

En décembre 2019, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale présentait son 10^e Rapport bisannuel sous le titre « Durabilité et pauvreté ». Ce Rapport traite de la place des personnes en situation de pauvreté dans le débat sur la politique climatique et de développement durable.

Il est le fruit d'une concertation avec des personnes en pauvreté, leurs associations et divers autres acteurs. Il s'agit de l'un des moyens utilisés par le Service de lutte contre la pauvreté – une institution publique indépendante et interfédérale – pour accomplir sa mission d'évaluation de l'exercice effectif des droits humains en situations de pauvreté.

Dans le cadre de notre dossier relatif à la santé, nous republions ici un extrait de la section consacrée aux soins de santé dans ce Rapport (issue du Chapitre II – Lutter pour la durabilité, c'est lutter contre les inégalités). Outre les inégalités dans l'accès aux soins de santé, le Rapport traite des inégalités dans les domaines de l'accès à la nature, l'énergie, l'eau, l'alimentation et la consommation durable, le travail et la mobilité. Ces domaines renvoient chacun à un ou plusieurs SGGs- Sustainable Development Goals ou Objectifs de développement durable- des Nations Unies, qui ont servi de cadre de réflexion sur le lien entre durabilité et pauvreté.

Pour des raisons de place, il ne nous a malheureusement pas été possible de republier l'intégralité de la section sur la santé, ni d'en conserver l'appareil référentiel. Nous renvoyons donc le lecteur à l'étude intégrale, disponible sur www.luttepauvrete.be.



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

Stuippunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

Durabilité et pauvreté

CONTRIBUTION AU DÉBAT ET À L'ACTION POLITIQUES

RAPPORT BISANNUEL 2018 - 2019

**SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ,
LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE**

LE SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale évalue l'effectivité des droits fondamentaux des personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables : droit à un logement décent, droit à l'énergie, droit à la protection de la vie familiale, droit à la protection sociale, droit à la protection de la santé...

Il organise pour ce faire des **concertations** approfondies entre des associations dans lesquelles des personnes pauvres se rassemblent, des CPAS, des interlocuteurs sociaux, des professionnels de divers secteurs, des administrations... Sur la base de ces travaux, il formule des **recommandations** destinées aux responsables politiques de notre pays, en vue de restaurer les conditions d'exercice des droits fondamentaux. Celles-ci font l'objet de discussions dans tous les gouvernements et parlements ainsi que dans des instances consultatives.

Cet outil de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale a été créé par l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions, par un accord de coopération signé par tous les gouvernements et approuvé par tous les parlements.

L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

« On sait que l'impact de la pollution sur la santé est multifactoriel, en plus des autres facteurs ayant un impact sur la santé. L'impact de la pollution est d'autant plus grand pour les pauvres qu'ils n'ont pas le même accès aux soins. Au moindre problème pulmonaire, une personne aisée aura un check up, des conseils, une semaine en pleine nature, etc. Le coût est beaucoup plus important pour les personnes en pauvreté ».

Les personnes en situation de pauvreté associent la durabilité à une vie saine sur une planète saine. « *Se débrouiller au jour le jour pour survivre, n'est-ce pas un combat pour la vie et donc la santé* ». Cependant, en raison d'un contexte de vie socio-économique difficile, les personnes en situation de pauvreté risquent davantage d'avoir des problèmes de santé que les personnes qui vivent dans de meilleures conditions. En outre, les changements climatiques et environnementaux ont plus d'impact sur leur santé et leur bien-être. Elles ont en plus à subir les conséquences de ces inégalités sociales et environnementales car elles n'ont pas un accès égal aux soins de santé.

Le droit à la protection de la santé est régi par divers instruments de droit international et autres traités, notamment repris dans l'Objectifs de développement durable 3 'Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge'. Bien que l'accessibilité des soins de santé ne soit à l'origine que d'environ 10 % des inégalités sociales en Europe, nous tenons à mettre en lumière les problèmes d'accès aux soins de santé dans ce point. Le problème demeure de taille pour les personnes en situation de pauvreté car il entraîne le report ou l'annulation des soins. Les raisons de ce phénomène sont diverses et encore trop nombreuses, alors que les évolutions en perspective sont préoccupantes. Nous remettons ici l'accent sur ce qui a été souligné pendant la concertation et plaidons pour des investissements durables dans le domaine de la santé de façon à assurer la continuité des soins.

« *C'est l'accès à la santé qui est important, avec un accès aux soins et aux médicaments. Cet accès est encore très difficile pour beaucoup de personnes. Ce qui est déterminant dans une situation de pauvreté, c'est le contexte social. C'est uniquement en combattant les inégalités sociales qu'on arrivera à une égalité en matière de protection de la santé ; ces inégalités existent bien avant que la question d'un accès égal aux soins de santé ne se pose* ».

LES SOINS DE SANTÉ SONT CHERS

Système du tiers payant (social)

Il ressort de la concertation que le coût est et reste l'un des plus grands obstacles pour les personnes en situation de pauvreté dans l'accès aux soins de santé. La règle veut que les patients payent d'abord leur consultation chez le docteur, pour ensuite être en partie remboursés par le biais de leur mutualité (organisme assureur). Ainsi, ils ne payent en fin de compte que le ticket modérateur. Pour les personnes ayant des revenus limités, il est bien souvent impossible 'd'avancer' la note du docteur. Un autre problème réside dans le fait certains médecins généralistes facturent une visite supplémentaire pour constituer un dossier médical. Tous ces coûts supplémentaires constituent des obstacles en plus.

Le système du tiers payant, à travers lequel le patient paye directement la partie qui lui incombe uniquement, vient pallier ce problème. Or tous les prestataires de soins ne sont pas tenus d'appliquer le système du tiers payant social, et seuls quelques bénéficiaires peuvent en profiter. Un représentant d'une administration publique a reconnu qu'« *il existe une médecine à deux vitesses : de nombreux soins ne sont pas ou insuffisamment remboursés. Ainsi, le tiers payant est obligatoire pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée, bien qu'uniquement chez le médecin traitant. Ce n'est donc pas une solution lorsque le médecin traitant redirige vers un spécialiste* ». Divers acteurs issus tant de la lutte contre la pauvreté que des soins de santé œuvrent depuis longtemps en faveur de la généralisation du système du tiers payant. Le système du tiers payant généralisé est d'ailleurs déjà appliqué aux services des urgences des hôpitaux. En plus, le ticket modérateur ne doit pas être payé immédiatement, mais après réception de la facture. Cette situation peut inciter des groupes de personnes vulnérables à se présenter aux urgences plutôt que chez le médecin traitant (voir ci-dessous). Le problème du paiement est alors simplement remis à plus tard.

Intervention majorée

Les personnes qui perçoivent un revenu d'intégration sociale, une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou une allocation pour personnes handicapées ou qui appartiennent à une catégorie bien spécifique ont automatiquement droit à l'intervention majorée (IM). Cela signifie que lors d'une consultation médicale, elles payent un ticket modérateur plus bas. Les personnes ayant des revenus annuels du ménage qui ne dépassent pas un certain seuil peuvent également avoir droit à une IM si elles introduisent une demande. Pour autant, toutes les personnes remplissant les conditions requises ne jouissent pas toujours de l'IM. Les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent constatent qu'il y a toujours des personnes qui ne sont pas au courant de l'existence de cette intervention, qui ne savent pas comment l'obtenir ou pour qui les procédures s'avèrent trop complexes.

Depuis 2014, des mesures sont prises afin de lutter contre ce non-recours. Citons par exemple le 'flux proactif' ou l'échange de données. L'administration fiscale a distribué aux organismes assureurs une liste des personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de l'IM. Ces organismes ont à leur tour contacté les ayants droit potentiels afin d'éventuellement leur accorder ce droit. De ce fait, le nombre de personnes qui jouissent de l'IM a augmenté. En Flandre, la Mutualité chrétienne compte désormais trois fois plus de bénéficiaires qu'auparavant grâce à cette nouvelle méthode. Les chiffres du Service du contrôle administratif de l'INAMI indiquent que le droit a été ouvert à 19 % des assurés contactés. Ce résultat est important dans la mesure où l'IM ouvre également des portes à d'autres avantages sociaux (par exemple une réduction du coût des transports publics, le Fonds Social Chauffage, une prime payante plus basse pour la protection sociale flamande). De plus, l'IM rend la consultation chez le médecin traitant plus accessible, à travers des tickets modérateurs plus bas en combinaison avec le tiers payant social. Le 'flux proactif' était en revanche un exercice ponctuel. Entretemps un projet d'arrêté royal (AR) visant à pérenniser le flux proactif est en cours de développement.

Médicaments génériques

« Une visite chez le médecin coûte moins cher, mais les médicaments prescrits sont impayables ».

Pour les personnes en situation de pauvreté, les médicaments coûtent très cher, ce qui fait qu'ils ne les prennent pas. Cela met en danger la continuité de leurs soins, avec toutes les conséquences que cela comporte. Les membres d'associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent se demandent pourquoi les médecins ne donnent pas plus souvent des échantillons de médicaments à des patients en difficulté. Ce n'est pas une solution structurelle, mais cela peut parfois faire une différence. En outre, les organisations de santé soulignent la situation spécifique des personnes sans domicile et les difficultés qu'elles rencontrent pour prendre leurs médicaments à temps, de manière

correcte et dans un environnement hygiénique. Elles critiquent le fait que ces patients vulnérables sont parfois renvoyés de l'hôpital sans recevoir de médicaments supplémentaires leur permettant de continuer leurs soins pendant quelques jours.

Au cours de la concertation, on a constaté que les médicaments génériques sont trop peu proposés. Les patients doivent les demander explicitement au docteur ou au pharmacien, or tout le monde n'ose pas le faire ou ne sait pas que cette possibilité existe. *« Les docteurs devraient automatiquement prescrire les médicaments moins chers, les produits blancs ».* Il ressort d'une étude des Mutualités neutres que, malgré de légers progrès depuis l'instauration de nouvelles mesures pour des médicaments abordables, trop de médicaments de marque sont prescrits, alors que des alternatives moins coûteuses et de même qualité sont disponibles. Des membres des associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent ont également laissé entendre que les traitements médicamenteux n'aident pas toujours les patients. *« Certains médecins ont tendance à facilement prescrire de grandes quantités de médicaments qui n'aident pas les gens, sinon qu'ils les appauvrissent. La prise de médicaments en abondance nuit à la santé et au portefeuille ».*

En outre, le pouvoir grandissant de l'industrie pharmaceutique, qui engrange des bénéfices démesurés sur le dos des patients et du système public des soins de santé, a été dénoncé durant la concertation. *« L'industrie pharmaceutique développe des médicaments qu'elle vend parfois à prix d'or, les rendant inaccessibles financièrement pour les personnes les plus vulnérables ».* Diverses organisations telles que Test Achat, Médecins du Monde, les caisses d'assurance maladie et les associations de patients travaillent depuis longtemps pour obtenir des prix plus équitables pour les médicaments. Elles se plaignent que les citoyens paient deux fois pour des médicaments. Une première fois par le biais des taxes qui financent la recherche et le développement universitaire et sur lesquelles les entreprises pharmaceutiques continuent à travailler. Une deuxième fois par le biais des cotisations de sécurité sociale, qui prennent en charge une partie du coût des médicaments pour les patients. Les participants à la concertation ont estimé que *« l'industrie pharmaceutique, qui réalise des milliards de profit sur le dos des malades, devrait être obligée d'investir ces gains dans les soins de santé ».*

Maisons médicales

« Je suis restée un an sans me soigner alors que j'étais mal, puis un jour, j'ai croisé un médecin de la maison médicale, que je connaissais ; il m'a dit, va, rends-toi à la Maison Médicale, ça ne te coûtera rien ».

Les maisons médicales fonctionnent selon un système forfaitaire. Le patient ne doit donc pas payer de ticket modérateur lorsqu'il consulte le médecin. De nombreuses personnes en situation de pauvreté ont de bonnes expériences par rapport à ces centres, et pas seulement parce qu'elles ne doivent pas payer. Ceux-ci sont ancrés localement et tiennent compte

des conditions de vie des visiteurs. La réception et l'ambiance y sont accueillantes et des spécialistes de plusieurs disciplines sont présents afin de prodiguer une palette de soins intégrale et multidisciplinaire. Les patients reçoivent un rappel avant un rendez-vous et les personnes sont enregistrées dans un réseau médical qui partage leurs informations. Du travail préventif est également effectué autour de l'alimentation et de l'exercice physique par exemple. Pour les maisons médicales, la santé ne résume pas à l'absence de maladie, elle est liée au logement, au travail, au quartier, à l'environnement, etc. Et comme la santé va également de pair avec le climat, les maisons médicales soutiennent les actions climatiques.

Dettes liées aux soins de santé

Pour de nombreuses personnes, le coût des soins de santé est si élevé qu'il génère des dettes. Parmi les personnes qui ont reçu de l'aide pour faire face à des dettes ou à des problèmes financiers en Flandre durant l'année 2015, les dettes liées à l'énergie viennent en premier lieu (59,82 %), suivies des dettes liées aux soins de santé (51,42 %). Dans les dossiers traités par les services de médiation de dettes en Wallonie, les dettes liées aux soins de santé représentaient 53 % en 2017, et il est surtout question de factures d'hôpital. Ces dettes plongent souvent les personnes dans un cercle vicieux : elles deviennent anxieuses, stressées ou dépressives car elles ne peuvent rembourser les sommes dues, et remettent des soins nécessaires à plus tard... De plus, elles peuvent être stigmatisées. Un intervenant issu d'une association dans laquelle les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplore que « *lorsque l'on a un plan de paiement pour une facture d'hôpital, on est catalogué en tant que mauvais payeur alors que l'on paie simplement par tranches* ». Un participant qui travaille auprès d'une mutualité attire en outre l'attention sur le rôle des huissiers de justice dans le recouvrement des dettes. Leurs pratiques doivent être contrôlées, surtout s'il s'agit de frais liés aux soins de santé ou de factures d'hôpital. Le Netwerk tegen Armoede tient par ailleurs à signaler le nombre croissant de bureaux de recouvrement sollicités, notamment par les hôpitaux. Les établissements hospitaliers devraient pourtant être plus à l'écoute de leurs patients en cas de difficultés de paiement, afin d'en discuter. Il ressort d'une enquête du ZorgnetIcuro menée dans les hôpitaux flamands qu'une approche préventive et proactive – « *un bon accompagnement des services sociaux, l'implication du CPAS et l'information active du patient quant au coût de son traitement* » - permet en effet de réduire le nombre de factures impayées.

TOUT LE MONDE ET TOUT N'EST PAS ASSURÉ

« *Les pauvres ne peuvent jamais se soigner de manière durable. Soit ils font appel aux urgences, soit ils passent par le CPAS pour demander une carte santé pour accéder à un médecin. Pour les plus pauvres, l'accès aux soins dépend de services, ils n'ont donc pas un accès comme les autres citoyens* ».

Affiliation à une mutuelle

Les remboursements et les interventions sociales en matière de soins de santé, tels qu'évoqués ci-dessus, s'inscrivent dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. En théorie, la Belgique n'a pas de problème d'accès aux soins de santé. Depuis la réforme de 1998, l'assurance maladie obligatoire est pratiquement généralisée, couvrant 99 % de la population. Selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé 2018, qui compare les systèmes de soins de santé de 35 pays européens depuis 2005, la Belgique se situe au 5^e rang. En réalité, cependant, tous les patients ne peuvent pas faire valoir leurs droits (par exemple à l'IM), bien qu'ils soient assurés. De plus, tout le monde n'est pas en ordre d'assurance obligatoire.

Afin d'être assuré, chacun doit s'affilier à la mutualité de son choix. Cette affiliation est gratuite auprès de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) car cette caisse n'offre aucun service complémentaire. La CAAMI permet – moyennant l'accord de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) – que le CPAS inscrive des clients en son nom, afin de leur faciliter les démarches administratives. Les autres mutualités demandent une cotisation supplémentaire aux affiliés en échange d'autres services. Lorsque les affiliés ne sont pas en mesure de payer leurs cotisations (sociales) ou lorsqu'ils ne sont administrativement pas en ordre, ils peuvent être exclus de l'assurance obligatoire. Dans ce cas, ils peuvent se diriger vers le CPAS ou vers le service social de la mutualité afin de (re)mettre leur dossier en ordre.

Cependant, les associations dans lesquelles des personnes en situation de pauvreté se rassemblent constatent que bien des gens ne sont pas au courant de cette possibilité, ce qui entraîne un phénomène de non-recours. Une professionnelle du secteur des soins de santé a confirmé l'ampleur du problème durant la concertation. Elle a ajouté que les mutualités qui veulent mettre des personnes en ordre doivent aborder la question de leurs cotisations, car les dotations publiques sont insuffisantes. « *Aussi bien les gens eux-mêmes que les diverses organisations en savent trop peu sur les possibilités de régulariser le dossier des gens même sans assurance-maladie. Les mutualités disposent de moins de moyens et de personnel afin de veiller à ce que les gens soient en ordre d'assurance. S'ils ne sont pas assurés, ils n'ont pas non plus le droit au tiers-payant, ce qui représente un problème de taille* ». En outre, d'autres organisations, telles que Médecins du Monde, tentent également de (ré)intégrer dans le système de santé belge des personnes qui, pour diverses raisons, ont des difficultés à accéder aux soins.

Aide médicale urgente

Les personnes sans séjour légal, et qui ne sont dès lors pas non plus inscrites au Registre national, n'ont pas accès à l'assurance maladie obligatoire. Pour elles, l'accès aux soins de santé se limite à l'aide médicale urgente (AMU) du CPAS. En pratique,

l'accès à l'aide médicale urgente est entravé par différents facteurs. Les démarches d'accès au CPAS et la diversité des interprétations de l'AMU qui fait que des personnes ne reçoivent pas d'aide quand elles n'ont pas un problème urgent ou mettant leur vie en danger. Le pouvoir discrétionnaire que s'arrogent les CPAS et les travailleurs sociaux afin de travailler au moyen de cartes médicales ou de conventions peut également constituer un obstacle. Les ressources dont disposent (ou non) les CPAS pour intervenir dans les frais médicaux ou pharmaceutiques non remboursés par les autorités fédérales peuvent aussi limiter l'accès à l'AMU. En outre, des voix s'élèvent pour demander le renforcement du contrôle de l'aide médicale urgente octroyée aux personnes en séjour irrégulier. Durant la concertation, un expert de vécu lié à l'administration fédérale a indiqué que des travaux sont entrepris sur base des échanges de bonnes pratiques entre les CPAS. Ainsi, le CPAS de Bruxelles octroie des cartes médicales valables durant un à trois mois, renouvelables, et le CPAS de Liège sensibilise ses bénéficiaires à effectuer un check-up médical préventif chaque année. Un membre d'une association dans laquelle les personnes en situation de pauvreté se rassemblent, qui est sans-abri, a abordé la question de la ligne 0,5, une ligne de soins intermédiaire offrant des soins de santé primaire destinée aux populations vulnérables avec pour objectif à terme de réintégrer ces patients dans la 1^{re} ligne traditionnelle. « *Je suis toujours bien traité chez mon médecin, ainsi qu'au SAMU Social. Je ne paye pas pour les soins reçus car je n'ai pas les sous. Je n'ai pas reçu de carte médicale du CPAS alors que j'en ai pourtant fait la demande* ».

Couverture des prestations et du traitement thérapeutique

Les participants à la concertation déplorent le fait que les médicaments, les soins dentaires, les soins de santé mentale et d'autres services soient insuffisamment couverts par l'assurance maladie obligatoire. « *Le remboursement de nombreux médicaments est réduit car ceux-ci sont considérés comme relevant d'un certain 'confort', ce qui fait que nous ne pouvons certainement pas les payer* ». « *Les gens qui souffrent de problèmes mentaux causés par le stress atterrissent trop souvent en psychiatrie, or leurs problèmes n'y sont pas résolus. Ils feraient mieux de faire appel à un psychologue et devraient pouvoir se diriger à une maison de santé mentale. Cependant, ce n'est pas remboursé* ». Les organisations de santé soulignent que même les personnes qui ne vivent pas dans la pauvreté reportent de plus en plus de soins, par exemple les soins dentaires, parce que ceux-ci ne sont pas remboursés et donc pas abordables.

LA DISTANCE EST GRANDE ENTRE LE PATIENT ET LES SOINS

« *Les docteurs, tout comme les pharmaciens, sont de moins en moins accessibles, surtout la nuit et le week-end. Pour aller chez le pharmacien de garde, il faut parfois rouler 15 km et après 20h, il n'y a plus de transports. Parfois, le transport est organisé, mais cela*

engendre des coûts supplémentaires. Par conséquent, les personnes utilisent mal le service des urgences ».

Accès aux prestataires de soins

Les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplorent le fait que leurs membres ne trouvent pas toujours de médecin traitant (conventionné) dans leur quartier ou de médecin facilement accessible en transports en commun. Elles regrettent également que les docteurs procèdent de moins en moins à des consultations à domicile sans proposer d'alternatives aux personnes ayant des problèmes de mobilité, et qu'il existe des listes d'attente afin de prendre rendez-vous chez un spécialiste.

Durant une réunion de concertation en Communauté germanophone avec des administrations et des acteurs de terrain, le même constat a été souligné, avec une explication spécifique : « *En Communauté germanophone, il est particulièrement difficile de trouver un docteur ou un spécialiste. De nombreux prestataires de soins (y compris du personnel infirmier) vont travailler au Grand-Duché de Luxembourg car ils y perçoivent un salaire plus élevé. Les hôpitaux et les maisons de repos connaissent également une pénurie de personnel* ». Dans son rapport de 2019 sur la performance du système des soins de santé en Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (le KCE) a attiré l'attention sur le manque de disponibilité de personnel médical qualifié pour garantir l'accès aux soins de santé : le nombre de médecins praticiens conventionnés (surtout les généralistes et les gynécologues) et de dentistes, le ratio patients-personnel infirmier en milieu hospitalier, et le délai d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste.

Accès aux hôpitaux

Durant la concertation, des personnes en situation de pauvreté ont reconnu s'être rendues aux urgences pour une aide médicale car elles ne pouvaient pas payer le docteur, n'avaient pas de médecin traitant fixe ou n'ont pu prendre rendez-vous chez un spécialiste. Quiconque se trouve au bas de l'échelle sociale aura en effet davantage recours aux urgences qu'une personne en haut de l'échelle. De nombreux facteurs jouent un rôle dans le choix du patient de se rendre aux urgences ou chez le médecin traitant. Les Bruxellois ont par exemple plus recours aux urgences, ce qui s'explique notamment par la plus grande densité de services d'urgence sur le territoire de la capitale. Cette proximité géographique conjuguée à une disponibilité moindre des médecins contraint la deuxième ligne à jouer le rôle de la première. Un professionnel de la santé fait cependant remarquer que l'hôpital ne peut remplacer la première ligne. « *Au département des urgences d'un hôpital, aucune attention n'est par exemple accordée aux aspects psycho-sociaux des patients. Comment les hôpitaux peuvent-ils construire une relation de confiance avec les personnes en situation de pauvreté et assurer l'accès et des soins de qualité ?* ».

De manière générale, l'accès à l'hôpital pour les personnes en situation de pauvreté s'avère

particulièrement compliqué. Il arrive même que des soins, même en première ligne, leur soient refusés. Durant la concertation, des participants issus d'associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent ont affirmé que des hôpitaux appellent d'abord le CPAS afin de savoir si le patient se suffisamment de moyens financiers pour payer la facture avant même de prodiguer les soins nécessaires. Ou encore qu'un hôpital a refusé de traiter quelqu'un car il n'avait pas d'argent. Ou que des personnes sans assurance maladie se voient refuser l'accès à un hôpital, alors que « *légalement, les hôpitaux sont obligés de prendre en charge une personne se présentant aux urgences et nécessitant des soins. Néanmoins, les obstacles se multiplient pour les personnes en situation de pauvreté* ». Elles ont en plus eu la sensation de ne pas avoir été considérées comme étant des patients à part entière au sein de certains hôpitaux. « *Les personnes en situation de pauvreté doivent parfois entendre : "vous êtes sale, je ne m'occupe pas de vous"* ».

Pour les personnes en situation précaire (de logement) a fortiori, ce manque de soins et d'encadrement entraîne bien souvent une aggravation de leur état de santé, ce qui entre en parfaite contradiction avec la notion de soins durables. « *Les personnes sans abri sont traitées comme des chiens et abandonnent bien souvent leur traitement car elles ne veulent pas retourner à l'hôpital* ». « *De nombreux sans-abris atterrissent à la rue dès leur sortie de l'hôpital et à l'inverse, à la longue, ils ne sont plus pris en charge à l'hôpital* ». Les organisations de santé soulignent que les sans-abris ne devraient pas être considérés comme un groupe particulier, mais comme la base, la norme. Si les soins de santé sont accessibles et continus pour eux, ils le seront pour tous.

Manque de connaissance en matière de pauvreté

Des participants à la concertation estiment que ces mauvaises expériences s'expliquent notamment par le fait que les connaissances des prestataires de soins dépendent en partie de leurs bagages sociaux et de leur vécu, ce qui a pour conséquence une absence de compréhension à l'égard des situations de pauvreté. C'est pourtant essentiel dans un trajet de soins. Une connaissance insuffisante de la situation dans laquelle se trouvent les patients peut conduire à une mauvaise approche ou à un mauvais traitement. Le Réseau flamand de lutte contre la pauvreté exhorte les hôpitaux à doter leurs services sociaux de plus d'expertise et, pour ce faire, à collaborer avec les organisations et associations qui peuvent leur apporter l'expertise sociale nécessaire. Cette recommandation est l'une des pistes menées par Hospisoc, l'association francophone des travailleurs sociaux, au sein d'un hôpital. Durant la concertation, un représentant de cette association a affirmé que la pression financière subie par les hôpitaux met en péril la mission de rendre les soins accessibles à tous. Un autre intervenant a évoqué l'étude de Belfius sur la situation financière des établissements hospitaliers en Belgique, qui traite de la fragilité financière du secteur.

Durant la concertation, les intervenants ont cité des exemples de coopération entre notamment des CPAS, des médecins généralistes, des spécialistes et des établissements de soins afin de rendre les soins de santé plus accessibles et abordables aux personnes en situation de pauvreté. À Geel, une coopération de ce type est en train de porter ses fruits. Les personnes en situation de pauvreté y sont informées et aiguillées vers le docteur approprié. Les urgences ne sont utilisées qu'en cas de nécessité, et le nombre de factures impayées a ainsi été réduit. À l'échelon local, les communes et les CPAS tentent par divers moyens de travailler de manière plus transversale afin d'assurer des soins et une bonne santé aux personnes en situation précaire. Ainsi, des initiatives sont prises afin que tout un chacun puisse profiter des avantages auxquels il a droit, qu'il y ait des interventions dans les frais médicaux, que les gens soient guidés vers le médecin généraliste. Ou pour que l'on collabore avec les services de secours et les prestataires de soins dans le but de les sensibiliser aux obstacles qui se dressent face aux groupes vulnérables. En somme, pour qu'une vie saine soit une possibilité pour tout le monde.

Soins de santé préventifs

Durant la concertation, il est apparu évident que la distance entre les initiatives préventives et les groupes vulnérables est bien souvent très grande. D'une part, les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplorent une prévention insuffisante. « *On ne prend plus le temps d'écouter les gens. Les gens n'osent pas parler de leurs problèmes, ils ont parfois peur que ces problèmes s'aggravent* ». D'autre part, elles constatent que les campagnes de prévention n'atteignent pas les personnes les plus pauvres, soit parce que les gens ont honte, soit parce qu'ils craignent les résultats d'une enquête. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile de vivre sainement en faisant par exemple de l'exercice physique. Pour de nombreuses personnes, l'entrée à la piscine ou la cotisation à un club de sport est trop chère, ou l'obstacle leur apparaît comme trop grand. Afin d'éliminer ces obstacles, un projet local dénommé *Bewegen op Voorschrift* (Faire de l'exercice sur ordonnance) a vu le jour en 2009, dans le but de faire bouger des personnes présentant des risques de santé accrus sur avis du médecin. En raison des bénéfices du projet sur la santé physique et mentale et au niveau social, *Bewegen op Verwijzing* s'est entretemps étendu à toute la Flandre. En Wallonie, divers chercheurs, associations, prestataires de soins et politiques plaident pour qu'une activité physique puisse être prescrite aux patients.

> Plus d'info

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019). Durabilité et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2018-2019. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, disponible sur <https://www.luttepauvrete.be> > publications > rapports bisannuels > 2019

Suite de l'article page 14.

LE SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ FORMULE LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES

- Permettre à chacun de mener une vie saine dans un environnement sain en mettant l'accent - dans le cadre de la lutte coordonnée contre les inégalités sociales de santé (health in all policies) - sur des soins de qualité, directs et accessibles, qui soient adaptés au patient afin d'assurer une continuité des soins.
- Appliquer correctement le système du tiers payant existant, le généraliser au plus vite à tous les patients chez le médecin traitant et, à terme, l'élargir à toutes les prestations effectuées par les prestataires de soins en première et deuxième ligne.
- Aspirer à atteindre un taux de recours à l'intervention majorée aussi élevé que possible.
- Mettre en place une politique socialement équitable en matière de médicaments. Les prestataires de soins doivent être encouragés à prescrire des médicaments uniquement lorsque c'est nécessaire. Ils devraient en outre être obligés de proposer la variante générique du médicament, de qualité égale.
Au niveau international et européen, une réglementation qui contraint les entreprises pharmaceutiques à investir leurs profits dans des soins de santé accessibles et abordables pour tous doit voir le jour.
- Elargir suffisamment l'offre de maisons médicales, en prêtant attention à leur bonne répartition géographique, tant en ville qu'à la campagne.
- Renforcer la collaboration entre les CPAS, les mutualités et les services médicaux de la ligne 0,5 (une ligne de soins intermédiaire), afin de procéder à la régularisation des affiliés en matière d'assurance maladie obligatoire.
- Elargir la couverture de l'assurance maladie obligatoire aux médicaments qui sont aujourd'hui encore considérés comme des médicaments de confort, à la psychothérapie, aux soins dentaires, aux appareils auditifs, aux lunettes, au transport de malades, etc.
- Faciliter l'accès à l'aide médicale urgente et généraliser les bonnes pratiques existantes des CPAS, organisations de terrain, mutualités...
- Informer les patients en permanence et à temps, de manière précise, claire et compréhensible quant au coût réel des soins médicaux. Lorsque des personnes rencontrent des difficultés de paiement lors de leur parcours médical, un suivi adapté par le prestataire de soins, en collaboration avec le CPAS et les services sociaux, s'avère indiqué en vue d'éviter les dettes.
- Insister davantage sur la complexité des situations de pauvreté (dimension physique, psychosociale et émotionnelle) et sur les inégalités sociales en matière de santé dans la formation continue des prestataires de soins.
- Investir davantage dans le personnel médical, aussi bien en première qu'en deuxième ligne, afin qu'il y ait suffisamment de prestataires de soins qualifiés pouvant accorder le temps nécessaire aux soins préventifs et curatifs des patients.
- Soutenir la coopération (locale) entre les divers prestataires de soins, les professionnels de secteurs apparentés, les accompagnateurs et le personnel de secours, en mettant l'accent sur (l'implication de) le patient. Des efforts supplémentaires sont nécessaires lorsque les soins de première ligne doivent être complétés par des soins de deuxième ligne ou lorsque des soins ambulatoires doivent s'accompagner de soins résidentiels.
- Investir davantage dans la promotion et la prévention de la santé et développer des projets et des instruments bénéfiques pour la santé en coopération avec les personnes en situation de pauvreté.
- Evaluer l'impact des réformes dans le secteur des soins de santé (première ligne et hôpitaux) sur les personnes en situation de pauvreté, sur leur santé et sur leur accès aux soins (évaluation ex ante et ex post).
- Consacrer le temps et les moyens épargnés grâce à la numérisation au contact personnel, aux soins et à l'accompagnement des groupes vulnérables.
- Prendre les décisions financières en fonction de la justice sociale et de l'égalité dans le domaine de la santé, et non pas l'inverse. Investir dans l'assurance maladie obligatoire en tant que pièce maîtresse de notre sécurité sociale, de sorte que les assurances hospitalisation privées deviennent superflues. Investir également dans des règles strictes régissant le conventionnement, les suppléments d'honoraires...

LE RÉSEAU EUROPÉEN DES «VILLES-SANTÉ»

Bruxelles fait partie du réseau européen des «Villes-Santé» de l'OMS, depuis 2003. Ce label réunit les villes et régions engagées dans une construction transversale de la santé publique dont les 4 piliers sont la lutte contre les inégalités sociales en santé, la santé dans toutes les politiques, la démocratie participative et le travail sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Plus d'info sur le réseau européen des «Villes-Santé»

Voir la version anglaise du site de l'Organisation mondiale de la santé :

<http://www.euro.who.int> > Health topics > Environment and health > Urban health > WHO European Healthy Cities Network