

LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

ou pouvoir jouir du meilleur état de santé physique et mental possible

PROBLEMATIQUE	131
1. Y A-T-IL UN DROIT EGAL A LA PROTECTION DE LA SANTE ?	133
1.1. LES CONDITIONS DE VIE.....	133
1.2. LES SOINS DE SANTE.....	134
2. L'ACCES AUX SOINS DE QUALITE	135
2.1. DES AVANCEES DEPUIS LE RAPPORT GENERAL SUR LA PAUVRETE	135
2.2. DES OBSTACLES	136
2.2.1. <i>DES REFUS DE SOINS</i>	136
2.2.2. <i>DES OBSTACLES FINANCIERS</i>	137
2.2.3. <i>DES OBSTACLES ADMINISTRATIFS</i>	144
2.2.4. <i>DES OBSTACLES CULTURELS</i>	145
2.2.5. <i>DES OBSTACLES LIES AUX MOYENS DE COMMUNICATION</i>	145
2.3. LE COUT DU NON ACCES A DES SOINS DE QUALITE	146
2.4. LE ROLE DES CPAS.....	146
3. PREVENTION	148
3.1. L'IMPORTANCE DE LA PREVENTION PRIMAIRE	148
3.2. DANS QUELLE MESURE LA POLITIQUE PREVENTIVE DE SANTE EST-ELLE SOCIALEMENT EQUITABLE ?	149
3.4. LA PREVENTION AXEE SUR LES ENFANTS	151
3.5. UNE RESPONSABILITE POUR LA SOCIETE	152
4. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	153
5. CONNAISSANCE ET EVALUATION	156
5.1. COLLECTE DE DONNEES ET EVALUATION DE LA POLITIQUE : LA BASE D'UNE POLITIQUE DE SANTE JUSTE	156
5.2. EVOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA CONNAISSANCE APRES LE RAPPORT GENERAL SUR LA PAUVRETE.....	156
5.3. UN PARTENARIAT AVEC LES PERSONNES PAUVRES	158
BIBLIOGRAPHIE	164

Les sections 3, 4 et 5 sont traduites du néerlandais.

Problématique

La protection de la santé est un droit fondamental consacré par plusieurs textes internationaux relatifs aux droits de l'homme ainsi que par la Constitution belge¹. Chaque être humain, quelle que soit sa situation financière ou administrative, du fait qu'il appartient à l'humanité, a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

¹ Voir en annexe 1 une brève présentation des extraits de textes relatifs au droit à la protection de la santé.

La santé est un des chapitres du Rapport Général sur la Pauvreté auquel le législateur a le plus rapidement apporté des réponses, et des réponses relativement substantielles en termes de budget (Rapport d'avancement, 2000: 21-23). Nous songeons principalement à la généralisation de l'accès au système d'assurance soins de santé² (1 milliard BEF/24,8 millions €) et à l'extension du statut préférentiel³ (722 millions BEF/17,9 millions €).

Ces modifications constituent des avancées significatives vers l'accès aux soins de tous. Les constats du Rapport Général sur la Pauvreté relatifs à l'inégalité face au droit à la protection de la santé sont cependant encore largement d'actualité.

* * * * *

La première section de ce chapitre évoque les déterminants de la santé. La pertinence des choix politiques en matière de protection de la santé dépend de leur identification et du poids reconnu à chacun d'eux. Une deuxième section approfondit un de ces déterminants : l'accès à des soins de qualité. Beaucoup de constats et de réflexions valent tant pour les soins curatifs que pour les soins préventifs. Mais vu l'importance de la prévention et l'accès encore plus difficile à ce type de soins, nous mettons l'accent sur ces derniers dans une section spécifique (la troisième).

Les sections 4 et 5 actualisent les constats et propositions du Rapport Général sur la Pauvreté dans les domaines de la formation des professionnels, de la connaissance et de l'évaluation.

* * * * *

Ce chapitre reflète les travaux du groupe santé qui se réunit régulièrement au Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Ce groupe s'est constitué en vue de répondre à la demande de la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale d'évaluer l'accès aux soins de santé. En 1998, le groupe, composé d'Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté, a amorcé l'évaluation en partenariat avec quelques professionnels de la santé. En septembre 1998, la Cellule pauvreté du Centre⁴ a synthétisé ces premières réflexions dans un document de travail intitulé « Evaluation des mesures prises dans le domaine de la santé suite au Rapport Général sur la Pauvreté », actualisé par le Service en novembre 1999. En mai 2000, le groupe santé a rédigé un deuxième texte intitulé « A propos de l'évaluation santé ». Le Service l'a diffusé auprès de responsables politiques, de professionnels de terrain, de scientifiques, suscitant ainsi un 'dialogue indirect' donc

² Depuis le 1^{er} janvier 1998, tous les régimes résiduels sont supprimés, l'accès aux soins de santé est assoupli et l'inscription auprès d'un organisme assureur est devenue trimestrielle (arrêté royal du 25 avril 1997, M.B. du 19 juin 1997).

³ Depuis le 1^{er} juillet 1997, le bénéfice de l'intervention majorée est étendu aux titulaires bénéficiaires du minimex, aux titulaires auxquels un revenu partiel ou total est accordé par un CPAS, aux titulaires bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées, aux titulaires qui bénéficient d'une des allocations octroyées aux personnes handicapées et aux titulaires qui, comme enfant, bénéficient d'allocations familiales majorées d'un supplément en raison d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins. L'avantage est accordé aux titulaires et à leurs personnes à charge. Il est aussi accordé à des personnes à charge sans que le titulaire en bénéficie (AR du 8 août 1997). Depuis le 1^{er} juin 1999, le bénéfice de l'intervention majorée est accordée aux chômeurs complets et aux personnes à leur charge, âgés de plus de 50 ans, isolés ou chefs de ménage, satisfaisant à la condition de revenus (Loi du 3 mai 1999 ; AR du 26 mai 1999).

⁴ Cette Cellule deviendra le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale en juillet 1999.

forcément limité mais néanmoins très riche⁵. Actuellement, le groupe prépare sa contribution à la recherche-évaluation dont le Ministre des affaires sociales a confié la coordination à l'Université de Gand⁶.

1. Y a-t-il un droit égal à la protection de la santé ?

Le Rapport Général sur la Pauvreté rappelle le constat de l'inégalité face à la protection de la santé dont sont victimes les personnes qui vivent de manière durable dans la pauvreté. « ... la seule 'maladie' typique de ceux qui vivent leur vie exposée à la pauvreté est « l'usure prématurée ». Cette usure est un phénomène général pour les travailleurs manuels peu ou non qualifiés. Pour les plus pauvres, cette usure est particulièrement précoce et contribue à une marginalisation sociale pénible. A 40-45 ans, on est vieux ! » (RGP, 1994: 120).

Les acteurs de terrain et les scientifiques s'accordent pour identifier deux types de facteurs déterminant l'accès effectif au droit à la protection de la santé : les conditions de vie et les soins.

1.1. Les conditions de vie

Le Rapport Général sur la Pauvreté identifie les conditions de vie comme facteurs de mauvaise santé, en amont du non accès ou de l'accès insuffisant aux soins. « ... 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 » (RGP, 1994: 119).

Plusieurs études confirment l'impact des conditions de vie générales sur l'état de santé constaté sur le terrain : « Il s'agit, notamment, de la répartition des revenus, de l'emploi, de la formation, de la sécurité routière, de l'environnement, de la composition du ménage, de l'alimentation... » (Peers, 1999:171). Les personnes occupant une position basse dans la hiérarchie socio-économique vivent non seulement moins longtemps (espérance de vie) que celles occupant une place plus élevée, elles vivent aussi moins longtemps en bonne santé (espérance de vie en bonne santé) (Bossuyt, 2000). Les conséquences fonctionnelles d'une maladie, d'un handicap sont plus lourdes pour les populations pauvres.

Des scientifiques reconnaissent, par exemple, que la baisse de mortalité enregistrée au cours du XXème siècle est vraisemblablement due à des mesures d'hygiène collective et d'augmentation du niveau de vie. Même dans le cas d'une maladie infectieuse grave comme la tuberculose, par exemple, les mesures de prévention collective et environnementale ont précédé le développement du vaccin.

⁵ La liste des personnes et organisations qui ont transmis leurs réflexions au Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale figure en annexe de ce chapitre.

⁶ Voir le point 5.3. de ce chapitre.

Des études montrent aussi que les indicateurs de santé objectifs - prématurité, petit poids de naissance ... - ne sont pas ou peu sensibles aux modifications de l'accès aux soins mais le sont davantage aux conditions de vie.

« Une évidence apparaît aujourd'hui clairement : le lien entre le niveau socio-économique et la santé. C'est une des plus profondes et des constantes observations jamais faites en santé publique » (Deschamps, 1997: 2). Ce lien n'est contesté par personne même si certains estiment nécessaire d'étudier davantage l'importance relative des facteurs (conditions matérielles, réseau social, comportements et styles de vie...) (Bossuyt, 2000).

Mais ce lien est-il suffisamment présent lors de l'élaboration des politiques de santé ? Les facteurs à l'origine des disparités socio-économiques sont-ils pris en compte comme leviers possibles pour une politique de la santé ? « Une politique de santé ne peut que s'intégrer dans un ensemble qui garantisse à chacun les moyens de vivre dans la dignité et de préserver son capital santé : un logement décent, un emploi reconnu, des revenus suffisants, la possibilité de construire des relations positives, etc. La garantie de ces droits fondamentaux est de la responsabilité de l'Etat... » (RGP, 1994: 148). « Il ne s'agit pas là du débat classique entre le secteur « médical » et le secteur « social », ni entre le « préventif » et le « curatif » mais d'un débat nouveau ... entre une politique de soins et une politique de santé » (Bouchard et Renaud, 1995).

Malgré leur importance, nous ne consacrons cependant pas de section spécifique aux conditions de vie dans ce chapitre. Elles sont présentes en filigrane tout au long du texte et surtout dans les autres chapitres de ce rapport: celui consacré à la protection de la vie familiale, à l'emploi et aux revenus, à l'enseignement...

1.2. Les soins de santé

Il ne faudrait pas déduire hâtivement des propos qui précèdent que les soins - leur accessibilité, leur qualité aussi - ne jouent aucun rôle par rapport à l'état de santé.

Même dans les cas où les causes d'un mauvais état de santé se trouvent ailleurs, avoir insuffisamment ou ne pas avoir accès aux soins est néfaste pour la santé et renforce l'exclusion. Pour les personnes qui y ont accès, l'impact des soins de santé sur les affections chroniques, sur la qualité de vie et sur la santé subjective est considérable. Le nonaccès aux soins entraîne des conséquences fonctionnelles majeures, un inconfort persistant et croissant. Aux Etats-Unis, par exemple, les indicateurs de santé sont très préoccupants malgré un niveau de vie élevé ; au Canada par contre, le niveau de vie élevé va de pair avec de bons indicateurs santé. Une des hypothèses d'explication est la différence entre les deux pays sur le plan de la sécurité sociale et donc de l'accès aux soins. Des auteurs ont étudié l'impact des soins de santé sur les inégalités sociales de santé. Ils arrivent à la conclusion que l'accroissement des écarts de mortalité entre groupes sociaux est partiellement due à des différences dans l'accès, l'utilisation ou la qualité des soins (étude de 10 pathologies dont l'évolution est très fortement liée aux soins de santé : tuberculose pulmonaire, syphilis, par exemple) (Mackenbach, 1989).

L'accès à des soins de qualité fait l'objet de la deuxième section de ce chapitre.

2. L'accès aux soins de qualité

Plusieurs mesures prises suite au Rapport Général sur la Pauvreté constituent des progrès importants, des étapes vers un accès de tous aux soins de santé. Le premier point de cette section explique de manière générale en quoi les principales modifications intervenues sont positives. Le deuxième point tente de cerner les difficultés que de nombreuses personnes continuent de rencontrer et rend compte, le cas échéant, des éléments de réponse apportés depuis 1995.

Par soins, on entend aussi bien les soins préventifs que curatifs. Vu le rôle capital de la prévention en termes de protection de la santé et vu l'inégalité d'accès à ce type de soins encore plus grande que pour les soins curatifs, nous consacrons une section entière à ce sujet (section 3 de ce chapitre). Les avancées et obstacles évoqués ici ne reprennent donc pas les éléments spécifiques à la prévention.

2.1. Des avancées depuis le Rapport Général sur la Pauvreté

Nous n'aborderons pas ici dans le détail chaque mesure prise depuis 1995 puisque celles-ci sont reprises dans le Rapport d'avancement de la mise en oeuvre du Rapport Général sur la Pauvreté (2000: 21-23). Nous relevons les grandes tendances positives des deux mesures dont l'évaluation approfondie est en cours, à la demande de la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale: la généralisation de l'accès à l'assurance soins de santé et l'intervention majorée.

Ces deux mesures correspondent à une partie des orientations fixées par les auteurs du Rapport Général sur la Pauvreté, c'est-à-dire :

« - instaurer le droit à l'assurance soins de santé comme un droit universel lié à la personne. Cela implique entre autres de supprimer les conditions de stage et de durée de résidence (...).
- veiller à l'accessibilité financière aux soins de santé pour toutes les personnes et familles à bas revenus. Il est proposé d'élargir le statut préférentiel actuel des VIPO à toutes les personnes et familles à bas revenus,... » (RGP, 1994: 399).

Plusieurs éléments de ces modifications sont particulièrement positifs :

- La généralisation de l'accès aux soins de santé s'opère à l'intérieur du cadre de la sécurité sociale : le principe de la cotisation est maintenu, même si le montant est symbolique ou équivalent à zéro pour certains⁷. Le risque de faire glisser les soins aux plus démunis - que la sécurité sociale laisse passer entre les mailles de son filet - de l'assurance vers l'assistance a donc été évité ;
- La suppression des délais et stages d'attente ;
- La simplification (refonte des 5 régimes résiduels) ;
- La prise en compte de l'adresse de référence auprès d'un CPAS garantit en principe aux personnes sans-abri l'accès à l'assurance soins de santé.

⁷ Tout le monde ne partage pas cette analyse. « Le principe d'assurance n'est plus respecté que par une fiction juridique, qui fixe à zéro franc le montant de la cotisation d'un certain nombre de groupes sociaux fragiles... ou économiquement faibles... alors que bon nombre de ceux qui en font partie n'ont jamais cotisé auparavant à la sécurité sociale. Quant à la solidarité interpersonnelle inhérente à l'assurance sociale, elle est remplacée par une solidarité générale du même type que celle liée à l'impôt » (Julémont, 2000).

Sur le terrain, les Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté constatent que l'accès généralisé à l'assurance soins de santé a permis à un certain nombre de personnes d'être couvertes, sans plus devoir passer par le CPAS. Dans le même sens, le rapport de Médecins sans frontières de 1998 fait état de la diminution de la population belge qui fréquente ses consultations. « Suite aux contacts que nous avons pris avec les différentes associations de terrain, il semble que la majorité de ces patients ont retrouvé une couverture sociale grâce aux nouvelles législations et sont orientés prioritairement vers les structures médicales existantes » (Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières, 1998: 37). Le rapport attire l'attention sur la minorité restante : des autochtones « très marginalisés » et des allochtones, plus précisément des demandeurs d'asile déboutés ou clandestins (Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières, 1998: 30 et 31).

La question de savoir si la facilitation de l'accès aux soins pour les personnes pauvres ne se fait pas au détriment du remboursement des soins et des médicaments pour tous doit cependant être posée. Dans ce cas, les modifications perdent une partie de leur effet positif pour les personnes démunies. Elles concrétisent aussi le risque de désintéressement des personnes à plus hauts revenus du système de sécurité sociale au profit de systèmes privés d'assurance. Exemple : une consultation en psychiatrie passe de 60 Bef (1,48 €) à 77 Bef (1,90 €) pour ceux qui bénéficient de l'intervention majorée ; de 160 Bef (3,96 €) à 454 Bef (11,25 €) pour les patients qui n'en bénéficient pas.

2.2. Des obstacles

Nous évoquons ici différents types d'obstacles à l'accès aux soins - financiers, administratifs, culturels, liés à la mobilité - et les ébauches de réponse apportées. Nous attirons l'attention sur le fait qu'une même personne peut être confrontée à un ou plusieurs de ceux-ci, pendant des périodes plus ou moins longues.

2.2.1. Des refus de soins

Des refus de soins, dénoncés par le Rapport Général sur la Pauvreté, existent toujours. Ils sont le fait tant de médecins que de structures hospitalières⁸.

Certains patients se voient refuser l'accès aux soins parce qu'ils sont endettés à l'égard de l'institution. Cette pratique risque même de s'amplifier parce que le nombre de patients incapables de payer augmente⁹. L'illégalité de la présence sur le territoire est également invoquée comme motif de refus.

Ces refus prennent des formes plus ou moins directes : certains hôpitaux, par exemple, retiennent la carte d'identité sociale ou la carte d'identité si le patient n'est pas en mesure de payer la consultation ou apposent un label « embargo » sur le dossier de ces patients¹⁰.

⁸ Voir à ce sujet le *Rapport des organisations non gouvernementales* destiné au Comité des droits de l'enfant, rapport réalisé par la coordination des ONG pour les droits de l'enfant, 1999, pp. 64 et 65.

⁹ Voir notamment le rapport de l'Observatoire du crédit et de l'endettement (1999) qui fait état d'une augmentation de dettes relatives à des factures de soins médicaux et d'hospitalisation.

¹⁰ Le Dakloze Actie Komitee, par exemple, dénonce de manière constante la technique de l'embargo appliquée à Anvers : l'hôpital du CPAS exige des patients endettés à son égard le paiement d'une avance ou la présentation d'un plan de paiement négocié avec le CPAS comme condition d'accès.

Ces pratiques illégales posent la question de l'information des personnes concernées quant à leurs droits, celle aussi du manque de lieu de recours et de sanction. Le comité consultatif de bioéthique interpellé à ce sujet a condamné de telles pratiques mais il ne s'agit que d'une instance consultative (avis n°7 du 13 juillet 1998 relatif à l'accès aux soins de santé).

Au-delà de la question financière, les refus de soins par des hôpitaux renvoient à la perception différente du rôle des services d'urgence par les personnes pauvres d'une part et par les hôpitaux et les responsables politiques d'autre part (RGP, 1994: 134). Les premiers perçoivent les services d'urgence comme services de première ligne¹¹. Pour les seconds, les services d'urgence représentent un investissement financier très important parce qu'ils requièrent en permanence la présence de personnel fort qualifié. Ils estiment donc que les personnes pauvres utilisent inadéquatement les services. Une réflexion mérite d'être menée sur cet écart de perception.

Certaines structures de soins, dans les quartiers pauvres, se voient contraintes de refuser des patients parce qu'elles n'arrivent pas à répondre à une demande en hausse. Cela pose la question de l'insuffisance de structures de santé primaire – maisons médicales... dans ces quartiers¹².

2.2.2. Des obstacles financiers

Avant d'étudier les obstacles d'ordre financier - le coût des soins, l'avance des frais, la non-information sur les coûts - nous attirons l'attention sur le fait que ceux-ci touchent tout particulièrement les personnes ne disposant que d'un petit budget et souffrant d'une maladie chronique. Quelques mesures spécifiques ont été récemment prises en leur faveur¹³.

2.2.2.1. Le coût des soins

« Tu dois choisir, ou bien tu payes ton loyer, mais tu ne peux pas manger convenablement, et encore moins te soigner. Ou bien tu soignes ta santé, et tu ne payes pas ton loyer, mais alors tu finis par te retrouver dehors » (RGP, 1994: 119).

Malgré les mesures qui ont permis et amélioré l'accès aux soins pour des centaines de milliers de personnes, le coût des soins de santé reste un obstacle. Etre malade coûte cher. Pour les personnes à faibles revenus, cela signifie qu'elles ne peuvent

¹¹ De multiples éléments expliquent cette approche, notamment le fait que les frais ne doivent pas être payés immédiatement. Se présenter aux urgences est donc une manière de se faire soigner plus accessible que d'autres (voir point 2.2.2.1.b). Certaines dispositions législatives accentuent encore cette tendance, par exemple celle qui assimile certains chômeurs aux bénéficiaires de l'intervention majorée uniquement pour l'hospitalisation.

¹² Voir notamment la position de l'association pour une dentisterie sociale (article paru dans le Soir du 15 novembre 2000).

¹³ L'octroi d'une allocation forfaitaire pour alléger le coût des soins (10.000 Bef / 247,89 €) (AR et AM du 2 juin 1998); un autre forfait a été instauré à l'intention des personnes souffrant d'incontinence (15.230 Bef / 377,54 €); depuis le 1^{er} janvier 2000, le même forfait est accordé aux malades primaires à partir du 1^{er} jour du 4^{ème} mois de maladie; l'extension aux invalides chefs de ménage de l'intervention forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne (AR du 10 juillet 1998). Ce dernier forfait, doublé après une année et indexé s'élève actuellement à 200 Bef (4,95 €) par jour. Une autre mesure intéressante est la possibilité de renonciation de récupération de l'indu (Charte assuré social, article 22; AM du 20 avril 1999).

être malades, qu'elles n'ont pas d'autre choix que de repousser les visites chez le médecin ou de ne pas y aller du tout et de recourir à l'automédication ou de se présenter au service d'urgence d'un hôpital.

La faiblesse des revenus avec lesquels des personnes et familles doivent vivre est une réalité qui s'est encore aggravée depuis le Rapport Général sur la Pauvreté (Vranken, Geldof et Van Menxel, 1999: 80 et suivantes). Il est absurde et irréaliste de penser que les personnes qui vivent avec un revenu de remplacement (quel qu'il soit) ou un revenu au montant similaire ont la possibilité d'intégrer les frais de santé dans leur budget. Ces frais sont toujours considérés comme un 'luxe'. Dans le cadre de guidances et accompagnements budgétaires, ces frais sont également considérés comme du luxe, a fortiori s'il s'agit de soins préventifs.

L'Enquête de santé 1997¹⁴ révèle que beaucoup de ménages belges éprouvent des difficultés à supporter les dépenses pour les soins de santé : un tiers des ménages considère que leur participation personnelle aux coûts des soins est difficile, voire impossible, à supporter. L'étude réalisée par l'Union nationale des mutualités socialistes en Région wallonne observe un taux de report de soins de 36 %¹⁵. Elle conclut que la dimension économique de l'accès aux soins est prépondérante et que le système de sécurité sociale et les autres aides subsidiaires jouent un rôle primordial dans l'accès aux soins (Martin, 1999: 111).

a) Le non-remboursement de certaines prestations

Un certain nombre d'actes et de médicaments ne sont pas remboursés. Les choix de remboursement ou de non-remboursement ne semblent pas toujours être faits dans l'intérêt du patient. L'existence de prestations nécessaires non remboursées engendre un système dual, renforce les inégalités d'accès à la protection de la santé.

En ce qui concerne les médicaments, par exemple, « Il existe parmi les médicaments non remboursés des produits ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur utilité. On songe aux médicaments antidouleur usuels (aspirine, paracétamol) qui sont aussi des produits employés pour faire tomber la fièvre, aux désinfectants, aux produits employés pour le traitement des poux ou de la gale, et caetera. Quoique relativement peu coûteux, l'achat de ces produits peut s'avérer inabordable, par exemple pour une famille avec de nombreux enfants.

Les arguments invoqués pour maintenir ces médicaments hors du remboursement sont divers : non demande de la firme productrice, coût élevé d'un remboursement, augmentation de prestations médicales (consultations) pour simple prescription avec possibilité d'abus de la part des prescripteurs ou des usagers, maintien de ces produits dans le champ d'autonomie du patient. Un remboursement de ces produits pour les personnes moins aisées nous paraît pourtant nécessaire, par exemple un remboursement réservé aux personnes rentrant dans la catégorie VIPO élargie. Ce remboursement devrait être attribué non pas à tous les produits pharmaceutiques, mais à ceux ayant fait la preuve de leur efficacité. Il serait regrettable que les abus possibles du chef de quelques prescripteurs ou usagers pénalisent des personnes en difficulté » (Hoffman, 1998: 14).

¹⁴ Première enquête nationale de santé par interview organisée en Belgique par la section d'Epidémiologie de l'Institut Scientifique de la Santé Publique en collaboration avec l'Institut National de Statistiques.

¹⁵ « Le report des soins, terme générique, recouvre des **réalités diverses**. L'objet du report, la personne du ménage concernée par le report ainsi que les différentes manifestations d'un problème d'accès aux soins (renoncer, reporter, rencontrer des difficultés sans reporter) sont autant de dimensions qui doivent être prises en compte dans la problématique de l'accès aux soins » (Martin, 1999: 86).

Les prestations et médicaments non remboursés ne sont enregistrés nulle part. De ce fait, il n'est pas possible de les intégrer dans le système de franchise sociale et fiscale ni dans la facture maximum (voir point c relatif aux mécanismes correcteurs).

b) Le ticket modérateur¹⁶

L'augmentation du ticket modérateur pour toute une série d'actes restreint de manière évidente la portée des modifications. Et pourtant « contrairement à une idée trop souvent répandue, l'augmentation de la participation de l'assuré à ses dépenses n'a jamais constitué un frein à la progression de celles-ci mais s'avère coûteuse pour lui-même et la société... La diminution de la part remboursée par l'assurance-maladie ne freine pas l'augmentation des dépenses globales... Une analyse des dépenses par poste permet même de constater que ce sont ceux où le ticket modérateur est le plus élevé qui augmentent le plus vite. En fait, la plupart des assurés n'hésitent pas à neutraliser le ticket modérateur en recourant à une assurance complémentaire. Ainsi, seuls les plus démunis ou les plus inconscients le supportent et son seul effet est alors de dissuader d'un recours à la médecine de ville qui, bien souvent, éviterait une hospitalisation plus coûteuse (...) » (Rey, 1994). Cette recherche analyse des données françaises mais on peut légitimement penser que les comportements des Belges sont proches de ceux des Français.

Les médicaments coûtent cher. « Leur prix s'accroît rapidement et les nouvelles molécules mises sur le marché atteignent des prix étonnamment élevés. La complexité des négociations dans la fixation des prix des médicaments, les retombées sociales et économiques de ces négociations avec le secteur pharmaceutique, les perspectives de modification des réglementations à l'échelon européen sont des facteurs sur lesquels l'utilisateur n'a aucune prise et dont il subit les conséquences » (Hoffman, 1998: 14).

Certains médicaments ne sont pas remboursés, d'autres peu. Parfois, des personnes incapables de faire face aux frais barrent des médicaments sur la prescription, retardent le traitement ou diminuent la quantité ou la dose quotidienne pour que le traitement dure plus longtemps. Dans le meilleur cas, elles essaient de s'arranger avec le pharmacien pour différer ou échelonner le paiement. Certains partagent leurs médicaments avec d'autres. Les listes de médicaments admis au remboursement par les CPAS varient énormément d'une commune à l'autre¹⁷.

Les médicaments génériques¹⁸ coûtent moins cher mais sont trop peu prescrits par les médecins. Certains pensent que l'introduction de la possibilité de prescrire un médicament sous sa seule dénomination chimique entraînerait un usage plus important des médicaments génériques. La question de la diminution de prescriptions magistrales est également posée : celles-ci ne sont-elles pas un moyen de lutter contre l'abus de médicaments ?

Pour beaucoup de patients, le paiement de l'acompte¹⁹ qui peut être renouvelé tous les sept jours, en cas d'hospitalisation, est impossible et les éventuels suppléments de frais le sont tout autant.

¹⁶ Le ticket modérateur désigne la quote-part personnelle dont est redevable l'assuré dans le coût des soins de santé.

¹⁷ Voir « Le rôle des CPAS par rapport à la protection de la santé et particulièrement à l'accès aux soins de santé », note de travail du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, juin 2000.

¹⁸ Les médicaments génériques sont des médicaments moins chers mais de même valeur thérapeutique. Les médicaments génériques apparaissent sur le marché lorsque la protection des médicaments de marque originaux, assurés par un brevet, est expirée.

¹⁹ Depuis la dernière indexation (1 septembre 2000), l'acompte est, en chambre à deux lits, de maximum 6.000 Bef / 148,73€ (assuré ordinaire) ou 3.000 Bef / 74,36 € (enfant ou bénéficiaire de l'intervention majorée) +

Les personnes pauvres renoncent bien souvent aux soins dentaires, particulièrement mal remboursés. Les inégalités sociales sont très frappantes dans ce secteur. Ainsi, selon l'Enquête de santé de 1997, 60 % des personnes à faible revenu ou à bas niveau d'instruction n'étaient pas allées chez le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête contre 42 % pour les personnes ayant un revenu ou un niveau d'instruction plus élevé.

Les soins para-médicaux ne sont pas ou faiblement remboursés. Un suivi par un logopède, par exemple, est souvent indispensable et conseillé par l'école mais inaccessible financièrement (voir la section 3 consacrée à la prévention).

Des prothèses indispensables ne sont pas remboursées. Le budget INAMI de 2001 prévoit un meilleur remboursement de certaines d'entre elles.

Les personnes ayant de faibles moyens financiers n'arrivent souvent pas à payer les lunettes. Le budget 2001 prévoit un meilleur remboursement des montures et verres pour enfants ainsi que des appareils auditifs pour enfants.

Le montant élevé du ticket modérateur dans le domaine des soins palliatifs induit une discrimination : les patients qui ne disposent pas de moyens suffisants pour payer les soins à domicile, mal remboursés, n'ont d'autres choix que de terminer leur vie à l'hôpital, ce qu'ils ne souhaitent généralement pas et ce qui coûte plus cher à la collectivité. En 2000, un forfait 'soins palliatifs à domicile' a été instauré²⁰. D'autres petites améliorations sont prévues au budget 2001.

c) Les mécanismes correcteurs

- L'intervention majorée

L'assimilation de certains chômeurs aux bénéficiaires de l'intervention majorée ne concerne que les frais d'hospitalisation, non compris le forfait de 1.100 Bef (27,26 €) dû pour le premier jour. Une fois de plus, les soins à domicile pourtant mieux acceptés et moins coûteux pour la collectivité sont pénalisés. Cette option hospitalisation pose des problèmes familiaux concrets, évoqués dans le Rapport Général sur la Pauvreté (RGP, 1994: 148).

Certains chômeurs, petits indépendants, salariés ou ouvriers disposent de revenus très proches du minimex avec lesquels ils doivent parfois payer des loyers très chers. Parmi eux, les débiteurs de pension alimentaire disposent même parfois d'un montant moindre que le minimex puisqu'il n'y a aucune limite à la saisissabilité de leurs revenus ; la situation des créanciers d'une pension alimentaire non payée n'est guère plus favorable. Ceux qui doivent rembourser des dettes risquent aussi de se trouver dans une situation très précaire. Lorsque ces personnes ont d'importants frais de santé pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, c'est la catastrophe. L'investissement dans l'enfance et dans sa santé est pourtant essentiel (voir la section 3 consacrée à la prévention). L'effet pervers de la catégorisation apparaît ici. Elle divise des personnes pauvres entre elles. Elles les acculent à des choix impossibles : du point de vue de leur dignité, elles préfèrent être chômeurs que bénéficiaires du minimex mais elles survivent parfois un peu mieux avec le minimex et ses 'avantages' qu'avec l'allocation de

7 fois 735 Bef / 18,22 € (le prix de la chambre). En chambre commune, il ne peut être supérieur à 6.000 Bef / 148,73 € (assuré ordinaire) ou 3.000 Bef / 74,36 € (bénéficiaire de l'intervention majorée).

²⁰ Un montant de 19.500 Bef / 483,39 € est octroyé pour 30 jours, renouvelable une fois.

chômage. On peut aussi se demander ce qui se passe pour les personnes sans ressources qui attendent une décision du CPAS. Le Rapport Général sur la Pauvreté plaide pour un élargissement du régime préférentiel qui ne serait plus accordé en fonction du statut du bénéficiaire mais de son revenu.

- Les franchises sociale et fiscale²¹

Ces deux mécanismes correcteurs n'interviennent qu'a posteriori et ne rencontrent donc pas les problèmes d'avances des frais. Ce système est mal connu et difficile à comprendre : il n'empêche pas la sous-consommation de soins chez les plus démunis. Une personne opérée en 1996, par exemple, ayant droit à la franchise sociale, n'a toujours pas été remboursée et aucun service ne semble compétent pour débloquer la situation alors que théoriquement, l'application de la franchise sociale est automatique. Tous les frais n'entrent pas en ligne de compte pour établir le droit à la franchise : les médicaments, généralement très coûteux, par exemple en sont exclus de même que certains frais para-médicaux en ambulatoire, la logopédie notamment.

La franchise sociale se situe à un niveau trop élevé. Ce sont les premiers 15.000 Bef (371,84€) qui posent problème. Elle devrait fonctionner par paliers, d'autant plus élevés que les revenus sont plus élevés, et non sur la base de l'appartenance à une catégorie sociale.

La franchise fiscale ne concerne que les personnes enrôlées dont les revenus sont suffisamment élevés pour être imposables. Elle intervient 1 an et demi après la date effective des dépenses (voir point 2.2.1.2). Elle pourrait être supprimée surtout si la franchise sociale est réaménagée par paliers.

- Le 'maximum à facturer' (MàF)

Pour répondre à ces critiques, le gouvernement veut arriver à mettre en place progressivement un système de 'facture maximum' dans lequel les interventions personnelles pour les prestations de l'assurance-maladie obligatoire ne dépassent pas un seuil de dépenses raisonnables, établi en fonction du revenu imposable et dans lequel le remboursement des frais au-delà de ce seuil soit rapide. Il veut également élargir progressivement l'assiette des franchises.

Depuis le 1^{er} janvier 2001, les médicaments indispensables²² sont inclus dans l'assiette de la franchise²³; certains frais d'hospitalisation notamment dans le secteur des soins psychiatriques le sont également mais seulement pour les familles à faible revenu (revenu imposable net inférieur à 540.000 Bef / 13.386,25 €). Il est prévu que le remboursement s'effectue plus rapidement qu'auparavant. L'effectivité de cette modification devra être évaluée.

²¹ Il s'agit d'un système de correction sociale limitant annuellement la somme totale des tickets modérateurs pris en charge par le patient.

²² Les médicaments délivrés sur prescription sont classés en catégories déterminant le montant à charge des organismes assureurs et le solde à charge du patient. Les médicaments indispensables appartiennent aux catégories A et B de remboursement. Pour les médicaments classés A, le patient ne paie rien.

²³ Les arrêtés d'exécution ne sont pas encore parus. Les mutualités conservent toutes les données afin de pouvoir encoder dès leur parution.

Le système de facture maximum fixe à 18.000 Bef (446,20 €) le plafond des tickets modérateurs, pour les ménages dont le revenu imposable ne dépasse pas 540.000 Bef. (13.386,25 €). Pour les revenus à partir de 2.000.000 Bef (49.578,70 €), le plafond des tickets modérateurs est de 100.000 Bef (2478,93 €). Entre ces deux extrêmes, il y a quatre paliers. Le plafond le plus bas est donc de 18.000 Bef (446,20 €) au lieu de 15.000 Bef (371,84 €) précédemment, or cette première somme pèse très lourd sur les petits budgets. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, il reste impossible de tenir compte des prestations et médicaments non remboursés dans le système de facture maximum (voir point a relatif au non-remboursement). Notons aussi que pour les travailleurs indépendants, dont certains ne disposent que de très faibles revenus, la facture maximum n'a que des effets limités. Cela tient au fait que leur régime d'assurance maladie est distinct du régime général.

d) Le forfait

Le forfait désigne un mode de paiement des soins de santé par abonnement. Le mode classique est le paiement à l'acte. Un nombre restreint de prestataires, en l'occurrence de maisons médicales, pratiquent le paiement au forfait. Il concerne aujourd'hui plus de quarante mille personnes. Ce système réduit fortement le coût des soins pour les patients qui ne paient que leur cotisation à l'assurance soins de santé. Il s'agit là d'une piste originale d'accès aux soins qui mérite une évaluation rigoureuse²⁴.

2.2.2.2. L'avance des frais

Ni un meilleur accès à l'assurance soins de santé, ni un remboursement à un taux préférentiel ne résolvent le problème de l'argent à avancer, problème d'autant plus crucial que le budget est limité.

Le Rapport Général sur la Pauvreté demande l'extension du tiers-payant²⁵ à tous les prestataires. Il est en effet déterminant qu'il puisse être pratiqué en médecine ambulatoire (RGP, 1994: 146-147). Actuellement, ce n'est possible - mais non obligatoire - que dans les cas explicitement prévus par la loi. Le prestataire décide au cas par cas de l'appliquer ou non, même quand le patient répond aux conditions prévues par la loi. Notons au passage que l'arrêté royal prévoyant cette exception au profit des bénéficiaires de l'intervention majorée n'a pas été modifié suite à l'extension du statut VIPO. Il est vrai qu'en dehors des enfants bénéficiaires d'allocations familiales majorées, les membres des autres catégories bénéficiaient déjà du tiers-payant.

« La réalité du terrain montre que ce tiers-payant reste indispensable. Pour les plus démunis, les quelques centaines de francs nécessaires à la consultation manquent souvent. Priver ces personnes du tiers-payant revient à leur interdire tout accès aux soins. Pour les personnes à revenus très modestes, par exemple les chômeurs pères de famille nombreuse, si la première consultation est souvent possible, les suivantes ne le sont plus. Il y a là une source

²⁴ Pour plus d'informations sur le forfait, notamment les arguments pour et contre, nous signalons la parution d'un cahier consacré à ce sujet dans le trimestriel de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, « Santé conjugée », janvier 1998, n°3. L'ouvrage de F. Louckx qui figure dans la bibliographie de ce chapitre contient plusieurs contributions intéressantes sur le sujet: voir les articles de R. De Ridder, J. De Maeseneer, E. Vandedrincx et A. Peleman.

²⁵ Il s'agit d'un mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service, l'institution reçoit directement de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

d'hospitalisations abusives, non liées à la gravité de la pathologie, ou encore d'abandon de soins particulièrement néfaste et regrettable en ce qui concerne les enfants » (Hendrick, 1998: 11).

Le Rapport Général sur la Pauvreté demande aussi la simplification administrative du système du tiers-payant qui exige actuellement une comptabilité élaborée et entraîne des retards de paiement pour le médecin. Pourtant, le tiers-payant facilite l'accès à la première ligne, évite l'hospitalisation. L'accès des médecins au système de la carte d'identité sociale constituerait un incitant positif pour ceux qui sont prêts à l'appliquer mais sont découragés par la lourdeur administrative. Certains prestataires sont en effet intéressés par le système du tiers-payant. A Gand, dans la région du Centre et dans celle de Chimay, par exemple, des médecins généralistes et des organismes assureurs ont conclu un accord relatif à une application plus systématique.

Le Rapport demande aussi une information efficace des prestataires. Le Ministre des affaires sociales a proposé au comité de l'assurance INAMI de lancer une campagne de sensibilisation concernant l'application du système du tiers-payant, à l'intention des prestataires de soins, des ayants-droit, des organismes assureurs, des CPAS et des services sociaux²⁶.

Le tiers-payant fait partie de l'évaluation en cours à la demande de la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale. « Si le tiers-payant entraîne une surconsommation, il faut bien l'évaluer. S'agit-il d'une consommation enfin possible pour des personnes démunies qui n'avaient pas accès ? S'agit-il d'abus ? Une évaluation rigoureuse du tiers-payant permettra de l'appliquer lorsqu'il est nécessaire en évitant d'éventuels abus. Tant qu'on n'a pas fait la part des choses, il est indispensable de maintenir le statu quo et si possible d'élargir les exceptions à l'interdiction » (Hendrick, 1998).

Signalons aussi que certains patients qui arrivent à grand-peine à avancer les frais remboursés par la mutuelle sont mis en difficulté par le remboursement différé par l'organisme assureur. De plus, certaines personnes pauvres ne sont pas titulaires d'un compte bancaire.

2.2.2.3. L'information sur les coûts

L'accessibilité financière n'est pas le seul problème. L'information sur les coûts, ou plutôt la non-information, constitue un obstacle important.

« D'une façon générale, la transparence des coûts en soins de santé laisse à désirer. La plupart du temps, le patient est peu ou mal informé quant aux prestations de soins pour lesquelles il devra avancer le montant du remboursement INAMI et celles pour lesquelles il est simplement tenu de payer le ticket modérateur. La compréhension de ces distinctions est d'autant plus difficile que l'ensemble des institutions, voire des praticiens ne pratiquent pas les mêmes règles... Enfin, il n'est pas toujours simple pour les patients de savoir quels médecins généralistes ou spécialistes sont conventionnés et lesquels ne le sont pas » (Roelandt, 1998: 12).

²⁶ Des participants au groupe santé ont demandé qu'une liste des prestataires pratiquant le tiers-payant soit mise à la disposition des patients. La législation en vigueur actuellement interdit toute forme de publicité : « Le prestataire de soins ne peut, ni de par sa propre personne, ni par autrui, ni directement, ni indirectement faire de la publicité au sujet de l'application du régime du tiers payant » (article 4bis §1^{er} 5° de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de la loi instituant et organisant un régime d'assurances obligatoires soins de santé et indemnités). Des participants au groupe ont aussi évoqué la possibilité de rendre obligatoire la pratique du tiers-payant, aujourd'hui laissée à la libre appréciation du prestataire. Cette proposition, malgré son intérêt, est estimée irréalisable actuellement par de nombreux acteurs de santé.

« L'information des patients laisse à désirer aussi en ce qui concerne les médicaments. Peu de gens savent à combien se montera la note en entrant dans une pharmacie et cette incertitude en fait reculer plus d'un ou entraîne des sélections irréflechies dans la prescription. De même, il semble que malgré les moyens mis à leur disposition pour s'informer des prix et malgré les campagnes de sensibilisation, les prescripteurs sont trop souvent peu conscients des montants qu'ils imputent à leurs patients. Par ces deux mécanismes, l'ignorance des coûts entrave l'accès au traitement. Des mesures améliorant la clarté des prix sont nécessaires. C'est sans doute au niveau des prescripteurs et d'une évolution de leur mentalité que doit se chercher une partie de la solution (...)» (Hoffman, 1998: 14).

Il existe au sein de l'INAMI un fonds de solidarité qui peut intervenir pour des prestations exceptionnelles non remboursées. Peu de patients en connaissent l'existence, peu de médecins aussi. Il conviendrait de faire mieux connaître ce fonds et ses règles de fonctionnement, tout en sachant que les conditions pour en bénéficier sont très strictes et la procédure fort lente.

2.2.3. Des obstacles administratifs

La généralisation de l'accès à l'assurance soins de santé en simplifie l'accès. La carte d'identité sociale est un outil utile qui permet notamment une application plus simple du système du tiers-payant. Le fonctionnement du système de l'assurance soins de santé reste cependant mal connu. Les modifications récentes n'échappent pas à ce constat et sont donc insuffisamment appliquées.

Les nombreux services proposés par les mutualités restent flous et compliqués. D'une mutualité à l'autre, voire même au sein d'un même organisme selon la région, des différences peuvent apparaître concernant ce qu'elles offrent et à quel prix. Il est dès lors de moins en moins facile de savoir ce qui est légalement obligatoire et ce qui ne l'est pas. La plupart des mutualités proposent à leurs affiliés une assurance dite complémentaire mais néanmoins obligatoire. Il arrive que l'accès à l'assurance soins de santé soit refusé aux personnes qui ne la paient pas, mais il s'agit d'une pratique illégale²⁷. Souvent l'information à ce sujet manque ou est incompréhensible. Les Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté évoquent dans leur note la possibilité de supprimer ce système complémentaire, couplée à une révision des cotisations obligatoires proportionnelles aux revenus.

Cette question des assurances complémentaires est à situer dans son contexte : la croissance constante des dépenses de santé et la prise en charge insuffisante de la protection sociale qui incitent à la privatisation des risques sociaux. « Il est nécessaire et raisonnable de s'opposer à une dérive qui, sous couvert d'économie, de bonne gestion et de responsabilité de l'utilisateur, conduit à réduire la couverture santé de qualité et à transférer certains risques obligatoires aux régimes complémentaires. La charge résiduelle partielle, voire totale, pesant sur l'utilisateur devient trop lourde pour des personnes à faibles revenus ou en situation de précarité » (Rocard, 2000: 13).

²⁷ L'assurance complémentaire offre, à côté des frais pris en charge par l'assurance obligatoire, divers avantages propres à chaque mutualité (primes diverses, services de soins à domicile...). Il est fréquent que les statuts des mutualités exigent, comme condition à l'affiliation, la souscription aux services de l'assurance complémentaire. Il s'agit d'une pratique légale. La mutualité peut donc, sur la base de ses statuts, procéder à l'exclusion du membre parce qu'il n'a pas réglé la cotisation complémentaire (informations figurant dans la brochure de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, *L'accès aux soins de santé : un droit pour tous*, 1999). La CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) n'organise pas d'assurance complémentaire.

Le manque d'information apparaît tant du côté des patients – parfois les personnes apprennent par hasard qu'elles ont un droit - que des professionnels : médecins, travailleurs sociaux, employés des mutuelles... alors que l'appui de ces derniers est bien souvent indispensable pour faire respecter les droits des plus démunis (RGP, 1994: 130). Du côté des mutuelles, on déplore que les personnes ne fassent pas davantage appel à leurs services sociaux gratuits, accessibles, dont les travailleurs bénéficient d'une formation permanente et polyvalente.

2.2.4. Des obstacles culturels

La culture sanitaire est le produit de multiples facteurs: « (...) le faible niveau d'instruction et le manque de connaissances relatives au schéma corporel, à la santé, à la maladie ; la mauvaise maîtrise de la langue ; les conditions de vie et le poids d'autres problèmes quotidiens ; le sentiment de dépendance ou d'infériorité à l'égard du corps médical (...) » (RGP, 1994: 132). Tous ces facteurs caractérisent les personnes qui vivent dans la pauvreté.

« La santé, une relation » est le titre d'une section du Rapport Général sur la Pauvreté (RGP, 1994: 133) qui souligne « les difficultés de dialogue entre personnes généralement issues de « mondes » très différents » (RGP, 1994: 148) dont le système de valeurs et de normes utilisées est très différent. Par exemple, les messages de prévention ne portent pas leurs fruits notamment parce qu'ils s'adressent surtout aux classes moyennes et sont peu en mesure d'atteindre les classes défavorisées. Un exemple est l'information et l'éducation pour la santé par le biais de campagnes médiatiques, de dépliants, de conférences²⁸.

Les patients ont trop peu de place dans le système de soins de santé. Leur place y est d'autant plus fragile qu'ils ont moins d'argent, de formation et plus de difficultés. Conformément à ce que prévoit l'Accord de gouvernement, une Charte des droits des patients est en cours d'élaboration. Déjà on note des contradictions flagrantes entre les principes repris dans le projet de Charte, le libre choix notamment, et la réalité vécue par les plus pauvres.

2.2.5. Des obstacles liés aux moyens de communication

Pour accéder aux soins de santé, il faut accéder aux lieux où ces soins sont dispensés. Ceux-ci ne sont pas toujours desservis par les transports publics. La situation en milieu rural est particulièrement difficile de ce point de vue. Le prix des transports en commun constitue un coût indirect qui compte dans de petits budgets. Ne pas avoir de téléphone constitue aussi un obstacle.

Les difficultés liées à la mobilité posent aussi la question de l'insuffisance des structures de santé primaire dans les quartiers pauvres, déjà évoquée (point 2.2.1.). On peut s'interroger, par exemple, sur les conséquences en termes de protection de la santé, de la diminution des points de consultation de nourrissons, et donc de leur plus grande dispersion géographique.

²⁸ Voir à ce propos la section 4 de ce chapitre relative à la formation.

2.3. Le coût du nonaccès à des soins de qualité

« Je ne peux pas payer les lunettes dont mon fils aurait besoin. Le médecin m'a dit : s'il ne porte pas de lunettes, il va perdre l'usage d'un oeil. Comme il ne voit pas bien, il a du mal à apprendre à l'école. Qu'est-ce qu'il va devenir plus tard ? C'est tout son avenir qui est en jeu ! » (RGP, 1994: 135-136).

Le recours tardif aux soins de santé engendre un coût exorbitant : outre le coût humain dramatique pour les personnes concernées et leurs proches, le coût financier pour la société est énorme.

Les investissements préventifs des Communautés, par exemple, les dépistages réalisés grâce à la médecine scolaire, se transforment en gaspillage des deniers publics si les parents concernés ne peuvent assurer le suivi du diagnostic (achat de lunettes, consultation chez le dentiste,...). Le non-recours aux soins de première ligne entraîne une sur-hospitalisation beaucoup plus coûteuse pour la collectivité.

2.4. Le rôle des CPAS²⁹

Malgré les progrès réalisés vers l'accès de tous aux soins de santé, et sans attendre les résultats complets de l'évaluation en cours des mesures, il apparaît déjà que la contribution des CPAS reste indispensable dans le domaine de l'accès aux soins. L'accès aux soins doit être organisé à titre principal à l'intérieur de la sécurité sociale. C'est dans cette perspective qu'une réflexion sur le rôle des CPAS - rôle supplétif au bénéfice de ceux qui sont confrontés aux limites de la sécurité sociale - trouve sa légitimité.

La note des Associations reprend le constat inscrit dans le Rapport Général sur la Pauvreté. Chaque CPAS a développé son approche dans le domaine de la santé. Plus grave encore, certains CPAS ont diminué leur aide en raison des mesures prises suite au Rapport (retrait de la carte médicale par exemple). Ceci rend les personnes pauvres, dans les faits, un peu plus pauvres qu'avant. Chaque CPAS a son règlement. Si on ajoute à cela que chaque travailleur social est différent des autres, cela devient une loterie.

Des médecins généralistes abondent dans le même sens ; ils pointent spécialement la disparité des listes de médicaments que les CPAS acceptent de prendre en charge. « ... Ces listes diffèrent d'un CPAS à l'autre. Le cas de Bruxelles est à ce point de vue une caricature grotesque, les médicaments accessibles variant tous les deux ou trois kilomètres » (Hoffman, 1998: 14).

Les CPAS interprètent aussi de manière très variée leur obligation d'affiliation à l'assurance maladie invalidité. Le libre choix est parfois laissé, pas toujours. Un des facteurs déterminants est l'exigence de certaines mutuelles de faire de l'assurance complémentaire une condition sine qua non d'inscription. Dans ce cas, soit le CPAS paie la cotisation complémentaire, soit il laisse le choix à l'intéressé en lui précisant que les cotisations complémentaires seront à sa charge. Il semble enfin que certains CPAS refusent d'affilier des personnes qui s'adressent à eux.

²⁹ Cette partie résume une note rédigée par le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, à l'intention de la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale et l'économie sociale (juin 2001). Cette note rappelle le rôle des CPAS dans le domaine de la santé du point de vue légal (loi et jurisprudence), la réalité du terrain, l'impact et les enjeux de l'écart entre le texte de loi et son application et formule des pistes pour une meilleure adéquation entre le texte de loi et sa mise en oeuvre.

Des études universitaires confortent ces constats de terrain. « L'autonomie de chaque CPAS conduit à l'utilisation d'une énorme variété de barèmes, lignes directrices, critères, tableaux ou même de guides de 300 pages dans les plus grands CPAS en Flandre. La conséquence est naturellement que la variété se retrouve aussi au niveau de l'ampleur de l'aide. L'Homme a constaté dans son étude de grandes différences entre les CPAS de l'arrondissement judiciaire d'Anvers sans qu'il n'y ait aucun élément objectif décelable susceptible de les justifier. Ainsi des différences allant jusqu'à 30% existent entre des communes parfois voisines. Chaque CPAS manie ses propres critères pour l'attribution de l'aide et pour son montant » (Vranken, Geldof, Van Menxel, 1999: 93 – traduction du néerlandais).

Le dernier Rapport d'avancement de la mise en oeuvre du Rapport Général sur la Pauvreté abonde dans le même sens. « Les grandes différences au niveau des politiques menées par les CPAS sur le plan de la prise en charge et du remboursement des soins de santé renforcent encore le sentiment d'inégalité » (Rapport d'avancement, 2000: 21).

Médecins sans frontières se trouve confronté à la disparité des pratiques des CPAS face aux « demandeurs d'asile avec un code 207 CPAS ». « Normalement ces patients ne devraient pas se rendre aux consultations MSF... Les travailleurs sociaux déploient beaucoup d'énergie à réorienter ces patients en essayant de faire fonctionner le système mis en place (quel est le statut ? qui est compétent ? peut-on obtenir un réquisitoire, une carte médicale ? le patient est-il inscrit à la mutuelle ? la mutuelle est-elle en ordre ? dans quel hôpital peut-il se faire soigner ? comment faire pour les médicaments ? etc). Autant de questions dont les réponses seront à chaque fois différentes d'un CPAS à l'autre (...) » (Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières, 1999: 14). Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel dénonce l'application disparate par les CPAS de l'arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel, 2000).

Face à ce constat très largement partagé, depuis de nombreuses années, il est nécessaire que le Ministre compétent précise clairement les responsabilités et obligations des CPAS quant à l'accès aux soins afin que ceux-ci participent de manière efficace et juste à la prise en charge rapide du coût des soins, dans le respect du droit au libre choix du patient, favorisant ainsi le recours à la médecine de première ligne.

Deux arguments sont généralement invoqués contre une précision du rôle des CPAS : les contraintes budgétaires et l'autonomie communale.

- Les présidents et conseillers des CPAS sont, il est vrai, responsables des deniers publics et doivent donc gérer correctement le budget, très variable d'une commune à l'autre. Cette responsabilité ne suffit cependant pas à les dispenser de respecter la loi et de l'appliquer conformément à son esprit³⁰. La jurisprudence est claire à ce propos. Notons au passage qu'en matière d'accès aux soins de santé, un transfert de charges s'est opéré des CPAS vers l'Etat fédéral grâce aux mesures de généralisation de l'accès à l'assurance maladie, de l'extension du statut préférentiel, d'interventions plus importantes en faveur des malades chroniques. Les mesures actuellement envisagées devraient renforcer encore ce transfert.

³⁰ Sur la place des considérations budgétaires, voir notamment Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids, Jan Vos, coordinateur de la rédaction, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een coproductie met de Vlaamse Gemeenschap, Politeia, 1999, p. 18 : « La prise en compte des contraintes financières est nécessaire mais ne peut aboutir à rendre impossibles les discussions de fond » (traduction du néerlandais).

- Quant à l'autonomie communale, nous rappelons qu'elle n'autorise pas la violation des dispositions légales et qu'elle doit s'exercer au profit des personnes qui s'adressent au CPAS³¹.
- En matière de soins de santé, de nombreux écarts par rapport à ces deux balises sont constatés et exigent une réaction rapide.

3. Prévention

3.1. L'importance de la prévention primaire

Le coût exorbitant d'une absence de soins et d'interventions tardives a été évoqué plus haut (voir point 2.3.). Il convient maintenant de revenir en amont.

«La prévention des maladies et des accidents ne dépend pas seulement de la médecine. Elle dépend surtout des conditions de vie et des forces de chacun pour résister à ce qui agresse la santé. La prévention, c'est l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On établit généralement une distinction entre trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire désigne tout ce qui permet de rester en bonne santé et donc tout ce qui améliore la qualité de vie. La prévention primaire n'est en général pas du ressort des professionnels de la santé (par exemple : l'amélioration de la salubrité des logements, l'exercice physique, une alimentation saine, des contacts sociaux positifs...) sauf pour certains actes comme les vaccinations. L'éducation à la santé fait aussi partie de la prévention primaire.
- La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la gravité et la durée des maladies, de les détecter et de les traiter le plus tôt possible. En Belgique, la prévention secondaire est surtout assurée par des services préventifs – comme ceux destinés à la promotion de la santé maternelle et infantile, la médecine scolaire, la médecine du travail - mais aussi par le médecin traitant.
- La prévention tertiaire a pour but de réduire au maximum les complications et l'invalidité suite à la maladie ou aux accidents. C'est par exemple la rééducation par les kinésithérapeutes, les orthophonistes, etc.

Il existe donc, d'une part, une prévention 'médicale' (vaccinations, détection de maladies déterminées) et d'autre part, une prévention 'non médicale' qui porte sur les conditions de vie» (Projet Santé Culture Quart Monde avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles, 2001 : 30-31)³².

Pour les Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté, la prévention primaire est essentielle : c'est «en améliorant les conditions de vie des plus pauvres que l'on réaliserait les plus grands progrès en matière de santé » (RGP, 1994 : 125). «Rendre les soins de santé plus accessibles sans mener une lutte acharnée contre la pauvreté et l'exclusion revient à mettre des emplâtres sur une jambe de bois» (Hendrick, 2001).

³¹ La Charte de l'autonomie locale du Conseil de l'Europe définit en ces termes l'autonomie locale : « (...) le droit et la capacité effective pour les collectivités locales de régler et de gérer, dans le cadre de la loi, sous leur propre responsabilité et au profit de leurs populations, une part des affaires publiques ». Article 3.1. (les passages soulignés le sont par le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale).

³² C'est nous qui soulignons les différentes expressions.

Les maisons médicales partagent cette conviction : «l'amélioration de l'état de santé passe avant tout par la lutte contre la pauvreté» (VWGC, 1999: 27 – traduction du néerlandais). Cette revendication est aussi étayée scientifiquement. Différentes études ont en effet montré l'influence déterminante exercée par les conditions de vie générales sur la santé (voir point 1.1.).

Il est étonnant de voir que si peu de projets de prévention primaire fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse en termes de santé.

Le rôle des professionnels de la santé par rapport à la prévention mérite réflexion. Ne pourrait-on pas imaginer qu'un médecin qui soigne un enfant dont la maladie est liée à l'humidité du logement, par exemple, porte aussi la responsabilité d'interpeller les autorités compétentes à ce sujet ? Pour les travailleurs de la santé exerçant dans les maisons médicales, les soins de santé dépassent une aide purement médicale : «Il m'est arrivé de rédiger des rapports au sujet de logements insalubres» raconte un médecin généraliste travaillant dans un quartier défavorisé de Bruxelles (Le Soir, 2000). Les avis divergent toutefois en ce qui concerne le rôle de 'signal' du médecin : pour certains, il devrait être développé et légitimé ; pour d'autres, il est incompatible avec le secret professionnel.

Vu l'importance de la prévention, une section distincte est consacrée à ce thème dans ce chapitre. Le but n'est nullement d'alimenter le débat relatif aux 'soins préventifs versus les soins curatifs'. Nous parlons ici d'une politique de santé qui doit tenir davantage compte des réalités sociales, politique dans laquelle les soins préventifs et curatifs doivent former un ensemble intégré.

3.2. Dans quelle mesure la politique préventive de santé est-elle socialement équitable ?

Il est notoire que les classes sociales les plus pauvres recourent beaucoup moins aux dispositifs de prévention. Des différences socio-économiques ont été observées sur la base de l'Enquête de Santé de 1997, notamment:

- en ce qui concerne le cancer du sein, le plus répandu chez les femmes, celles appartenant aux groupes ayant le revenu ou le niveau d'instruction le plus bas ont subi un examen préventif beaucoup moins souvent³³;
- en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, troisième type de cancer le plus souvent observé chez les femmes, la détection dépend encore plus du statut socio-économique. En effet, les femmes appartenant au groupe ayant un revenu plus élevé sont deux fois plus nombreuses que celles du groupe à revenu le plus faible à demander un dépistage ;
- pour les visites chez le dentiste, rappelons que ce sont les personnes pauvres qui vont le moins souvent chez le dentiste et qui ont la dentition la plus mauvaise ;
- l'Enquête de Santé montre aussi qu'en matière de prévention des maladies infectieuses, l'inégalité est alarmante dans le cas du SIDA. En effet, le niveau d'instruction joue un rôle très net dans la connaissance des modes de transmission et des mesures de protection: moins les personnes sont instruites, moins elles connaissent.

³³ Une campagne nationale de prévention du cancer du sein démarre en 2001. Toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans seront convoquées tous les deux ans pour un dépistage gratuit.

Comment l'éducation à la santé ou la promotion d'un mode de vie sain pourraient-elles avoir un impact sur des personnes vivant dans des conditions misérables et n'ayant pas d'autre choix que de subir une vie impliquant de nombreux risques pour la santé ?

Selon le Rapport Général sur la Pauvreté, peu d'informations sur l'accessibilité des services de prévention pour les plus pauvres sont actuellement disponibles. Toutefois, on admet maintenant publiquement que «les moins nantis sur le plan socio-économique (...) bénéficient moins que les autres catégories de la population des avantages des initiatives de prévention et de promotion de la santé» (Vandenbroucke, 1999: 71). Une étude scientifique a aussi montré que les soins préventifs, plus encore que les soins curatifs, sont répartis de manière très inégale parmi la population belge³⁴. Les travailleurs de terrain reconnaissent que les couches défavorisées de la population, a priori les plus fragiles, demeurent les plus difficiles à atteindre (Hoffman, 1999 : 39).

Une proposition de décret en matière d'égalité sociale dans le domaine de la politique de santé préventive a été déposée au Parlement flamand. Elle découle de la constatation que peu de résultats de recherche sont disponibles pour analyser et évaluer en profondeur la politique de prévention en Flandre. «On peut à peine répondre à des questions simples telles que: qui reçoit quoi du budget flamand pour la prévention? Quels sont les résultats de ces 'investissements' ? Ce manque de données politiques incontestables vaut plus encore pour la problématique de l'inégalité sociale en matière de santé : pour nos analyses, nous devons nous appuyer sur quelques rares études.

Premièrement, un rapport récent de l'Institut flamand pour la promotion de la santé constate que dans la politique flamande de prévention, il manque une approche structurelle pour 'une diminution de l'inégalité sociale dans le domaine de la santé' (...).

Deuxièmement, le bilan le plus récent de 'Vijf jaar projecten voor gezondheidspromotie in Vlaanderen'³⁵ montre (...) que plus de 90 % de la promotion de la santé en Flandre s'adressent manifestement aux personnes des classes socio-économiques 'les plus favorisées' surtout. Moins de 10 % seulement s'adressent spécifiquement aux personnes qui, en raison de leur situation socio-économique, sont en mauvaise santé (...).

Troisièmement, nous constatons que dans les objectifs flamands en matière de santé pour 1998-2002 (...), il n'est à aucun moment question de la problématique de 'l'inégalité sociale' (...). Si ces objectifs ne sont pas adaptés en pensant de préférence à ceux qui ont le plus de problèmes de santé, la prévention provoquera une augmentation de l'inégalité face à la maladie et la mort au lieu d'une diminution.

Finalement, nous constatons également que le thème de la santé fait l'objet de peu, voire pas du tout d'attention dans les projets actuellement en cours dans les communes 'SIF+'³⁶: la santé ne représente que 0,3 %» (Vlaams Parlement, 1999 : 3-5 – traduction du néerlandais).

³⁴ Cf. la recherche de Lorant, V. et al. entre autres.

³⁵ *N.D.T : cinq années de projets pour la promotion de la santé en Flandre*

³⁶ Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, des moyens sont répartis entre toutes les villes et communes de la Communauté flamande par le biais du Fonds d'impulsion sociale ; en outre, un certain nombre de villes et de communes reçoivent – sur la base de la proportion de personnes pauvres et défavorisées – des moyens supplémentaires (d'où le nom de 'communes SIF +').

3.3. Obstacles rencontrés par les plus pauvres pour accéder aux soins de santé préventifs

Les obstacles économiques, administratifs, psycho-sociaux et culturels rendant l'accès aux soins de santé difficile voire impossible pour la classe sociale la plus pauvre sont nombreux (voir point 2.2.). Il en va de même pour la politique de santé préventive. Outre les obstacles liés à la situation dans laquelle les personnes pauvres vivent et ceux liés à la relation entre les prestataires de soins de santé et les patients, on observe des obstacles dans le système de soins de santé lui-même :

- des obstacles inhérents à la politique de santé : la prépondérance du modèle biomédical, le fossé entre les soins préventifs et curatifs, une formation inadéquate des prestataires de soins de santé, les difficultés qu'éprouvent les médecins à travailler préventivement ;
- l'inefficacité des contrôles en matière de santé, quand l'accès aux soins de santé n'est pas garanti. «Se rendre à la consultation des nourrissons et s'entendre dire que le bébé a une bronchite et qu'il faut consulter un médecin est inacceptable quand on n'a pas accès aux soins de santé» (Hendrick, 1995: 168) ;
- la différence dans le système de valeurs et de normes utilisé: les messages de prévention ne portent pas leurs fruits parce qu'ils s'adressent surtout à la classe moyenne et sont peu en mesure d'atteindre les plus pauvres. Un exemple est l'information et l'éducation pour la santé par le biais de campagnes médiatiques, de dépliants, de conférences.

3.4. La prévention axée sur les enfants

Pour les Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté, le développement de la prévention doit porter en priorité sur l'enfant dès son plus jeune âge. L'article 24 de la Convention des droits de l'enfant³⁷ reconnaît le droit de l'enfant à la protection de la santé et énumère les mesures qui doivent être prises à cet effet, parmi lesquelles la prévention et la promotion de la santé.

- La promotion de la santé maternelle et infantile

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) en Communauté française et l'organisme Kind en Gezin en Communauté flamande ont pour mission d'encourager la protection de la mère et de l'enfant et de la développer. Leur offre en matière de soins préventifs se compose surtout de visites aux familles et de consultations. La promotion de la santé fait également partie de leurs activités. Dans la Communauté germanophone aussi, le suivi de la grossesse et l'examen médical pour les nourrissons et les jeunes enfants sont gratuits.

Nous relevons deux points positifs: ces services sont gratuits et les familles pauvres font l'objet d'une attention importante. Ces familles ont besoin de se sentir en confiance pour pouvoir avoir recours, de manière effective, à l'offre de services gratuits – pensons par exemple à la crainte du contrôle et du placement des enfants. Il faut dégager plus de moyens pour assurer la continuité de ces services et permettre de les développer³⁸. Un certain nombre de bureaux de consultation ont été fermés, par exemple.

³⁷ Voir extrait en annexe 1.

³⁸ Pour connaître l'impact de ces mesures, se reporter au point 2.2.5.: obstacles liés aux moyens de communication.

Dans ce domaine aussi, il est nécessaire de connaître en profondeur la vie et les besoins des personnes vivant dans la pauvreté³⁹. Nous pouvons illustrer cette affirmation à l'aide de l'exemple suivant: on peut déduire d'un taux de mortalité infantile plus élevé chez les personnes pauvres qu'un meilleur accompagnement pendant la grossesse s'impose et que, pour ce faire, il faut augmenter la fréquence des consultations prénatales.

Il est néanmoins très probable que beaucoup de femmes pauvres ne viendront pas, 'par manque de temps', 'parce que ce n'est pas nécessaire'... On en conclut à tort que les personnes vivant dans la pauvreté ne sont pas coopérantes. Ces femmes sont en fin de compte rendues responsables de situations dont elles sont en fait les victimes.

- Soins de santé pour la jeunesse

On sous-estime trop souvent l'importance de l'école comme lieu privilégié pour promouvoir la santé et elle manque de moyens et de personnel pour ce faire.

Il est important que les différents partenaires proches de l'école, à savoir les centres d'encadrement des élèves (CLB)⁴⁰, les centres MST-PMS, les parents, les services de prévention et d'aide sociale, les réseaux locaux, etc., se concertent et collaborent avec l'école. Cette collaboration et cette concertation devraient déboucher sur une politique scolaire durable en matière de promotion de la santé.

Les Associations se demandent s'il n'est pas possible de créer des zones de santé prioritaires⁴¹. Dès l'école maternelle, la médecine scolaire y serait particulièrement attentive au dépistage et à la promotion de la santé, à la correction des déficits ayant un impact négatif sur la scolarité ainsi qu'à l'évaluation des résultats positifs obtenus⁴². Ceci permettrait une évaluation rigoureuse et, éventuellement, en cas de résultats positifs, un élargissement de ces expériences.

Une politique de santé pour les jeunes au sens large du terme doit aussi être attentive à ceux qui se retrouvent en dehors du système scolaire et du marché de l'emploi. Plus encore que d'autres, ils ont besoin de soins préventifs.

3.5. Une responsabilité pour la société

C'est en améliorant les conditions de vie que les progrès les plus importants sont enregistrés dans le domaine de la santé. «Pour que la prévention ne reste pas un luxe réservé aux riches, il faut investir prioritairement dans des domaines comme le logement, l'environnement, la participation de tous à la vie sociale. Pour rester en bonne santé, il faut avoir confiance en soi, se sentir utile et pouvoir compter sur les autres. Il faut aussi pouvoir se détendre.

³⁹ En ce qui concerne l'importance de la connaissance, se reporter à la section 5 ci-après.

⁴⁰ En Communauté flamande, le centre d'encadrement des élèves (CLB) remplace l'ancien PMS (centre psycho-médico-social) et le centre MST (centre d'inspection médicale scolaire).

⁴¹ A l'instar des ZEP (zones d'éducation prioritaire) en Communauté française.

En Flandre, ce système de prévention pourrait être incorporé dans une approche plus intégrée, par le biais de la politique d'encadrement renforcé des élèves. Voir le chapitre 'éducation' à ce sujet.

⁴² Voir l'expérience française menée par le FAS (Fonds d'Action Santé) à Nancy (France), expérience destinée à favoriser l'accès aux soins de santé, dans le cadre d'un vaste accord de coopération avec des familles pauvres. Ce projet est décrit par Debionne dans *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin*, p. 121 et suivantes.

La prévention ‘médicale’ comme l’éducation à la santé, les dépistages, ne bénéficie aux personnes pauvres que si elles reçoivent les moyens de mettre ces conseils en pratique et si elles ont accès aux soins curatifs» (Projet Santé Culture Quart Monde; 2001: 75). «Il faut responsabiliser la société, le monde politique et le secteur des services plutôt que l’individu uniquement » ont dès lors dit les participants à la journée de rencontre et de réflexion ‘ Pour en finir avec les inégalités de santé’⁴³. C’est une des exigences à satisfaire pour aboutir à une politique préventive permettant aux personnes de prendre conscience de leur propre valeur et de ‘leur droit à se sentir bien’.

Il convient de reconnaître l’intérêt d’une politique de prévention et de la promouvoir ; elle doit être inscrite dans la réorganisation du secteur des soins de santé, notamment de première ligne où le généraliste joue un rôle central en matière de prévention. Il est nécessaire que les différents acteurs (services de prévention institutionnalisés, travailleurs de la santé, mutualités, CPAS, services sociaux des hôpitaux, réseaux locaux...) se concertent et mènent une action coordonnée. Il est important d’enregistrer systématiquement les inégalités sociales et de les surveiller⁴⁴.

4. La formation des professionnels

Beaucoup de problèmes se posent du fait qu’il existe un fossé entre l’environnement des personnes vivant dans la pauvreté et celui des prestataires de soins de santé. Prendre des mesures dans le domaine de la formation des travailleurs de la santé peut aider à surmonter ces obstacles.

Le Rapport Général sur la Pauvreté formule des propositions précises pour rendre possibles la capitalisation et la diffusion des évaluations de bonnes pratiques (RGP, 1994: 147). Elles n’ont toutefois pas encore été suivies. Pourquoi? Sans doute parce que ces formations ne sont pas perçues comme une priorité, rien n’incite à les mettre en place ni à les améliorer au fil du temps. Le manque de formateurs qualifiés et la sous-utilisation de leurs compétences en la matière expliquent aussi cet immobilisme.

La définition de la santé de l’Organisation mondiale de la santé – à savoir un état de bien-être physique, mental et social – implique qu’on soit plus attentif à une approche globale de la santé. Selon les auteurs du Rapport Général sur la Pauvreté, cette conception doit être intégrée dans la formation de base des travailleurs de la santé. Une meilleure connaissance de la situation dans laquelle vivent les personnes pauvres et de son incidence sur leur état de santé devrait aussi en faire partie.

Une réflexion sur la place de la médecine sociale dans la formation des futurs médecins s’impose. Les pathologies sont étudiées en dehors de tout contexte social, ce qui peut expliquer que les médecins ont beaucoup de difficultés à traiter et prévenir des problèmes de santé tels que la tuberculose (ils savent peut-être quels médicaments administrer mais n’ont aucune idée des contraintes réelles liées à ce type de traitement : comment prendre plusieurs médicaments par jour pendant six mois lorsqu’on est sans domicile fixe ?), le saturnisme, l’intoxication au CO...

⁴³ Cette journée du 21 octobre 2000 était organisée à l’initiative du projet ‘Santé Culture Quart Monde’, avec l’appui de l’Observatoire de la Santé de Bruxelles de la Commission communautaire commune.

⁴⁴ Voir section 5 : Connaissance et évaluation.

On insiste très souvent sur l'insuffisance de stimulation des jeunes enfants par leur milieu familial pour expliquer les difficultés scolaires des enfants de familles pauvres. Cela joue un rôle important. Mais on n'insiste pas suffisamment sur la responsabilité des professionnels de santé d'agir sur tous les déterminants qui sont de leur ressort. La carence en fer (qui touche plus de la moitié des enfants des quartiers pauvres) et l'intoxication au plomb (qui concerne plus d'un enfant sur dix dans les quartiers populaires à Bruxelles) notamment sont deux facteurs ayant des conséquences négatives sur le développement neuromoteur et intellectuel des jeunes enfants (ces deux facteurs ont en outre une action synergique). Peut-être n'est-ce pas le déterminant le plus important des résultats scolaires, mais comme de tels problèmes sont si peu dépistés et résolus par les médecins par manque de connaissance et d'aptitude à intervenir efficacement, on rate une occasion d'éviter un déficit intellectuel chez des enfants qui, au départ déjà, ont moins de chance de stimulation. Et combien de médecins sont-ils familiarisés avec cette 'maladie' caractéristique des personnes vivant dans la pauvreté qu'on appelle 'usure prématurée' ? « Cette usure prématurée (...) n'a pas d'expression nette, stéréotypée comme d'autres pathologies. Le diagnostic reste souvent approximatif et la personne malade, privée d'une reconnaissance médicale d'incapacité de travail, doit vivre d'allocations minimales ou d'expédients qui concourent à aggraver le bilan de santé » (RGP, 1994: 120. Voir aussi la section 1 de ce chapitre).

Si les professionnels de la santé se chargent de la promotion de la santé globale, ils doivent aussi acquérir les compétences nécessaires pour ce faire. Il faut prêter attention à leur aptitude à écouter leurs patients et à leur manière de communiquer avec eux. Ils doivent éventuellement être formés, non seulement pour pouvoir s'exprimer de manière compréhensible, simple et claire mais aussi pour pouvoir mieux soutenir, respecter, valoriser les patients et les amener à croire à nouveau en leurs capacités propres. Une approche globale demande aussi de pouvoir collaborer avec des professionnels d'autres disciplines et secteurs. Pour les assistants sociaux travaillant dans des centres de santé installés dans des quartiers défavorisés, la collaboration au sein de l'équipe est aussi nécessaire pour pouvoir tenir bon face à tous les problèmes auxquels ils sont confrontés (Paes, 1999: 55-56).

Il existe déjà différentes expériences de formation continuée « dont quelques-unes ne bénéficient malheureusement pas de l'appui de la recherche pour en engranger les résultats » (RGP, 1994: 138). « Les mesures 'techniques' ne prendront leur pleine efficacité qu'à la condition de développer simultanément la formation des prestataires de soins et intervenants sociaux afin d'optimiser leur compétence à comprendre ce que vivent les personnes en situation de pauvreté, d'en tenir compte et d'établir un dialogue positif avec elles » (idem, 148).

En matière de formation, il est aussi important d'œuvrer pour que les personnes les plus exclues soient davantage en mesure de faire entendre leur voix. « Pour l'instant, presque aucun service ne remplit cette tâche. Les mutualités n'arrivent quasiment pas non plus à défendre les intérêts des groupes sociaux plus faibles » (Wijksgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: 88-89 – traduction du néerlandais). C'est pourquoi il convient de stimuler l'émergence de groupes impliquant des personnes pauvres et de les soutenir..

Quant aux méthodes, la 'formation réciproque' est un concept central qui revient régulièrement dans le Rapport Général sur la Pauvreté. Appliquée au secteur des soins de santé, cette expression désignerait un partenariat entre des personnes vivant dans la pauvreté et des travailleurs de la santé, partenariat permettant aux acteurs concernés d'apprendre les uns des autres, d'acquérir de nouvelles aptitudes et de mieux comprendre la situation, grâce à un processus de croisement des savoirs (voir le chapitre relatif au dialogue).

Il est important de mettre au point des outils de formation interactifs permettant aux (futurs) professionnels de se familiariser avec les stratégies de survie déployées par les personnes vivant dans la pauvreté. Cela peut se faire sur le terrain lui-même, par l'intermédiaire de stages prévoyant un échange d'expériences et de témoignages. Des étudiants en médecine pourraient effectuer un stage dans un service social d'un hôpital où ils seraient confrontés aux problèmes sociaux et administratifs rencontrés par les personnes vivant dans la pauvreté. On pourrait très bien imaginer que des responsables de CPAS expliquent à des étudiants en médecine les problèmes qu'ils rencontrent, les solutions qu'ils mettent en œuvre ; que des sociologues enseignent la problématique des représentations sociales en faculté de médecine, dans des écoles d'infirmières... Ces cours devraient inclure une explication sur le régime du tiers payant et les mécanismes correcteurs.

Un exemple d'approche novatrice pour la formation des professionnels est la réorganisation de la formation 'médecine et dentisterie' qui a commencé pendant l'année académique 1999-2000 à l'Université de Gand. Les questions prioritaires abordées pendant la formation sont les suivantes : approche globale de la santé et attention à la relation entre la société et la santé ; travail en équipe ; communication avec le patient,... En octobre 2000, l'unité d'enseignement et de recherche 'Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg'⁴⁵ de l'Université de Gand a, en collaboration avec la ville et le CPAS de Gand, ouvert un centre où la formation des médecins est liée à la problématique des soins de santé dans les quartiers pauvres. Les valises du formateur sur le thème de la santé et de la pauvreté constituent un deuxième exemple. Destinées à la formation des assistants sociaux et des travailleurs médico-sociaux – surtout ceux de l'ONE – elles ont été conçues dans le cadre de la 'Formation Houtman' et ont servi pour le lancement d'une formation de formateurs⁴⁶.

La formation des professionnels, capitale si on veut enregistrer de vrais progrès en matière de santé, n'évoluera de manière positive que si des directives claires sont données par les pouvoirs publics en la matière.

⁴⁵ *N.D.T.: médecine générale et soins de santé de première ligne.*

⁴⁶ La 'Formation Houtman' est une formation destinée aux assistants sociaux et aux travailleurs médico-sociaux. Elle a été mise sur pied par le Fonds Houtman, le mouvement ATD Quart Monde, les Facultés Notre-Dame de la Paix de Namur et le Centre de formation des Travailleurs sociaux de Mons. La valise du formateur comprend un livret reprenant les expériences vécues lors des formations Houtman organisées au cours des années précédentes, le Rapport Général sur la Pauvreté, quelques livres sur la santé et le Quart Monde et une vidéo. Pour en savoir plus sur la fondation Houtman, se reporter au Rapport Général sur la Pauvreté, 1994, p. 138.

5. Connaissance et évaluation

5.1. Collecte de données et évaluation de la politique : la base d'une politique de santé juste

Le Rapport Général sur la Pauvreté affirme: «Mener une politique de santé pour tous suppose de connaître, dans son ensemble, pour tout le pays, l'état de santé des différentes classes sociales et leur possibilité d'accéder aux prestations de soins. Une telle connaissance exige l'élaboration et l'exploitation d'indicateurs fiables, suffisamment fins et bien conçus pour pouvoir rendre compte de la situation des personnes et familles habituellement les plus oubliées des politiques de santé» (RGP, 1994: 147). L'évaluation doit faire partie d'objectifs à court et à moyen terme. Il s'agira non seulement du rapport coûts-avantages mais aussi «des personnes réellement atteintes par les mesures, des obstacles et des exclusions du droit à la santé qui subsisteraient» (Idem: 148). Une telle évaluation devrait être prévue « avec un calendrier et les moyens nécessaires et englober tous les partenaires, y compris les associations où les plus pauvres prennent la parole et les travailleurs sociaux de terrain. » (Idem: 147-148). A l'époque du Rapport Général sur la Pauvreté, on ne pouvait pas encore procéder de manière systématique à une telle analyse affinée à l'aide d'indicateurs fiables tenant compte de la réalité des plus pauvres.

Le rapport '*Armoede en gezondheid : de missing link*⁴⁷ souligne aussi l'importance d'une collecte systématique de données et d'une évaluation de la politique comme points de départ d'une politique de santé juste. « Tenir à jour des rapports relatifs aux effets des mesures politiques sur la pauvreté et la santé devrait aller de soi. Ce faisant, il faut certainement aussi rassembler la connaissance des plus pauvres eux-mêmes, des organisations représentant les groupes de population en situation de pauvreté et celle des travailleurs sociaux de terrain» (Wijksgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: 89 – traduction du néerlandais). Les auteurs de ce rapport demandent aux pouvoirs publics de débloquer les moyens nécessaires à cette collecte de données et à l'évaluation de la politique.

5.2. Evolution dans le domaine de la connaissance depuis le Rapport Général sur la Pauvreté

Depuis la publication du Rapport Général sur la Pauvreté, d'importantes initiatives ont été prises en matière de collecte de données, de gestion et de diffusion des informations, d'évaluation de la qualité, et ce dans le cadre de l'amélioration de la politique de santé. En 1997, par exemple, une importante enquête nationale de santé⁴⁸ a été menée pour la première fois en Belgique. Son objectif était de procéder à une étude systématique et multidimensionnelle des différences socio-économiques en matière de santé.

⁴⁷ N.D.T. : *Pauvreté et santé : le lien manquant*

⁴⁸ Cette enquête a été réalisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP). Les résultats peuvent être consultés sur le site Internet : <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm>

La prochaine Enquête de Santé aura lieu en 2001. Se reporter au protocole du 29 mars 2000 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant l'organisation et le financement d'une enquête de santé (M.B. du 29 août 2000).

Des systèmes d'information devant permettre de mieux comprendre l'organisation des soins de santé et le comportement des prestataires de soins ont été mis en place. Il s'agit de deux banques de données, la banque de données RCM-RFM et Pharmanet⁴⁹.

Des banques de données et des indicateurs de santé ont aussi été mis au point à d'autres niveaux politiques et dans divers organismes afin d'optimiser l'offre en matière de soins de santé. L'organisme 'Kind en Gezin' (homologue de l'ONE) a accordé une attention prioritaire aux personnes vivant dans la pauvreté quand il a conçu son système informatique (Ikaros). Celui-ci enregistre en effet explicitement l'état de santé objectif de la classe sociale la plus pauvre. Il doit permettre aux collaborateurs d'évaluer et d'optimiser les services offerts. L'ONE a, lui aussi, inclus dans sa banque de données des indicateurs sociaux sur lesquels il se base pour évaluer la qualité et l'accessibilité de ses services de prévention périnatale.

Le rapport Peers intitulé Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités, paru à la fin de l'année 1999, contient un certain nombre de considérations bien documentées sur la problématique de l'inégalité sociale et ses conséquences sur la santé et la maladie (voir section 1). Pour évaluer la réalisation des objectifs de l'actuelle politique de soins de santé – accessibilité, humanité et qualité – le Ministre des affaires sociales a chargé l'Institut scientifique pour la santé publique (ISSP) d'élaborer un éventail d'indicateurs permettant de faire rapport régulièrement sur la réalisation de ces objectifs, et ce dans un laps de temps assez court.

Une évolution incontestablement positive s'est dessinée depuis la publication du Rapport Général sur la Pauvreté: de nombreux renseignements sont déjà disponibles, ils servent de base à des évaluations et des initiatives ont été prises pour rendre plus visibles les inégalités sociales, condition sine qua non pour pouvoir les combattre. Toutefois, le retard de la Belgique par rapport aux pays limitrophes comme le Royaume Uni et les Pays-Bas en ce qui concerne la recherche scientifique appliquée dans des domaines tels que la pauvreté et l'inégalité sociale demeure. La Belgique ne dispose toujours pas d'une base de données sérieuse permettant d'estimer la différence entre les personnes pauvres et le reste de la population en matière de santé. Très peu d'enquêtes concernent les personnes pauvres. Leur spécificité est peu prise en compte dans l'Enquête de Santé. Par ailleurs, l'échantillon part du Registre national et exclut donc de fait les personnes sans abri, les sans-papiers... A l'occasion de l'Enquête de Santé de 2005 dont la préparation a commencé en 2001, il faudrait, selon la Ministre de la protection de la consommation, de la santé publique et de l'environnement, chercher comment mieux cerner et décrire le lien existant entre la santé et la pauvreté.

Comme les plus pauvres sont précisément les personnes qui rencontrent des problèmes au niveau administratif, les statistiques des mutualités et autres organismes devront aussi toujours tenir compte d'un 'dark number' (chiffre noir) élevé.

Une évaluation chiffrée permet, il est vrai, de se faire une idée de la situation mais ne constitue pas un baromètre précis. C'est pourquoi on devrait aussi consacrer davantage d'attention aux différentes formes d'évaluation.

⁴⁹ La banque de données RCM-RFM établit un lien entre le résumé clinique minimum (RCM) et le résumé financier minimum (RFM) concernant les hospitalisations. Elle permet d'avoir un aperçu, par pathologie, de l'ampleur et de la répartition de la consommation médicale. La banque de données Pharmanet donne un aperçu détaillé du comportement de prescription des médecins généralistes. L'information concernant les médicaments prescrits devrait être mise en relation avec les caractéristiques des patients du médecin concerné.

Les initiatives prises et les résultats qui en découlent sont très dispersés, ce qui rend difficile la définition d'une politique de santé efficace. Un organe de recherche, un observatoire de la santé, devrait être chargé, au niveau fédéral, de récolter et d'analyser les données relatives à la problématique santé-pauvreté.

5.3. Un partenariat avec les personnes pauvres

Dans le chapitre 'dialogue', on souligne l'importance d'élaborer une connaissance en partenariat avec les personnes vivant dans la pauvreté. Pour que cette autre connaissance, à savoir l'expérience des personnes vivant dans la pauvreté, soit disponible, il faut que les données soient recueillies et ordonnées de manière fiable. L'utilisation de la méthode du dialogue, telle que développée dans le Rapport Général sur la Pauvreté, et dans son suivi constitue une garantie dans ce sens (respect du rythme de travail par exemple).

Un partenariat avec des groupes où les personnes pauvres sont représentées pourrait donner lieu à une connaissance plus proche de la réalité du terrain. Il permettrait aussi de formuler des propositions plus réalistes, source de progrès pour la santé des personnes pauvres. Les Associations sont sur le point d'entamer un tel partenariat dans le cadre de l'évaluation de l'accessibilité des soins de santé et de la réduction des inégalités sociales. Cette évaluation a été confiée à l'unité d'enseignement et de recherche « Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg »⁵⁰ de l'université de Gand par la Conférence interministérielle de l'intégration sociale et de l'économie sociale, en concertation avec le Ministre des affaires sociales.

En ce qui concerne les conditions d'une collaboration à l'évaluation, les Associations⁵¹ ont souligné que, par le contact régulier avec des personnes pauvres, elles ont une grande connaissance et une expertise spécifique. Mais la mise en forme de cette connaissance exige un travail énorme. Rendre possible la participation des citoyens les plus pauvres à l'évaluation constitue un investissement très important, en temps surtout. Des moyens spéciaux doivent être prévus pour cette collaboration. Elles estiment aussi qu'une évaluation ne peut se contenter de relever les obstacles; elle doit aussi aider à chercher comment les surmonter. Elle doit pour cela évaluer les réussites et en analyser les conditions afin qu'elles puissent être reproduites.

Quant aux perspectives en matière de recherche, les Associations et le Service plaident en faveur d'une évaluation à partir d'une approche globale de la santé, abordant la question de la relation entre santé et pauvreté. La question est alors de savoir si les mesures facilitant l'accès aux soins de santé contribuent à améliorer la santé de la population, plus particulièrement celle des plus pauvres. Il faut ici distinguer l'état de santé objectif et subjectif. On propose d'évaluer l'état de santé objectif à l'aide d'indices dont on sait qu'ils sont liés à la pauvreté

⁵⁰ ' Médecine générale et soins de santé de première ligne'

⁵¹ En juin 2000, les Associations et le Service ont remis un document au Ministre des Affaires sociales dans lequel ils lui faisaient part de leurs priorités pour cette évaluation. « Evaluation santé. Note commune des Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté, rédigée avec le soutien du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. A l'intention du Ministre des affaires sociales, Frank Vandenbroucke. 22 mai 2000 ».

(accouchements prématurés, faible poids de naissance...)⁵². Pour connaître l'état de santé subjectif, il faut prêter attention à ce que les personnes concernées disent, qu'il s'agisse de remarques négatives ou de propositions. Cette évaluation doit aussi concerner les personnes qui ne sont pas encore couvertes par une assurance-maladie et celles qui, bien qu'ayant droit à une assurance, ne peuvent faire valoir effectivement ce droit. Pour la définition et le perfectionnement d'indicateurs en général, nous renvoyons au projet relatif aux indicateurs de pauvreté que les Associations ont élaboré avec le Service⁵³. Les résultats de cette recherche auront incontestablement un impact sur la conception d'indicateurs de santé.

Par rapport à un partenariat avec les personnes vivant dans la pauvreté, les Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté demandent aux autorités qui mettront en place le futur observatoire de la santé de prévoir une place structurelle pour les Associations. Cette revendication repose sur le constat que les Associations possèdent une connaissance unique - tirée du vécu - et sont à ce titre indispensables dans un système qui se veut signal d'alarme social.

⁵² En matière d'indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé objective, il est utile d'établir une distinction entre ceux qui sont sensibles à des mesures d'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et ceux qui ne le sont pas. Le taux de couverture vaccinale, le suivi correct de la grossesse, le taux de mortalité pour la tuberculose sont des exemples d'indicateurs liés à l'accès aux soins. Ils permettraient de déterminer si l'accès aux soins s'est amélioré. D'autres indicateurs, comme la prématurité, le faible poids de naissance, les accidents domestiques, ... sont peu sensibles aux modifications de l'accès aux soins. Ils permettent d'évaluer d'autres aspects tels que les conditions de vie des femmes enceintes, la sécurité du logement,...

Remarque : il faut aussi tenir compte du délai qui peut être nécessaire pour enregistrer des modifications. Plus le délai entre le facteur causal et l'état de santé est long, plus le délai entre l'intervention et l'amélioration des indicateurs sera long.

⁵³ Ce projet est présenté de manière détaillée dans le chapitre 'indicateurs'.

Annexe 1

Intervention du REALPES

Réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté
Paris, le 16 décembre 2000

Les représentants des associations européennes de lutte contre la pauvreté ont adopté les résolutions suivantes à destination des autorités européennes et de celles des Etats membres, en vue de la Conférence européenne sur l'accès aux soins organisée par la Présidence française le 16 décembre 2000.

Les associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en Europe demandent:

1. Que la Charte européenne des droits fondamentaux et les législations européenne et nationales affirment le **droit à la protection de la santé pour tous**, et que cette affirmation soit assortie d'un contrôle judiciaire, ainsi qu'un **droit à la protection sociale pour tous les résidents**, même non citoyens.
2. **Que, à l'échelon européen, soient fixées des lignes directrices** qui s'imposent aux Etats pour améliorer l'accès à la santé.
3. Que soit mis en place dans chaque pays **un système universel de protection sociale**, à caractère public.
4. Que soit garanti par la loi dans chaque pays **un accès gratuit à des soins de qualité pour tous les résidents en dessous du seuil de pauvreté**.
5. Que la loi de tous les Etats membres déclare l'accès de tous à des soins de qualité **priorité nationale** et en prévoie les conditions pratiques de mise en oeuvre.
6. Que **le plan national d'action contre l'exclusion**, que chaque Etat membre s'est engagé à établir, comporte **obligatoirement un volet santé**, avec des priorités sur des groupes-cibles.
7. Que les pays membres s'attachent à promouvoir **un seul système de santé pour tous**, un seul système d'accès aux soins, un seul droit aux soins.
8. Que soit garanti **le droit de tous à accéder à tous les soins**.
9. **Que le droit à l'accès à la santé ne soit pas lié à la citoyenneté**.
10. Que les Etats membres prennent en compte dans leurs politiques **le lien étroit qui existe entre l'insertion sociale et la santé**.
11. **Que les Etats membres demandent aux ONG un rapport périodique** sur leurs constatations concernant l'évolution de l'accès à la santé des personnes défavorisées dans leur pays, les Etats attribuant aux ONG les moyens financiers nécessaires pour établir ce rapport. Ce document serait considéré par les Gouvernements comme une source officielle d'information et débattu au Parlement européen.

-
12. **Qu'un soutien soit apporté à des populations-cibles par des médiateurs des ONG**, les pouvoirs publics finançant ce soutien.
 13. Que les Etats mettent au cœur de leur politique **la participation des personnes et des communautés** aux politiques et actions pour leur santé, appliquant ainsi la charte d'Ottawa.
 14. Que soit organisée , en liaison avec les ONG, **la formation des professionnels de santé à la connaissance de la pauvreté et à la (aux) culture(s) des plus démunis.**
 15. Que l'Europe et les Etats membres apporte **un soutien financier au développement des actions des ONG** afin de prévenir et de lutter contre l'exclusion sociale et l'exclusion de la santé qui est son corollaire.
 16. Que les Etats se préoccupent de **la nécessaire humanisation de notre système de santé et tout particulièrement des hôpitaux**, et veillent à ce que le rôle des professionnels de santé ne se limite pas au seul accomplissement d'un acte technique mais intègre une dimension humaine et d'accompagnement qui est indispensable et qui fait de plus en plus défaut.
 17. Que la réduction des inégalités de santé soit **une condition de l'adhésion à l'Union** et que toutes **les exigences susmentionnées s'appliquent également aux pays candidats.**

Annexe 2

Liste des personnes et organisations qui ont contribué à ce chapitre,

soit en participant à la rédaction du document de travail préparatoire du Service, soit en transmettant leurs réflexions sur la note collective des associations ou sur la note du Service relative au rôle des CPAS. Le contenu final du texte relève la seule responsabilité du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Nous remercions

- Magda Aelvoet (Ministre de la protection de la consommation, de la santé publique et de l'environnement)
- Paulette Beka (Directrice générale a.i., Direction générale de l'action sociale et de la santé-Ministère de la Région wallonne)
- Stef Bruggeman (Vereniging van Wijkgezondheidscentra)
- CeLOPS (centre local d'observation et de promotion de la santé) :
MOC Namur, Service social des cliniques universitaires UCL Mont-Godinne, Perspectives 2000 asbl, AIS Dinant/Philippeville, CPAS de Hastière, Centre d'action interculturelle Province de Namur, Sesame asbl Centre de service social de Namur, CPAS de Namur, CORSADE, Direction de l'hygiène de la Région wallonne, CPAS de Sambreville, Nouveau Saint-Servais-Département formation, ADMR Annevoie, Collège des professions de santé
- G. De Backer (Professeur, Universiteit Gent (RUG)-Fac.Geneeskunde, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde),
- Jean Degré (Médecin généraliste)
- Myriam De Spiegelaere (Directrice scientifique/Observatoire de la santé-Région Bruxelles Capitale)
- Isabelle Durant (Vice-première Ministre et Ministre de la Mobilité et du Transport)
- Pascale Frère (Directrice de l'Observatoire de la santé/Namur)
- Patrick Galloo (Médecin-Directeur/Union nationale des Mutualités Socialistes)
- Dominique Gobert (Solidarités nouvelles Bruxelles)
- Axel Hoffman (Fédération des maisons médicales)
- Christian Léonard (Directeur du Service d'étude de l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes)
- Patrick Liebermann (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme)
- Vincent Lorant (Professeur, Université Catholique de Louvain-Ecole de santé publique)
- Geert Messiaen (Secrétaire général/Union nationale des mutualités libérales)
- Louis Michel (Vice-Premier Ministre et Ministre des affaires étrangères)
- Laurette Onkelinx (Vice-Première Ministre et Ministre de l'emploi)
- Annie Pecceu (gynaecologue, A.Z. St. Jozef, Turnhout)
- Wim Peersman (Assistant, Universiteit Gent (RUG) – Fac.Politieke en Sociale Wetenschappen, Vakgroep Bevolkingswetenschappen en Sociaal Wetenschappelijke Methodologie)
- Charles Picqué (Ministre de l'économie)
- Micheline Roelandt (Psychiatre-Psychothérapeute)
- Marie-Jeanne Servotte (INAMI)
- Gino Vandamme (Médecin/Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort/Gent)
- E. Van Kerschaver (Conseiller scientifique-médecin/Kind en Gezin)

-
- Paul Van Royen (Professeur, Universiteit Antwerpen (UA), Centrum voor Huisartsgeneeskunde)
 - Hilde Van Winckel (Collaboratrice du Service d'étude de l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes)
 - Guy Verhofstadt (Premier Ministre)
 - Philippe Versailles (avocat, chercheur au Centre droits fondamentaux et lien social des FUNDP)
 - Anne Vincent (Médecins sans frontière)
 - Mieke Vogels (Ministre flamande du bien-être, de la santé et de l'égalité des chances)
 - Elise Willame (Directrice générale/administration de la sécurité sociale-soins de santé et indemnités/Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement)
 - Linda Wittevrongel (coordinatrice Wijkgezondheidscentrum Botermarkt/Gent)

Veillez nous excuser si, par erreur, des personnes ou des organisations ayant contribué ne figurent pas dans la liste.

Bibliographie

- Association pour une dentisterie sociale, Loiseau P.-Y. (2000), « Dire que c'est la pléthore » in : *Le Soir* du 15 novembre.
- Bossuyt N. (2000), *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel.
- Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (1999), *Rapport des organisations non gouvernementales* destiné au Comité des droits de l'enfant, Bruxelles.
- Debionne F.-P. (2000), *La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin*. Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, Les Editions Quart Monde, Paris.
- Deschamps J.P. (1997), *Tous acteurs de la santé - Réflexions*, n°115, mars 1997.
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (1998), « LE financement des soins de santé primaires au FORFAIT. Il est arrivé près de chez vous » in : *Santé conjuguee*, janvier n°3.
- Gosselain Y., Laperche, J. et Prevost, M. (1999), « Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser », in : *Santé-Conjuguee*, n°10, Octobre, pp. 42-45.
- Hendrick P. (1995), "ATD Vierde Wereld en de gezondheidsproblemen van haar leden", in: Louckx, F., *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat*. VUB Press, Brussel, pp. 161-171.
- Hendrick P. (1998), « Contribution au document de travail préparé par la cellule pauvreté du Centre pour l'égalité des chances », in : *Evaluation des mesures prises dans le domaine de la santé suite au Rapport Général sur la Pauvreté*, non publié.
- Hendrick P. (2001), "Gezondheidsmarkt op glad ijs", in: *De Standaard*, 24 januari.
- Hennion W. en Van den Broucke S. (1999), *Toepassingsmogelijkheden van empowerment in functie van gezondheidsbevordering bij mensen in kansarme situaties*. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Brussel.
- Hoffman A. (1998), « Contribution au document de travail préparé par la cellule pauvreté du Centre pour l'égalité des chances », in : *Evaluation des mesures prises dans le domaine de la santé suite au Rapport Général sur la Pauvreté*, non publié.
- Institut scientifique de la santé publique (2000), *La santé en Belgique, ses communautés et ses régions. Résultat de l'Enquête de Santé par interview, 1997*, Bruxelles.
<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifir/index4.htm>
- Julémont G. (2000), « Soins de santé : de l'assurance sociale obligatoire à la couverture sociale généralisée », in : *Le Ligueur*, n°19 du 10 mai.

- Kind en Gezin (2000), *Jaarverslag 1999*. Kind & Gezin, Brussel.
- Le Soir* (2000), Profession? Médecins de quartier, 27 septembre.
- Louckx F. en Wanseele C. (1998), *De eerste lijn in beweging*. VUB Press, Brussel.
- Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. (1989), « The contribution of medical care to inequalities in health : differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention », in : *Soc Sci Med*, vol 29 n°3, pp 369-376.
- Martin P. (1999), *Accessibilité et report de soins de santé : outils et analyses*. Etude réalisée auprès des affiliés des Mutualités socialistes en collaboration avec les Centres de Service social des mutualités, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (1999), *Accès aux soins, Bilan 1998, Bruxelles-Anvers-Liège-Verviers*, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (2000), *Accès aux soins, Bilan 1999, Bruxelles-Anvers-Verviers-Liège*, Bruxelles.
- Medisch Steunpunt zonder Papieren (2000), *Jaarverslag 1999*. Brussel
- Observatoire du crédit et de l'endettement (1999), *Accès aux soins de santé et difficultés de paiement*, Fiche thématique d'analyse économique n°18, Charleroi.
- Paes M. (1999), *Zorg op maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken*, Landelijk Centrum voor Opbouwwerk, Zwolle.
- Peers J. (1999), *Les soins de santé en Belgique, défis et opportunités*.
<http://minsoc.fgov.be/press-releases/fr/peers/peers.htm>
- Peersman, W. en Vuylsteek, K. (1998), "Sociale ongelijkheid en preventieve gezondheidszorg", in: Vlaams Preventiecongres, *Preventieve Gezondheidszorg*. Kluwer, Diegem, pp. 691-696.
- Projet Santé Culture Quart Monde avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles (2001), *Pour en finir avec les inégalités sociales de santé. Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000.*, Bruxelles.
- Rapport d'avancement. Mise en œuvre du Rapport Général sur la pauvreté* (2000). Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, cellule pauvreté.
- RGP - Rapport Général sur la Pauvreté* (1994). ATD Quart Monde, Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), Fondation Roi Baudouin, Bruxelles
- Renaud M. et Bouchard L. (1995), *Inégalités, Santé, Exclusion*. Prévenir, cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Paris, n°28, premier semestre.

- Rey J.P. (1994), *Critique du ticket modérateur en assurance-maladie*, thèse de doctorat en droit de la sécurité sociale, Bordeaux.
- Rocard M. (2000), *Rapport sur l'assurance maladie complémentaire*, Parlement européen, PE 286.239/ DEF - <http://www2.europarl.eu.int>
- Roelandt M. (1998), « Contribution au document de travail préparé par la cellule pauvreté du Centre pour l'égalité des chances », in : *Evaluation des mesures prises dans le domaine de la santé suite au Rapport Général sur la Pauvreté*, non publié.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2000), *Le rôle des CPAS par rapport à la protection de la santé et particulièrement à l'accès aux soins de santé*, non publié.
- Swinnen W. en De Maeseneer J. (1997), “Vertel mij over de armoede...”: een explorerend kwalitatief onderzoek bij huisartsen in Gent. Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Gent.
- Vandenbroucke F. (1999), « Projet de budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2000. Note de politique générale du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement » in : *Chambre des Représentants de Belgique*, 23 novembre, (0198/017).
- VWGC - Vereniging van Wijkgezondheidscentra (1999), *Kansarmoede en gezondheidspromotie. Een visie vanuit de wijkgezondheidscentra*, VWGC, Brussel.
- Vlaams Parlement (1999), *Voorstel van decreet van de heer Guy Swinnen houdende sociale ongelijkheid in het preventieve gezondheidsbeleid*. 29 oktober 1999, Stuk 87 (1999-2000) - Nr.1.
- Vos J. (1999), Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een coproductie met de Vlaamse Gemeenschap, *Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids*, Politeia, Gent.
- Vranken J., Geldof D., Van Menxel G.,(1999) *Armoede en Sociale uitsluiting. Jaarboek 1999*, Acco, Leuven/Leusden.
- Wauters I. (1998), Brusselse CLB's werken aan een duurzaam schoolgezondheidsbeleid, in: *Informatieblad VWWJ*, jrg.15, nr.2, december.
- Wijkgezondheidscentrum Botermarkt (1998), *Armoede en gezondheid: de missing link*, Gent.