de personnes vivant dans la pauvreté, les maisons médicales représentent un accès à l'ensemble des soins de première ligne et à une approche large de leur bien-être²⁴². L'attitude d'ouverture du personnel des maisons médicales aux problèmes liés aux conditions de vie et statut des personnes pauvres et précarisées est favorable à la création d'une relation de confiance et d'échange égalitaire entre patients et prestataires

de soins. La prise en charge multidisciplinaire en facilite également l'accès. Les maisons médicales sont en effet composées d'équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents, et accessibles à toute la population. Leurs actions visent une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales, ainsi qu'une approche intégrant tant le curatif, le préventif, le recueil de données et l'analyse épidémiologique locale. Elles développent aussi des projets concrets de promotion de la santé. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire fondée sur la participation égalitaire de l'individu en prenant en compte son environnement familial, culturel, professionnel et socioéconomique et intègrent leurs actions dans le réseau partenarial local sur un territoire défini. La majorité des maisons médicales fonctionnent aujourd'hui au forfait, ce qui les rend financièrement accessibles et stimule les activités de prévention et de promotion.

Selon les acteurs consultés, la demande de maisons médicales est plus importante que l'offre tant en zone urbaine (à forte concentration de personnes précarisées et souvent en croissance démographique), qu'en zone rurale. Quelques associations dans lesquelles des personnes pauvres se rassemblent expriment une certaine méfiance par rapport au fonctionnement des maisons médicales. Elles éprouvent parfois des difficultés à choisir entre, d'un côté, une maison médicale dans laquelle elles ont accès à une équipe multidisciplinaires et de l'autre côté, leur médecin ou infirmier, qui ne sont pas liés à une maison médicale. Ce choix peut représenter une rupture dans une relation de confiance ou dans la continuité des soins.

- *ONE/Kind en Gezin*

L'ONE et 'Kind en Gezin' développent des services, conçus pour être accessibles à tous et qui visent la santé et le bien-être des enfants. De plus, elles ont une attention particulière pour les familles qui vivent dans la pauvreté, entre autres via les

²⁴² Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, (2014). *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, <http://www.luttepauvrete.be/publications/Carte%20médicale%20et%20maisons%20médicales.pdf>

plateformes prénatales, l'interprétariat social dans les consultations, la prise en charge du suivi de la grossesse chez les femmes non assurées (mutuelle) et sans ressources, des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale dans les consultations ONE. Ces services reconnaissent que lorsque les besoins élémentaires de familles pauvres ne sont pas satisfaits, cela complique leur mission de promotion et de prévention de la santé. "*La charge psycho-sociale est importante étant donné la complexité et la gravité de certaines situations.*" Au vu des réalités difficiles vécues par les familles pauvres, les actions se déroulent localement, en s'appuyant sur des partenariats avec des services sociaux et des CPAS notamment. Pour les familles vivant dans la pauvreté, cette collaboration peut attiser leur peur du contrôle et du placement des enfants, d'autant plus si elles sont tenues à l'écart de celle-ci²⁴³. Les services tentent d'intégrer ce sentiment dans leur approche de travail.

- *Ligne de bas seuil*

Des personnes ont été amenées à décrocher du système de sécurité sociale ou ne peuvent y entrer, pour diverses raisons : conditions de vie, dépendances, perte du droit au remboursement des soins de santé, statut (sans papiers). Une vigilance particulière est nécessaire pour assurer à ces personnes un accès à des services sanitaires²⁴⁴ : aucune condition pour l'accès à un traitement, aucune exigence de paiement ou d'ordre administratif. Il existe des services qui proposent une offre de soins préventifs et curatifs mais aussi de promotion de la santé par une prise en charge multidisciplinaire. Pour les personnes qui vivent dans la pauvreté, il est important que pareil niveau 'intermédiaire' reste temporaire et complémentaire à la première ligne et qu'au final,

les personnes réintègrent le système de sécurité sociale. Elles insistent pour que le système de sécurité sociale traditionnel puisse être élargi et renforcé de façon à ce qu'il soit la base pour tous les individus.

Une concertation dite 'bas seuil' s'est mise en place à Bruxelles - entre la MASS BXL, le Projet Lama et Transit - pour assurer une meilleure prise en compte des groupes vulnérables, améliorer l'orientation et la continuité des soins, soutenir de nouveaux dispositifs accessibles à tous. En Wallonie, les Relais-santé existent dans sept grandes villes, ils travaillent sur l'accès aux soins pour les plus démunis. Ils rassemblent aussi différents acteurs sociaux locaux de santé dans un objectif de prise en charge holistique des personnes désaffiliées de l'assurance soins de santé ou en voie de l'être. Les Relais-Santé sont eux-mêmes partenaires des Relais-Sociaux qui sont soutenus par la Wallonie pour assurer la coordination et la mise en réseau des acteurs publics et privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion.

Bien que différentes initiatives de terrain puissent jouer un rôle important pour donner aux personnes un accès aux soins de santé, c'est la mission de base des mutuelles et de la CAAMI d'assurer cet accès. Elles ont aussi un rôle proactif à jouer pour éviter que les personnes ne perdent le droit au remboursement des soins de santé. Grâce aux flux électroniques de données, ces structures connaissent la situation des personnes et peuvent intervenir. De telles situations se produisent surtout lors de moments de transition : perte d'emploi, exclusion du chômage etc. Les organismes assureurs sont conscients de l'impact des mesures adoptées concernant les allocations de chômage et se sont organisés pour prévenir au maximum toute sortie du système de sécurité sociale.

3.2.3. Réseau d'acteurs

Le rôle de l'ensemble des acteurs du social et de la santé est très important. Les professionnels qui ont participé à la concertation souhaitent développer, surtout au niveau local, un réseau

²⁴³ Voir le chapitre de l'accueil de la petite enfance du Rapport.

²⁴⁴ Inami et Médecins du Monde, (2014). *Livre blanc sur l'accès des soins en Belgique*, Bruxelles, INAMI, <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>

entre les professionnels qui sont en contact avec les personnes vivant dans la pauvreté.

La collaboration suppose que les professionnels dégagent du temps pour se connaître et adapter leurs modes de fonctionnement, afin de pouvoir travailler ensemble. Des participants à la concertation ont pointé le fait que ce travail d'ajustement et d'organisation de la collaboration est rarement pris en compte par les autorités politiques. C'est un problème, surtout en termes budgétaires. De plus, la construction de ces partenariats peut conduire à des modifications de rôle. Celles-ci peuvent rendre possibles des solutions novatrices sur le terrain, mais le risque est réel, ce faisant, de sortir du cadre légal qui détermine les conditions d'agrément et de subvention. Pendant la concertation, l'exemple du projet bruxellois de 'centre de santé global' a été évoqué. Ce projet vise à rassembler en un lieu une offre socio-sanitaire intégrée. A partir d'une vision globale et inclusive de la santé, il veut soutenir les groupes vulnérables qui éprouvent des difficultés à se mouvoir d'un service à l'autre. Le projet a été soumis récemment aux autorités politiques, mais la complexité de la situation sur le plan institutionnel semble un obstacle à la mise sur pied de tels projets.

Quelques associations dans lesquelles des personnes pauvres se rassemblent ont souligné la peur que nombre d'entre elles éprouvent vis-à-vis de ce type de projets qui rassemble plusieurs acteurs. Elles craignent par exemple que certaines informations relatives à leur vie soient partagées entre professionnels sans qu'elles le sachent, et que cela se fasse à leur détriment. C'est pourquoi elles préfèrent que certains services – comme les CPAS, vu les tensions entre les missions de contrôle et d'aide – restent en dehors de l'espace collectif, tout en restant en réseau. Dans cette perspective, certains participants à la concertation ont suggéré de prévoir des accompagnateurs, pour soutenir les usagers dans leurs démarches auprès des différents services extérieurs.

Plusieurs participants à la concertation ont souligné la nécessité de repenser les secteurs du

social et de la santé afin de permettre aux différentes structures de travailler plus globalement. Les autorités publiques commencent à soutenir cette logique. C'est ainsi que le Gouvernement flamand, par exemple, veut réformer la première ligne et adopter une approche personnalisée et intégrée au lieu d'une démarche orientée sur la maladie. La personne qui a besoin de soins est au centre du processus ; le prestataire de soins et la personne qui demande les soins dialoguent au sujet des besoins et des objectifs en termes de bien-être et de santé. Ce qui veut dire que la première ligne est vue comme un tout (bien-être, soins de santé mentale, soins spécialisés, prévention) avec d'autres domaines d'action politique que le Bien-être, la Santé publique et la Famille (travail, enseignement et logement entre autres)²⁴⁵. Au niveau des communes en Wallonie, le Plan de cohésion sociale vise aussi à favoriser l'accès à la santé et le traitement des assuétudes à travers des actions menées avec divers acteurs.

Pour rendre possible le développement d'un réseau, un travail de coordination et de concertation au niveau local s'impose, selon les professionnels. Selon eux, les CPAS peuvent aussi jouer un rôle entre les différents acteurs sociaux et médicaux de la commune via la 'coordination sociale'²⁴⁶. Mais les associations dans lesquelles les personnes pauvres se reconnaissent attirent l'attention sur le risque qu'il n'y ait plus de place pour les personnes pauvres elles-mêmes, dans le cadre d'une concertation renforcée entre professionnels de la santé. Elles demandent que ces concertations puissent s'ouvrir à d'autres personnes concernées. L'expérience des 'Tables de concertation locales' développée à Montréal en est un exemple intéressant. Ces Tables réunissent des acteurs locaux et la population, qui se concertent sur les actions à adopter pour réduire

²⁴⁵ Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen situering en veranderingstraject 2015-2019, (2015), <https://www.zorgzoeker.be/nieuws/reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen-situering-en-veranderingstraject-2015-2019>

²⁴⁶ En application de l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976, *Moniteur Belge*, 5 août 1976.

les inégalités sociales de santé. Ils discutent aussi des projets locaux, avant leur adoption, à partir d'une grille de lecture basée sur les déterminants sociaux de santé.

3.2.4. CPAS

Pour une grande partie de la population pauvre, le rôle du CPAS est essentiel dans l'accès à un meilleur état de santé possible. Il peut en effet agir sur les conditions de vie des personnes, par différentes aides. Il peut aussi agir sur l'accessibilité aux soins de santé en octroyant une carte médicale aux usagers et développer des projets pour rendre les personnes plus autonomes (école des consommateurs, projet de potagers collectifs, ...).

A côté d'expériences positives, les personnes pauvres disent que l'aide octroyée par le CPAS relative au remboursement des frais de santé diffère beaucoup d'un CPAS à l'autre, ce qui donne une impression d'arbitraire et crée de l'insécurité juridique. Les personnes vivant dans la pauvreté plaident donc en faveur d'un système de sécurité sociale renforcé pour tous. Ceux qui émargent aux CPAS, trouvent que l'aide sociale est trop conditionnée, ce qui a un impact sur leur droit à la protection de la santé. La 'VVSG' (*Vereniging van vlaamse steden en gemeenten*) a insisté sur le fait que ces expériences ne peuvent pas être dissociées du cadre dans lequel un CPAS doit travailler. L'Etat fédéral rembourse les frais relatifs à l'aide médicale urgente. Dans tous les autres cas où le CPAS intervient pour des frais médicaux, les frais sont à charge des autorités locales. En fonction de l'importance de la demande sociale sur le territoire et des moyens que la commune peut y consacrer, les interventions dans les frais médicaux et pharmaceutiques peuvent varier.

4. Conditions pour une meilleure effectivité du droit à la protection de la santé

Les conditions précaires de vie des personnes en situation de pauvreté et le cumul des difficultés vécues depuis l'enfance peuvent les amener à ne pas se préoccuper suffisamment de leur santé. C'est particulièrement vrai lorsque l'accès aux soins n'est pas garanti. *"A quoi bon faire attention à sa santé si on sait qu'on ne pourra pas accéder aux soins de santé ?"* L'approche et la méthode de travail particulières de la promotion de la santé offrent aux services publics un cadre pour agir sur tous les déterminants de santé et pour renforcer l'action des personnes et groupes sur ceux-ci.

4.1. Approche globale

"Il faut une démarche de promotion humaine, la santé en fait partie." Les difficultés rencontrées par les personnes qui vivent dans la pauvreté sont telles qu'il est impossible de rendre le droit à la santé effectif si leurs conditions de vie ne changent pas : logement, alimentation, ... La promotion de la santé doit adopter une approche globale : elle doit non seulement prendre en compte tous les facteurs qui ont un impact sur les conditions de vie de quelqu'un mais aussi les aborder de façon à assurer à la personne un haut niveau de santé. L'approche globale et transversale nécessite une organisation particulière des compétences de toutes les parties concernées, des services et du rôle qu'ils peuvent jouer. Cette approche nécessite une coordination. Pour répondre aux exigences de multidisciplinarité inhérentes au concept de promotion de santé, les professionnels estiment qu'un réseau local doit pouvoir se constituer.

4.2. Approche émancipatrice

Les personnes vivant dans la pauvreté qui ont participé aux concertations ont insisté sur l'importance d'une approche émancipatrice. Elles estiment que leurs conditions de vie et la société les ont dépossédées de la possibilité de mener une

vie en tant que citoyen autonome et responsable. Elles semblent ne plus avoir de prise sur leur vie. L'organisation de la société et les exigences croissantes inscrites dans diverses réglementations rendent impossibles des actions qui allaient de soi auparavant, et qui sont utiles à l'apprentissage d'une série de compétences. *"C'est quoi cette volonté d'éduquer tout le monde? Nous avons des connaissances, des capacités. Il faut nous les réapproprier."*

En travaillant la question de l'émancipation, les personnes peuvent reprendre confiance en elles et reprendre le contrôle de leur vie. C'est un processus qui demande du temps. Certains services de promotion et de prévention estiment que la priorité n'est pas de changer le comportement des personnes, ce qui est souvent trop stigmatisant et contre-productif et renforce les inégalités sociales de santé. Ils choisissent de travailler via des actions qui s'inscrivent aussi dans une perspective de changement axée sur l'environnement. *"Pour être efficaces, elles (les actions) doivent être envisagées en complémentarité avec des actions qui visent la compréhension des multiples enjeux liés à la santé, le questionnement des représentations et des préoccupations partagées collectivement, le développement de compétences psychosociales (estime de soi, prise d'initiative, force de proposition, prise de parole, mise en lien avec les autres et son environnement ...), l'engagement dans des projets mobilisant la communauté et le renforcement des capacités d'action sur son environnement."*²⁴⁷

4.3. Approche tout au long de la vie

Pour les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, une attention permanente tout au long de la vie à la santé des personnes est importante. Aborder la promotion

de la santé dans le cadre du 'parcours de vie' permet de *"mieux comprendre les liens étroits qu'entretiennent les individus avec leur environnement tout au long de leur existence et leur impact sur leur santé"*²⁴⁸. L'état de santé d'une personne résulte de tout de ce que la personne a vécu. Les risques sociaux et sanitaires, non seulement s'accumulent, mais se renforcent aussi. Plus tôt on agit, plus les chances sont grandes de maintenir sous contrôle, dès le début, les conséquences de conditions de vie ou de comportements, avant qu'ils n'aient un impact négatif sur la santé de la personne. D'où l'importance d'investir dans le capital santé qui est *"l'ensemble des ressources de santé physique et psychosociale hérité et acquis pendant les premières phases de la vie, qui pourra être déterminant pour le futur"*²⁴⁹. Les parents qui vivent dans la pauvreté veulent, comme tous les parents, le meilleur pour leurs enfants, aussi pour leur santé. Des mesures pour la promotion de la santé sont parfois ciblées sur les enfants de familles pauvres. On constate que bien souvent les familles concernées sont réticentes par rapport à ces initiatives car elles sont concentrées sur la situation des enfants et risquent de perdre de vue la situation de la famille dans laquelle l'enfant grandit. Les parents se sentent alors méconnus et souvent même contrôlés, jugés et méprisés. A cause de ces expériences négatives avec des services, il est souvent difficile pour des familles en situation de pauvreté de collaborer avec des services sociaux et de santé. Pour accroître l'efficacité des mesures de promotion et de prévention pour toute la famille, il est nécessaire d'y impliquer les parents.

Vu l'importance d'enrayer le plus vite possible le processus cumulatif des risques sociaux et sanitaires, les participants à la concertation soulignent le rôle majeur de l'école et de

²⁴⁷ Cultures et Santé (2014). « L'alimentation au cœur des actions de promotion de la santé », *Focus Santé*, n°3, <http://www.cultures-sante.be/index.php/nos-outils/focus-sante/467-l-alimentation-au-coeur-des-actions-de-promotion-de-la-sante.html>

²⁴⁸ Weil, Barbara et Favre Kruit, Catherine, (2014). « Promouvoir la santé tout au long de notre vie : Parcours de vie et promotion de la santé », *Bulletin des médecins suisses*, p.1801, https://www.lives-nccr.ch/sites/default/files/pdf/page/1411_bms.pdf

²⁴⁹ Pôle Expertise collective ITMO Santé publique, *op. cit.*

l'enseignement dans la promotion de la santé des enfants de leurs familles. Nous l'abordons ici de manière succincte mais ce point mériterait de faire l'objet d'un chapitre spécifique. L'école n'offre pas seulement une éducation à la santé et au bien-être mais s'investit au quotidien, via des actions concrètes dans l'amélioration de la santé des jeunes. Le rôle de l'école est très large et nécessite bien souvent le soutien des autorités publiques (mesures de santé, alimentation, sport, ...) et d'autres acteurs professionnels (vie affective et sexuelle, prévention des addictions, ...). Les entités fédérées ont développé des services spécifiques pour la promotion de la santé à l'école²⁵⁰ qui ont des missions en termes de suivi médical, de dépistage de maladies, de développement d'un environnement scolaire sain. D'autres professionnels peuvent aussi intervenir, comme des services relevant du secteur de la promotion de la santé (centres locaux de promotion de la santé (CLPS), ViGeZ). Le rôle de tous ces professionnels est rendu plus compliqué par le contexte scolaire marqué par de fortes inégalités. Différentes études, basées notamment sur les enquêtes PISA²⁵¹, ont montré que l'enseignement en Belgique fait partie des plus inéquitables d'Europe occidentale.

Les périodes de transition au cours de la vie sont aussi des moments particulièrement délicats qui peuvent aggraver les problèmes de santé. Il est nécessaire d'y être attentifs pour que ces moments n'aient pas d'effets irréversibles sur le capital santé des personnes.

4.4. Universalisme proportionné

Le travail spécifique en fonction de groupes cibles est souvent caractérisé par le fait que les professionnels interviennent en vue de changer les comportements. De nombreuses associations dans lesquelles des personnes pauvres se rassemblent

estiment qu'une approche ciblée induit souvent une culpabilisation de la personne quant à ses choix de vie. *"Pour les personnes concernées, ces comportements constituent le plus souvent une réponse adaptative à un contexte de vie difficile."*²⁵² Malgré qu'une approche spécifique puisse être appropriée pour les problèmes rencontrés par des personnes, elle peut aussi parfois stigmatiser.

Les personnes qui vivent dans la pauvreté préfèrent une approche universelle visant le droit à la santé de tous, craignant un système à deux vitesses. Pour éviter la stigmatisation, certains professionnels, travaillent de manière universelle. Autrement dit, ils choisissent de ne pas adopter une approche ciblée pour leurs actions et services. On peut se demander cependant si, en travaillant de la sorte, on ne risque pas de passer à côté de certains problèmes spécifiques rencontrés par les personnes.

Face à ce dilemme, certains promeuvent des actions pour l'ensemble de la population, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables. On nomme cette approche 'universalisme proportionné' ou 'progressif'. Les programmes, services et politiques sont universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelle au degré de vulnérabilité des personnes ou des groupes. Via un accompagnement spécifique et une expérience des professionnels de la santé, on peut tenir compte des différents besoins des personnes, qui varient suivant le gradient social²⁵³.

Il ressort de la concertation que des mesures spécifiques doivent pouvoir être développées pour certains groupes cibles et pour des personnes très vulnérables, en fonction de certains critères comme notamment l'âge, les conditions

²⁵⁰ En Communauté française : services de promotion de santé à l'école et les centres psycho-médicosociaux. En Communauté flamande : Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)

²⁵¹ <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/>

²⁵² De Spiegelaere, Myriam, (2002). « Prévention médicale= promotion de la santé ? », *Revue Quart Monde*, N°184, <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2481>

²⁵³ Vereniging van wijkgezondheidscentra, Netwerk tegen Armoede en ViGeZ (2015). *Hoe de socio-economische gezondheidskloof dichtten? Het 'proportioneel universalisme' als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid*, visietekst.

socioéconomiques, les caractéristiques physiques. Nous pensons ici entre autres aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux toxicomanes, aux personnes sans abri, aux personnes sans papiers.

4.5. Participation

*"La participation du public doit être une des bases de la réduction des inégalités sociales de santé. C'est le moyen de concilier efficacité et éthique."*²⁵⁴

Impliquer les bénéficiaires des actions de promotion de la santé tant dans le choix du projet que dans sa réalisation apporte une plus-value certaine. Un processus participatif ne peut cependant pas s'improviser mais exige une méthodologie spécifique, surtout pour les organisations qui sont peu ou pas familiarisées avec des processus de participation, ou pour les personnes qui sont souvent oubliées lorsqu'un tel processus est mis en place, ce qui est souvent le cas des personnes qui vivent dans la pauvreté. Avant même de commencer à informer et à former, il faudrait prendre en considération les problèmes des personnes, notamment relatifs à la confiance en soi, en reconnaissant leur expérience comme véritable connaissance, ayant une valeur aussi grande que celle des professionnels de santé. Certains participants aux concertations ont souligné l'importance d'aller là où sont les gens pour favoriser la participation plutôt que d'attendre que les personnes se déplacent vers les structures qui organisent la participation.

L'amélioration du cadre de vie ne passe pas uniquement par des actions individuelles. Des actions collectives et envers les politiques sont aussi nécessaires. Ainsi, des initiatives prises avec des habitants d'un quartier sur le terrain rendent possible un travail *bottom-up* et mènent à des décisions politiques qui améliorent les conditions de vie : création d'un parc dans la commune après avoir constaté le manque d'espace permettant aux

jeunes de faire des activités physiques ou création d'un restaurant social par exemple. Les participants à la concertation ont soutenu l'idée qu'il faudrait changer les pratiques existantes afin de permettre aux habitants, aux professionnels de la santé et aux décideurs politiques de travailler ensemble pour améliorer les conditions de vie²⁵⁵. La participation devient alors un outil de changement social.

²⁵⁴ Conseil supérieur de promotion de la santé, (avril 2011). *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé*, Bruxelles, CSPS, p.18, <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=cspso0>

²⁵⁵ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), *op. cit.*, p. 380

Recommandations du Service sur la base de la concertation

1. Agir sur les déterminants socioéconomiques de santé dans toutes les politiques

- Améliorer les conditions de vie des personnes vivant dans la pauvreté via une approche globale et systémique.
- Lutter contre les inégalités sociales de santé suivant le principe de l'universalisme proportionné.
- Garantir l'effectivité du droit au logement pour assurer, par tous les moyens possibles, l'accessibilité de logements décents et financièrement abordables comme l'augmentation du nombre de logements sociaux, la création d'un fonds central de garanties locatives, une grille de loyers de référence pour les logements privés, le soutien aux AIS, ...
- Agir tout au long de la vie, de la naissance à la vieillesse, et porter une attention particulière au début de la vie pour enrayer le phénomène d'accumulation et de renforcement des facteurs nocifs à la santé qui mettent à mal le capital santé des personnes.
- Renforcer la transversalité de la politique de santé :
 - o évaluer ex-ante les projets de réglementation des gouvernements, du point de vue de leur impact sur la santé et le bien-être des personnes, en particulier de celles qui vivent dans la pauvreté. Renforcer l'analyse d'impact de la réglementation (AIR) appliquée aujourd'hui ;
 - o suivre la démarche du plan national élaboré au sein de la Commission interdépartemental développement durable, à la demande de la CIM Santé publique ;
 - o soutenir la coordination entre professionnels en prévoyant des espaces d'échanges et de concertation. Evaluer avec les patients l'impact de cette coordination sur l'effectivité de leur droit à la protection de la santé.

2. Améliorer l'offre de première ligne comme lieu de promotion de la santé pour les personnes vivant dans la pauvreté

- Renforcer la formation relative à la prévention et inscrire la formation relative à la promotion de la santé dans le cursus de base des études de médecine, avec une attention particulière pour les inégalités sociales de la santé.
- Revoir la répartition des tâches entre les médecins généralistes et d'autres professionnels de la santé pour permettre aux médecins de prendre plus de temps avec leurs patients, tant pour les actes curatifs que pour la prévention et la promotion de la santé, de façon à favoriser une relation de qualité entre le médecin et son patient.
- Poursuivre le développement des maisons médicales.
- Veiller à l'accessibilité géographique de la première ligne de soins :
 - o évaluer l'impact du Fonds Impulseo et en tirer les leçons à l'occasion du transfert des compétences ;
 - o renforcer là où cela s'avère nécessaire le soutien à l'installation de jeunes médecins généralistes, à savoir dans les zones éloignées et dans les quartiers défavorisés ;
 - o améliorer l'attractivité de la médecine généraliste afin d'éviter des risques de pénurie.

3. Veiller à l'accessibilité du système de protection sociale

- Garantir l'accès pour tous à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités au sein du système de sécurité sociale :
 - o garantir que les personnes pauvres soient informées de leurs droits et y aient accès ;
 - o simplifier la procédure de régularisation et de réinscription auprès de l'organisme assureur.
- Assouplir les critères d'accès à la sécurité sociale et à l'assistance sociale en vue de garantir un accès de tous à la protection sociale.

4. Investir dans la santé

- Veiller à un rééquilibrage budgétaire en maintenant un niveau élevé d'investissement dans l'offre des soins de santé et en augmentant l'investissement dans la promotion et la prévention.
- Prévoir des normes d'encadrement pour tous les services de santé (publics et privés) concernant le prix et les types de services, l'offre géographique, le personnel et le contrôle de qualité.

5. Promouvoir la participation

- Co-construire des projets et des outils de promotion de la santé tout au long du processus, de la définition des priorités et la mise sur pied des projets à leur évaluation.
- Associer les personnes qui vivent dans la pauvreté aux concertations avec les professionnels et les pouvoirs publics, ce qui permet de croiser les savoirs professionnels avec les savoirs 'd'expérience', les deux étant fondamentaux pour développer des politiques en faveur de la santé et du bien-être des personnes.
- Développer des actions collectives et de *bottom-up* vers les différents niveaux de décision afin de stimuler des transformations sociétales favorables à la santé de la population.

Liste des participants à la concertation

- Association Francophone d'Aide aux Handicapés Mentaux (AFrAHM)
- Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)/Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)
- Centre Bruxellois de Promotion de Santé (CBPS)
- Centres Locaux de Promotion de la Santé (interCLPS - CLPS)
- Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH)/ Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH)
- Cultures&Santé
- Federatie van Vlaamse OCMW-maatschappelijke werkers
- Fédération des maisons médicales
- Fondation contre les Affectations Respiratoires et pour l'Education à la Santé (FARES)
- Inclusion
- Infirmiers de rue/ Straatverplegers
- Kind en Gezin
- Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles (MASS)
- Médecins du Monde/Dokters van de wereld
- Mutualité Chrétienne (MC)/Christelijke Mutualiteiten (CM)
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale/ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
- OCMW Gent
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
- Plate-forme d'action santé et solidarité/Actieplatform Gezondheid en Solidariteit
- Projet Lama
- Prospective Jeunesse
- Réseau Santé Diabète
- Samenlevingsopbouw RISO Vlaams-Brabant
- SPF Sécurité social/ FOD Sociale Zekerheid
- SPP Intégration Sociale - Service Experts du vécu

- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)
- Vlaamse Ouderenraad
- Vrije Centra voor Leerlingenbegeleiding (VCLB-Koepel)

Contacts bilatéraux

- De Fakkel
- Ecole de santé publique ULB
- Luttes Solidarité Travail (LST)
- Netwerk tegen Armoede
- Observatoire Wallon de la Santé (OWS)
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP)
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG)