

NOTE DE DISCUSSION

# LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE 10 ANS APRÈS LE RAPPORT GÉNÉRAL SUR LA PAUVRETÉ

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

AVRIL 2005



CENTRE POUR L'  
**ÉGALITÉ**  
DES CHANCES  
ET LA LUTTE CONTRE  
LE RACISME

Service de lutte  
contre la pauvreté  
la précarité et  
l'exclusion sociale

  
POD | Maatschappelijke Integratie  
SPP | Intégration Sociale

  
Fondation  
Roi Baudouin

.be

En collaboration avec les Communautés et Régions

## I. Etre pauvre et en bonne santé : une utopie ?

*'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.(...)'<sup>1</sup>*

Aujourd'hui, certaines associations souhaiteraient résumer la situation par un titre sans équivoque : en 2005, la pauvreté tue toujours. Un accent particulièrement fort est mis sur les conditions de vie et leur impact sur la santé.

Peut-on véritablement parler d'un droit à la santé pour le locataire d'un logement insalubre ? Pour quiconque occupe un emploi précaire, qui présage des lendemains incertains ? Pour celui qui touche une modeste retraite lui laissant juste de quoi assurer ses besoins vitaux ? Pour le sans-papiers qui vit dans l'angoisse et l'ignorance totale de ce qui l'attend le jour suivant ? Pour le sans-abri qui recherche un refuge pour tenter de survivre ?

D'aucuns soulignent les effets « boomerang » entre la pauvreté et la santé : la pauvreté mine la santé et à son tour, une mauvaise santé peut engendrer la pauvreté, ne serait-ce que par le coût que les soins occasionnent (cf. infra). Le Rapport général sur la Pauvreté (RGP) souligne l'usure prématurée qu'elle provoque : « A 40-45 ans, on est vieux ! »<sup>2</sup>. Cette inégalité sociale a non seulement un coût pour la société, mais aussi un coût humain incalculable: la maladie frappe la famille, l'accès au travail et à la formation, l'éducation des enfants, ... : *"Parce que la maladie coûtait trop cher à ma famille, je suis partie vivre seule. J'ai laissé une maison plus en paix. Mais moi, je ne m'en sors pas"*<sup>3</sup>.

## 2. L'accès aux soins de santé : meilleur, mais imparfait et en danger...

En matière d'accès aux soins de santé, des progrès importants ont été enregistrés par la réforme de l'assurance maladie obligatoire, qui couvre un plus grand nombre de personnes pour la prestation de soins de santé. Il s'agit ici d'une avancée considérable qui répond à l'une des revendications majeures exprimées dans le RGP.

Cependant, aujourd'hui, les acteurs de terrain soulignent d'une part, la persistance ou l'émergence de problèmes au sein des populations assurées ou théoriquement assurables, et d'autre part, le fait que des catégories de personnes en situation de précarité restent exclues de l'assurance obligatoire.

---

<sup>1</sup> RGP, 1994: 148

<sup>2</sup> RGP, 1994: 120

<sup>3</sup> LST, 2003

## 2.1 Quand l'assurance assure mal ...

Ø Certaines personnes sont des bénéficiaires potentiels de l'assurance maladie mais en raison d'une accumulation de défaillances et de problèmes, elles en restent totalement ou partiellement exclues. Sont notamment cités :

- les sans domicile fixe ;
- les indépendants qui, confrontés à de graves problèmes financiers, ne peuvent pas payer leur cotisation à l'assurance obligatoire et n'ont pas non plus d'assurance libre pour les petits risques ;
- les personnes qui passent d'un régime à un autre (régime salarié à régime indépendant et vice versa) ;
- les personnes qui ne parviennent plus à payer l'assurance complémentaire de leur mutuelle si celle-ci, de par ses statuts, considère qu'elle est « obligatoire » ;
- les personnes qui ne remplissent pas leurs obligations administratives et financières, soit qu'elles sont sans abri soit qu'elles sont toxicomanes etc.
- les ex-détenus, toujours confrontés à des stages d'attente ;
- les personnes rayées de l'état civil, un cas rapporté comme courant en cas d'hospitalisation psychiatrique.

*Des systèmes ont-ils été mis en place pour détecter plus vite les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle, comme cela avait été demandé dans le RGP ?*

Ø Malgré les avancées et les réformes considérables mises en œuvre depuis 10 ans, se soigner coûte de plus en plus cher. La participation financière du patient varie actuellement entre 20 et 25 %. Les prix des médicaments ont fortement augmenté. Certains frais médicaux sont peu voire pas remboursés, par exemple les lunettes, certains médicaments comme les analgésiques courants, les prothèses, les soins dentaires ... Aux coûts des soins proprement dits, il faut bien entendu ajouter l'impact sur la santé de l'insuffisance de certains revenus, la flambée des loyers, ... bref : la précarisation accrue de la société. Il n'y a plus de place pour les frais de santé dans les budgets qui permettent juste de survivre. De plus en plus souvent, les patients ne peuvent payer les factures d'hôpitaux. Entre 1998 et 2003, la quote-part du patient dans les frais d'hospitalisation a augmenté de plus de 30 % alors qu'il est bien connu que les personnes vivant dans la pauvreté sont souvent hospitalisées. Des associations mettent en exergue l'augmentation du nombre de salariés, de pensionnés, de petits indépendants ayant des difficultés à se soigner et cherchant de l'aide. De nombreuses personnes doivent reporter des soins de santé ou y renoncer pour des raisons financières. Selon les résultats de l'enquête de Santé, en 2001, 10% des ménages ont dû postposer des dépenses pour des soins médicaux. Pour les ménages qui se trouvent sous le seuil de pauvreté, ce pourcentage s'élevait même à 28%. En réalité, ce chiffre est encore plus élevé, car les personnes qui vivent dans la pauvreté sont difficiles à atteindre dans le cadre d'une enquête. De même, il est fréquent que ces personnes renoncent spontanément à une série de médicaments lorsqu'elle présentent l'ordonnance au pharmacien au risque de se

priver de soins indispensables. La qualité des soins de santé est aussi liée aux moyens financiers du patient. Ainsi, en payant davantage, il est possible d'obtenir plus rapidement un rendez-vous pour une consultation.

Ø Certes, pour réduire les obstacles financiers entravant l'accès aux soins de santé, de nombreuses mesures ont été prises après la publication du RGP. Les principales sont l'extension de l'intervention majorée<sup>4</sup> à de nouvelles catégories de bénéficiaires et l'introduction du maximum à facturer<sup>5</sup>, de même que des mesures spécifiques pour les maladies chroniques.

Le maximum à facturer a souvent été présenté comme un filet de protection particulièrement efficace. C'est un atout précieux pour beaucoup de patients. Néanmoins, des associations de lutte contre la pauvreté soulignent de graves lacunes : nécessité d'atteindre le seuil de 450 euros pour bénéficier d'un remboursement intégral (le plafond est plus élevé que dans le précédent système de franchise sociale), non prise en compte de certains médicaments et prestations, obligation d'avancer les fonds avant de bénéficier du remboursement, etc. Certains critiquent aussi le fait que plus fondamentalement, le maximum à facturer tend à casser la solidarité entre les catégories socio-économiques: peu avantageux pour les personnes aux revenus plus aisés, il encourage celles-ci à souscrire des assurances complémentaires auprès d'assurances privées et engendre donc *de facto* une dualisation du système de protection financière.

*« Je me demande comment des personnes pauvres peuvent atteindre le plafond de 450 euros. Pour pouvoir profiter du maximum à facturer, il faut d'abord avoir accès aux soins de santé. Le système ne tient pas compte du fait que certaines personnes ne peuvent même pas payer la visite d'un médecin généraliste, sans parler des médicaments qu'elles devraient prendre ... »<sup>6</sup>.*

Ø Les acteurs de terrain réclament des services de première ligne plus accessibles et plus nombreux. Les maisons médicales et les dispensaires<sup>7</sup> sont cités comme exemples de bonnes pratiques et doivent être évalués pour généraliser leurs caractéristiques positives. Parallèlement, l'impact du système forfaitaire sur l'accessibilité des soins de santé mérite également une analyse. La revendication d'une application beaucoup plus large du tiers payant<sup>8</sup> formulée dans le Rapport Général sur la Pauvreté demeure

---

<sup>4</sup> Pour mémoire: système qui rend les soins de santé meilleur marché pour certains groupes de personnes (remboursement préférentiel en soins de santé).

<sup>5</sup> Pour mémoire: dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un patient excèdent un plafond bien déterminé (variable essentiellement en fonction du niveau de revenu), l'intéressé se voit rembourser l'entièreté de sa quote-part personnelle.

<sup>6</sup> De Keeting, 2004

<sup>7</sup> Il s'agit de dispensaires installés dans certains quartiers où une équipe de médecins généralistes est disponible toutes les nuits en semaine et 24h sur 24 le week-end (Deurne, Charleroi, Liège et récemment Molenbeek).

<sup>8</sup> Pour mémoire: le tiers payant est la possibilité de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. Les patients ne paient que le ticket modérateur (la

d'actualité. Des leçons peuvent être tirées du fonctionnement des projets pilotes mis sur pied depuis le RGP en vue de la généralisation de ce mode de paiement.

Les participants plaident en faveur d'une politique de santé générale plutôt qu'une politique catégorielle, qui menace la solidarité. Dans ce sens, ils plaident tous pour un renforcement de la sécurité sociale. Actuellement, un débat fondamental est ouvert sur le financement de celle-ci. Ces discussions, de même que les mesures qui les accompagnent, ont de multiples effets sur les personnes vivant dans la pauvreté.

#### i) Le climat ambiant angoisse les populations pauvres

*« Peut-on réellement faire pression sur un patient en situation de pauvreté, qui a peut-être déjà postposé deux fois sa visite chez le médecin traitant, pour qu'il « exige » de ce dernier la prescription de génériques, en sachant que le praticien n'y est pas obligé ? »*

#### ii) La responsabilisation et la marchandisation

Pour contrôler les coûts de santé, les différents acteurs des soins de santé (prestataires de soins, hôpitaux, mutualités et patients) sont incités à la « responsabilisation ». Le problème est par conséquent déplacé vers le patient qui a souvent trop peu de pouvoir pour imposer quoi que ce soit. A cet égard, on attend aussi avec appréhension de voir le rôle joué par l'Europe. On observe déjà une influence croissante de la loi du marché et une émergence d'initiatives commerciales dans le secteur des soins de santé. Cette situation provoque une vive inquiétude. Aux Pays-Bas, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'assurance obligatoire sera limitée à un package de base minimal. Pour les autres prestations, chacun devra s'adresser aux compagnies privées sur un marché dérégulé, libres d'assurer ou non le risque (exemple : consultations du généraliste, soins administrés aux enfants de moins de 18 ans, soins néonataux et soins obstétricaux...). En Belgique, les groupes défavorisés se heurtent aux objectifs de rentabilité de certains hôpitaux et voient leur accès aux soins de santé conditionnés à leur situation financière.

Exemples :

- Démarches administratives complexes pour obtenir des plans de paiement: les voies de recouvrement de tous ordres (société de recouvrement, huissier de justice, ...) s'intensifient.
- Demandes d'acomptes, présentés comme obligatoires, pour pouvoir accéder au service médical approprié. Des personnes relatent aussi la confiscation illégale de la carte SIS comme moyen de pression.
- Manque de soins de suivi, et le renvoi rapide des patients à leur domicile alors que certains d'entre eux n'ont aucun réseau social ou familial sur qui compter.

---

quote-part personnelle). Seule une très petite minorité des prestataires applique ce système. Selon certains, cela concernerait 4 % des soins ambulatoires et 2 % des prestataires.

<sup>9</sup> Les Equipes Populaires de La Louvière

- Manque de respect régulièrement observé aux guichets et lors de la prestation de soins ainsi qu'une approche stigmatisante. La stigmatisation est accentuée par le système lui-même, surtout pour certaines catégories (exemple: réquisitoire du CPAS pour les plus démunis): *"J'étais à la clinique, on devait me faire une prise de sang. Ca n'allait pas et ça faisait mal. J'ai rouspété et l'infirmière m'a dit: 'Vous dépendez du CPAS, il ne faut pas trop en demander' "*.<sup>10</sup>

*Quels sont le rôle exact et la philosophie du "service social" de l'hôpital ? "Responsabilisation" du patient ou déresponsabilisation de l'Etat envers les malades non solvables ?*

Ø Les CPAS apportent une contribution à l'effectivité de l'accès aux soins de santé. On observe toutefois de grandes différences dans la pratique des uns et des autres, ce qui engendre un sentiment aigu d'arbitraire. Les associations dénoncent ce manque d'uniformité et de transparence et soulignent la gravité des conséquences. Tout d'abord, de nombreuses personnes en situation de pauvreté vivent dans l'anxiété permanente par rapport à cette incertitude. Ensuite, si l'aide est refusée, la personne est purement contrainte de renoncer à se soigner.

*« Aujourd'hui, la solidarité s'effiloche et l' « assistance publique » revient en force »<sup>11</sup>*

Par ailleurs, certains acteurs reprochent aux CPAS de n'accorder leur aide qu'à leurs propres usagers. Or, comme nous l'avons dit précédemment, ces derniers sont loin d'être les seuls à être confrontés à des problèmes d'accessibilité financière.

Ø Les mutualités sont un acteur important du secteur des soins de santé. Leur rôle n'est toutefois pas toujours clair pour tous: *« La mutuelle fait beaucoup, mais nous ne le savons pas toujours »<sup>12</sup>*, reste une doléance fréquente des personnes pauvres. Les mutualités disposent, par exemple, de services sociaux gratuits. Une assistante sociale explique qu'actuellement, les mutualités doivent plus souvent faire appel à des organismes caritatifs pour répondre à des situations financières dramatiques. Beaucoup de documents sont difficiles à comprendre, même par des intervenants sociaux. Comment les personnes peu lettrées ou illettrées peuvent-elles dès lors être informées de leurs droits et devoirs ?

## 2.2 Ceux dont l'assurance ne veut pas

Les personnes sans papiers n'ont pas accès à l'assurance obligatoire et en sont réduites à invoquer une mesure exceptionnelle de l'A.R. relatif à l'aide médicale urgente. Les malades tributaires de l'aide médicale urgente sont dans une insécurité juridique totale.

---

<sup>10</sup> APGA, 2003

<sup>11</sup> Les Equipes Populaires, La Louvière

<sup>12</sup> Centre Kauwenberg, 2003

En 2003, Médecins sans Frontières a traité près de 10.000 personnes exclues des soins médicaux les plus élémentaires. Quand faut-il considérer qu'une « aide urgente » est nécessaire ? Les soins ambulatoires, les petits problèmes de santé qui traînent en longueur ou les problèmes de santé moins aigus ainsi que les soins préventifs et psychiatriques ne sont pas (toujours) couverts par la réglementation, alors qu'ils peuvent être tout aussi « urgents »<sup>13</sup>. Medimmigrant plaide pour que les mineurs d'âge soient d'abord pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les acteurs de terrain estiment qu'il est même parfois difficile de trouver le service du CPAS qui s'occupe de l'accès aux soins de santé des primo-arrivants.

Dans la foulée, des inquiétudes existent envers le sort des nouveaux Européens (ex-pays de l'est, par exemple) qui devraient se faire soigner en Belgique. Le plus grand flou existe quant à la législation qui leur est applicable, compte tenu de la méconnaissance des régimes d'assurances de ces pays.

Les praticiens dénoncent le fait que beaucoup trop de considérations politico-juridico-administratives viennent influencer la relation entre médecin et malade.

Mentionnons aussi la problématique des détenus qui, à l'instar des personnes sans papiers, n'ont de statut dans aucune des branches de l'assurance maladie obligatoire. Pour les soins de santé, ils dépendent des services du ministère de la Justice.

### 3. « Mieux vaut prévenir que guérir » : et quand les deux sont nécessaires ?

Le chapitre du RGP conclut par ces mots : « (...) Une politique d'accès aux soins doit aussi se greffer sur une politique préventive, non seulement par une "éducation à la santé" au sens classique (accessible !) mais aussi en ouvrant la population la plus défavorisée à toute une "culture du bien-être" : développer moyens et méthodes qui permettent aux personnes de prendre conscience de leur propre valeur, de leur dignité, de leur droit à être "bien dans sa peau, bien dans sa tête" au même titre que tout être humain ». <sup>14</sup>

Les associations relèvent que la rupture entre la prévention « non médicale » et médicale d'une part, et le préventif et le curatif d'autre part, constitue le problème majeur.

Ø Les associations mettent l'accent sur la prévention « non médicale » : la présente insiste d'emblée sur les conditions de vie et la qualité de l'environnement.

---

<sup>13</sup> Vanroelen, C., Louckx, F., Fragilité financière dans les soins de santé belges, Revue belge de sécurité sociale, 3<sup>ème</sup> trimestre 2004.

<sup>14</sup> RGP, p. 148

*« Quel effet peut-on attendre d'un conseil alimentaire donné à une famille qui vit sans frigo ou dont le raccordement au gaz a été supprimé ? Combien de temps une personne qui vient d'avoir une pneumonie peut-elle rester en bonne santé si elle vit dans un logement rongé par l'humidité ? »<sup>15</sup>*

Ø La prévention médicale reste capitale. Des initiatives ont été prises soit au niveau fédéral, soit au niveau des entités fédérées (tests gratuits de dépistage du cancer du sein, opérations de vaccination gratuite, ...). Pendant la concertation, de nombreux participants ont attiré l'attention sur les moyens financiers infimes consacrés à la prévention et sur la nécessité d'une concertation entre les communautés et l'Etat fédéral.

Le RGP insistait sur l'importance d'une prévention dès l'enfance. Les bases d'une bonne santé à l'âge adulte sont, en effet, posées dans la vie prénatale et dans les premières années de l'enfance. D'où l'importance d'un bon accompagnement de la grossesse. Des évolutions positives doivent être relevées, par exemple :

- soins apportés à la mère et à l'enfant organisés par les services de la Communauté germanophone, les services de Kind en Gezin en Communauté flamande et l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) en Communauté française. Ils sont gratuits et les familles défavorisées sont une priorité.
- l'opération « Dentipass »<sup>16</sup>, lancée en 2004 au niveau fédéral est prolongée et élargie à partir de 2005.

Dans le RGP, l'école est aussi considérée comme un lieu privilégié pour la prévention en matière de santé pour les enfants, avec des activités physiques régulières et variées, une alimentation saine, une éducation à la santé...

Cependant, des problèmes importants subsistent, ainsi :

i) le lien entre préventif et curatif manque cruellement.

*« Nous organisons gratuitement des tests de dépistage du cancer du sein. Lorsque le résultat est mauvais et que la femme vit dans une situation de pauvreté, nous annonçons une « mauvaise nouvelle » supplémentaire. Car on peut craindre qu'elle n'ait pas les moyens de suivre le traitements nécessaires »<sup>17</sup>.*

Le problème est accentué par le saucissonnage des compétences institutionnelles en matière de santé.

---

<sup>15</sup> De Keeting, 2004

<sup>16</sup> En 2004, l'opération Dentipass accordait la gratuité des soins dentaires aux enfants qui fréquentaient des écoles situées dans des quartiers pauvres. Le Dentipass concernait 15.000 enfants. Il sera élargi à 30.000 enfants avant septembre 2005. Et à partir de cette date, les soins dentaires seront gratuits pour tous les moins de 12 ans.

<sup>17</sup> Observatoire de la Santé du Hainaut



ii) D'une façon générale, les actions de prévention atteignent plus difficilement les catégories défavorisées, pour des raisons très diverses: les visites « de contrôle » chez son médecin coûtent cher, les campagnes s'adressent souvent aux classes moyennes (ex : renvoi vers un site internet dans les brochures), les moyens mis en œuvre sont souvent insuffisants pour atteindre les populations les plus pauvres, l'approche est trop individualisée et n'implique pas tout l'entourage (parents, école, quartier ...) etc.

#### 4. Quel est le rapport entre psychiatrie et pauvreté ?

Ce rapport est complexe.

Ø D'une part, le RGP met en garde contre une « psychiatisation de la pauvreté ».

*« Pour certains, la pauvreté elle-même est une maladie. Ca permet de ne pas remettre en question le problème économique qui est à la base de la pauvreté. Il suffit donc de soigner pour supprimer la pauvreté. C'est tout le problème de la psychiatisation de la pauvreté. Monsieur B., avant sa gestion de dette, avait un équilibre bon an mal an. Depuis qu'il est géré, il n'a jamais été aussi souvent bourré. C'est déchéance-psychiatrie-suicide ... »<sup>18</sup>.*

On observe que les personnes pauvres sont, plus souvent que les autres, hospitalisées sous la contrainte (on parlait autrefois de « collocation »). Une étude récente a montré qu'elles sont le plus souvent « enfermées » dans des institutions exclusivement psychiatriques et surtout dans des établissements où la durée de séjour est particulièrement longue (et coûteuse !) et dans des services où se trouvent des patients atteints de troubles particulièrement graves. Tant pour les patients que pour leur entourage, le risque de stigmatisation de leur état est accru.

La psychiatisation de la pauvreté semble un processus lié aux conditions de vie de la personne qui elles, ne sont pas « guérissables » en quelques traitements : mauvaise qualité de l'environnement à mauvais résultats obtenus par la médecine à perturbation de la relation médecin-malade (malaise, méfiance, incompréhension de part et d'autre...) à sentiment d'impuissance et d'échec du médecin face au « manque de collaboration » du patient à perception de son comportement par le médecin comme incohérent, anormal, pathologique à orientation vers la psychiatrie

*« Beaucoup de ces hospitalisations dans ces services sont dues à des « troubles de l'adaptation » qui sont le résultat de la pauvreté et de la déstructuration qu'elle entraîne. Cette « psychiatisation » est lourde de conséquences : elle prive les pauvres de leurs*

---

<sup>18</sup> LST, 2003

*discours. Leur révolte, leur découragement deviennent « troubles de l'humeur ». Le problème social est masqué par le diagnostic médical <sup>19</sup>. »*

Ø D'autre part, l'accès à des soins de santé mentale de qualité est extrêmement faible pour les personnes précarisées.

*« Si l'on souffre d'une maladie mentale, mieux vaut être riche et avoir fait de bonnes études. Non que les soins dont on aura besoin soient impayables. Mais simplement parce que (...) la faculté semble plus prévenante pour ceux qui possèdent un statut social élevé. »<sup>20</sup>*

Faisant plus vite l'objet d'hospitalisations lourdes, les personnes vivant dans la pauvreté ont moins accès aux soins « haut de gamme » (accompagnement, psychothérapies, ...), notamment ceux que l'on dispense dans le monde universitaire ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général. Or, selon les résultats de l'enquête de Santé de 2001, les personnes pauvres courent plus de risques de souffrir de dépression. Autres problèmes signalés : les longues listes d'attente pour obtenir un rendez-vous, un passage problématique de la première à la deuxième ligne, le manque de coordination, la formation insuffisante en ce qui concerne la vie dans la pauvreté, le manque de places dans le secteur de la psychiatrie pour enfants et adolescents ...

*« Nous relevons, en ce qui concerne la santé mentale :*

- *des dépressions ;*
- *un mal-être généralisé ;*
- *un dégoût de vivre qui se traduit par des manifestations d'automutilation si ce n'est de l'autodestruction : lacérations au couteau, prise abusive d'alcool ou de médicaments ;*
- *des psychoses. »<sup>21</sup>*

Les patients sombrent dans l'errance et deviennent sans abri à cause du manque de structures d'accueil adaptées.

## 5. La formation des prestataires de soins

Le RGP demandait expressément qu'en élaborant des profils de formation pour les professionnels de la santé, on soit attentif à la connaissance de la pauvreté. Une connaissance insuffisante de la diversité (notamment socio-économique) continue à entraver le dialogue entre les prestataires de soins et le patient aujourd'hui.

---

<sup>19</sup> Santé conjugulée, avril 1999, n°8, p. 28.

<sup>20</sup> Poncin, J., Les "pauvres" sont mal soignés, Le Soir, 24.01.2005.

<sup>21</sup> Comme chez Nous, 2005

S'il existe une unanimité pour dire qu'une meilleure connaissance de la pauvreté s'impose chez les praticiens, les réactions sont assez diverses quant à la formule à privilégier:

- il existe déjà des formations en médecine sociale qui devraient être promues ;
- une formation relative à la pauvreté n'est pas suffisante ; il faut opter pour une formation à la diversité, qui inclut notamment l'approche des populations plus pauvres, mais aussi les autres cultures et, globalement, une optique axée sur les droits de l'homme ;
- pour connaître la pauvreté, il faut travailler sur le terrain, avec les populations concernées. Les formations purement théoriques ne seront jamais suffisantes.

Une série d'initiatives ont été mises sur pied dans différents domaines : formation de base du personnel soignant et des médecins, formation continue du personnel du secteur de la santé mentale, ... Ces initiatives devraient faire l'objet d'évaluations afin de pouvoir être étendues.

Il ressort de nombreux témoignages relatifs aux hôpitaux que certains médecins sont sensibilisés à la problématique de la pauvreté et encouragent les patients ayant des problèmes financiers ou des dettes envers l'institution à franchir le barrage hostile parfois dressé par le personnel de l'accueil et du service social qui décide de laisser la personne accéder ou non aux soins de santé en fonction de dettes antérieures. La problématique est donc plus complexe qu'il n'y paraît.

*Est-ce un problème de sensibilisation, de formation ? Au delà de ces aspects, ne faut-il pas s'interroger sur le poids de la structure, de la direction sur les différents intervenants ? Sur la manque de temps, d'effectifs ?*

## **6. Connaître, c'est bien. Agir puis évaluer, c'est mieux.**

Un nombre important d'études qui incluent concrètement des personnes vivant dans la pauvreté ont été réalisées. Par conséquent, on en sait plus aujourd'hui sur les problèmes d'accès aux soins de santé liés à la pauvreté. Mais en quoi les décideurs politiques se laissent-ils influencer par de telles recherches ? De même, il y a un manque évident de recherches et de résultats concernant l'évaluation des mesures censées réduire les écarts de santé et améliorer la santé des plus pauvres. Une demande resurgit dans les débats: celle de la nécessité d'évaluer systématiquement les effets des mesures politiques sur la pauvreté, par analogie à ce qui se pratique pour l'enfance et l'environnement.

En réalité, les acteurs de terrains observent que les constats de plus en plus fins et fréquents d'inégalités sociales de santé ne semblent pas vraiment intégrés dans les approches politiques. Les associations se plaignent aussi d'un manque de suivi de leurs propres constats et recommandations.

Un des problèmes soulevés est que les principaux déterminants sur lesquels devraient être ciblées les politiques ne rentrent pas dans les compétences des ministres responsables de la santé (logement, éducation, qualité de l'emploi, ...).

## 7. Participer : à quoi, comment et pour quoi faire ?

Au cours des dix dernières années, différentes initiatives ont été prises « en dialogue avec les personnes pauvres ».

Aujourd'hui, de nombreuses associations demandent à quels résultats ce dialogue a abouti, certaines d'entre elles estimant qu'il s'agit de pseudo-concertations. Selon elles, les rapports et les résultats de nombreux dialogues n'ont pas eu d'écho ; en tout cas, les personnes vivant dans la pauvreté qui ont investi du temps et de l'énergie dans ces exercices disent ne pas recevoir de feedback.

La nature et la qualité du dialogue sont des points transversaux à tous les thèmes et conduisent à des nuances différentes.

*« Il faut avoir des garanties que les personnes qui vivent dans une situation de pauvreté n'obtiennent pas seulement « la parole », mais aussi l'assurance qu'elles pourront vérifier si leur message a été compris et quelle suite y sera donnée. Les personnes pauvres veulent rester au courant et impliquées, y compris dans la mise en œuvre des idées et des propositions, dans l'évaluation des nouvelles mesures et dispositions »<sup>22</sup>*

Certains participants plaident pour un dialogue entre personnes en situation de précarité, services publics, décideurs politiques et monde associatif afin de transmettre le savoir-faire dans un sens comme dans l'autre sans tomber dans la caricature : « La parole est donnée au pauvre ». Selon certains, il faut surtout œuvrer, au delà d'un « simple dialogue », pour que les experts prennent aussi en compte les préoccupations des personnes en situation de pauvreté.

---

<sup>22</sup> De Keeting, 2005