

9. Combattre les inégalités socio-économiques de santé

Les responsables politiques ont commenté en détails les propositions du Rapport 2005 dans des notes écrites. Sur cette base, les cabinets fédéraux compétents, leurs administrations et des participants aux concertations organisées par le Service se sont rencontrés trois fois. Ce texte donne un bref aperçu des échanges. Il comprend aussi quelques réflexions formulées pendant les concertations du Service.

L'existence de **grandes inégalités en matière de maladie, de santé et d'accès aux soins de santé** est généralement admise. Elle est également attestée par différentes études scientifiques¹ – même si certaines observations doivent encore être affinées. Toutefois, la réponse politique à ces constats se fait attendre, en ce sens que la Belgique ne dispose d'aucun plan national global de lutte contre les inégalités de santé. Ce sujet figure toutefois dans des plans globaux sur la santé (comme le plan national nutrition et santé 2005 – 2010) et diverses mesures sont prises pour faciliter l'accès aux soins de santé. Cependant, les mesures destinées à améliorer les conditions de vie de ceux qui se trouvent au bas de l'échelle sociale sont tout aussi importantes – voire plus encore – pour combattre les différences socio-économiques de santé. A cet égard, le Rapport Général sur la Pauvreté (RGP) et les rapports du Service qui ont suivi demandent d'adopter une approche globale en matière de lutte contre la pauvreté pour combattre les inégalités de santé.

Les autorités belges se fixent comme objectif de **garantir l'accès financier aux soins de santé** via une large assurance publique obligatoire. Cet engagement est inscrit dans le rapport stratégique belge sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2006 – 2008. Le 1^{er} juillet 2006, la couverture des petits risques a été étendue aux indépendants. A partir du 1^{er} janvier 2008, les mineurs étrangers non accompagnés auront droit à l'assurance maladie. Les enfants à charge d'indépendants ne pouvant plus payer leurs cotisations sociales sont dorénavant aussi assurés. Différentes mesures ont été prises pour élargir la couverture : un meilleur remboursement des frais dentaires ; une intervention plus grande pour les verres de lunettes des enfants et des jeunes ; la diminution du ticket modérateur pour les prestations de kinésithérapie courantes ; le remboursement à tous les indépendants de certains médicaments orphelins coûteux ; l'octroi d'une couverture gratuite des soins de santé à tous les indépendants sous règlement collectif de dettes ; un meilleur remboursement des séances de logopédie, une amélioration du taux de couverture des mesures de protection destinées aux malades chroniques,... Les participants à la concertation du Service se réjouissent de ces avancées qui améliorent l'accès aux soins de santé. Ils émettent cependant aussi des réserves, car certains frais médicaux sont encore mal remboursés. Ainsi, seule une correction très forte donne droit au remboursement des lunettes. Celles-ci représentent toutefois toujours un investissement important, même lorsque cette norme n'est pas atteinte. Or, les problèmes de vue des enfants par exemple, peuvent avoir des conséquences sur leurs résultats scolaires.

Afin de diminuer la quote-part du patient, les pouvoirs publics ont mené une campagne pour inciter les médecins et les dentistes à prescrire des médicaments moins chers.² Des mesures ont été prises pour lutter contre les suppléments dans les hôpitaux et mieux protéger les ayants droit contre les suppléments liés aux dispositifs médicaux et aux implants.³ L'utilisation

¹ Vous trouverez des chiffres sur les inégalités socio-économiques de santé à l'adresse : http://www.luttepauvrete.be/chiffres_sante.htm (30-08-2007). Des études sur les inégalités sociales en matière de santé, de mortalité et d'espérance de vie sont actuellement menées dans le cadre du projet de recherche 'Réduire les inégalités en matière de santé en Belgique' (TAHIB – 2006 – 2009).

² Depuis le 1^{er} avril 2006, tous les médecins et dentistes sont invités à prescrire un pourcentage minimum de médicaments bon marché. Le service d'évaluation et de contrôle médicaux veille à l'application de cette disposition.

³ Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, *Moniteur belge*, 22 décembre 2006 (édition 2).

du dossier médical global (DMG), qui réduit de 30% le montant du ticket modérateur⁴ à charge du patient, est encouragée : les honoraires pour la gestion du DMG ont été augmentés et la procédure de prolongation du DMG a été simplifiée. Toutefois, les participants à la concertation du Service estiment que des efforts supplémentaires doivent être consentis pour accroître la part de la population couverte par le DMG. Ils proposent aussi l'application automatique du régime du tiers payant lors de la création du DMG.

Tous les acteurs sont responsabilisés pour modérer les dépenses de santé. Cette stratégie politique se poursuit. Le patient est responsabilisé via le système du ticket modérateur et le remboursement a posteriori (il doit avancer les frais). Selon des participants à la concertation, le ticket modérateur dissuade les personnes pauvres de se soigner. D'après eux, le phénomène de la surconsommation et 'la responsabilité du patient' sont surestimés. Le problème des avances, d'autant plus grave que le budget est limité, est dénoncé depuis longtemps déjà. La demande de généralisation du régime du tiers payant⁵, déjà formulée dans le RGP, se heurte à de la résistance, vu la volonté de maintenir le principe du ticket modérateur. Des acteurs de terrain expriment également le souhait d'une application plus large du système de paiement forfaitaire pour les soins de santé primaires. Pour y répondre, les autorités fédérales envisagent de mieux soutenir financièrement la création de maisons médicales à l'initiative des CPAS, si les coûts du système forfaitaire⁶ le permettent.⁷ Les participants à la concertation du Service sont toutefois réticents à l'idée que de tels projets soient pilotés par le CPAS. Dans son avis sur le Rapport 2005, le Conseil national du travail invite les associations partenaires à poursuivre leur réflexion sur une application plus large du forfait pour les soins de première ligne.

Pour le monde politique, le maximum à facturer (MAF)⁸ est le principal outil permettant d'améliorer l'accessibilité financière des soins médicaux. Ce mécanisme a encore été affiné par la prise en compte, dans le 'compteur MAF', d'interventions personnelles supplémentaires: celles concernant les préparations magistrales, les implants ou encore des traitements pour les malades chroniques⁹, notamment des analgésiques... Certes, le MAF est utile pour protéger les patients des catastrophes financières, mais les insuffisances déjà mentionnées dans le Rapport 2005 subsistent pour les personnes pauvres.

Depuis le 1^{er} avril 2007, le statut Omnio est octroyé aux personnes confrontées à des difficultés économiques, ce qui leur permet de bénéficier de l'intervention majorée.¹⁰ Les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent apprécient la suppression de la catégorisation : auparavant en effet, bénéficiaire de l'intervention majorée supposait, outre certaines conditions en matière de revenu, d'être dans une situation donnée (veuf, orphelin...). Le statut Omnio n'est, par contre, pas octroyé automatiquement. Il doit être demandé à la mutuelle. Une question se pose dès lors : comment les bénéficiaires potentiels seront-ils informés ? Il semble que, jusqu'à présent, peu d'entre eux se soient manifestés. Les mutuelles se plaignent de la complexité administrative de cette mesure et du rôle de contrôleur des revenus qui leur est confié. De ce fait, elles disposent de moins de temps pour l'accompagnement et la défense de leurs affiliés. Certains acteurs, tout en reconnaissant l'intérêt de ce nouveau statut pour les personnes à bas revenu, craignent que de telles mesures remettent en cause la légitimité du système de sécurité sociale si elles sont fréquemment appliquées. En effet, elles offrent peu d'avantages aux classes supérieures, qui auront tendance à se tourner toujours plus vers des assurances privées.

⁴ Le ticket modérateur est la quote-part à charge du patient qu'il doit payer pour la prestation médicale dispensée, déduction faite du remboursement de l'assurance soins de santé.

⁵ Dans le cadre de ce mode de paiement, le prestataire de soins ou l'institution reçoivent immédiatement le paiement des soins dispensés de l'organisme assureur auprès duquel le patient est affilié ; le paiement ne couvre que le ticket modérateur.

⁶ Il s'agit d'un mode de paiement des soins de santé par abonnement tandis que le mode classique est le paiement par prestation.

⁷ Etude actuellement réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : comparaison des maisons médicales avec la médecine à l'acte : http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?ID=0&SGREF=3442&CREF=5895 (02-07-2007).

⁸ Dès que les tickets modérateurs de certains soins médicaux dépassent un plafond déterminé (lequel varie surtout en fonction du niveau de revenu), l'ayant droit bénéficie du remboursement intégral de sa contribution personnelle. Le MAF se calcule annuellement.

⁹ Pour les mesures concernant les malades chroniques entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2007, voir http://www.inami.fgov.be/secure/fr/medical_cost/specific/chronic/index.htm (02-07-2007). Elles concernent notamment l'intervention dans le coût des pansements actifs, des analgésiques et dans les frais de transport des patients atteints d'un cancer.

¹⁰ Arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, *Moniteur belge*, 3 avril 2007 (édition 2).

Outre les problèmes financiers, certains obstacles **non financiers** empêchent les personnes pauvres d'avoir recours aux soins de santé.

Souvent, l'offre de soins n'est pas adaptée. On note surtout une pénurie de soins de santé primaires de qualité et accessibles, principalement dans les quartiers pauvres. Dans leur plan stratégique pour la protection sociale et l'inclusion sociale 2006 – 2008, les autorités belges accordent la priorité aux soins de santé primaires et veulent inciter les prestataires de soins à optimiser l'accessibilité de la première ligne. Pour ce faire, le plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique¹¹ a prévu divers projets comme le fonds d'impulsion médecine générale¹² et la création de postes de garde en médecine générale. Sous réserve des résultats d'une évaluation plus approfondie, les associations de lutte contre la pauvreté trouvent ces initiatives positives.

Pour les participants à la concertation, l'information, la participation, la simplification administrative et la formation des dispensateurs de soins par rapport à la pauvreté demeurent des éléments essentiels pour combattre les obstacles non financiers.

Les acteurs de terrain constatent une augmentation considérable du nombre de demandes d'aide sociale et rappellent que **le rôle du CPAS en matière de santé** est en principe complémentaire à celui du régime général de l'assurance maladie. Ils dénoncent les grandes disparités de pratiques entre CPAS. Le Rapport 2005 plaide en faveur d'une harmonisation des pratiques de CPAS. Le ministre de l'Intégration sociale a proposé deux outils pour ce faire : la création d'un Observatoire fédéral permanent pour les pratiques de CPAS¹³ - dénommé ci-après l'Observatoire - et la carte médicale dont l'utilisation doit être encouragée.

Des participants à la concertation se demandent si un tel Observatoire peut efficacement garantir cette nécessaire harmonisation. Pour eux, il est important que l'étude de la jurisprudence relative à l'aide sociale, réalisée par des équipes universitaires et interrompue depuis 2002, soit poursuivie. En effet, la jurisprudence peut par définition contribuer à l'harmonisation des pratiques. Beaucoup de participants souhaitent aussi que soit créé un service de médiation pour les problèmes liés aux CPAS.¹⁴

La carte médicale¹⁵ est considérée comme une plus-value, tant pour la personne qui a besoin de soins que pour le prestataire de soins et le CPAS. L'importance, pour un usage optimal de la carte médicale, d'un dialogue de qualité à l'échelon local, entre les différents prestataires et le CPAS, a été soulignée pendant la concertation. Les pouvoirs publics peuvent stimuler ce dialogue. Une convention médicale¹⁶ renforce les accords entre acteurs et offre une plus grande clarté. L'asbl Medimmigrant a conçu, en collaboration avec l'Union des Villes et des Communes flamandes (VVSG), des modèles/instruments de travail pour favoriser l'usage de cartes médicales claires et les plus uniformes possible.¹⁷ Des participants aux concertations soulignent que la carte médicale doit être valable pendant une durée assez longue, de trois mois minimum.

Le système de **l'aide médicale urgente** a été adapté : depuis le 1^{er} juillet 2006, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour illégal peuvent séjourner dans un hôpital psychiatrique ou une maison de soins psychiatriques et y être traités.¹⁸ Toute-

¹¹ http://www.rudydemotte.be/communiqués_asp/plan0607fr.doc (19-07-2007).

¹² Arrêté royal du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, *Moniteur belge*, 28 septembre 2006.

¹³ Projet de loi créant un Observatoire permanent et fédéral des pratiques des centres publics d'action sociale. (Chambre belge des représentants), *Document parlementaire* 51K1658.

¹⁴ Vous trouverez une présentation détaillée de cette proposition dans le compte rendu de la concertation menée par le Service, à la demande du ministre de l'Intégration sociale, à propos de la proposition de création d'un ombudsman des CPAS : http://www.luttepauvrete.be/publications/Note_Ombuds_CPAS.pdf (19-07-2007).

¹⁵ La carte médicale est un document fourni par le CPAS à certains de ses usagers, document dans lequel le CPAS s'engage à l'égard du prestataire de soins à prendre à sa charge, pendant une période déterminée, les coûts de certaines prestations médicales.

¹⁶ Une convention médicale est un accord conclu entre un CPAS et un (groupe de) prestataire(s) concernant la fourniture de soins médicaux à des (groupe d') usagers du CPAS et/ou l'application de la réglementation sur l'aide médicale urgente.

¹⁷ Le manuel 'aide médicale urgente' pour les personnes en séjour illégal - volet 'informations élémentaires' et dossier de fond - (disponible en néerlandais uniquement) peut être consulté sur le site web de Medimmigrant : <http://www.medimmigrant.be/>.

¹⁸ Loi du 2 juin 2006 modifiant l'article 1er, 3^o, alinéa 2, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, *Moniteur belge*, 30 juin 2006 (édition 2).

fois, selon des participants à la concertation, le système d'aide médicale urgente dans son ensemble n'est plus adapté à la réalité d'aujourd'hui et doit être modifié.

Le 15 février 2007, une cellule 'frais médicaux' a été créée au sein de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil). Le but est de garantir une plus grande accessibilité des soins de santé pour les demandeurs d'asile dits 'no-show' – ceux qui se sont vus désigner une structure d'accueil mais décident de ne pas y résider – ainsi qu'un paiement (ou remboursement) plus efficace des factures aux prestataires de soins. Selon certains participants aux concertations du Service, la transmission d'informations sur ce service à tous les prestataires et toutes les structures d'accueil laisse à désirer.

Pour offrir aux patients des **soins de santé mentale** le plus près possible de chez eux, le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique a lancé différents projets : traitement à domicile, outreachment* pour enfants et pour personnes sans abri. Ils devraient devenir structurels si leur évaluation – à laquelle, selon les participants à la concertation, les usagers devraient être associés – est positive. En Communauté flamande, une mesure a été prise pour que les personnes en difficultés sociales et financières et souffrant de graves troubles psychiques ou psychiatriques puissent bénéficier d'une consultation à tarif réduit, voire gratuite, dans les centres de santé mentale.

Beaucoup d'acteurs de terrain reconnaissent qu'il est important d'investir dans des soins de santé mentale de qualité et accessibles à tous, mais attirent l'attention sur le risque de 'psychiatisation' de la pauvreté.

En Wallonie, afin que **personne ne soit privé de soins de santé**, des relais santé ont été créés au sein des relais sociaux, avec le soutien du Gouvernement wallon.¹⁹ Outre les missions d'accueil, d'information, de prévention et de premiers soins généralement attribuées à un dispensaire, les relais santé ont pour mission l'orientation des patients vers les structures existantes qui peuvent répondre à leurs besoins. Les partenaires du Service trouvent cette initiative intéressante pour autant que l'approche soit proactive : les professionnels doivent aller à la rencontre des personnes qui, autrement, ne penseraient jamais à se faire soigner.

La **prévention** est prioritaire dans toutes les communautés, constate-t-on à la lecture du plan stratégique belge 2006 – 2008. Dans leurs notes politiques et leurs plans d'action, les autorités flamandes formulent des recommandations pour que la vaccination, le dépistage du cancer du sein, la prévention de la dépression et du suicide, autant d'instruments au service des objectifs de santé, atteignent mieux les personnes vivant dans la pauvreté.²⁰ L'on sait en effet que les mesures préventives les atteignent très difficilement. La crainte des frais ultérieurs joue surtout un rôle, comme dans le cas des consultations gratuites chez le dentiste.

Tant l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), en Communauté française, que l'organisme Kind en Gezin, en Communauté flamande, adoptent une nouvelle approche pour les services prénataux aux femmes enceintes socialement vulnérables (via des efforts pour mieux atteindre le groupe cible et un accompagnement psychosocial accru). Ils ont ajouté aux soins médicaux préventifs pour les jeunes enfants (0 – 6 ans) une offre spéciale de suivi des enfants vivant dans la pauvreté.

Des mesures ont été prises pour promouvoir davantage la santé auprès des enfants et des jeunes, les personnes pauvres faisant l'objet d'une attention spécifique. En Flandre, le plan stratégique de promotion de la santé dans l'enseignement fondamental et

* N.D.T. : l'outreachment consiste à aller rencontrer les personnes dans leur lieu de vie.

¹⁹ Région wallonne (2005), *Plan stratégique n°3 – Inclusion sociale*, 19 octobre 2005 ; <http://gov.wallonie.be/code/fr/pst3.pdf> (19-07-2007).

²⁰ Voir le site web de l'Agence flamande Soins et santé. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventie.aspx> (30-08-2007).

secondaire²¹ instaure une politique de santé obligatoire pour chaque école à partir du 1^{er} septembre 2007.²² La Communauté française a élaboré un plan pour une alimentation saine et un accroissement de l'activité physique chez les enfants et jeunes de 0 à 18 ans.²³

Ces mesures vont dans le sens d'une demande formulée dans le Rapport 2005 de créer des environnements qui aident les personnes à acquérir la maîtrise de leur vie ; comme faire de l'école un lieu privilégié de prévention. La responsabilité individuelle, fort mise en avant en matière de prévention, engendre chez les personnes socio-économiquement vulnérables des sentiments de culpabilité et de l'angoisse, ce qui peut renforcer la stigmatisation et l'exclusion.

Recommandations

Dans le Rapport 2005, une série de recommandations – sous la forme de résolutions – ont été formulées sur ce thème. Nous souhaiterions attirer à nouveau l'attention sur les recommandations suivantes.

La **politique de santé** doit être **globale, cohérente** et axée sur le maintien et la promotion de la santé pour tous les citoyens. Elle requiert la prise des mesures suivantes :

- **Maintenir les soins de santé abordables** : les personnes aux revenus les plus bas éprouvent de plus en plus de difficultés à payer les soins de santé. Beaucoup doivent reporter des soins, voire y renoncer, pour des raisons financières. A contrario de la tendance à la privatisation croissante, la couverture par l'assurance maladie obligatoire devrait être maximale pour garantir l'accès aux soins de santé. Les coûts à charge du patient doivent être diminués via la réduction des tickets modérateurs, la lutte contre les suppléments et l'affinement des mécanismes correcteurs comme le maximum à facturer. Le régime du tiers payant doit être généralisé à tous les dispensateurs de soins et le paiement au forfait doit être appliqué plus largement à la première ligne.
- **Combattre les obstacles non financiers**, en fournissant et diffusant une information de qualité, en améliorant la communication entre le patient et le prestataire de soins, en éliminant les problèmes administratifs,
- **Harmoniser les pratiques des CPAS** vu leurs grandes disparités, dans le domaine de l'accès aux soins de santé notamment. L'étude de la jurisprudence de l'aide sociale et une utilisation plus fréquente et meilleure de la carte médicale permettraient d'aller dans ce sens.
- **Empêcher l'exclusion des soins médicaux** : le droit à la protection de la santé est un droit fondamental. Il implique que chacun ait accès aux soins. Le système de l'aide médicale urgente dans son ensemble n'est plus adapté à la réalité quotidienne, il doit être adapté.
- **Garantir une offre suffisante de soins de santé primaires accessibles**, dans les quartiers pauvres aussi.
- **Rendre la prévention accessible à tous**: on constate trop souvent que les mesures préventives atteignent très difficilement les personnes vivant dans la pauvreté.

²¹ Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) en Commissie gezondheidsbevordering (2006). *'Op uw gezondheid !'. Strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis-en secundair onderwijs.*

http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Preventie/Kinderen_en_jongeren/Standaarden_jeugdgezondheidszorg/OpUwGezondheid.pdf (30-08-2007).

²² <http://www.gezondopschool.be>.

²³ Gouvernement de la Communauté française. (2006). *Promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et adolescents.* http://www.enseignement.be/prof/actualites/attitudes_saines/plan.pdf (19-07-2007).

- **Etre attentif au bien-être psychique** : cela implique d'offrir des soins de santé mentale de qualité et accessibles à tous, tout en veillant à éviter le risque de psychiatrisation de la pauvreté et de ceux qu'elle touche.

Texte traduit du néerlandais

