



ATD Quart Monde Wallonie – Bruxelles a.s.b.l.

***Inégalités sociales de santé :
où en sommes-nous depuis le Rapport Général
sur la Pauvreté ?***

Régis De Muylder

Collection « Connaissance et engagement »

Cette publication relève de la loi du 30 juin 1994 relative au droit d'auteur.
Cette loi précise entre autres que l'auteur "*dispose du droit au respect de son oeuvre lui permettant de s'opposer à toute modification de celle-ci*" et qu'il a "*le droit de s'opposer à toute déformation, mutilation ou autre modification de cette oeuvre ou à toute autre atteinte à la même oeuvre, préjudiciables à son honneur ou à sa réputation.*"
Elle rappelle que, sauf accord explicite de l'auteur, sont seules autorisées les courtes citations "*effectuées dans un but de critique, de polémique, de revue, d'enseignement, ou dans des travaux scientifiques, conformément aux usages honnêtes de la profession et dans la mesure justifiée par le but poursuivi (...).*"
Les citations visées devront faire mention de la source et du nom de l'auteur."



Publication réalisée avec le soutien du Ministère de la Communauté française,
[Direction générale de la Culture](#) - Service général de la Jeunesse et de l'Éducation
permanente- [Service de l'Éducation permanente](#)

Ce document s'adresse au monde associatif, aux citoyens, aux professionnels, à tous ceux qui s'engagent pour le respect de la dignité de chacun et agissent pour que les droits fondamentaux soient effectivement assurés à tous.

Ce document forme un tout dont chaque élément doit être situé dans son contexte. Ancrée dans la vie, la connaissance bâtie sur l'engagement et l'action est en construction permanente.

Le travail présenté a pour premier objectif d'alimenter et de soutenir les engagements des uns et des autres, pour faire progresser les droits de l'homme et la lutte contre la misère et l'exclusion.

Nous avons fait le choix de diffuser largement ce travail non seulement pour faire connaître l'expérience et la pensée des personnes très pauvres (et de ceux qui s'engagent à leurs côtés) mais aussi pour qu'il soutienne et inspire d'autres démarches de connaissance qui renforcent les projets et les combats menés avec eux et à partir d'eux.

Nous vous proposons de découvrir dans notre collection "**Documents de référence**" quelques textes qui situent clairement les enjeux de telles démarches et leurs exigences pour qu'elles servent réellement les plus pauvres et contribuent effectivement à lutter contre la misère et l'exclusion.

La collection "**Connaissance et engagement**" publie des travaux réalisés par des personnes engagées dans la durée aux côtés des personnes et familles très pauvres.

La collection "**Croisement des savoirs et des pratiques**" publie des travaux construits collectivement à partir d'échanges entre des personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et des personnes d'autres milieux, en mettant en oeuvre les conditions d'un réel croisement tel que décrit dans la « Charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale »

La collection "**Nous d'un peuple**" publie des interventions construites collectivement par des personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Elles ont été conçues pour engager un échange entre personnes de différents milieux, mais toujours avec des personnes en situation de pauvreté.

La collection "**Regards croisés**" confronte les points de vue de différents acteurs sur une même question, y compris celui de personnes vivant la pauvreté

Sommaire

Résumé.....	4
Introduction.....	5
Méthodologie.....	5
Les constats faits dans le RGP.....	5
Les recommandations faites par les auteurs du RGP.....	6
Les inégalités sociales de santé aujourd’hui.....	6
L’usure prématurée.....	7
La connaissance	8
La généralisation de la couverture soins de santé.....	8
Conclusions.....	10

Résumé

Le RGP, dans son chapitre sur le droit à la santé, avait mis en évidence des inégalités sociales portant à la fois sur l’état de santé et sur l’accès aux soins. Le chapitre se terminait par une série de recommandations.

La présente analyse se penche sur les inégalités sociales de santé actuelles, 15 ans après le RGP. Ces inégalités sont aujourd’hui mieux étayées par de nombreuses études qui mettent en évidence leur persistance voire leur aggravation. Ceci en dépit de la mise en œuvre de mesures pour faciliter l’accès aux soins et lutter contre les obstacles financiers aux soins. Certaines de ces mesures tentent pourtant de répondre aux recommandations du RGP.

Une des raisons de cette persistance est l’aggravation de la pauvreté et des inégalités en Belgique depuis le RGP.

Introduction.

Les inégalités sociales de santé sont un fait incontesté aujourd'hui. Tant en termes d'indicateurs de santé qu'en termes d'accès aux soins, les groupes sociaux vulnérables, en particulier les personnes vivant dans la pauvreté, se trouvent dans une position désavantagée. Le Rapport Général sur la Pauvreté (RGP)¹ avait déjà mis cela en évidence en 1994. Des mesures ont été prises depuis lors et la situation ne s'est apparemment pas améliorée. Cette constatation nous a conduits à analyser la situation actuelle.

Le chapitre que le RGP consacre à la santé s'ouvre sur la réflexion d'un médecin généraliste : « *La santé est un capital dont l'importance varie pour tout le monde quel qu'il soit, mais qui sera d'autant plus vite hypothéqué qu'on sera démuné.* »² Dans un article récent, on peut lire des propos qui font directement écho à cette réflexion : « *Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socioéconomique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études.* »³

Méthodologie.

Nous avons repris le chapitre du RGP consacré à la santé⁴, notamment les constats et recommandations. Nous avons ensuite, à partir d'études existantes, mais aussi de ce que nous pouvons recueillir comme informations dans le travail quotidien réalisé par l'association avec des personnes vivant dans la grande pauvreté, essayé de voir quelle était la situation actuelle. Nous avons analysé l'effet de certaines mesures prises, sans toutefois chercher à les analyser toutes.

Les constats faits dans le RGP

Sans vouloir résumer ici le chapitre intitulé « Droit à la santé » du RGP, nous pouvons dégager trois grands constats :

- **Le lien entre la santé et les conditions de vie.** Ce constat n'était déjà pas nouveau à l'époque et le rapport se réfère notamment à une étude d'ATD Quart Monde qui affirmait : « *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 ou 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.* »⁵
- **L'usure prématurée.** C'est un autre constat qui est fait et qui montre que tant sur le plan physique que sur le plan psychologique, vivre dans des conditions de grande précarité use les individus. Cela se manifeste par une espérance de vie réduite : les pauvres meurent plus jeunes. L'espérance de vie en bonne santé est également réduite ; le rapport mentionne notamment le fait que l'état de santé s'aggrave avec l'âge de telle sorte qu'au-delà de la

¹ **Rapport Général sur la Pauvreté.** Fondation Roi Baudouin en collaboration avec ATD Quart Monde Belgique et Union des Villes et Communes belges (section CPAS) 1994 (consultable notamment sur www.luttepauvrete.be/presentationorigine.htm).

² RGP, p 119

³ H. Avalosse, O. Gillis, K. Cornelis, R. Mertens. « *Inégalités sociales de santé en Belgique : des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données mutualistes.* » Revue belge de Sécurité Sociale, 1^{er} trimestre 2009 (pp. 145-166)

⁴ RGP. Voir pp. 119-148.

⁵ ATD Quart Monde, le droit à la santé : un cercle vicieux, une double inégalité. (1992) cité dans RGP p119.

quarantaine, plus de 40 % des ayants droit au Minimex estiment que leur état de santé laisse à désirer.

- **L'inégalité dans l'accès aux soins.** Le rapport analyse, outre des cas de refus de soins, les obstacles financiers, les obstacles administratifs et les obstacles d'ordre culturel. L'ensemble de ces obstacles a fait dire que l'accès aux soins pour les personnes vivant dans la pauvreté était un véritable parcours d'obstacles.

Les recommandations faites par les auteurs du RGP.

Les recommandations sont diverses. Le rapport analyse notamment la manière dont la prévention peut être plus accessible et plus effective pour les personnes vivant dans la pauvreté. Il y a en effet un paradoxe dans les mesures de prévention ; comme celles-ci touchent significativement moins les couches de population défavorisées, elles font courir le risque d'accroître les inégalités de santé.

Mais dans le cadre de cette analyse, nous allons nous arrêter aux propositions en matière d'accès aux soins⁶ :

- **La généralisation de la couverture « soins de santé »**, faisant du droit à l'assurance maladie un droit de l'homme reconnu à tout être humain de par son existence même.
- **L'extension d'un statut préférentiel pour assurer l'accessibilité financière des soins de santé.** Les auteurs du RGP ont plaidé pour un élargissement du régime préférentiel qui ne serait plus accordé suivant une catégorie de personnes (veuves, invalides, pensionnés, orphelins) mais suivant le revenu de la personne ou du ménage.
- **La formation des professionnels.**
- **Le développement d'outils de connaissance.** Le rapport mettait en évidence, tout au long du chapitre sur le droit à la santé, un déficit au niveau de la connaissance de la santé des personnes vivant dans la pauvreté, relevait la nécessité de construire des indicateurs fiables et soulignait le manque d'études systématiques, à l'échelle du pays, permettant d'évaluer l'impact positif ou négatif des mesures prises.

Les inégalités sociales de santé aujourd'hui.

Les études qui font état de ces inégalités aujourd'hui sont nombreuses en Belgique comme en Europe. Les indicateurs confirment de fortes inégalités dans le domaine de l'état de santé. Les personnes avec un niveau de qualification peu élevé (pas de diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) vivent moins longtemps (2.8 ans de moins pour les femmes et 5.2 ans de moins pour les hommes) et connaissent moins longtemps une vie en bonne santé (14.5 ans de moins pour les femmes et 15.5 ans de moins pour les hommes) que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur⁷. Pour la Belgique, les résultats des différentes enquêtes par interview (1997, 2001, 2004,) confirment ces inégalités et indiquent leur persistance au cours de la décennie examinée.⁸ La Fondation Roi Baudouin a publié différents travaux disponibles sur leur site qui confirment le caractère préoccupant de ces inégalités et analysent certaines initiatives entreprises. Elle a mis sur pied un groupe de travail qui a produit des recommandations politiques.⁹

⁶ RGP pp.142-148

⁷ Ces données – ainsi que d'autres – peuvent être trouvées sur le site du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale : www.luttepauvrete.be/chiffres_sante.html .

⁸ Disponible sur www.iph.fgov.be/epidemio/epifir/index4.htm ; à noter qu'il y a eu une enquête en 2008 dont tous les résultats ne sont pas encore disponibles.

⁹ Inégalités de santé. Recommandations politiques. *Recommandations du groupe de travail « Inégalités en santé » de la FRB à l'intention des autorités politiques en Belgique* (2007). Voir www.kbs-frb.be/publications

Avalosse et Co, dans un travail déjà cité¹⁰, ont étudié ces inégalités sur l'ensemble des affiliés de la Mutualité chrétienne. Ils ont analysé toute une série de critères en fonction d'une classification socioéconomique, basée sur une unité géographique de la taille d'un quartier. Sur l'ensemble du territoire national, il y a plus de 20.000 unités. Chaque unité est définie en fonction du revenu net imposable médian des ménages habitant le quartier. Ils ont déterminé cinq classes en fonction de ces revenus (inférieurs, bas, moyens, hauts, supérieurs). On constate une surmortalité dans les classes défavorisées ainsi qu'une fréquence accrue de maladies pulmonaires et cardiaques. Les taux d'incapacité de travail et d'invalidité sont également significativement accrus dans ces classes. On constate aussi une consommation significativement plus élevée d'antidépresseurs dans les classes aux revenus inférieurs et bas. Par contre les mesures de prévention (vaccination antigrippe, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du col de l'utérus) suivent un gradient inverse. Les ménages aux revenus plus faibles consultent moins leur médecin généraliste mais leur taux d'admission à l'hôpital est plus élevé. Le recours aux soins dentaires est aussi significativement moins élevé dans les classes aux revenus moindres.

Les inégalités de santé montrent le chemin qu'il reste à parcourir pour faire progresser la justice sociale. Des mesures – par exemple préventives, comme celles citées dans l'étude d'Avalosse et Co – ne sont pas critiquables en soi. On constate simplement qu'elles sont inadaptées aux personnes vivant dans la pauvreté. Ce qui doit nous pousser à trouver les moyens qui les rendent adaptées aussi à une population défavorisée qui aujourd'hui n'est guère touchée par elles.

L'usure prématurée.

Déjà relevée dans le RGP, l'usure prématurée des personnes vivant dans la pauvreté est une réalité persistante. Elle est évoquée par tous les professionnels de santé qui sont engagés avec des personnes vivant dans des conditions précaires. L'Observatoire bruxellois de la santé et du Social a consacré une partie de son rapport 2008 à la question du lien entre pauvreté et vieillissement¹¹. On peut y lire : « *Il est évident que si le vieillir implique des risques de vulnérabilité pour toutes les couches sociales, ceux-ci sont nettement plus importants pour les personnes qui ont un parcours de vie marqué par la précarité.* » Ce qui a conduit les auteurs à aborder non seulement la question de la pauvreté des personnes âgées, mais aussi le vieillissement des personnes pauvres. Les auteurs du rapport ont interrogé un certain nombre de personnes concernées. Selon celles-ci, plusieurs facteurs provoquent cette usure prématurée. Les facteurs de stress sont le plus souvent mis en évidence, mais aussi le manque de sommeil, la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Les conditions matérielles de vie sont aussi pointées comme étant un facteur causal. Les conditions de travail qui peuvent être particulièrement dures sont aussi évoquées, de même que les accidents fréquents. L'accumulation et la récurrence des problèmes sont citées comme cause de l'épuisement psychique. L'énergie considérable qu'il faut pour toujours recommencer contribue fortement à l'épuisement physique et psychique.

Les différentes études que nous avons citées font aussi état de ce vieillissement précoce dont l'ampleur est soulignée par la réduction de l'espérance de vie en bonne santé des personnes vivant dans la pauvreté (cf. supra).

¹⁰ Avalosse et Co cf. note 3.

¹¹ 'Pauvreté et vieillissement', Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 (Cahier n°2) – Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (commission communautaire commune).

La connaissance

Le développement d'outils de connaissance faisait partie des recommandations émises dans le RGP. Le nombre d'études qui portent sur cette question et dont certaines ont été mentionnées dans cette analyse peut sembler une réponse à cette attente. Le baromètre interfédéral de la pauvreté¹² comporte plusieurs indicateurs sur les soins de santé : report ou annulation de soins de santé pour raisons financières ; évaluation négative de sa propre santé.

Mais la situation des plus pauvres est souvent sous-évaluée dans ce type d'études. Avalosse et Co dans l'étude basée sur les affiliés de la Mutualité chrétienne¹³ mentionnent, dans la méthodologie, les limites et difficultés rencontrées dans leur étude. Des approches qualitatives doivent compléter les données chiffrées pour permettre de bien comprendre la réalité vécue par les plus pauvres et aller au-delà des simples chiffres. Le rapport bruxellois mentionné¹⁴ est original à cet égard, dans la mesure où les auteurs ont pris la peine d'interroger un certain nombre de personnes vivant dans des conditions très difficiles.

Si on considère le baromètre interfédéral de la pauvreté, on peut constater que le pourcentage de personnes vivant dans un ménage dont un des membres a dû reporter ou annuler des soins de santé pour raisons financières est de 1,2 % dans la population générale. Par contre il est de 5 % dans le groupe des 20 % avec les revenus les plus bas. Lorsque nous avons abordé la question de l'accès aux soins dans une université populaire Quart Monde¹⁵, on s'est rendu compte que cela concernait un nombre significatif des participants à l'activité. Le chiffre de 5 % était très largement dépassé. Bien sûr cela n'aurait pas de sens de vouloir faire des statistiques à partir des participants à une activité d'éducation permanente. Mais cela indique que ce que vivent certains groupes défavorisés de la population est mal rendu par les statistiques disponibles aujourd'hui. Au-delà des chiffres, des informations significatives liées à la vie quotidienne sont apparues. Par exemple, en matière de soins de santé, les parents qui vivent dans la pauvreté donnent toujours la priorité aux enfants et il n'est pas rare que des parents reportent des soins de santé pour eux-mêmes afin de garder les moyens de satisfaire aux besoins de leurs enfants, que ce soit en matière de santé ou autre.

La généralisation de la couverture soins de santé.

Après le RGP, il y a eu une volonté d'arriver à ce que toutes les personnes en situation légale dans le pays disposent d'une assurance maladie. On peut considérer que c'est effectivement le cas de la grande majorité de la population aujourd'hui. Il est à noter cependant que la proposition de supprimer le stage d'attente n'a pas été suivie comme telle. Nous ne parlons pas ici des demandeurs d'asile ou d'autres personnes d'origine étrangère en situation irrégulière. Ce que ces personnes vivent est extrêmement préoccupant mais sort du cadre de cette analyse. Cependant, nous devons rappeler que cette population est soumise à une double inégalité par rapport aux autres : les inégalités liées à leurs conditions de vie et celles liées à l'accès aux soins. Dans une approche qui veut se baser sur les droits de l'homme, cette discrimination est intolérable.

Diverses mesures ont en outre été prises pour limiter les obstacles financiers. Nous en mentionnons trois :

¹² Projet du secrétaire d'état à la lutte contre la pauvreté – SPF intégration sociale ; consultable sur le site www.mi-is.be.

¹³ Avalosse et Co (cf. note 3.)

¹⁴ Rapport bruxellois (cf. note 11.)

¹⁵ Pour plus d'information sur cette activité, on peut se référer au site www.atd-quartmonde.be

- *Le Maximum à facturer*

Si l'assurance obligatoire « soins de santé » rend possible le remboursement d'une grande partie des frais médicaux, la partie à charge du patient peut être importante, notamment en cas de maladie grave ou chronique. Le maximum à facturer détermine un plafond annuel au-dessus duquel les frais à charge du patient lui seront remboursés.¹⁶ Les frais pris en compte sont déterminés par le législateur et concernent globalement les prestations dont une partie est normalement remboursée. Le montant du plafond est fonction des revenus du ménage. Normalement ce remboursement se fait de manière automatique, mensuellement, une fois que le plafond est atteint. Mais il s'agit bien d'un remboursement, ce qui veut dire que le patient doit avancer les frais, ce qui peut constituer un obstacle.

- *Le statut Omnio*

Cette mesure rejoint une des recommandations du RGP, à savoir octroyer le statut de bénéficiaire d'une intervention majorée (BIM) en fonction du montant des revenus du ménage et pas seulement en fonction d'un statut. Le montant des revenus donnant droit au statut Omnio peut être trouvé sur internet.¹⁷ Il revient à la personne concernée de demander ce statut.

Selon une étude de l'INAMI, citée par l'Institut wallon de l'évaluation, la prospective et la statistique¹⁸, alors qu'on estime à plus de 850.000 le nombre de bénéficiaires potentiels du statut Omnio, ce chiffre atteignait à peine 200.000 au 1^{er} janvier 2009. L'évolution trimestrielle montre une légère augmentation, mais on reste très loin de l'objectif attendu.

La couverture Omnio est relativement large et ne concerne donc pas que les revenus les plus faibles. Il est à craindre que les plus démunis qui sont souvent les moins bien informés ne fassent partie de ceux qui ne bénéficient pas du statut alors qu'ils y auraient droit.

L'octroi automatique du statut Omnio est une revendication qui est régulièrement formulée. Il nous semble qu'on devrait avancer vers cette solution, même si sa mise en œuvre peut se heurter à des difficultés administratives.

- *La carte médicale*

Dans certaines conditions, le CPAS peut octroyer une carte médicale durant une période limitée et pour des certaines prestations. L'objectif général est de faciliter l'accès aux soins de personnes qui se trouvent dans une situation particulièrement difficile. Les conditions sont fixées par chaque CPAS. Dans un domaine aussi important, il est regrettable que chaque CPAS puisse mener sa propre politique. La carte permet de consulter un médecin généraliste, un kinésithérapeute ou de se rendre chez un pharmacien définis par la carte sans devoir à chaque fois demander une autorisation préalable au CPAS qui paiera la facture (ou une grande partie de celle-ci).

Nous constatons qu'il y a encore de nombreuses personnes ou familles qui ont des dettes vis-à-vis d'hôpitaux ou autres structures de soins ; ce qui indique les limites des mesures disponibles aujourd'hui. Dans la pratique, ces mesures se heurtent à un certain nombre de difficultés. Tout d'abord il y a un manque d'information qui réduit l'effet potentiel de telles mesures. Les personnes concernées connaissent mal ou pas du tout ces mesures. Ensuite, ces mesures restent relativement complexes et cela constitue un autre obstacle à leur mise en œuvre. Enfin, il y a encore des démarches administratives relativement lourdes à effectuer pour avoir effectivement accès à ces mesures.

¹⁶ Sur le site www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH4/SANTH_4_3.xml, on peut trouver le détail des modalités pratiques.

¹⁷ Par ex. www.riziv.fgov.be/information.fr/studies/study39/pdf/study39.pdf

¹⁸ Brève de l'IWEPS septembre 2009, de Anne-Catherine Guio (IWEPS) et Sarah Carpentier (Centrum van Social beleid – Université d'Anvers).

Conclusions

Depuis le RGP, la pauvreté a progressé dans notre pays et la question de l'accès aux droits fondamentaux des personnes vivant dans la grande pauvreté est de plus en plus cruciale. Cela concerne aussi le droit à la santé et l'accès aux soins.

Depuis 15 ans, on a avancé dans le domaine de la recherche concernant les inégalités sociales de santé. De nombreuses études existent. Elles devraient être complétées afin d'affiner la connaissance en matière de la santé des plus pauvres.

Des mesures ont été prises pour faciliter l'accès aux soins. Elles ont été importantes. Mais leurs effets sont encore limités. Une des raisons est l'augmentation de la pauvreté et des inégalités sociales depuis 15 ans. On ne peut pas lutter contre les inégalités sociales de santé sans lutter plus efficacement et plus globalement contre la pauvreté et les mécanismes qui renforcent les inégalités sociales. Tout indique que l'amélioration des conditions de vie aura pour effet de diminuer les inégalités sociales de santé. En effet l'accès aux soins, même s'il est facilité, vient « trop tard », la pathologie est là et on pourra au mieux en limiter les effets sur la qualité de vie des malades.

Éditeur responsable :
Régis De Muylder
Av. Victor Jacobs, 12
1040 – Bruxelles

Année 2009