



(1)

# QUAND MALADIES CHRONIQUES ET INÉGALITÉS SOCIALES VONT DE PAIR

Maï Paulus

Analyse ASPH 2019

(1) Image by [Brian Merrill](#) from [Pixabay](#)

Éditrice responsable :  
Ouiam Messaoudi - Rue Saint-Jean 32-38 – 1000 Bruxelles



Les inégalités au sein de notre société sont loin de se résorber. Même face à la santé, tous les Belges ne sont pas égaux. En effet, selon l'Enquête de santé 2018<sup>1</sup>, organisée par Sciensano (Direction scientifique épidémiologie et santé publique – Service style de vie et maladies chroniques), les maladies chroniques sont plus fréquentes en milieu socialement précaire en Belgique. Bien qu'il existe des mécanismes pour pallier ces inégalités au sein du système de soin, nous souhaitons plutôt, dans cette analyse, nous pencher sur la prévalence<sup>2</sup> des maladies et affections chroniques dans notre pays et voir en quoi il est important d'agir sur les déterminants de la santé.

## Les maladies chroniques : état des lieux

En tant qu'association de défense des droits des personnes en situation de handicap et de sensibilisation au handicap de tout type, nous montrons, par cette analyse, que les maladies chroniques font également partie de notre champ d'intérêt et d'action. En effet, il nous semble pertinent de souligner, une nouvelle fois, que les personnes en situation de handicap ne sont pas uniquement des personnes ayant un handicap « visible », telle une personne à mobilité réduite, se déplaçant en chaise<sup>3</sup>.

Les maladies chroniques ne sont parfois que peu visibles pour une personne extérieure. Parmi ces maladies, nous pouvons citer les maux de dos, de tête, le diabète ou encore l'hypertension. Même si ces affections chroniques ne se « voient » pas, les personnes touchées par une ou plusieurs d'entre elles voient indéniablement leur qualité de vie diminuer. Ces maladies engendrent une perte de productivité du travail, importante aux yeux des employeurs, mais aussi pour une société où une croissance économique plus faible a des répercussions sur les recettes fiscales et sociales, et donc, par extension, sur les systèmes de santé et de pension.

Dans le même temps, ces maladies engendrent des dépenses budgétaires liées aux prises en charge médicales importantes pour les États. D'ailleurs, selon l'Enquête de santé 2018, les quatre principales maladies chroniques représentent, en Europe, 35 % des dépenses totales en soins de santé (500 milliards d'euros). Ce chiffre montre donc l'importance de la consommation de soins. En plus de ce coût, il faut tenir compte des « dépenses » indirectes nationales et internationales, telles que les pertes de production et de productivité déjà citées, qui ont représenté, en 2015, 2,2 % du PIB européen (321 milliards d'euros).

Après cet état des lieux général, nous avons choisi, parmi les différents éléments abordés par l'Enquête de santé 2018, de nous centrer sur la prévalence des maladies et affections chroniques en

---

<sup>1</sup> J. Van der Heyden, R. Charafeddine. Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)

<sup>2</sup> La prévalence d'une maladie est définie comme le « nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas » par l'Institut national d'études démographiques (<https://www.ined.fr/fr/lexique/prevalence-d-une-maladie/>, consulté le 04/11/2019).

<sup>3</sup> Nous vous invitons à lire notre analyse sur « Le handicap : de quoi parlons-nous ? » (2018), disponible ici : <http://www.asph.be/PublicationsEtOutils/AnalysesEtEtudes/Citoyennete/Pages/2018-handicap-de-quoi-parlons-nous.aspx>

Belgique. Cette enquête a été menée auprès de 10 700 individus représentatifs de la population, résidants en Belgique et répartis dans les trois régions. Les individus ont été interrogés via questionnaire et via une interview orale (Van der Heyden et Charafeddine, 2018).

### Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?

Il nous semble important de nous arrêter quelques instants sur la définition de la maladie chronique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement »<sup>4</sup>. Elles seraient responsables de 63 % des décès dans le monde et représentent donc la première cause de mortalité mondiale. D'ailleurs, les principales causes de mortalité en 2016 comprenaient les cardiopathies ischémiques, la *bronchopneumopathie chronique obstructive*, la *maladie d'Alzheimer* et les *autres démences*<sup>5</sup>. D'ici 2050, le nombre annuel de personnes qui décèdera pour cause de maladie chronique grimperait à 52 millions de personnes (Roberts *et al.*, 2015). Nous pouvons donc comprendre tout l'intérêt de nous pencher sur cette thématique qui touche potentiellement, de près ou de loin, chaque individu.

Au niveau de l'INAMI, le statut de personne atteinte d'une affection chronique se base sur deux critères stricts<sup>6</sup> : avoir des dépenses de santé d'au minimum 300€ par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs ou bénéficier du forfait maladie chronique. Ainsi, les aides d'accès à la santé ne dépendent pas uniquement du diagnostic de l'affection ou de la maladie, mais plutôt sur des critères financiers, tels que les dépenses en soins et les revenus.

D'un point de vue individuel, l'apparition d'une maladie chronique bouleverse les habitudes de vie de la personne qui en est atteinte, mais également son entourage. Elle nécessite un travail d'adaptation et d'acceptation, en modifiant ses rapports aux autres et à soi (Grimaldi, 2006). Toutes les sphères de la vie de l'individu sont touchées, « les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes, et ces conséquences ne sont pas distribuées de façon homogène selon la position des individus sur l'échelle sociale » (Dray-Spira, 2013 : 150).

Concernant les projets professionnels, nous pouvons affirmer que les sorties d'emploi anticipées pour des raisons de santé, dont une grande majorité est liée à des pathologies chroniques, sont de plus en plus fréquentes dans la population (Dray-Spira, 2013). Mais n'oublions pas toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique et qui n'ont pas eu leur place sur le marché de l'emploi durant leur vie. Elles se retrouvent ainsi dans un « régime résiduaire », sans avoir droit à une sécurité sociale. Elles bénéficient donc d'une allocation d'insertion ou ont droit à des allocations personnes handicapées, telles que les allocations de remplacement de revenus (ARR), mais qui, comme nous l'avons déjà mis en évidence, sont bien en deçà du seuil de pauvreté. En effet, en 2017, le seuil de

---

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Maladies chroniques », [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/), consulté le 23/10/2019.

<sup>5</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018), « Les 10 principales causes de mortalité », <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, consulté le 24/10/2019.

<sup>6</sup> INAMI, « Le statut de personne atteinte d'une affection chronique améliore l'accès aux soins », <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/statut-personne-affection-chronique-acces-soins.aspx>, consulté le 23/10/2019.

pauvreté pour un revenu isolé était de 1187€ net/mois<sup>7</sup>, tandis que le montant de l'ARR était de 929,07€/mois. Par ailleurs, comme nous le verrons ultérieurement dans cette analyse, les inégalités sociales se répercutent dans la survenue de ces maladies.

### La prévalence des maladies et affections chroniques en Belgique

L'Enquête de santé (2018) montre qu'aujourd'hui, près d'une personne sur trois déclare souffrir d'une maladie chronique. Il est à noter que ce pourcentage est une moyenne, étant donné qu'il augmente fortement avec l'âge, passant de 14,1 % chez les 15-24 ans à 44,1 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Les femmes seraient plus touchées que les hommes par les maladies chroniques (31,3 % contre 27,2 %). Les résultats sont similaires en Région wallonne, en Région flamande et région bruxelloise (respectivement 32,7 %, 27,6 % et 28,7 %).

Mais ce qui attire notre attention est la proportion de personnes « peu instruites » atteintes de maladies et affections chroniques, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme ou ayant au plus un diplôme d'études primaires. Près d'une personne sur deux déclare avoir une maladie chronique parmi cette catégorie de la population (45,0 %). Ensuite, plus le niveau d'instruction des individus augmente, moins ce pourcentage est élevé. Une personne sur quatre, parmi les personnes les plus instruites, déclare être atteinte d'une maladie chronique (25,6 %). Nous reviendrons sur ce point dans la suite de cette analyse.

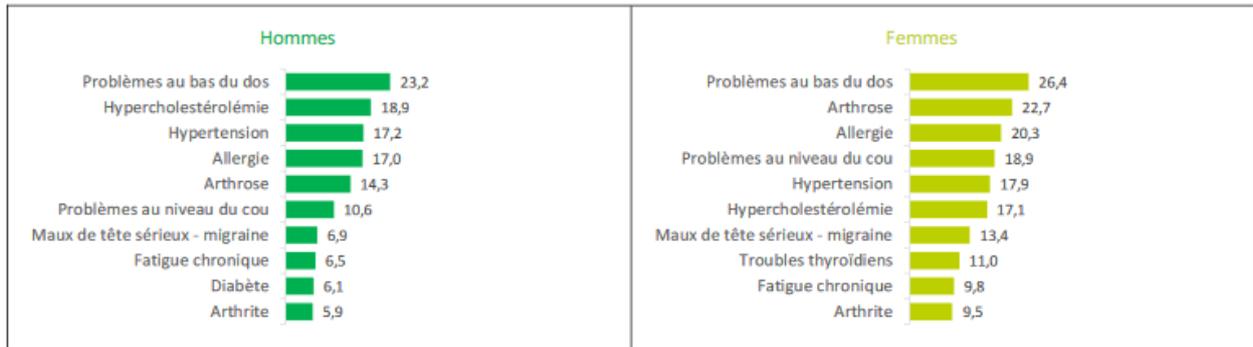
Concernant les maladies chroniques elles-mêmes, l'Enquête de santé (2018) révèle que, de manière générale, ce sont en premier lieu les problèmes de dos et l'arthrose qui sont les plus fréquents dans la population belge<sup>8</sup>. En termes de chiffres, 24,8 % de la population âgée de 15 ans et plus déclare avoir souffert de problèmes au bas du dos au cours des 12 mois précédant l'enquête. Viennent, en deuxième lieu, des facteurs de risques cardiovasculaires, tels que l'hypertension et l'hypercholestérolémie. En troisième lieu, ce sont les allergies qui sont les plus fréquentes dans la population belge. L'Enquête souligne donc toute l'importance de signaler ces problèmes de santé au niveau de la santé publique, notamment grâce aux résultats découverts, car elles affectent particulièrement la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, ainsi que leur productivité.

Voici, ci-dessous, un tableau tiré de l'Enquête de santé (2018) reprenant les dix maladies chroniques ou maladies avec des effets chroniques les plus fréquentes dans la population belge âgée de plus de 15 ans. Les résultats sont présentés selon le sexe.

---

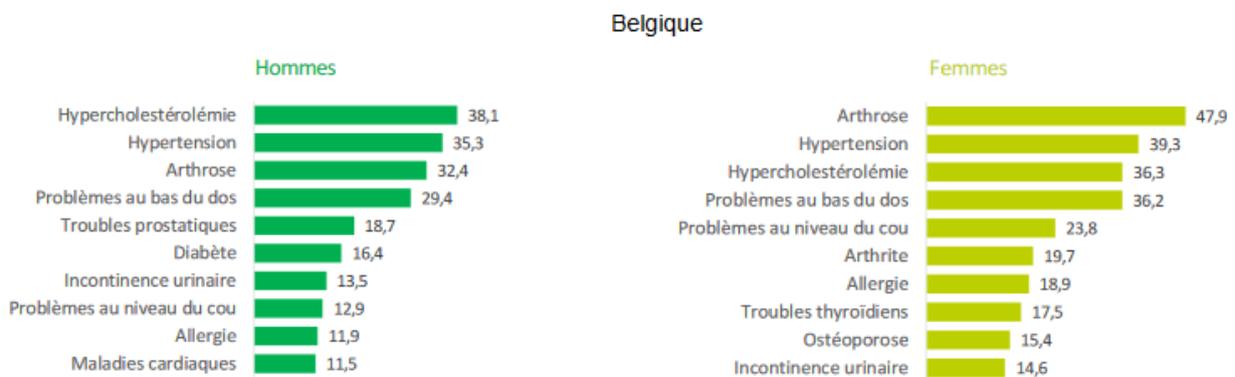
<sup>7</sup> IWEPS, Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2017) : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/>

<sup>8</sup> Nous parlons ici des maladies et affections chroniques les plus présentes au sein de la population. Nous ne parlons pas des premières causes de mortalité de la population, comme nous l'avons mentionné au début de cette analyse.



Pourcentage de la population touchée par cette maladie ou affection au cours des 12 derniers mois, Enquête de santé, Belgique 2018.

Voici les résultats pour les personnes âgées de 65 ans et plus :



En ce qui concerne l'évolution des maladies chroniques, l'Enquête de santé (2018) mis en avant une augmentation globale de la proportion de personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique en Belgique depuis 1997 : « le pourcentage de la population souffrant d'hypertension, de problèmes au niveau du dos, de problèmes au niveau du cou, d'arthrose, de diabète, de troubles thyroïdiens n'a jamais été aussi élevé depuis la première enquête de santé » (Van der Heyden et Charafeddine, 2018 : 77). En outre, il est intéressant de souligner que l'asthme, qui n'est pas repris dans le « top 10 » des résultats, est une maladie chronique dont la prévalence a fortement augmenté entre 2013 et 2018.

Comment expliquer une telle persistance et une telle croissance de la prévalence des maladies et affections chroniques ? Le vieillissement de la population peut expliquer une partie des résultats trouvés, mais il faut également tenir compte des progrès en termes de diagnostic et de prise en charge médicale, et surtout des modes de vie actuels, de l'augmentation de l'âge du départ à la retraite ainsi que des environnements physiques et sociaux des individus (Dray-Spira, 2013). En effet, les personnes âgées ne sont pas les seules touchées par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Celle-ci est aussi en progression chez les jeunes, notamment en ce qui concerne les allergies et l'asthme. De plus, dans la population de tout âge, la dépression et la fatigue chronique continuent de se propager.

Le cumul de ces risques engendre une augmentation significative de la multimorbidité. Selon l'Enquête de Santé 2018, « [sa] prévalence a presque doublé au cours des 20 dernières années » (Van der Heyden et Charafeddine, 2018 : 78). La multimorbidité correspond à l'apparition de plus d'une maladie chronique chez une même personne au cours d'une période déterminée. Ces apparitions simultanées accroissent la probabilité de décéder de manière précoce. La qualité de vie des personnes atteintes de multimorbidité se retrouve donc réellement dégradée face à la détérioration de leur santé et l'augmentation de leur recours aux soins.

Cette augmentation de la consommation de soins provoque de multiples conséquences, dont des coûts médicaux élevés pour des personnes déjà précarisées ainsi que des risques accrus de complications suite aux traitements. De même, la prise en charge des patients atteints de multimorbidité se retrouve morcelée entre plusieurs professionnels de la santé. Cela ne leur permet donc pas toujours d'avoir une « vue d'ensemble » de la santé du patient et de lui donner des solutions adéquates et concertées.

### Une prévalence plus forte en milieu précaire

Comme nous l'avons mentionné, les maladies chroniques sont plus fréquentes en milieu socialement précaire que dans la population générale. En effet, il existe une double interaction entre la précarité et les maladies chroniques. D'une part, des conditions de vie précaires favorisent l'apparition et l'aggravation de maladies chroniques et d'autre part, celles-ci peuvent conduire à la précarisation des personnes atteintes (Pikus, Deschamps et Boissonnat, 2015).

L'Enquête de santé (2018) mentionne à ce propos que les personnes moins instruites, en particulier celles diplômées du secondaire supérieur, ont davantage tendance à signaler des problèmes de dos que les personnes plus instruites, celles ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur. Les personnes fragilisées sont également moins enclines à avoir recours à des soins préventifs, ce qui favorise donc l'apparition de maladies et comportements à risque. Cela peut s'expliquer par un manque d'information dans des milieux précaires concernant la prévention des maladies, mais également par un coût de consultation supposé important (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

De manière générale, outre les problèmes de dos, la prévalence des maladies chroniques chez les personnes se situant en bas de l'échelle sociale est beaucoup plus élevée que pour les personnes les plus nanties. Cela peut s'expliquer par une plus grande exposition face à ces maladies, comme des conditions de travail difficiles et une vulnérabilité face aux conditions de vie. Ce constat n'est d'ailleurs pas nouveau, il avait déjà été mis en avant par l'Enquête de Santé lors de sa première enquête de santé en 1997<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur En collaboration avec l'Institut National de Statistique Et le Centre Universitaire de Limbourg, « La santé de la population » Enquête de santé, Belgique (1997), [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/synthese\\_1997.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/synthese_1997.pdf), consulté le 04/11/2019

Vingt-deux ans plus tard, ce constat n'a toujours pas évolué. Les personnes peu instruites sont toujours davantage exposées à un plus grand risque de morbidité. Elles « sont plus susceptibles que les personnes plus instruites de souffrir d'hypertension, d'hypercholestérolémie, d'infarctus, de problèmes au bas du dos, d'arthrose, d'arthrite, de diabète, d'incontinence urinaire, de maux de tête sévères comme la migraine, de fatigue chronique, de dépression et d'asthme » (Van der Heyden et Charafeddine, 2018 : 9).

Cette fragilisation entraîne des conséquences plus importantes : ces personnes sont davantage exposées à une dégradation de leur qualité de vie et de leur situation socioéconomique (un employeur préférera embaucher une autre personne s'il s'agit d'une main-d'œuvre de base), ce qui occasionne un stress constant. Elles sont également exposées à de nouveaux problèmes de santé étant donné qu'elles n'ont pas les ressources financières pour se soigner, ce qui les limite dans toutes les sphères de leur vie quotidienne. Un cercle vicieux est donc institué, d'où une persistance des fortes inégalités sociales.

Au-delà de cette prévalence importante des maladies chroniques au sein de la population précarisée, il nous semble essentiel de souligner que ces inégalités sociales se manifestent également après l'apparition de la maladie. En effet, « le fait que les problèmes de santé n'aient pas les mêmes conséquences selon la position des individus sur l'échelle sociale constitue un mécanisme important de production des inégalités sociales de santé » (Dray-Spira, 2013 : 147). En prenant l'exemple du VIH<sup>10</sup>, infection donnant lieu à des risques de cancers et de maladies cardiovasculaires, Dray-Spira (2013) montre que celui-ci affecte le maintien à l'emploi de manière socialement différenciée. Une personne occupant une position défavorable sur le marché de l'emploi fera davantage l'expérience de situations de discrimination et sera plus susceptible de perdre son emploi. De même, une personne en situation d'obésité de 60 ans provenant d'un milieu socialement précaire ou non-cadre sera plus à risque face au passage à la retraite anticipée qu'une personne cadre.

Même si les personnes atteintes de pathologies chroniques ne souhaitent pas faire face à une retraite anticipée ou à une mise en invalidité et demandent à être maintenues dans leur emploi, elles voient souvent leur absentéisme augmenter pour raisons de santé, tout comme des limitations dans l'emploi, qui entraîne une perte de productivité. Les employeurs auront donc plutôt tendance à remplacer ces personnes, alors qu'il existe certaines solutions, telles que des aménagements raisonnables, pour les maintenir à l'emploi lorsque cela est possible<sup>11</sup>.

## Des mesures prises, mais insuffisantes

Des mesures ont été prises dans le système de soins de santé afin de pallier les inégalités de santé. Mais cela ne semble pas être suffisant : « l'expérience de nombreux praticiens et des associations de

---

<sup>10</sup> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (sida).

<sup>11</sup> Nous vous invitons à consulter l'étude ASPH 2019 concernant la (re)mise à l'emploi des personnes en situation de handicap, à paraître prochainement.

soutien montre que les « restes à charge » importants entraînent des renoncements aux soins de plus en plus fréquents » (Pikus, Deschamps, et Boissonnat, 2015 : 14).

Comme nous le verrons dans une prochaine analyse ASPH, le renoncement et le report de soins des personnes en situation de handicap, dont les personnes atteintes de maladies et affections chroniques, sont encore beaucoup trop fréquents. De nombreuses raisons sont émises par ces personnes, alors qu'il existe des solutions pour accéder à une prise en charge médicale. Peut-être ne sont donc-t-elles pas suffisantes ? L'information n'est-elle pas facilement accessible pour toutes et tous ?

## Quelles recommandations ?

Certaines recommandations ont été formulées par l'Enquête de santé (2018) pour pallier ces inégalités. Parmi elles, il semble nécessaire que des ressources budgétaires suffisantes soient allouées afin de fournir des soins adaptés et correctement organisés au nombre croissant de personnes souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité.

De plus, « il est tout aussi important que les politiques de prévention en matière de santé continuent à se concentrer sur les déterminants principaux des maladies chroniques comme le tabagisme, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et l'activité physique. Le contexte psychosocial ne doit pas, aussi, être négligé » (Van der Heyden et Charafeddine, 2018 : 79). En effet, cela est confirmé par l'OMS, qui signale qu'environ un tiers des décès par cancer sont dû aux principaux facteurs de risques liés au comportement et à l'alimentation : un indice de masse corporelle élevé, une faible consommation de fruits et de légumes, le manque d'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool<sup>12</sup>. Parmi ces facteurs de risque, c'est le tabagisme qui est le plus important, car il concerne 22 % des décès par cancer. C'est d'ailleurs le cancer du poumon qui cause le plus de décès par cancer.

Les inégalités socio-économiques, qui jouent un rôle dans l'apparition des maladies et affections chroniques et qui s'exacerbent suite à la maladie, doivent être au centre de l'attention des décideurs politiques. Chaque être humain doit pouvoir accéder à des soins de santé de qualité. L'enquête de Solidararis (2018)<sup>13</sup> sur le renoncement aux soins de santé pour raisons financières affirme d'ailleurs qu'il est nécessaire de réinvestir des moyens dans l'assurance maladie obligatoire afin de lever les obstacles financiers aux soins de base.

Cette même enquête propose également que le tiers-payant obligatoire soit généralisé à tous les soins pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques. De plus, elle souhaite le relèvement des indemnités minimales jusqu'à 10% au-delà du seuil de pauvreté dès le premier jour d'incapacité afin que la maladie ne débouche pas sur la précarité.

---

<sup>12</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, consulté le 30/10/2019

<sup>13</sup> Disponible ici : <http://www.institut-solidaris.be/index.php/leraportdesoinsdesante/>, consulté le 04/11/2019

L'ASPH a également défendu, dans son Mémoire 2019<sup>14</sup>, une amélioration de la politique de réintégration des personnes atteintes de maladies de longue durée afin qu'elles puissent se maintenir dans la vie active. En plus du rétablissement de la prise en charge en kinésithérapie, nous soulignons l'importance d'en faire de même pour le suivi en logopédie (notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer), les thérapies parallèles, les compléments alimentaires, les hormones de croissance et les vitamines.

## Discussion et conclusion

Au terme de cette analyse, nous avons pu nous apercevoir que la prévalence des maladies chroniques dans la population est très prégnante. Elles sont les premières causes de mortalité mondiale. Nous comprenons donc toute l'importance de réinsister sur leur omniprésence auprès du grand public, tel que l'a réalisé l'Enquête de santé 2018 à l'attention des décideurs dans le domaine de la santé publique. La quantification de ces pathologies et la prise en compte de leurs conséquences en termes socioéconomiques permettent également de mesurer leur impact sur la « productivité » du travail, mais également sur la consommation réelle de soins, afin d'estimer les besoins en matière de soins de santé et les dépenses que cela engendrerait.

Les personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques sont celles qui recourent le plus aux soins, accompagnés de coûts plus élevés. Mais comment payer ces soins, alors que certaines n'en ont pas les moyens financiers ? D'autant plus que, comme nous l'avons abordé, les maladies chroniques ont plutôt tendance à se manifester auprès des populations précarisées. Il existe un lien réel entre la précarité et les maladies chroniques, ce qui soulève un certain nombre de questions extrêmement importantes, tel que l'accès à une éducation de qualité dès le plus jeune âge indépendamment de l'existence d'un handicap ou d'une maladie chronique, la sensibilisation à un mode de vie sain et à la préservation de la santé, tant auprès de la population adulte qu'auprès des enfants, etc.

Selon l'OMS, 30 à 50 % des cancers pourraient être prévenus par un dépistage précoce, mais également en évitant les principaux facteurs de risque que nous avons cités dans cette analyse. La mortalité par cancer en serait considérablement réduite. Mais, de manière générale, une personne en situation de pauvreté qui n'est pas sensibilisée à l'importance de la médecine préventive par manque d'information et de moyens, qui travaille dans des conditions difficiles et qui, par exemple, vit dans un logement insalubre faute de moyens est toujours plus susceptible d'être touchée par une pathologie chronique.

Outre les inégalités sociales qui se manifestent dans les déterminants de la santé, il est aussi important de tenir compte de ces inégalités dans les conséquences de la maladie chronique. Toutes les personnes atteintes ne font pas face aux mêmes conséquences : certaines pourront conserver leur emploi alors que d'autres se verront licenciées suite à une longue incapacité. À partir de ce

---

<sup>14</sup> Mémoire de l'ASPH (2019), disponible ici :

<http://www.asph.be/NotreAssociation/NotrePositionnement/Memorandum/Pages/Elections-2019.aspx>

moment, une personne en situation de handicap peut perdre ses entrées financières et ne plus pouvoir payer ses traitements, ni même les visites préventives pour les personnes à sa charge. Elle ne saura peut-être même pas vers quelle institution se tourner pour connaître la suite des démarches à effectuer pour pouvoir bénéficier de ses droits, tellement le système est complexe.

Les mêmes personnes qui ne peuvent se payer des soins sont les plus à risque dans la maladie et les plus à même à rester dans cette précarité. Les inégalités sociales continuent de se perpétuer et se creusent. Il est difficile, voire impossible pour ces personnes, peu qualifiées, de (re)trouver un emploi suite à l'apparition de leur maladie. Les allocations qu'elles perçoivent sont, en outre, beaucoup trop faibles pour leur permettre une vie digne. Il convient dès lors que la question du handicap puisse être transversale à toutes les politiques et les ministres, car elle concerne toutes les sphères de la vie des individus.

## Sources

- Dray-Spira, R. (2013). Maladies chroniques et emploi: impact en termes d'inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S146-S151.
- Grimaldi, A. (2006). « La maladie chronique », *Les Tribunes de la santé*, 4 (13), 45-51. DOI : 10.3917/seve.013.0045.
- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Belgique : Profils de santé par pays 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Pikus, A., Deschamps, J. & Boissonnat, H. (2015). Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. *Santé Publique*, s1(HS), 13-16. doi:10.3917/spub.150.0013.
- Roberts, K. C., Rao, D. P., Bennett, T. L., Loukine, L., & Jayaraman, G. C. (2015). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 35(6), 87.
- Van der Heyden, J. et Charafeddine, R. Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27.
- Service Etude Solidaris (2018) « Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières », disponible ici : <http://www.institut-solidaris.be/index.php/lereportdesoinsdesante/>

## L'Association Socialiste de la Personne Handicapée

L'ASPH – **Association Socialiste de la Personne Handicapée** — défend les personnes en situation de handicap et/ou atteintes de maladie grave et invalidante, quels que soient leur âge ou leur appartenance philosophique.

Véritable syndicat des personnes en situation de handicap depuis presque 100 ans, l'ASPH agit concrètement pour **faire valoir les droits de ces personnes** : lobby politique, lutte contre toutes formes de discriminations, campagnes de sensibilisations, services d'aide et d'accompagnement, etc.

### Nos missions

- Conseiller, accompagner et défendre les personnes en situation de handicap, leur famille et leur entourage
- Militer pour plus de justice sociale
- Informer et sensibiliser le plus largement possible sur les handicaps et les maladies graves et invalidantes
- Informer le public sur toutes les matières qui le concernent
- Promouvoir l'accessibilité et l'inclusion dans tous les domaines de la vie

### Nos services

#### Un contact center

Pour toute question sur le handicap ou les maladies graves et invalidantes, composez-le **02/515 19 19** du lundi au jeudi de 8h30 à 15h et le vendredi, de 8h30 à 11h.

#### Handydroit®

Service de défense en justice auprès des juridictions du Tribunal du Travail. Handydroit® est compétent pour les matières liées aux allocations aux personnes handicapées, aux allocations familiales majorées, aux reconnaissances médicales, aux décisions de remise au travail et aux interventions octroyées par les Fonds régionaux.

#### Handyprotection

Pour toute personne en situation de handicap ou avec une maladie grave et invalidante, l'ASPH dispose d'un service technique spécialisé dans le conseil, la guidance et l'investigation dans le cadre des législations de protection de la personne handicapée.

#### Cellule Anti-discrimination

L'ASPH est un point d'appui UNIA (anciennement, Centre pour l'Égalité des Chances) en ce qui concerne les situations discriminantes « handicap » afin d'introduire un signalement (plainte). Ex : votre compagnie d'assurance vous refuse une couverture, car vous êtes atteint d'une maladie chronique ? Elle vous propose une surprime ? Elle supprime votre police familiale en raison du handicap de votre enfant ou de votre partenaire ? Faites-nous-en part, nous assurerons le relais de votre situation.

## Handyaccessible

Notre association dispose d'un service en accessibilité compétent pour :

- Effectuer des visites de sites et proposer des aménagements adaptés
- Analyser des plans et vérifier si les réglementations régionales sont respectées
- Auditer les festivals et bâtiments selon les normes « Access-i »
- Proposer un suivi des travaux pour la mise en œuvre de l'accessibilité.

## Contact

ASPH – Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles  
Tél. 02/515 02 65 — [asph@solidaris.be](mailto:asph@solidaris.be)