



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

SANTE ET PAUVRETE EN 2007

Pierre Hendrick

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."

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.

RESUME :

Diverses études récentes mettent en évidence les inégalités sociales de santé. Celles-ci persistent malgré une série de mesures mises en place après le RGP. Ces mesures (BIM, MAF, OMNIO) sont destinées à limiter les obstacles financiers à l'accès aux soins.

Ces systèmes sont insuffisants pour combattre les inégalités sociales de santé pour diverses raisons analysées ici : pour les personnes vivant dans la pauvreté, les aspects financiers ne sont pas les seuls obstacles à l'accès aux soins ; l'accès aux soins n'est qu'un déterminant, parmi d'autres, de l'état de santé – et pas le plus important. Les conditions socio-économiques et le style de vie constituent un déterminant plus important.

L'analyse aborde aussi la question de la santé des « sans-papiers ». Cette question spécifique est particulièrement interpellante du point de vue du respect des droits humains fondamentaux.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL HISTORIQUE

1. Le rapport général sur la Pauvreté
2. Le statut BIM
3. Le maximum à facturer
4. La loi sur les droits des patients
5. Le statut OMNIO

III - MAIS LA SANTE DANS TOUT CELA ?

IV - LES « SANS PAPIERS » ET LA SANTE

V - CONCLUSIONS

I - INTRODUCTION

La Fondation Roi Baudouin, avant les élections législatives de juin 2007, a jeté un pavé dans la mare en dénonçant publiquement les inégalités de santé persistantes, importantes, malgré un système de santé que l'on dit « un des meilleurs au monde ». La Fondation cite des chiffres interpellants¹.

En Belgique, un citoyen de faible niveau d'études meurt trois à cinq ans plus tôt qu'un diplômé du supérieur. Mais de plus, ce citoyen faiblement instruit doit s'attendre à vivre en bonne santé entre 18 et 25 ans de moins que celui qui a eu la chance de suivre une formation supérieure.

La Fondation cite des maladies comme le cancer du poumon ou la cirrhose du foie, bien plus fréquentes dans les populations démunies. Mais c'est aussi le cas de la mortalité infantile. La prématurité est presque deux fois plus fréquente si les deux parents sont chômeurs. La santé se répartit donc inégalement, inéquitablement. Cette répartition se fait systématiquement au désavantage des couches sociales les plus basses, elle suit celle de l'argent, de l'éducation, du statut social, couche par couche, classe par classe. La pyramide de la santé se révèle être une copie conforme de la pyramide des inégalités au sein de la société.

De plus, il apparaît que la Belgique fait moins bien que nombre d'autres états en matière de lutte contre les inégalités de santé. Et la Fondation conclut en appelant les pouvoirs politiques et la société civile à placer la lutte contre les inégalités de santé, en priorité sur leur agenda.

Nous le verrons, cette lutte contre les inégalités sociales de santé est complexe et dépasse de loin le strict accès aux soins.

II - RAPPEL HISTORIQUE

Ce constat, déjà connu depuis longtemps, amène à se poser la question : qu'a-t-on fait pour en arriver là ?

Le système de santé en Belgique est complexe parce qu'il résulte de l'organisation en organismes publics de diverses composantes, mutuelles, syndicats, organisations patronales, organisations professionnelles de médecins etc.

1. LE RAPPORT GENERAL SUR LA PAUVRETE (RGP)

Pour nous, 1994-1995, marque un tournant. C'est l'époque du RGP² qui dénonce les inégalités sociales de santé mais aussi dénonce la complexité du système assurance

¹ Fondation Roi Baudouin. Inégalités en santé – recommandations politiques. Réduire les inégalités entre les groupes sociaux sur le plan de la santé ? (2007).

² Rapport Général sur la Pauvreté, ATD Quart Monde, Union des Villes et Communes belges (section CPAS), Fondation Roi Baudouin (1994).

maladie et prône un droit à une couverture maladie généralisée.

Les politiques entendront cette revendication et organiseront une couverture maladie généralisée pour les résidents légaux. C'est un fameux progrès lorsqu'on sait que dans certains CPAS à l'époque, vu la complexité des choses, certains travailleurs sociaux travaillaient à plein temps et se débattaient dans le maquis réglementaire, administratif et légal pour, au cas par cas, arriver à procurer une couverture maladie à ceux qui n'en avaient jamais eue ou l'avait perdue.

2. LE STATUT B I M

De plus, dans la foulée, une amélioration de l'accès aux soins est organisée via le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée). Le système prévoit que certaines catégories de personnes bénéficient des Tickets Modérateurs moins élevés, le ticket modérateur étant la partie financièrement à charge du patient. Ce système BIM en fait élargit le statut VIPO en vigueur jusque là.

3. LE MAXIMUM A FACTURER (MAF)

Instauré en 2002, il vise à protéger les ménages de coûts de soins de santé élevés et remplace les franchises sociale et fiscale imaginées dans les années antérieures mais qui n'avaient pas bien fonctionné. En gros, le MAF fonctionne comme un compteur totalisateur. En clair, on considère qu'un ménage qui atteint au cours d'une année civile un certain montant de tickets modérateurs, sera remboursé à 100% des tarifs légaux au-delà de ce plafond. (remboursement des tickets modérateurs a posteriori). Au début, les frais pharmaceutiques n'étaient pas compris dans le décompte, ils le sont aujourd'hui.

Il existe deux types de MAF

1/ le MAF revenus

Ce dispositif prévoit des tranches de revenus auxquelles correspondent des plafonds de tickets modérateurs au-delà desquels le remboursement s'effectue à 100%. Un exemple : un ménage ayant des revenus net compris entre 0 et 14878.24 euros au cours d'une année civile verra son plafond pour les tickets modérateurs amené à 450 euros. Au-delà, il lui seront remboursés par la mutuelle.³

2/ le MAF social

Il complète le MAF revenus et vise à protéger mieux des personnes « fragiles ».

Les conditions d'application sont :

- Le ménage doit avoir supporté effectivement 450 euros de tickets modérateurs
- Le ménage doit compter parmi ses membres, une personne dite « BIM » c'est-à-dire bénéficiaire d'intervention majorée
 - pensionnés, veufs, invalides , orphelins
 - chômeurs de plus de 50 ans en chômage complet depuis plus d'un an

³ Les différents montants en fonction des revenus et d'autres informations utiles concernant le MAF se trouvent sur le site www.inami.fgov.be/secure/fr/medical_cost/general/maf/index.htm

- bénéficiaires du RIS (revenu d'intégration sociale)
- bénéficiaire du GRAPA (garantie de revenus aux personnes âgées)
- bénéficiaire d'une allocation de handicapé

Ce système du MAF, protège à coup sûr des personnes et des familles de frais médicaux insupportables pour elles. Mais la correction arrive tard, des mois, voire des années plus tard, ne couvre qu'une partie limitée des frais effectivement déboursés par les familles. Il a l'avantage d'être administrativement simple pour le patient puisque ce sont les mutualités qui totalisent les frais et qui remboursent automatiquement aux patients (ou aux CPAS qui ont fait l'avance).

4. LA LOI SUR LES DROITS DU PATIENT

Cette année voit le cinquième anniversaire de la loi sur les droits du patient (22/8/2002) MB 26/9/2002. Tout d'abord, il convient de relever que cette loi présuppose un accès effectif aux soins, ce qui n'est pas le cas pour tous, comme nous le verrons plus loin.

Dans son chapitre III, la loi insiste sur la qualité des soins, le respect de la dignité humaine, de l'autonomie de la personne.

L'article 6 insiste sur le libre choix des prestataires de soins.

L'article 7 prescrit que le patient doit être informé afin de comprendre son état de santé et l'évolution de celui-ci.

L'article 8 dit le droit du patient à consentir librement aux soins après information détaillée sur les objectifs, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques de ces soins. Les répercussions financières seront également précisées.

L'article 9 traite du dossier médical, du droit qu'a le patient de le consulter.

L'article 10 souligne le droit à la protection de la vie privée, de l'intimité du patient.

L'article 11 parle des recours possibles du patient qui estime que ses droits n'ont pas été respectés.

Le chapitre IV et V traitent des aspects respectifs de la représentation du patient et de la commission fédérale « droits du patient » créée au Ministère. Enfin, le chapitre VI complète la loi sur les hôpitaux du 7/8/87 et la met en conformité avec la loi sur les droits du patient du 22/8/2002.

Cinq ans ont passé. Nous n'avons pas connaissance d'une évaluation de la commission fédérale « droits du patient ». La réalité vécue au quotidien par les personnes pauvres montre que cette loi dont les motivations sont certes nobles n'est pas vraiment d'application. Chacun sait qu'il y a dans notre pays, une médecine duale et que la qualité des soins dispensés ici ou là peut beaucoup varier. La capacité contributive financière reste encore trop souvent la clé d'accès à des soins de qualité.

Vu l'accroissement de la pauvreté, de plus en plus de personnes se tournent vers le CPAS pour solliciter une afin d'accéder aux soins nécessaires. C'est une mission des CPAS

inscrite dans la loi organique du 8/7/76. La loi très judicieusement prévoit que le CPAS veillera à affilier le demandeur à un organisme assureur (mutualité) de son choix. Il convient de noter que les CPAS ont en matière de santé une mission préventive et curative (art 57 §1).

Tout ceci confirme de facto que des soins nécessaires ne sont pas accessibles à tous sans l'aide du CPAS.

Mais, il convient de prendre conscience que cette intervention du CPAS a des effets pervers. Elle limite le choix du patient en terme de prestataires et d'institutions. Le CPAS oblige la personne aidée à s'adresser à des prestataires et institutions avec lesquels des conventions ont été signées. Ces prestataires et institutions ne sont pas sélectionnés sur des critères de qualité mais sur base de conventions tarifaires. Le patient aidé par le CPAS accède aux soins via un réquisitoire délivré par le CPAS. Il y a là, une forme de stigmatisation outre l'accroissement des démarches administratives que le patient doit effectuer.

Enfin, la question de l'information du patient se pose. Il apparaît que plus le fossé culturel entre patient et prestataires est grand, moins les informations sont diffusées. Ceci est un réel problème dont les hôpitaux prennent petit à petit conscience. Il reste un travail important à réaliser dans ce domaine. Beaucoup de patients démunis sont illettrés et donc l'accès au dossier est hypothéqué de même que d'éventuels recours, si le patient estime que ses droits n'ont pas été respectés.

5. LE STATUT OMNIO

Cette mesure récente (1/7/2007) prévoit d'élargir le statut BIM à un plus grand nombre de bénéficiaires en fonction d'un critère de revenus et non plus de statut. Une évaluation n'est pas encore possible mais déjà on peut s'étonner que ce soit le patient qui doive en faire la demande en vue de l'obtention de ce statut. Ici aussi, la faible instruction, l'illettrisme risquent de faire perdre à des personnes des facilités auxquelles elles ont droit. Il semble que fin 2007, 10% seulement des ayants droit aient effectué les démarches pour obtenir ce droit.

III – MAIS LA SANTE DANS TOUT CELA ?

Jusqu'ici, nous avons beaucoup parlé d'accès aux soins de santé, des mesures prises dans ce sens mais il n'y a pas, on le sait à présent, que l'accès aux soins, qui soit déterminant pour l'état de santé d'une population.

Une étude suisse récente menée par le prof. F. Van der Linden⁴ montre que l'état de santé est déterminé en ordre décroissant d'importance par :

⁴ Dans la revue Spectra N. 58 Août 2006, Office fédéral de la santé publique suisse.

Conditions socio-économique et le style de vie (<i>culture, formation, alimentation, économie</i>)	40 –50 %
Prédispositions génétiques	20 – 30 %
Environnement, écosystème (<i>Conditions d'habitat</i>)	20 %
Système des soins de santé	10 – 15 %

Ce qui précède éclaire la réflexion sur les inégalités sociales de santé. Il apparaît que des mesures visant à améliorer l'accès aux soins ne pourront à elles seules constituer une réponse aux inégalités sociales de santé. Certains même parlent de « cache-misère ». La prévention peut jouer un rôle important mais encore faut-il s'interroger sur la pertinence de cette prévention.

Ainsi, aux Etats-Unis, A. Dranowski, professeur à l'École de Santé Publique de Seattle fait le constat suivant : en 20 ans, le prix des fruits et légumes a augmenté de 140%. Dans le même temps celui du sucre et des graisses n'a augmenté que de 20 à 30%. On comprend donc facilement que ce sont les plus aisés financièrement qui peuvent suivre les conseils diététiques favorables. Les pauvres quant à eux mangent plus gras et plus sucré parce qu'ils n'ont pas d'autre choix économique mais aussi peut-être parce qu'ils sont moins informés.

Il apparaît donc de plus en plus clairement qu'en termes de prévention, c'est la prévention primaire qui vise à améliorer les conditions de vie des personnes concernées qui est la plus utile (habitat, alimentation, instruction...)

L'enquête belge de Santé Publique de 2004⁵ confirme de fortes inégalités sociales de santé.

L'accès aux soins reste coûteux, le coût augmente avec l'âge et constitue une part plus importante du budget si les revenus sont faibles.

Près de 30% de la population a des difficultés à faire face aux dépenses de santé.

Environ 10% de la population a dû différer des soins. Il existe à ce propos, des différences régionales majeures : 5% en Flandre, 16% en Wallonie et 18% à Bruxelles.

Le statut socio-économique reste très déterminant sur l'état de santé. L'information des couches aisées est meilleure (HIV, MST, TBC)

La consommation de soins est plus « basique » dans les classes défavorisées, les pathologies y sont plus lourdes et de plus longue durée.

On s'aperçoit que les publics défavorisés sont moins sensibles aux messages de prévention (vaccination, mammotest, dépistage du cancer.)

Les groupes défavorisés ont un entourage social plus restreint, un soutien social plus faible, des contacts sociaux moins satisfaisants, des conditions de vie plus difficiles.

IV - LES « SANS -PAPIERS » ET LA SANTE

Les « sans-papiers » sont ces personnes venues d'ailleurs ; souvent déjà chassées par la misère, la violence, la guerre ... Leur nombre en Belgique est par définition inconnu mais

⁵ Enquête sur la santé par interview. Belgique 2004.

Voir www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/hisfr/his04fr/hisfr.pdf

on l'estime à plus de 100.000 personnes. Se posent à eux de multiples problèmes de santé. Si l'on reprend l'étude suisse déjà mentionnée, on s'aperçoit vite que la population concernée a des risques majeurs de mauvaise santé physique et mentale.

Ces personnes vivent avec des revenus très bas et aléatoires, générés par des petits boulots, du travail au noir. Elle vivent un stress permanent (contrôles de police, risque d'expulsion..) L'habitat occupé est souvent médiocre quand il n'est pas carrément insalubre, dangereux et surpeuplé. L'accès aux soins est difficile.

Une récente étude européenne, publiée par *Médecins du Monde*⁶, traite de cet accès aux soins.

Un clandestin sur sept dans notre pays ne bénéficie d'aucun soin médical. Plus de 60% des illégaux ne sont pas au courant de leur droit à l'AMU (Aide médicale d'urgence). L'étude montre que plus de 14% des demandeurs de soins sont éconduits et ceci dans un pays prospère, au centre de l'Europe qui se pose en défenseur des droits de l'homme dans le monde.

Comment en arrive-t-on là ? Une des raisons est la complexité du système. Le malade doit d'abord se rendre chez un médecin de son choix qui l'examine et lui délivre un certificat attestant la nécessité de soins dans le cadre de l'AMU. C'est ici que tout se complique. Muni de ce papier, le malade doit se rendre au CPAS de la Commune où il réside. Ceci provoque chez lui une grande inquiétude et beaucoup hésitent à franchir le pas. Chaque CPAS (un par commune) détermine son propre mode d'action en la matière. Certains en font un minimum. D'autres, au contraire, tentent de répondre avec humanité et efficacité à ces demandes. Les différences entre CPAS sont à ce point importantes que des personnes sans-papiers sont amenées à déménager, à changer de commune, pour pouvoir bénéficier effectivement de soins nécessaires.

Par ailleurs, chacun reconnaît un dysfonctionnement actuel de notre système de santé. C'est l'engorgement des salles d'urgence. Il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure les sans-papiers privés de tout autre accès aux soins, recourent aux salles d'urgence.

Une fois la demande introduite au CPAS, commence un délai (souvent plus d'un mois) au terme duquel le malade se voit signifier la décision du CPAS. Le délai peut bien sûr être très préjudiciable pour la santé du patient.

L'arrêté royal précise que l'AMU peut couvrir des soins curatifs et préventifs. Par exemple , une vaccination, un suivi de grossesse peuvent très bien entrer dans le cadre de l'AMU, mais ce n'est pas l'avis de tous. Certains ont une interprétation très restrictive de la loi.

Tout ceci contribue dans les faits à un mauvais accès aux soins, à une aggravation des pathologies, à une dégradation de l'état de santé de personnes déjà fragilisées par des conditions de vie très pénibles.

⁶ Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Observatoire de l'accès aux soins des Médecins du monde. www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports

A cela, il faut ajouter que cette difficulté d'accès aux soins est une aberration en terme épidémiologique. Elle retarde le diagnostic de maladies contagieuses et favorise leur dispersion. Elle contribue à appauvrir un peu plus une population qui vit déjà dans une grande pauvreté. On ne saurait assez souligner la nécessité d'organiser de manière structurelle l'accès aux soins médicaux pour les « sans – papiers ». Ceci nécessite des mesures spécifiques dont l'efficacité doit être évaluée. L'accès à la première ligne bien organisé, permettrait d'éviter des parcours de santé erratiques, inefficaces et coûteux pour la collectivité.

V - CONCLUSION

Après le RGP, il y a eu effectivement une amélioration significative dans l'accès aux soins pour les personnes résidant légalement en Belgique. S'il s'agit d'un progrès indéniable, on constate cependant que cela ne suffit pas. Cette analyse a montré qu'en matière de santé l'accès aux soins ne constitue qu'un facteur parmi d'autres qui, finalement, sont plus importants. Lutter contre les inégalités sociales de santé exige des mesures politiques qui prennent en compte les différents aspects de la vie et tous les déterminants de la santé.

La situation des personnes sans-papiers posent des questions spécifiques. Il nous paraissait impossible de ne pas en parler, tant ce que vivent aujourd'hui dans notre pays des personnes en situation irrégulière paraît inacceptable au regard des droits fondamentaux et de la dignité humaine.

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

Année 2007