



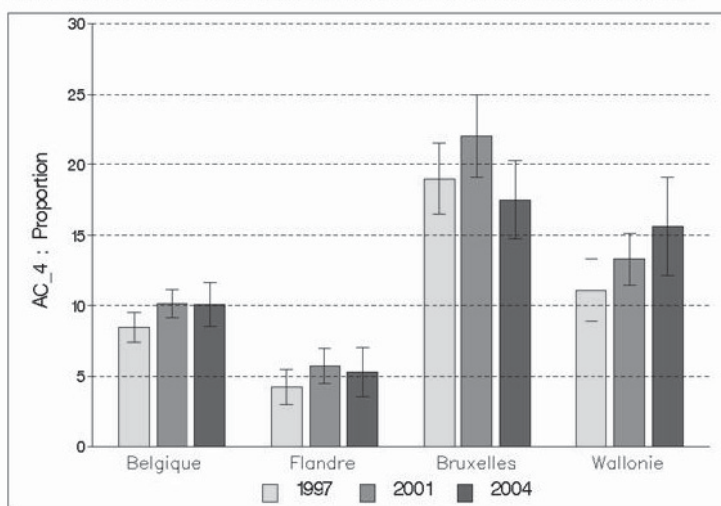
# Inégalités de santé

*L'accès à la santé ne se limite pas à l'accès aux soins et intègre les dimensions socio-économiques et culturelles. Dès lors des approches transversales s'imposent dans un souci plus global de promotion de la santé.*

## Inégalités de santé et utilisation des soins – Problématique de l'accessibilité aux soins de santé

A mesure qu'on descend le long de l'échelle sociale, la santé tend à se détériorer. Ainsi, on observe que les personnes sans diplôme vivent en moyenne 3 à 5 ans de moins que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long, et que ces personnes vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins. C'est ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé.

Pourcentage des ménages qui ont dû postposer des soins médicaux pour des raisons financières, par région et par année, Enquête de Santé, Belgique, 2004.



De manière générale, on distingue différents types d'éléments explicatifs : des facteurs matériels (conditions de travail, de vie, etc.), psychosociaux (étendue du réseau social, degré d'empowerment, etc.) et culturels (comportements face au tabagisme, pratiques alimentaires, etc.).

Nous nous concentrerons plus particulièrement sur les inégalités en matière d'accessibilité au système de soins. Cinq types d'inégalités ont été mises en évidence :

1. Physiques : les personnes socio-économiquement moins favorisées ont moins facilement accès aux structures de soins (habitent loin de celles-ci, n'ont pas de voiture, etc.).
2. Psychologiques.
3. Administratives : les contacts personnels avec les prestataires diminuent, l'information augmente, la complexité du système augmente ; les personnes socio-économiquement moins favorisées ont plus de mal à s'y retrouver. Pensons à la problématique du statut OMNIO pour lequel le droit n'est pas automatique : il faut faire une demande.
4. Financières : les coûts à charge du patient restent importants (plus de 500 euros par an pour 830.000 patients).
5. Informatives : problème de communication entre le médecin et les personnes socio-économiquement défavorisées (gap culturel).

**Sara Willems**,  
professeur,  
université de  
Gand, **Danielle  
Piette**, professeur,  
Ecole de santé  
publique de  
l'université libre  
de Bruxelles,  
**Michel Pettiaux**,  
directeur, Fonds  
des affections  
respiratoires  
(FARES), **Michel  
De Jaer**, chargé  
de mission,  
Union nationale  
des mutualités  
socialistes  
(UNMS), **Raf  
Mertens** et  
**Olivier Gillis**,  
département

Atelier  
Inégalités

recherche et  
développement,  
Alliance  
nationale des  
mutualités  
chrétiennes  
(ANMC).

Mots clés : inégalités, santé publique, accès aux soins, précarité.

## Discussion

Voici les principales remarques, suggestions, revendications, pistes, etc. soulevées lors de la discussion :

- Il faut alléger les démarches administratives, notamment pour ce qui est du statut OMNIO qui devrait être un droit automatique.
- Ne pas oublier la dentisterie : il faut rendre le travail au forfait possible, et de manière générale, il faut faciliter l'installation des dentistes dans les zones défavorisées.
- Dans certains secteurs, l'offre n'est pas suffisante. Par exemple, les centres de santé mentale sont « over-bookés ». Pour pallier ce manque, on prescrit des médicaments, ce qui n'est pas normal.
- L'offre médicale est encore trop déterminée par les marges bénéficiaires qui peuvent en être retirées. Les actes techniques ne doivent pas être plus intéressants économiquement parlant.
  - Importance de mieux sensibiliser les médecins à la problématique des inégalités de santé. Les soins de première ligne ont un rôle central à jouer dans la lutte contre les inégalités.
- Ne pas oublier la problématique des sans-papiers ainsi que les pays en voie de développement.



Atelier Inégalités

## Revendications préétablies

Celles-ci se recoupent avec l'exposé et la discussion :

1. Supprimer les obstacles financiers et administratifs :
  - Interdire le refus d'hospitaliser des patients qui ne peuvent pas payer d'acompte.
  - Augmenter, voire généraliser l'utilisation du tiers payant par les prestataires de soins, en simplifiant la démarche administrative et en accélérant leur rétribution.
  - Organiser la facturation directe du ticket modérateur pour les patients bénéficiant du Maximum à facturer (MAF).
  - Limiter les coûts pour les patients et les réduire, le cas échéant, de façon ciblée, spécia-

- lement en matière de factures hospitalières.
- Simplifier l'accès au statut OMNIO et analyser la possibilité de son automatisation.

### 2. Améliorer l'information aux patients :

- Encourager l'utilisation de la carte « Santé » dans les CPAS.
- Améliorer l'information sur les mécanismes de remboursement préférentiel tel que OMNIO.
- Permettre aux prestataires de soins d'améliorer l'information donnée sur leurs pratiques sociales (conventions, application du tiers payant, etc.).

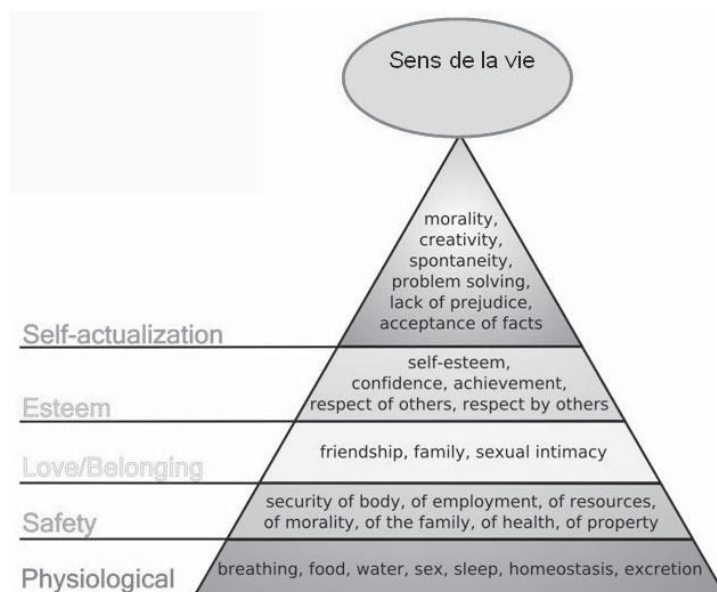
## Les déterminants de la santé – Approche transversale

La santé n'est pas uniquement physique, mais aussi psychique et sociale. Quand on survole la littérature, on observe qu'il n'y a pas grand-chose sur la santé sociale. On peut définir celle-ci comme l'état d'une personne qui n'a pas de problèmes sociaux, qui comprend et qui est comprise des autres.

La pyramide des besoins de Maslow (voir ci-contre) permet de mieux comprendre la santé, dans toutes ses facettes (on part de la base pour aller au sommet) :

- Base : besoins de subsistance (nourriture, logement, etc.).
- Activité professionnelle, formation.
- Famille, amis, relations affectives et sexuelles.
- Estime de soi, confiance en soi.
- Auto-réalisation et créativité.

Globalement, les personnes issues des catégories sociales moins favorisées ont un risque plus important de ne pas être comblées à ces différents niveaux. De plus, dans la mesure où elles doivent davantage se soucier de leurs besoins de base, elles ont moins de temps pour se consacrer aux autres domaines : développement de leur réseau social, implication dans des projets (notamment de société), etc. Lutter contre les inégalités de santé implique dès lors de libérer les classes moins favorisées des problèmes de base et de les soutenir dans le



développement des autres dimensions déterminant la santé. Ceci implique tous les acteurs de terrains : écoles, services sociaux, services d'accompagnement des chômeurs, soins de première ligne, etc.

Quelques réflexions :

- Il faut repenser la promotion de la santé pas assez ciblée sur les classes sociales défavorisées ;
- Il faut combattre notre « classisme ». On réfléchit trop à partir de la culture de la classe sociale à laquelle on appartient.

## Discussion

Voici les principales remarques suggestions, revendications, pistes, etc. soulevées lors de la discussion :

- Importance que toute politique publique décidée soit évaluée en fonction des impacts qu'elle peut avoir, directement ou indirectement, sur la santé (mesure prise en Roumanie).
- Importance de prendre en compte les représentations sociales des personnes défavorisées.
- Tendance à scinder la problématique de l'accès aux soins des autres champs qui ont un impact sur la santé, comme l'enseignement, l'emploi, etc. Il est essentiel d'inclure

tous ces champs dans la lutte contre les inégalités de santé.

## Revendications préétablies

Celles-ci se recoupent avec l'exposé et la discussion :

- Développer une approche « globale » transversale de la santé : il s'agit pour les autorités publiques aux différents niveaux (fédéral, communal et régional) de toujours et systématiquement intégrer la dimension santé dans les politiques et actions menées en matière de logement, d'emploi, de transports, d'enseignement, de culture, etc.
- Accentuer la coordination entre les différents niveaux de pouvoirs (entités fédérées, pouvoir fédéral) en matière de santé.
- Rendre la prévention accessible à tout le monde.
- Encourager l'exercice de la médecine générale dans les quartiers socio-économiquement défavorisés et dans les zones rurales.
- Soutenir les partenariats entre les services d'insertion sociale et les services de santé mentale, en vue d'éviter la psychiatrisation des problèmes sociaux.
- Développer des projets pilote de type « médiateur de terrain » dans le domaine des soins de santé hospitaliers. ●



Atelier  
Inégalités