



LIVRE VERT
sur
l'accès aux soins
en Belgique

LIVRE VERT SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN BELGIQUE



Éditeur responsable: Hans Suijkerbuijk

© 2014, Wolters Kluwer Belgium SA
Waterloo Office Park
Drève Richelle, 161 L
B-1410 Waterloo
Tél.: 0800 14 500
www.kluwer.be
info@kluwer.be

Hormis les exceptions expressément fixées par la loi, aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit, introduit dans un fichier de données automatisé, ni diffusé, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse et préalable et écrite de l'éditeur.

ISBN 978-90-46-56878-1
D/2014/2664/542
BP/LIVERTF-BI14001

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

Laurette Onkelinx (Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales) et Maggie De Block (Secrétaire d'Etat à l'Asile et à la Migration, à l'Intégration Sociale et la Lutte contre la Pauvreté) 7

LE MOT DE L'INAMI 11

Jo De Cock, Administrateur général de l'INAMI 13

REMERCIEMENTS

PRÉAMBULE MÉTHODOLOGIQUE

Michel Roland, Ingrid Pelgrims (Médecins du Monde) 15

LISTE DES ACRONYMES 17

CHAPITRE 1 L'IMPORTANCE D'UN ACCÈS AUX SOINS 23

A. Inégalités de santé et importance des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila Maron (Union Nationale des Mutualités Socialistes) 25

B. Importance de l'accès aux soins de première ligne pour la qualité d'un système de santé

Pascal Meeus (INAMI) 35

CHAPITRE 2 PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN DEHORS DU CADRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE 43

A. Les personnes en séjour irrégulier, sous visa et européens 45

1. Historique

Sophie Damien, Sophie Bleus (Médecins du Monde) 46

2. Personnes en séjour irrégulier

Sophie Damien, Sophie Bleus (Médecins du Monde) 48

3. Personnes sous visa

Sophie Damien, Sophie Bleus (Médecins du Monde) 61

4. Européens	
<i>Sophie Damien, Sophie Bleus (Médecins du Monde)</i>	61
5. Conclusion	66
6. Recommandations	
<i>Médecins du Monde</i>	68
7. L'accès aux soins des mineurs étrangers	
<i>Collaborateurs de l'Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, l'Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, le Kruispunt Migratie-Integratie et l'asbl Medimmigrant</i>	69
B. Les demandeurs d'asile	75
1. Introduction	
<i>Médecins du Monde</i>	75
2. L'accès aux soins des demandeurs d'asile	
<i>Estelle Spoel (Fedasil)</i>	76
3. Entretien avec Myriam Scholtès, médecin en centre d'accueil Fedasil	80
4. La pratique de la clinique de l'Exil	
<i>Paul Jacques, Nouné Kara Khanian</i>	83
5. Entretien avec Mark Vanderveken, médecin coordinateur au siège de Fedasil	93
6. Les « no-shows »	
<i>Collaborateurs de l'Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, de l'Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, du Kruispunt Migratie-Integratie et de l'asbl Medimmigrant</i>	98
7. Conclusion	102
C. Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité	
<i>Ivan Dechamps (Union Nationale des Mutualités Socialistes) et Eric Colle (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)</i>	103
CHAPITRE 3 AUTRES TYPES DE BARRIÈRES LIÉES À L'ACCÈS AUX SOINS	121
A. Les personnes sans-abri	123
1. Accès aux soins pour la population sans-abri	
<i>Kathia Van Egmond, Ingrid Pelgrims, Stéphane Heymans (Médecins du Monde)</i>	123
2. Entretien avec Laurence Bourguignon (responsable des psychologues), Bruno Rochet (psychologue) et Catia Medeiros (infirmière de jour) au SAMU SOCIAL	130
3. Accessibilité aux soins de santé pour les habitants de la rue à Bruxelles	
<i>Antoin Galle (asbl Diogène)</i>	136

4. Entretien avec Marie-Thérèse Reul et Coralie Guaveïa de « La Fontaine » (association belge de l'Ordre de Malte)	146
5. Entretien avec Irène Kremers, médecin au Relais Santé de Charleroi.	149
6. Synthèse et recommandations <i>Pierre Ryckmans (asbl Infirmiers de rue)</i>	151
B. Les personnes ayant des problèmes de dépendance <i>FEDITO bruxelloise-concertation bas-seuil</i>	155
C. Les travailleurs du sexe <i>Espace P, Pas op, Alias et GAPHRO</i>	173
D. La problématique du report de soins <i>Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila Maron (Union Nationale des Mutualités Socialistes)</i>	189
E. Les primo-arrivants <i>Marianne Prévost (Fédération des maisons médicales) et Nele Gerits, Jan De Maeseneer et Els Bartholomeeussen (Vereniging van Wijkgezondheidscentra)</i>	211
F. Les femmes et les enfants en situation précaire	239
1. Introduction <i>Kathia Van Egmond (Médecins du Monde)</i>	239
2. Accès à l'information à la santé sexuelle et reproductive, à la contraception, au dépistage des MST et à l'avortement.	243
2.1 Le planning familial, vecteur d'accès aux soins de santé? <i>Céline Orban (Fédération des Centres de Planning Familial des FPS) et Axel Raida (Fédération Laïque des Centres de Planning Familial)</i>	243
2.2 Soins périnataux aux femmes enceintes vulnérables: problèmes et recommandations <i>Hanan Ben Abdeslam (collaboratrice à l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan)</i>	249
2.3. Entretien avec les collaboratrices du centre Willy Peers vzw, Anvers (Marijke Van der Gucht et Katrijn Vangeel)	257
3. L'accès aux soins pré- et postnataux et suivi des enfants	260
3.1 La santé des futures mères, des nouveau-nés et des femmes enceintes vue à travers l'angle d'approche de l'ONE	260
3.2 Entretien avec l'asbl Aquarelle (Michel Degueldre, Martine Vanderkam, Linda Doerane)	274
3.3 Soutien prénatal des femmes enceintes vulnérables <i>Kind en Gezin</i>	277

3.4	Entretien avec le Dr Tine Cornelissen, médecin au centre d'appui prénatal Kind en Preventie à Anvers	278
3.5	Accès à un soutien familial préventif	
	<i>Kind en Gezin</i>	283
4.	Prise en charge des violences sexuelles.....	286
4.1	Difficultés rencontrées dans l'accessibilité aux soins pour les personnes victimes d'une agression sexuelle	
	<i>Catherine Hailliez (SOS VIOL)</i>	286
4.2	Violence liée au genre et violence conjugale: contribution de l'International Center for Reproductive Health (ICRH)	
	<i>Ines Keygnaert, An-Sofie Van Parys et Els Leye</i>	288
4.3	Entretien avec Begga Van de Velde, prestataire d'aide à Slachtofferhulp Brussel et avec Diane Bruneel, collaboratrice à 1712: Point de contact « Abus, Violence et Maltraitance d'enfants ».....	297
 G. Santé mentale et exclusion sociale		
	<i>Sébastien Alexandre et Patricia Schmitz (SMES-B)</i>	301
 CHAPITRE 4 DISPOSITIFS, MESURES ET INITIATIVES FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS, À LA SANTÉ		
	<i>Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila Maron (Union Nationale des Mutualités Socialistes)</i>	323
A.	Contexte	325
B.	L'assurance-maladie	327
1.	L'intervention majorée	327
2.	Le statut OMNIO.....	328
3.	Le tiers payant social	329
4.	Le maximum à facturer (MAF)	330
5.	Les mesures en faveur des malades chroniques.....	332
6.	Le dossier médical global (DMG)	334
7.	Les maisons médicales au forfait	336
8.	Principales mesures prises limitant les prix et les suppléments dans le secteur des soins de santé.....	337
C.	Conclusion	338
 CHAPITRE 5 CONCLUSIONS		
	<i>Ri De Ridder, Directeur général du service des soins de santé de l'INAMI</i>	341
	Références	351

PRÉFACE DE LAURETTE ONKELINX

Notre système de soins de santé est un des piliers de la solidarité fédérale. La qualité des soins prodigués dans notre pays et leur accessibilité en font un des meilleurs systèmes au monde.

Malheureusement, de nombreuses études démontrent que nous ne sommes pas tous égaux face à la santé : comme l'a rappelé le dernier rapport de 2012 de l'OMS sur les déterminants sociaux en matière de santé, des inégalités existent et plus le niveau socio-économique est élevé, plus l'état de santé est bon. A l'inverse, les dépenses de santé se concentrent souvent sur les personnes fragilisées.

L'accès aux soins devient alors une dimension fondamentale de la politique de santé. Il ne s'agit pas seulement d'offre médicale ou de lits d'hôpital, l'accès aux soins se mesure également en matière d'information ou de moyens financiers disponibles. Ce sont alors des facteurs socio-économiques qui apparaissent. Les enquêtes rapportent que la proportion de personnes qui ont dû postposer ou renoncer à un traitement médical est plus importante dans les groupes de revenus inférieurs par rapport aux hauts revenus.

Qu'avons-nous fait en Belgique pour répondre à cette problématique ? De nombreux mécanismes ont été développés et positionnent la Belgique au rang des pays les plus innovants en matière d'accès aux soins. Pensons, par exemple, au « maximum à facturer » qui plafonne les frais annuels du patient en fonction de son niveau de revenu.

Sous cette dernière législature, nous avons également réformé l'intervention majorée afin d'identifier de manière proactive ses bénéficiaires potentiels ; nous avons créé un statut reconnaissant les malades chroniques permettant d'améliorer l'intervention de l'assurance dans leurs frais de santé ; nous avons rendu obligatoire l'application du tiers payant social pour ces deux catégories ; nous avons fait baisser le prix des médicaments et la facture hospitalière en supprimant les suppléments d'honoraires en chambres doubles et communes.

Mais lorsqu'on observe que près d'un Belge sur six renonce encore à se rendre chez le médecin pour des raisons financières, force est de constater qu'il reste encore un long chemin à parcourir.

Les défis sont tout aussi nombreux en dehors du cadre de l'assurance maladie. Nous y constatons parfois des situations qui sont indignes d'un Etat démocratique. Car même quand une personne n'est pas assurée ou ne bénéficie pas d'un droit de séjour, elle dispose du droit fondamental non seulement à la vie, mais à une vie en bonne santé. Des personnes en situation de pauvreté, des primo-arrivants et des personnes issues de l'immigration ont difficilement accès à des soins adéquats et une meilleure sensibilisation en matière de santé s'avère nécessaire à leur égard.

Face à ce constat, l'assurance maladie peut et doit se montrer proactive et solidaire. Le travail socio-sanitaire assuré par des organisations humanitaires comme Médecins du Monde doit pouvoir continuer à bénéficier d'une aide publique et notamment grâce au budget de l'INAMI. C'est tout le sens de la récente loi accessibilité votée au Parlement en ce début d'année.

Je souhaite que le travail de réflexion qui sera mené au départ de ce Livre vert puisse favoriser le développement d'outils de monitoring et des indicateurs de résultats car mesurer le problème est déjà une partie de sa solution. Qu'il puisse également nous aider dans l'évaluation des instruments disponibles. Qu'il puisse aussi proposer une approche intégrée entre les différents niveaux de pouvoir de notre pays.

Je voudrais aussi vous inviter à être attentifs : les dépenses de santé pèsent lourd dans notre budget. Les choix sont parfois difficiles mais nous ne devons jamais oublier les personnes les plus fragiles. C'est une question d'éthique mais aussi de légitimité car il en va en effet des valeurs fondamentales de solidarité et d'équité qui sont au cœur de notre modèle social.

J'espère donc que le Livre vert que vous tenez entre les mains sera le point de départ d'un processus d'évolution constructive, qui mènera à des propositions concrètes pour qu'au-delà des textes et des déclarations, le droit à la santé soit une réalité pour toutes et tous. Quels que soient leur origine, leur niveau d'éducation ou celui de leurs revenus.

Laurette Onkelinx

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

PRÉFACE DE MAGGIE DE BLOCK

L'accès, sans entraves, aux soins de santé constitue un pilier central de notre système de sécurité sociale. Il est dès lors normal que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé vérifie si notre système de soins de santé fonctionne suffisamment bien pour permettre cet accès.

Un Livre vert sur l'accès aux soins, et plus particulièrement aux soins de première ligne, est une initiative intéressante qui nous permettra de mieux savoir comment sont appliqués les principes et les bonnes pratiques dans le domaine des soins de santé.

Les soins que notre société offre à ses citoyens doivent pouvoir être donnés à toutes les personnes qui y ont droit. Et pour cela, c'est à nous de veiller à ce que ces soins soient certainement offerts aux plus vulnérables et aux gens qui sont de plus en plus souvent susceptibles de se retrouver en marge de la société comme les sans-abri ou les familles monoparentales. Groupes qui ne cessent de grandir et qui sont également confrontés à de nombreux problèmes spécifiques.

Une anamnèse étendue de leur situation ne peut que nous éclairer, nous conduire à poser un bon diagnostic et à trouver un remède approprié.

Dans ce Livre vert, différentes situations sont décrites ; celles où tout fonctionne bien et celles où des obstacles font que les gens ont des difficultés à avoir accès aux soins auxquels ils ont droit.

Un tel inventaire nous permet de réfléchir aux problèmes auxquels sont confrontés les gens. Il nous éclaire également sur des situations, comme la barrière culturelle, pour lesquelles peu ou pas de recherches ont été menées jusqu'à présent et qui entravent l'accès aux soins de santé.

Le nombre d'habitants d'origine étrangère continue de croître mais nous ne savons que peu de choses sur leur état de santé et sur leur utilisation des ser-

vices médicaux. Cet inventaire de points de vue et d'expériences de différents acteurs de la santé peut fournir une meilleure et une plus grande compréhension de la situation.

L'objectif final de cet exercice doit être de contribuer à un système de santé qui fonctionne encore mieux et qui n'exclut personne. Ce n'est que de cette manière que nous pourrions garantir que les soins de santé soient un réel droit fondamental pour tout le monde.

Maggie De Block
Secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration
Sociale et la Lutte contre la Pauvreté

LE MOT DE L'INAMI

L'accès est un objectif clé pour les soins de santé. L'accès aux soins est influencé par plusieurs facteurs et a plusieurs dimensions. Ce livre explique ce thème sous différents angles. Le livre traite des obstacles dans les soins de santé, des éléments qui empêchent que les gens dont la vie ne suit pas le schéma classique accusent un retard de santé mais surtout de la nécessité de trouver des réponses créatives, de l'élaboration de stratégies efficaces permettant de renverser les obstacles. L'organisation « Médecins du Monde » dispose dans ce domaine de l'expertise-expérience nécessaire.

Les obstacles à la création de soins universels accessibles se retrouvent dans des domaines différents.

Tout d'abord, il y a les aspects financiers. En ce qui concerne les personnes à faibles revenus, les coûts pour les soins de santé peuvent être élevés et grever le budget du ménage de plus de 10 pourcent par mois. Malgré les nombreuses initiatives déjà prises (MAF, statut Omnio, ...), cela reste une donnée délicate. La généralisation d'un système de tiers payant social pourrait apporter une solution.

Cependant, nous savons également que l'accès aux soins est aussi lié à des facteurs administratifs. Plus que jamais, il semble nécessaire de mettre progressivement un terme à ces entraves et obstacles administratifs. Compléter des formalités est loin d'être évident pour des personnes vivant dans la pauvreté. Ici aussi, il existe un besoin de solutions flexibles. Le projet Mediprima constitue en la matière un grand pas en avant.

Mais il y a naturellement aussi des dimensions culturelles. La connaissance et la familiarité avec les soins de santé, les compétences en matière de santé, la complexité de la communication sont autant de sujets qui méritent plus que jamais notre attention.

Dans le cadre des 50 ans de l'INAMI, le thème de l'accès aux soins universels ne pouvait faire défaut à l'ordre du jour. Il s'agit d'un baromètre important et d'un critère crucial pour évaluer la performance du système des soins de santé belge.

Jo De Cock
Administrateur général de l'INAMI

REMERCIEMENTS

Madame Laurette Onkelinx, Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, Madame Maggie De Block, secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, L'administrateur général de l'INAMI, Jo De Cock, Le président de Médecins du Monde, Michel Roland, Le Directeur général du Service Soins de santé de l'INAMI, Henri De Ridder, Le directeur de Médecins du Monde, Pierre Verbeeren, La Fondation Roi Baudouin

Les membres du comité d'accompagnement

Mickaël Daubie, Isabelle Collin (INAMI), Stéphane Heymans, Ingrid Pelgrims, Michel Roland, Kathia Van Egmond (Médecins du monde), Kurt Gesquiere (Ministère de l'Intégration sociale), Ivan Dechamps, Leïla Maron (Union Nationale des Mutualités Socialistes), Jean-Pierre Schenkelaars, Olivier Gillis, Eric Colle, Chloé Crokart, Sigrid Vancorenland, Herve Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Dominique Roberfroid (KCE), Virginie Jourdan, Pierre Drielsma, Marie Langenacker (Fédération des Maisons Médicales), Nele Gerits, Els Bartholomeeussen (Vereniging van wijkgezondheidscentra), Michel Mahaux (Santhéa), Julie Maenaut, Sarah Melsens, John de Maesschalck (asbl Santé -Solidarité), Ricardo Cherenti (Union des Villes et de Communes de Wallonie)

Les collaborateurs du Livre vert

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (Eric Colle, Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse), Alias, Aquarelle (Michel Deguedre, Martine Vanderkam, Linda Doerane), Clinique de l'Exil (Paul Jaques, Nouné Kara Khanian), Diogènes (Laurent Demoulin, Antoine Galle), Espace P, Expertise centrum Kraamzorg Volle Maan (Hanan Ben Abdeslam), Fedasil (Estelle Spoel, Mark Vanderveken, Myriam Scholtes), Fédération des centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (Céline Orban), Fédération laïque des plannings familiaux (Axel Raida), Fédération des maisons médicales (Marianne Prévost), Fedito Bruxelloise – Concertation Bas-seuil (Ludovic Henrard), Ghapro, INAMI (Pascal Meeus), Infirmiers de Rue (Pierre Ryckmans), International Center for Reproductive Health (Ines Kijngaert, An Sofie Van Parys, Els Leye), Kind en Gezin, Kind en Preventie (Tine Cornelissen), Kruispunt Migratie – Intégratie (Ellen Druits), La Fontaine (Marie Thérèse Reul, Coralie Guaveia), Médecins du Monde (Stéphane Heymans, Kathia Van Egmond, Sophie Bleus, Sophie Damien), Medimmigrant, Ondersteuningspunt medische zorg Antwerpen, ONE (Direction médicale, Direction Etudes et Stratégies), Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost Vlaanderen, Pasop, Relais Santé de Charleroi (Irène Kremers), Samu Social (Laurence Bourguignon), SMES-B, SOS Viol (Catherine Hailliez), Slachtofferhulp Brussel (Begga Van de Velde), Union Nationale des Mutualités Socialistes (Leïla Maron, Ivan Dechamps), Vereniging van wijkgezondheidscentra (Nele Gerits, Els Bartholomeeussen, Jan De Maeseneer), Willy Peers Centrum (Marijke Van Der Gucht, Katrijn Vangeel)

PRÉAMBULE MÉTHODOLOGIQUE

Michel ROLAND, président de Médecins du Monde
Ingrid PELGRIMS, responsable de la rédaction du Livre vert

La Belgique est considérée comme un pays ayant une bonne protection sociale et un système de santé de qualité. Pourtant, pour une série de populations particulièrement vulnérables, on constate que l'accès aux soins est loin d'être toujours aussi évident. Pour des raisons administratives, financières ou autres, beaucoup d'entre elles se voient obligées de renoncer ou de postposer des soins. Les personnes exclues des soins sont pourtant souvent celles qui en ont le plus besoin. Et malheureusement, leur nombre ne cesse de croître...

La première partie du livre aborde les problèmes d'accès aux soins des personnes se trouvant en dehors du cadre de l'assurance obligatoire, c'est-à-dire les personnes en séjour irrégulier, les personnes sous visa, les Européens, les demandeurs d'asile ou encore les belges qui ne sont plus en ordre de mutuelle. La deuxième partie du livre est consacrée aux problèmes d'accès aux soins pour une série de populations spécifiques rencontrant des besoins en soins particuliers, telles que les sans-abri, les travailleurs du sexe, les primo-arrivants, les personnes souffrant de problèmes de dépendance, etc.

Par le choix des contributeurs, nous avons tenté d'être le plus représentatif possible, mais nous sommes conscients qu'il ne couvre pas l'entièreté du secteur. L'organisation de l'écriture de certains chapitres n'a pas toujours été aussi évidente, puisqu'il n'existe pas toujours un acteur central qui puisse témoigner des problèmes d'accès aux soins.

Certains secteurs se caractérisent, en effet, par une offre de soins particulièrement morcelée ainsi qu'une organisation qui peut fortement varier d'une région à l'autre. Le secteur de la santé sexuelle et reproductive est particulièrement illustratif, à ce niveau-là. Par exemple, nous avons reçu les contributions de deux fédérations de centres de planning familial, mais il faut savoir qu'en Belgique, il en existe quatre au total. Un autre exemple concerne le suivi prénatal ou l'organisation des soins préventifs aux enfants, tellement différents en Wallonie et en Flandre qu'il nous a été difficile d'obtenir une contribution commune de l'ONE et de Kind en Gezin. En fonction de leurs besoins, les

femmes doivent, à chaque fois, faire appel à des structures différentes, telles que généralistes, gynécologues, centres de planning familial, consultations de l'ONE/Kind en Gezin, etc. Cette multitude d'acteurs, en elle-même, illustre déjà bien le problème de l'accès aux soins puisque, très vite, chaque acte de soins est segmenté, et l'accès aux services n'est pas aisé.

Le but de ce livre n'est pas d'être le plus exhaustif possible, mais plutôt d'inventorier, de manière générale, les problématiques d'accès aux soins de santé en Belgique, au travers de différentes contributions et divers témoignages. Le texte est rendu vivant par un style d'écriture qui varie fortement d'un chapitre à l'autre. Vous y trouverez, en effet, à la fois des contributions provenant de bureaux d'études (comme pour les mutuelles) et des témoignages plus bruts, retranscrits sous forme d'entretiens.

Un comité d'accompagnement, composé notamment de membres de mutuelles, de l'INAMI et d'associations, a suivi l'ensemble du processus de rédaction du Livre vert. Un comité de lecture a également été mis en place, afin de permettre une relecture et une correction, tant sur le fond que sur la forme, de l'ensemble des contributions.

Avec ce Livre vert, nous avons voulu lancer le débat, en donnant la parole tant aux acteurs de terrain qu'aux acteurs classiques de santé. Il s'agit donc d'un ensemble de points de vue subjectifs, les recommandations se trouvant dans chaque chapitre n'engageant que leurs auteurs. Ces contributions serviront de matière à débattre lors des tables rondes, organisées en mars 2014 et dont nous espérons pouvoir tirer une série de recommandations politiques. Nous souhaitons ainsi pouvoir aboutir à un Livre blanc proposant une (ou plusieurs) stratégie(s) opérationnelle(s) pour les publics très vulnérables.

Médecins du monde se bat, chaque jour, afin que les plus vulnérables aient un accès aux soins, ces témoignages et ces différents vécus de terrain doivent servir à permettre une meilleure prise en charge de ces populations.

LISTE DES ACRONYMES

AH	Allocations aux personnes handicapées
AIM	Agence intermutualiste
AMU/DMH	Aide Médicale Urgente/Dringende Medische Hulp
ANMC/LCM	Alliance nationale des mutualités chrétiennes/Landsbond der christelijke mutualiteiten
AO	Assurance obligatoire
BDMS	Banque de données médico-sociales/Medisch-Sociale Gegevensbank
BIM	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
CAAMI/HZIV	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité/Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitverzekering
CAAP	Coordination des Associations Actives en Prison
CAP	Commissions d'Assistance Publique
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CASU	Cellule d'Action Sociale Urgente (CPAS de la ville de Bruxelles/OCMW van de stad Brussel)
CEAM	Carte Européenne d'Assurance Maladie
CFWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
CGRA/CGVS	Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides/ <i>Commissariaat</i> -Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen
CGVS/CGRA	Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen/Commissariat Général aux réfugiés et Apatrides
CIRE	Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers
CISP	Classification Internationale de la Santé Primaire
CLPS	Centre local de promotion de la santé
COCOF	Commission Communautaire française
CPAS/OCMW	Centre Public d'Aide Sociale/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

Liste des acronymes

CPF	Centre de Planning Familial
CRIOC/OIVO	Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs/Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisaties
DCI	Dénomination commune internationale
DGGZ/SSM	Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg/Service de santé mentale
DIU	Dispositif Intra-utérin
DMBSH/SASLS	Dienst voor maatschappelijke begeleiding van sociale huurders/Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux
DMG	Dossier Médical Global
DMH/AMU	Dringende Medische Hulp/Aide Médicale Urgente
DUDH/UVRM	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme/ Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
DUNE	Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges
DVDW/MDM	Dokters van de Wereld/Médecins Du Monde
DVZ	Dienst voor Vreemdelingenzaken
EMCDDA/OEDT	Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving/Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ETHOS	European Typology on Homelessness and housing exclusion
EU/UE	Europese Unie/Union européenne
EVRAS	Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle/Relationele, affectieve en seksuele voorlichting
EZVK	Europese ziekteverzekeringskaart
FARES	Fond des affections respiratoires
FCPC	Fédération des Centres de Planning et de Consultation
FCPPF	Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial
FEANTSA	Fédération européenne d'associations travaillant avec les sans-abris
FEDASIL	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile/Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FEDITO	Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes
FLCPF	Fédération laïque des centres de planning familial
FMM	Fédération des maisons médicales
FPS	Femmes Prévoyantes Socialistes
FRA	European Union Agency For Fundamental Rights
FRB/KBS	Fondation Roi Baudouin/Koning Boudewijnstichting
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles

GACEHPA	Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Praticant l'Avortement
GIVB/RGPA	Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden/Revenu Garanti Aux Personnes Agées
GMD	Globaal Medisch Dossier
GRAPA/IGO	Garantie de Revenus Aux Personnes Agées/Gewaarborgd Inkomen voor Ouderen
HCDH/OHCHR	Haut-Commissariat aux droits de l'homme/Hoog Commissariaat voor Mensenrechten
HIV	Human immunodeficiency virus
HPV	Papillomavirus
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
HZIV/CAAMI	Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitverzekering/Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IGO/GRAPA	Gewaarborgd Inkomen voor Ouderen/Garantie de Revenus Aux Personnes Agées
ILA	Initiative locale d'accueil
IM	Intervention majorée
INAMI/RIZIV	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité/Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
INASTI/RSVZ	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
INSZ/NISS	Identificatienummer Sociale Zekerheid/Numéro d'identification à la sécurité sociale
IRCT	International Rehabilitation Council for Torture Victims
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KBS/FRB	Koning Boudewijnstichting/Fondation Roi Baudouin
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé/Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KG	Kind en Gezin
KMI	Kruispunt Integratie Migratie
LCM/ANMC	Landsbond der christelijke mutualiteiten/Alliance nationale des mutualités chrétiennes
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels/Lesbiennes, homo's, biseksuelen en transgenders
LOI	Lokaal Opvang Initiatief
MAF	Maximum à Facturer/Maximumfactuur
MASS	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles

Liste des acronymes

MDM/DVDW	Médecins Du Monde/Dokters van de Wereld
MEM	Minorités ethniques et migrants/Migranten en etnische minderheden
MENA	Mineurs d'Age Etrangers Non Accompagnés
MME	Migrants et Minorités Ethniques
MMW	Medisch maatschappelijk werker
MR	Maison de repos
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
MSM	Men who have sex with men
MSP/PVT	Maisons de Soins Psychiatriques/Psychiatrisch Verzorgingstehuis
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MTF	Transgender Male to Female
NBMV	Niet-begeleide minderjarige vreemdeling
NISS/INSZ	Numéro d'identification à la sécurité sociale/ Identificatienummer Sociale Zekerheid
NVSM/UNMS	Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten/ Union nationale des mutualités socialistes
OA	Organisme assureur
OCMW/CPAS	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn/Centre Public d'Aide Sociale/
OE	Office des Etrangers
OEDT/EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies/ Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving
OHCHR/HCDH	Hoog Commissariaat voor Mensenrechten/Haut-Commissariat aux droits de l'homme
OIVO/CRIOC	Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisaties/Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé/ Wereldgezondheidsorganisatie
ONE	Office National de l'Enfance
ONEM/RVA	Office national de l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
ONSS/RSZ	Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
PFG	Prestations familiales garanties
POD MI/SPP IS	Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie/Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale

PSSP	Plans stratégiques de Prévention et de Sécurité
PVT/MSP	Psychiatrisch Verzorgingstehuis/Maisons de Soins Psychiatriques
REB	Résidents en Belgique
RGPA/GIVB	Revenu Garanti Aux Personnes Agées/Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden
RIB	Residerend in België
RIS	Revenu d'intégration sociale
RIZIV/INAMI	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering/ Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
RSVZ/INASTI	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen/ Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
RSZ/ONSS	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid/Office national de sécurité sociale
RVA/ONEM	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening/Office national de l'emploi
RVV	Rechthebbende op de verhoogde (verzekerings)tegenmoetkoming
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASLS/DMBSH	Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux/ Dienst voor maatschappelijke begeleiding van sociale huurders
SASS	Structure d'accueil socio-sanitaire
SDF	Sans Domicile Fixe/Zonder vaste verblijfplaats
SESO	Service social de solidarité socialiste asbl/Sociale dienst van de socialistische solidariteit vzw
SETIS	Service d'Interprétariat Social
SMES-B	Santé mentale et Exclusion sociale – Belgique
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
SOI	Seksueel overdraagbare infecties
SPP IS/POD MI	Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale/Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie
SRG	Seksuele en reproductieve gezondheid
SSM/DGGZ	Service de santé mentale/Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg
SSMG	Société scientifique de médecine générale
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SVPP	Strategische veiligheids- en preventieplannen
TM	Ticket Modérateur

TMS	Travailleur médico-social
TRN	Titre de Reconnaissance de la Nation
TSO	Traitement de substitution aux Opiacés
UE/EU	Union européenne/Europese Unie
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNMS/NVSM	Union nationale des mutualités socialistes/Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten
UVRM/ DUDH	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens/ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
VAD	Vereniging voor Alcohol- en Drugsproblemen
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIPO	Veufs, Invalides, Pensionnés, Orphelins
VOS	Voorschrift op stofnaam
VRAS	Vie relationnelle, affective et sexuelle
VV	Verhoogde (verzekerings)tegenwoordiging
VWGC	Vereniging voor Wijkgezondheidscentra
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen
VZA	Vrijwillige zwangerschapsafbreking
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WHO	World Health Organisation
WHO/OMS	Wereldgezondheidsorganisatie/Organisation Mondiale de la Santé
WIGW	Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen

CHAPITRE 1

L'IMPORTANCE D'UN ACCÈS AUX SOINS

A. Inégalités de santé et importance des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations	25
B. Importance de l'accès aux soins de première ligne pour la qualité d'un système de santé	35

A. Inégalités de santé et importance des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila MARON (Union Nationale des Mutualités Socialistes)

Résumé

Malgré la sécurité sociale, malgré les ressources dont dispose notre société, la « bonne santé » est loin d'être une réalité égale pour tous. Face à la mort et face à la maladie, nous ne sommes pas égaux, les inégalités s'accroissant au détriment des populations moins favorisées. Les causes de ce phénomène dépassent de loin le domaine de l'accès financier aux soins et de leur qualité. De nombreux facteurs comme les conditions de travail et de logement, le revenu, l'environnement, le niveau de formation... expliquent ces inégalités. Il nous paraît dès lors important de mettre en place un plan transversal de lutte contre les inégalités sociales de santé afin d'agir également sur ces facteurs.

1. Qu'entend-on par inégalité sociale de santé ?

Les inégalités sociales de santé renvoient à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles apparaissent lorsque l'on confronte un indicateur de santé avec un critère de structuration sociale, une échelle sociale.

Cette dernière peut être basée sur diverses dimensions : niveau de revenus, niveau de formation, occupation socioprofessionnelle.

Les études menées en la matière (tant à l'étranger qu'en Belgique) sont sans appel et convergent vers le même constat : toutes choses étant égales par ailleurs, à position socio-économique décroissante, la santé tend à se détériorer, l'espérance de vie à diminuer. Ou, à l'instar de Michel ROLAND (2008), pour le dire plus crûment encore : « en tous temps, en tous lieux, ce sont toujours les mêmes qui vivent moins bien, qui sont plus souvent et plus gravement malades et qui meurent le plus vite ».

2. Quelle est l'ampleur de ces inégalités en Belgique ?

Une source importante de résultats provient des *enquêtes de santé par interview* (menées par l'Institut Scientifique de Santé Publique en 1997, 2001, 2004 et 2008). Les résultats s'appuient sur des informations *auto-déclarées* (état de santé subjectif, style de vie, recours aux soins) obtenues auprès d'un *échantillon* de la population belge (± 10.000 personnes). De ces enquêtes, BOSSUYT *et al.* (2004) ont pu déduire qu'à 25 ans, les personnes sans diplôme ont une espérance de vie de 3 à 5 ans inférieure à celle de ceux qui ont fait des études supérieures de type long. Cet écart s'accroît encore quand on examine l'espérance de vie en *bonne santé* : du côté des hommes à 25 ans, les non-diplômés peuvent espérer vivre en bonne santé jusqu'à 53 ans, les diplômés de l'enseignement supérieur de type long jusqu'à 71 ans. Pour les femmes, ces mêmes espérances de vie sont, respectivement, de 49 ans et 74 ans. En moyenne, cela représente donc une différence, impressionnante, de 18 à 25 années en moins à vivre en bonne santé pour ceux et celles qui n'ont pas eu l'occasion de faire des études.

En 2008, la Mutualité Chrétienne a procédé à une importante recherche sur ce thème sur la base des données administratives et de consommation de soins de santé de l'ensemble de ses membres. Dans cette étude, l'échelle sociale comprend cinq classes de « valeur » croissante (construites d'après les revenus fiscaux¹ déclarés au niveau des quartiers² où tout un chacun réside) parmi lesquelles les 4,5 millions d'affiliés de la Mutualité Chrétienne ont été répartis. Les données administratives et de consommation en soins de santé permettent de faire état de divers événements liés à la santé dont on mesure la fréquence³ d'une classe à l'autre. La comparaison des fréquences entre la classe la plus faible⁴ et la plus élevée⁵ donne alors une idée de l'ampleur des inégalités sociales de santé.

La Mutualité Socialiste s'est également penchée sur la question à travers différentes études dans lesquelles une attention particulière a été apportée aux publics socio-économiquement défavorisés ou appartenant à une classe sociale plus faible.

Ci-après, quelques résultats frappants issus de ces différentes études.

1 Source: Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie.

2 Près de 20.000 secteurs composent les 589 communes du Royaume.

3 Par un indice standardisé pour la région, l'âge et le sexe.

4 Personnes domiciliées dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux sont les plus faibles.

5 Personnes domiciliées dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux médians sont les plus élevés.

- Décéder dans l'année est un risque 45 % plus fréquent pour ceux et celles qui appartiennent à la classe sociale la plus faible par rapport à la plus élevée, comme en témoigne l'étude de la Mutualité Chrétienne. Si beaucoup expriment le désir de pouvoir terminer sa vie chez soi, à la maison, dans la réalité, l'endroit où l'on décède n'est pas socialement neutre : mourir à domicile est 24 % moins fréquent pour la classe la plus faible. Le coût des services d'aide et de soins à domicile, la plus grande difficulté à faire appel à son entourage ou à un réseau social n'y sont pas étrangers.
- Les populations défavorisées ne vivent pas seulement moins longtemps, elles sont aussi plus souvent confrontées à des maladies graves et invalidantes. L'enquête de santé met en évidence que 44 % des personnes peu ou pas diplômées souffrent d'une (ou plusieurs) maladie de longue durée ou d'un handicap, contre 20 % par rapport à la classe la plus élevée. Ceci s'explique notamment par un tabagisme plus marqué et un régime alimentaire moins sain.
- Il existe un gradient socio-économique en matière d'alimentation, comme le montrent l'enquête de santé et l'étude de la Mutualité Socialiste (2011) : les habitudes nutritionnelles les plus saines s'observent davantage dans le groupe de population le plus éduqué. Par exemple, la proportion de personnes mangeant du poisson (prévention des maladies cardiovasculaires) au moins deux fois par semaine augmente avec le niveau d'instruction.
- Se trouver en bas de l'échelle sociale fragilise également la santé mentale. Ainsi, l'étude de la Mutualité Chrétienne met en évidence que la classe la plus faible a une fréquence de consommation d'antidépresseurs supérieure de 14 % à celle de la classe la plus élevée. Ce résultat rejoint une étude de la Mutualité Socialiste (2006) qui montre qu'une personne socio-économiquement fragilisée et bénéficiaire de l'intervention majorée a 1,4 fois plus de probabilité de consommer des antidépresseurs que les bénéficiaires ordinaires, et ce après correction pour l'âge et le sexe⁶. Il en est de même pour les chômeurs, la proportion de chômeurs sous antidépresseurs augmentant avec la durée du chômage. L'étude de la Mutualité Chrétienne montre par ailleurs que l'écart est encore plus marqué pour les admissions en service psychiatrique où on mesure une fréquence deux fois plus importante pour ceux qui appartiennent au groupe le plus défavorisé (par rapport au plus favorisé).

6 Cette relation peut refléter une morbidité plus élevée parmi les populations socio-économiquement défavorisées ou s'expliquer par une plus grande accessibilité financière au traitement (le traitement par antidépresseurs est remboursé par l'assurance obligatoire) par rapport à une psychothérapie plus spécialisée souvent trop chère et avec de trop longues listes d'attente.

- Les populations socialement vulnérables manifestent aussi une moins bonne adhésion aux principes de prévention et programmes de dépistage. L'enquête de santé met en évidence que le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus touche moins bien les femmes issues des classes sociales faibles : le taux de participation de la classe socio-économique la plus faible est de respectivement 13 % et 42 % inférieur à celui de la classe la plus élevée. Plus récemment, la recherche-action de terrain menée par la Mutualité Socialiste en 2010-2011 a montré que plus le niveau d'étude, la profession et le groupe social⁷ sont faibles, moins les femmes se font dépister pour le cancer du sein. Pour ce qui est du recours aux soins dentaires préventifs chez les enfants, l'étude de la Mutualité Chrétienne montre un écart de 36 % (malgré les mesures positives prises ces dernières années).
- Le recours aux dispositifs et structures de soins est également différencié socialement. Ici, les écarts observés ne sont pas tous impressionnants mais sont toujours significatifs.
 - On constate une propension plus faible à entrer en contact (au moins une fois dans l'année) avec un kinésithérapeute ou un médecin généraliste de la part de ceux qui appartiennent à la classe la plus faible.
 - En revanche, une étude de la Mutualité Socialiste (2012) montre que le Dossier Médical Global (DMG) est davantage répandu parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée (cela concerne 58 % d'entre eux) et les malades chroniques (71 %) que parmi les bénéficiaires ordinaires (53 %). Ces taux pourraient toutefois être plus élevés car l'ouverture ou la prolongation d'un DMG ne coûte rien aux patients et elle leur permet de bénéficier d'un réel avantage : une réduction de 30 % du ticket modérateur sur les consultations.
 - Par rapport au médecin spécialiste, c'est la classe la plus élevée qui marque une propension plus grande d'entrer en contact (par rapport aux autres classes).
 - Au niveau de la consommation de médicaments *moins chers* (génériques, copies, médicaments dont le prix public a diminué jusqu'à celui des génériques correspondants), il n'y a pas de grandes variations entre les classes. C'est plutôt positif. Cela dit, n'aurait-on pas pu s'attendre à un plus grand usage des médicaments moins chers de la part des popu-

⁷ Le groupe social réfère à la profession actuelle du chef de ménage et son niveau d'instruction.

lations moins favorisées ? Une étude de la Mutualité Socialiste (2011) montre que si le médicament le moins cher était systématiquement prescrit, les patients verraient leur facture se réduire de 25 % pour leurs médicaments entrant dans le remboursement de référence. Ce sont surtout les patients bénéficiaires de l'intervention majorée qui en profiteraient : leur quote-part diminuerait de 29 % (contre 24 % pour les bénéficiaires ordinaires).

- Par contre, l'étude de la Mutualité chrétienne montre que le recours aux services d'urgence non suivi d'une admission (faisant l'objet en 2006 d'une facturation⁸ d'un forfait à charge des patients) marque une différence considérable : la fréquence observée de cette situation est 64 % plus élevée pour la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée. La Mutualité Socialiste (2011) a également montré qu'en 2008, 23 % des bénéficiaires de l'intervention majorée et 30 % des bénéficiaires du revenu d'intégration ont fréquenté les urgences hospitalières contre 15 % des bénéficiaires ordinaires. Il est vrai qu'aux urgences, il ne faut généralement pas avancer de l'argent liquide, contrairement à ce qui se passe chez le généraliste. Ceci doit nous inciter à réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que porte d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde et à l'information du public par rapport à ces structures de soins.
- Enfin, sans surprise, la fréquence d'inscription auprès d'une maison médicale (financée au forfait) est 6 fois plus importante parmi la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée selon l'étude de la Mutualité Chrétienne. En outre, selon une étude de la Mutualité Socialiste (2011) réalisée par quartier statistique, la proportion de BIM dans les pratiques au forfait est en moyenne de 36 % pour 29 % pour la médecine à l'acte. Bien qu'ouverte à tous, il n'est pas étonnant que la maison médicale soit davantage fréquentée par des populations moins favorisées : l'accès aux soins de première ligne (généraliste, soins infirmiers, kiné) y est gratuit.
- Enfin, l'enquête de santé met en évidence que les personnes socio-économiquement moins favorisées sont plus nombreuses à reporter des soins pour des raisons financières : cela concerne 18 % des personnes appartenant à la classe la moins favorisée contre 9 % des personnes de la classe la plus favorisée.

8 Ce dispositif a été supprimé et remplacé en 2007.

3. Comment évoluent ces inégalités?

Des données relatives à l'état de santé, au style de vie¹⁰ et à la prévention sont déjà disponibles depuis 1997 et il est possible d'étudier une évolution dans le temps. Or, il est difficile de formuler une réponse univoque à la question de savoir si le fossé en matière de santé se rétrécit, se stabilise ou s'élargit, tout simplement parce que les 3 tendances se dégagent selon l'aspect considéré.

En ce qui concerne l'état de santé (santé subjective, pathologies chroniques, difficultés psychologiques et troubles émotionnels), le fossé en matière de santé demeure inchangé au fil des ans. Le fossé entre les moins instruits et les plus scolarisés est et demeure important, sauf en ce qui concerne les difficultés psychologiques (pour lesquelles l'écart n'a jamais été aussi marqué). La seule exception à ce constat est l'excès de poids pour lequel l'écart se rétrécit en raison d'une augmentation du surpoids chez les plus instruits (alors qu'il reste stable chez les moins instruits).

Par ailleurs, une étude de la Fondation Roi Baudouin montre que les inégalités de santé – mesurée par l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé – entre catégories sociales s'accroissent ces dernières années : les plus instruits vivent plus longtemps alors qu'une stagnation, voire un recul, est observée chez les moins qualifiés.

Les progrès accomplis en direction de bonnes habitudes alimentaires sont observés à tous les niveaux d'éducation¹¹. On constate tout au plus que pour certaines denrées alimentaires, l'augmentation est plus forte chez les moins instruits (légumes et poisson), tandis que pour d'autres denrées, l'augmentation est plus importante chez les plus scolarisés (fruits et pain).

En outre, la baisse de la consommation tabagique est observée dans toutes les catégories d'éducation. Dans ce domaine, le fossé en matière de santé est déjà un rien plus important, surtout chez les fumeurs passifs. La baisse du tabagisme passif est plus marquée chez les moins instruits alors que le tabagisme

9 Source principale: VANCORENLAND, 2010.

10 Le style de vie d'un individu ne relève pas uniquement d'un choix personnel mais trouve également son origine dans le milieu social dans lequel l'individu a grandi et vit ainsi que dans le contexte socio-économique.

11 Depuis 2004, l'enquête de santé montre une augmentation importante du pourcentage de gens qui consomment quotidiennement des fruits (de 50 % à 64 %), des légumes (de 74 % à 85 %) et du pain gris (de 48 % à 54 %).

actif est en plus net recul chez les plus instruits. Il y a donc aussi à ce niveau à la fois un élargissement et un rétrécissement du fossé en matière de santé même si ce changement est relativement discret.

Le fossé déjà important en matière de santé en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus et une activité physique suffisante s'accroît encore en raison de la diminution du taux de dépistage et de l'activité physique chez les plus faiblement scolarisés. De même, l'écart en ce qui concerne les visites chez le dentiste s'accroît du fait que les plus scolarisés se rendent davantage chez le dentiste alors que les moins scolarisés ne suivent pas cette tendance.

Le fossé en matière de santé en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein a toujours été important. Le taux de dépistage augmente de manière significative pour tous les niveaux d'éducation. La plus forte augmentation du taux de dépistage pour les moins instruits comble considérablement le fossé.

Enfin, en ce qui concerne le report de soins médicaux, le fossé en matière de santé a aussi toujours été important. Le problème s'accroît pour tous les niveaux d'éducation mais comme il s'intensifie plus fort pour les plus instruits, le fossé en matière de santé se rétrécit.

Synthèse : Evolution du fossé en matière de santé.

	Grandes inégalités	Inégalités limitées
Les inégalités augmentent	<ul style="list-style-type: none"> - Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé - Screening cancer du col de l'utérus - Activité physique - Visite chez le dentiste - Consommation de psychotropes 	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de fruits et de pain - Tabagisme passif
Les inégalités diminuent	<ul style="list-style-type: none"> - Screening cancer du sein - Postposer des soins - Surpoids 	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de légumes et de poisson - Tabagisme actif
Statu quo	<ul style="list-style-type: none"> - Santé subjective - Affections chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes psychologiques

4. Comment explique-t-on ces inégalités ?

A mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale, on voit les indicateurs de santé se dégrader. Les causes de ce phénomène dépassent de loin le domaine de l'accès financier aux soins et de leur qualité. Deux modèles explicatifs ont été mis en avant par la littérature scientifique.

4.1 *Modèle de la mobilité sociale sélective*

La mobilité sociale (au sein d'une génération ou d'une génération à l'autre) dépend (directement ou indirectement) de l'état de santé. Dès lors, un mauvais état de santé empêche la mobilité sociale ascendante, induit une mobilité sociale descendante. Avec pour conséquence ultime : une concentration de personnes en mauvaise santé au sein des catégories socio-économiques faibles. Ce modèle ne recueille toutefois pas l'assentiment des chercheurs. D'après Willems *et al.* (2007), « des recherches montrent qu'il existe effectivement une mobilité sociale descendante dépendant des problèmes de santé (descente sur l'échelle sociale causée par la maladie) mais que l'impact de ce mécanisme est minime et ne peut expliquer les inégalités de santé ».

4.2 *Modèle de causalité sociale*

Ici, la relation est inversée : la position socio-économique influence l'état de santé. Cette influence n'est pas directe mais s'exerce par l'intermédiaire de divers facteurs.

- Les *facteurs structurels* ont trait aux conditions de vie, plus dures au fur et à mesure que l'on parcourt les échelons de l'échelle sociale. On pense aux moyens disponibles pour vivre, aux conditions de travail (pénibilité, niveau d'autonomie), de logement (espace, salubrité) et d'environnement (sécurité, qualité de l'air). De plus, les populations moins favorisées peuvent aussi moins compter sur leur réseau social en cas de difficultés et ont, généralement, moins d'autonomie, de contrôle quant à leur vie sociale et professionnelle. Tous ces éléments génèrent stress et anxiété.
- Les *facteurs culturels* font référence au style de vie, aux pratiques et attitudes influençant la santé. Les populations moins favorisées fument davantage et depuis plus longtemps, mangent moins de fruits et de légumes, ont plus de problèmes d'obésité, etc. Un accès et une compréhension plus difficile de l'information sur les bonnes pratiques en matière de santé et/ou une attitude moins réceptive à leur égard sont à l'origine de ces différences

comportementales. Insistons encore : les attitudes, comportements, valeurs, pratiques culturelles ne sont pas seulement le fruit du libre arbitre mais sont grandement influencés par le contexte social où tout un chacun vit.

5. Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

Pour les acteurs du système de santé, les possibilités d'action sont nombreuses : prévention et éducation à la santé, simplification des procédures administratives et optimisation des droits (intervention majorée, Omnio, malades chroniques...), meilleure information sur les structures et les dispositifs favorisant l'accessibilité financière aux soins. Ces derniers sont nombreux et encore trop souvent méconnus ou mal appréhendés.

Par exemple, le CRIOC relevait en 2008 que « les consommateurs issus des groupes sociaux inférieurs et moyens déclarent moins souvent connaître les médicaments génériques, à l'inverse des groupes sociaux supérieurs. En général, les consommateurs membres des groupes sociaux inférieurs perçoivent plus négativement que la population les médicaments génériques. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise ». Dans le même ordre d'idée, la diffusion du DMG reste très inégale selon les régions : par rapport à la Flandre, il est nettement moins présent en Wallonie et à Bruxelles¹².

Mais il ne faut pas croire que le système de santé est seul en cause. Les inégalités sociales en santé sont révélatrices de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société. Dès lors, afin de les réduire, il faudra jouer simultanément sur nombre de domaines et secteurs extra-sanitaires (emploi, revenus, logement, éducation, environnement matériel et social). Il s'agit, pour les autorités publiques (tant au niveau fédéral, communautaire et régional) de mettre en place des politiques transversales en faveur de la santé pour tous en développant une approche globale de la santé. Cette dimension devrait systématiquement être intégrée dans les politiques et actions menées en matière d'emploi, de logement, d'éducation, etc. et ce, de manière concertée et intégrée.

Tous les niveaux de pouvoirs de notre pays, les partenaires sociaux et la société civile sont donc concernés. C'est bien le message clé du travail réalisé en 2007 par la Fondation Roi Baudouin.

12 Pour l'ensemble des affiliés de la Mutualité Chrétienne, au 31 décembre 2008, la proportion de membres ayant un DMG est la suivante: Flandre: 69 %, Wallonie: 34 %, Bruxelles 30 %. A la Mutualité Socialiste, au 31 décembre 2011, la proportion d'affiliés couverts par un DMG était de 70 % en Flandre contre 43 % en Wallonie et 40 % à Bruxelles.

Et cela n'a rien d'utopique. Des pays comme l'Angleterre, les Pays-Bas, la Suède se sont lancés dans la mise en place d'un plan global, transversal, d'actions coordonnées de lutte contre les inégalités de santé. Nous pouvons nous inspirer de ces expériences. La Belgique dispose certainement des ressources et des compétences pour mettre en place un tel programme. Il est temps d'agir.

B. Importance de l'accès aux soins de première ligne pour la qualité d'un système de santé

Dr Pascal MEEUS (INAMI – Service Soins de Santé – Direction RDQ)

Resumé

En juin 2008, les ministres de la santé des 53 pays composant la région « Europe » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont signé la « Charte de Tallinn sur les systèmes de santé et la prospérité ». Cette charte contient notamment un engagement qui porte sur la performance des systèmes de santé. A ce jour, la Belgique a déjà publié deux rapports sur la performance du système de santé belge. L'évaluation de la performance du système de santé belge s'est efforcée de mesurer 5 axes : l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la durabilité et l'équité. Dans cet article, nous illustrons deux problématiques : l'accessibilité financière, qui démontre notamment que le nombre de ménages qui déclarent avoir été contraints de différer certains soins de santé, est en augmentation depuis la fin des années 90, et la couverture de soins, qui montre que malgré la couverture universelle et obligatoire de l'assurance maladie, les mécanismes de protection de l'assurance maladie ne sont pas toujours suffisants pour éliminer les barrières aux soins.

1. Introduction

L'accessibilité est définie comme la facilité avec laquelle les patients peuvent avoir recours aux prestations de santé, en termes d'accès physique (répartition géographique), de coût, de temps d'accès et de disponibilité du personnel qualifié. Dans le cadre de cet article, nous présenterons, en particulier, l'accessibilité financière et la couverture de soins.

L'Etat défend un principe fondamental d'équité, en proposant un système d'assurance maladie universel et obligatoire pour protéger tout citoyen contre la maladie et ses effets.

Selon ce principe d'équité, chacun contribue en fonction de ses revenus et reçoit selon ses besoins. En théorie, l'accès aux soins ne peut être un obstacle – du moins financier – pour le citoyen.

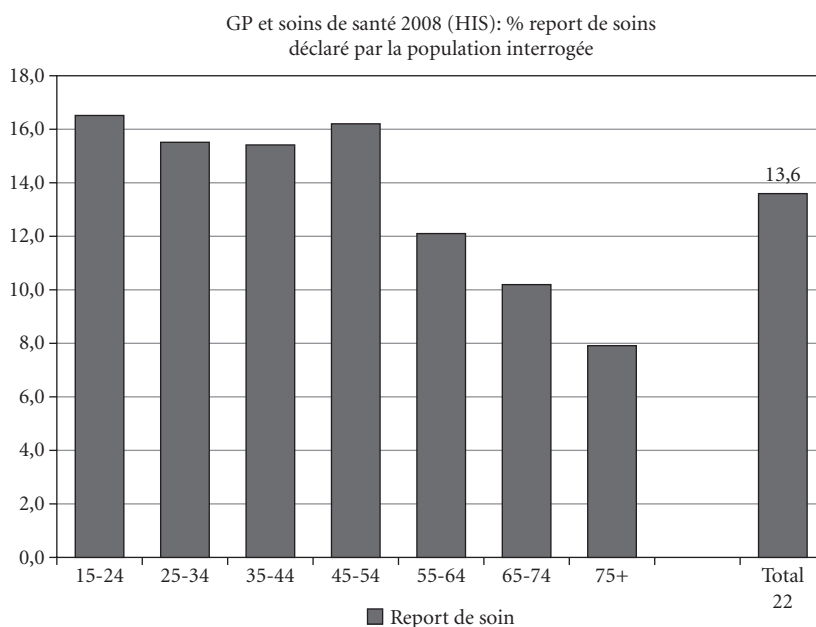
Est-ce le cas en Belgique, au 21^e siècle ? Si oui, nous ne devrions pas observer de différences face à la maladie, en particulier dans la fréquentation des services de santé par le citoyen, l'accessibilité aux soins et certaines prises en charge.

Or, plusieurs signaux semblent converger pour nous avertir que ce n'est pas toujours le cas.

2. Accessibilité financière

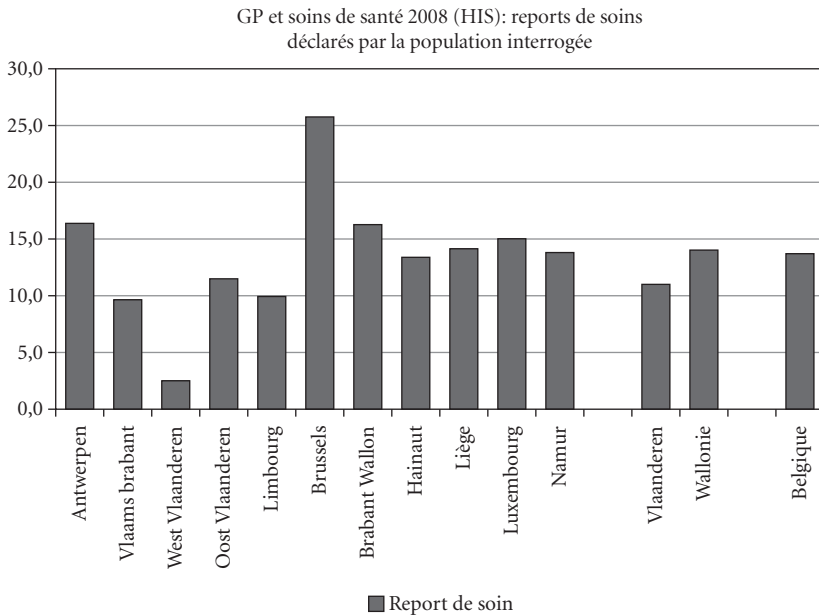
Selon l'enquête de santé par interview organisée par l'Institut de Santé Publique en 2008, 1 personne sur 7 avoue avoir retardé le moment de consulter pour des raisons financières. Ces chiffres sont plus élevés chez les jeunes que chez les personnes plus âgées (55 et +).

Figure 1 : Pourcentage de personnes qui déclarent un report de soins (par personne enquêtée, par classe d'âges – HIS 2008).



L'analyse de l'enquête santé montre également des disparités régionales, en particulier à Bruxelles, qui présente un chiffre de report de soins de 25 %, ce qui est particulièrement élevé en comparaison des provinces belges.

Figure 2 : Pourcentage de personnes qui déclarent un report de soins (par personne enquêtée, par province et par région – HIS 2008).



Cette disparité importante ne s'explique certainement pas par la densité d'offre réputée très importante à Bruxelles.

3. Couverture de soins

Le récent rapport sur la performance des soins de santé (KCE 2012¹³) a mis l'accent sur de nombreuses disparités en matière de prévention ou de couverture de soins. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau 1, qui présente les

13 F. VRIJENS, F. RENARD, P. JONCKHEER, K. VAN DEN HEEDE, A. DESOMER, C. VAN DE VOORDE, D. WALCKIERS, C. DUBOIS, C. CAMBERLIN, J. VLAYEN, H. VAN OYEN, C. LÉONARD et P. MEEUS, *La performance du système de santé belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR)*, Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2012, KCE Report 196B. D/2012/10.273/111.

résultats de quelques indicateurs en fonction du niveau social. « *Les principales inégalités socio-économiques ont été observées dans le domaine des résultats généraux de santé (espérance de vie et espérance de santé, état de santé perçu). Ces résultats révèlent l'existence d'inégalités dans la chaîne des déterminants de la santé. Des inégalités ont également été observées dans de nombreux indicateurs du chapitre «Promotion de la santé» (tabagisme, surpoids, alimentation peu équilibrée, activité physique et encadrement social). Des inégalités ont aussi été observées dans la dimension «accessibilité».* ».

Le rapport du KCE ne soulève toutefois qu'un petit coin du voile, car tous les indicateurs n'ont pas pu être mesurés selon toutes les disparités souhaitées. De plus, les disparités sont uniquement mesurées selon certains critères (par exemple, la situation socio-économique est analysée à la lumière d'une seule caractéristique : le niveau d'études (pour les indicateurs provenant du HIS) ou le remboursement majoré (bénéficiaires de l'intervention majorée) pour les bases de données administratives). D'autres dimensions de l'inégalité sociale, telles que le statut professionnel, les revenus ou l'origine ethnique, n'ont pas pu être étudiées dans ce rapport.

Cette disparité observée selon la classe sociale peut-elle être liée à une mauvaise couverture des assurés ? A priori, ce n'est pas le cas, car tout résident est couvert par l'assurance maladie en Belgique. Peut-il s'agir d'une facture de soins trop élevée ? Il est vrai que pour limiter les abus, une participation directe est demandée au patient sous forme d'un ticket modérateur. Peut-être est-ce l'explication de ces reports de soins ? Rappelons toutefois que cette participation directe est temporisée selon la situation sociale de l'assuré (statut BIM – bénéficiaire d'intervention majorée), ou remboursée en partie si le cumul est élevé (maximum à facturer – MAF). Ces facteurs sont-ils suffisants pour compenser une éventuelle barrière financière ?

A priori, selon le tableau 2 qui mesure le pourcentage d'assurés sans aucun contact avec les services de santé, la réponse à la question semble positive, dans la mesure où l'on observe une fréquentation accrue des services chez ces groupes plus à risque (patients chroniques, bénéficiaires d'intervention majorée ou de maximum à facturer). La contribution relative aux dépenses de santé de ces groupes est, par définition, moins élevée, comme le montre le tableau 3. Par exemple, la part du ticket modérateur est de 4 % chez les patients bénéficiant des interventions majorées contre 12 % pour le reste des assurés.

Peut-il s'agir d'une autre barrière financière ? Le montant de la facture cumulée qui, malgré un ticket modérateur relativement moins élevé, peut effectivement s'avérer lourde au décompte final (par exemple, jusque 657 euros en moyenne par an, en maison de repos (MR+)), comme le montre le tableau 3. Mais afin de prévenir ce phénomène, l'assurance maladie a instauré un dispositif appelé Maximum à facturer (MAF), qui offre une protection supplémentaire, en diminuant la facture totale des patients qui, en fonction de leurs revenus, ont des frais jugés trop importants.

En résumé, la couverture universelle et obligatoire de l'assurance maladie protège, a priori, le citoyen et garantit, en théorie, l'accès aux soins à tous. Cependant, les disparités observées nous invitent à la prudence quant à des conclusions trop hâtives. Il semble que d'autres facteurs exercent des barrières aux soins, et les mécanismes de protection de l'assurance maladie ne sont pas suffisants pour les éliminer. Ne faut-il pas être plus vigilant à l'existence de groupes particulièrement à l'extrémité de l'échelle, afin de réduire certaines inégalités sociales de santé ?

Tableau 1 : Synthèse des inégalités socio-économiques (KCE 2012).

	Valeur globale	Valeur dans le groupe social le plus bas	Valeur dans le groupe social le plus élevé	Différence absolue (le plus bas vs le plus élevé)	Risque relatif (le plus bas vs le + élevé)
Etat de santé général					
Espérance de vie à 25 ans, hommes, 2001 ^{i,ii}	51.38	47.56	55.03	-7.47	n.a.
Espérance de vie à 25 ans, femmes, 2001 ^{i,ii}	57.09	53.98	59.9	-5.92	n.a.
Espérance de santé à 25 ans, hommes, 2001 ^{i,iii}	40.47	27.75	46.33	-18.58	n.a.
Espérance de santé à 25 ans, femmes, 2001 ^{i,iii}	40.42	28.92	47.1	-18.18	n.a.
% de la population 15+ qui qualifie sa santé de 'bonne' ou 'très bonne' ⁱⁱⁱ	76.8 %	57.4 %	85.7 %	-28.3 %	0.67
Accessibilité des soins					
Report du contact avec les services de santé pour des raisons financières (% des ménages) ^{iv}	14.0 %	27.0 %	4.0 %	23.0 %	6.75
Dépistage du cancer du sein (% des femmes 50-69 ans) ^v	60.1 %	48.6 %	62.9 %	-14.3 %	0.77
Dépistage du cancer du col de l'utérus (% des femmes 25-64 ans) ^v	61.8 %	48.9 %	64.2 %	-15.3 %	0.76
Adéquation					

% des patients diabétiques adultes bénéficiant de soins appropriés (examens de la rétine et analyses de sang réguliers) ^v	54.0 %	48.0 %	58.0 %	-10.0 %	0.83
Promotion de la santé					
% de la population 15+ qui admet fumer tous les jours ⁱⁱⁱ	20.5 %	22.0 %	13.1 %	8.9 %	1.68
% de la population 15+ qui fait état d'un encadrement social insuffisant ⁱⁱⁱ	15.5 %	24.4 %	10.1 %	14.3 %	2.42
% de la population adulte considérée comme obèse (IMC ≥ 30) ⁱⁱⁱ	13.8 %	19.2 %	9.1 %	10.1 %	2.11
% de la population adulte considérée comme en surpoids ou obèse (IMC ≥ 25) ⁱⁱⁱ	46.9 %	57.8 %	40.0 %	17.8 %	1.45
% de la population affirmant consommer au moins 2 fruits et 200 grammes de légumes par jour ⁱⁱⁱ	26.0 %	21.7 %	29.4 %	-7.7 %	0.74
% de la population affirmant pratiquer une activité physique pendant au moins 30 minutes par jour ⁱⁱⁱ	38.1 %	24.0 %	42.8 %	-18.8 %	0.56

ⁱ en années ; ⁱⁱ 5 niveaux d'études ; ⁱⁱⁱ 4 niveaux d'études ; ^{iv} 5 catégories de revenus ; ^v 2 catégories de remboursements ; les taux ne sont pas ajustés en fonction de l'âge ;

Tableau 2 : Consommation de soins ambulatoires par catégorie d'assurés, en 2008 (échantillon permanent).

Consommation ambulatoire						
Indicateur	chroniques		type		d'assuré	
	non	oui	BIM-	BIM+	MAF-	MAF+
nb assurés	236720	14712	220213	31219	228672	22760
% assurés sans contacts	13 %	4 %	13 %	8 %	14 %	1 %

Tableau 3 : Dépenses de santé et ticket modérateur par catégorie d'assurés en 2008, avant application du maximum à facturer (MAF).

Dépenses de santé/patient						
Indicateur	2008	chroniques		BIM-	BIM +	MR +
		non	oui			
Coût Moyen soins/patient	1.628 €	1.084	9.564 €	1.306 €	3.774 €	14.686 €
dont Ticket Modérateur/pat.	143 €	124 €	414€	148 €	110€	404 €
% Ticket Modérateur (TM)	8%	10%	4%	10%	3%	3%
CM médicaments	359 €	297 €	1.263 €	305 €	720 €	1.365 €
dont Ticket Modérateur/pat.	67 €	60 €	169€	63 €	98 €	254 €
% Ticket Modérateur (TM)	16%	17%	12%	17%	12%	16%
CM total	1.987 €	1.381 €	10.827 €	1.611 €	4.494 €	16.051 €
dont Ticket Modérateur / pat.	210 €	185 €	583 €	211 €	208 €	657 €
% Ticket Modérateur (TM)	10%	12%	5%	12%	4%	4%

CHAPITRE 2

PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN DEHORS DU CADRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

A. Les personnes en séjour irrégulier, sous visa et européens	45
B. Les demandeurs d'asile	75
C. Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité	103

A. Les personnes en séjour irrégulier, sous visa et européens

Sophie BLEUS et Sophie DAMIEN, assistantes sociales chez Médecins du MONDE

Résumé

Si les personnes en séjour irrégulier ont légalement accès aux soins grâce à l'arrêté royal « Aide Médicale Urgente » datant de 1996, de nombreux dysfonctionnements apparaissent à différents stades de la procédure et amènent leur lot d'insécurité, d'inégalités et d'exclusion. Parmi ces obstacles figurent notamment la peur de s'adresser à un service public, les délais d'obtention de l'AMU trop longs, la difficulté des patients à faire valoir leurs droits en cas de refus, des procédures administratives complexes et une gestion de l'AMU qui diffère en fonction des CPAS. Ce public qui souvent cumule des vulnérabilités, a donc beaucoup de mal à comprendre le cadre existant et à suivre les différentes étapes de la procédure sans avoir un accompagnement.

A cela s'ajoute une méconnaissance des droits et des procédures chez les prestataires de soins qui engendre une crainte de ne pas être remboursé pour les prestations. Ces difficultés génèrent donc naturellement l'exclusion, des ruptures dans la prise en charge et une certaine violence institutionnelle latente pour un public déjà largement précarisé.

En dépit de dispositions nationales et internationales garantissant un accès équitable à la santé, de grandes inégalités persistent encore en Belgique, entre nationaux et migrants, mais également entre migrants.

Pour ceux qui ne cotisent pas à la sécurité sociale, divers systèmes « subsidiaires » ont été mis en place. Ils sont organisés en fonction de la situation administrative de la personne, de la situation financière et du lieu de résidence. Au regard des multiples types de séjour et des situations particulières pouvant être rencontrées, nous avons donc un système qui est considéré (par les bénéficiaires) comme le plus complexe et le plus lourd au niveau administratif¹⁴ en Europe. Dans ce chapitre, nous nous attacherons à mettre en évidence le cadre légal et le fonctionnement de l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier, les personnes sous visa ainsi que pour les Européens.

14 Observatoire européen de l'accès aux soins, Médecins du Monde, septembre 2009: *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe* et avril 2013: *L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*.

1. Historique¹⁵

L'aide en matière de soins de santé aux personnes précarisées existe depuis longtemps et a évolué fortement au cours de l'histoire, passant d'initiatives privées à une assistance publique : solidarité citoyenne, bureaux de charité, fondation, la création des hospices (hébergements des malades) et des bureaux de bienfaisance (distribution des secours à domicile). En 1895, l'Etat belge crée une commission royale pour la réforme de l'assistance publique mais ce n'est que le 10 mars 1925 que le Parlement vote une loi créant les commissions d'assistance publique (CAP) ayant pour mission « *de soulager et de prévenir la misère et d'organiser le service de l'assistance médicale* ».

La Belgique a ensuite connu une évolution importante de son système de sécurité et d'assistance sociale. Ses tâches devenues obsolètes, les CAP ont été remplacés par les centres publics d'aide sociale consacrant un « *droit à l'aide sociale afin de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine* ».

Dans son article premier, la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS prévoit que « *toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine* ». Cette dernière notion implique que la personne puisse faire face à des besoins de base (nourriture, vêtements, logement, assurer son hygiène et avoir accès aux soins de santé). « *Le Centre Public d'Action Sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique* »¹⁶.

Avec la loi-programme du 30 décembre 1992, la notion de légalité de séjour devient une condition obligatoire pour bénéficier de toute forme d'aide sociale, à l'exception de l'aide médicale urgente. Son article 151 a modifié l'article 57 de la loi du 8 juillet 1976 en limitant la mission du CPAS à « *l'aide strictement nécessaire pour permettre de quitter le pays* ».

15 *Chapitre inspiré des sources suivantes*: G. MEURANT, *L'espace politique de la santé en zone d'apartheid social. Approche ethnographique des barrières à l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier*, Bruxelles, ULB, non publié; J. VANDEN EYNDE et C. BOURUET AUBERTOT, avocats au Barreau de Bruxelles, « *La mission des centres publics d'aide sociale en matière d'aide médicale urgente* », *Rev. dr. santé*, 2000-2001; http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_public_d'action_sociale; http://www.ocmw-info-cpas.be/index.php/fiche_FV_fr/le_cpas; <http://www.cpas1200.be/main.php?sid=2&mid=1&txt=1&lng=fr>; http://157.164.136.233/jahia/Jahia/site/cpas_chatelet/Accueil/Le_CPAS.

16 Article 57, § 1^{er}, de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976.

L'aide sociale devient un outil de régularisation des flux migratoires, choix politique qu'on retrouve dans un arrêt de la Cour constitutionnelle du 29 juin 1994 : « *Lorsqu'un Etat qui entend limiter l'immigration constate que les moyens qu'il emploie à cet effet ne sont pas ou ne sont guère efficace, il n'est pas déraisonnable qu'il ne se reconnaisse pas les mêmes devoirs face aux besoins de ceux, d'une part, qui séjournent légalement sur son territoire (ses nationaux et certaines catégories d'étranger), et d'autre part, qui s'y trouvent encore après avoir reçu l'ordre de quitter le territoire. (...) [L'étranger en séjour illégal ne recevra] plus aucune aide des Centres publics d'aide sociale, à la seule exception de l'aide médicale urgente (...) afin d'inciter l'intéressé à obéir à l'ordre [de quitter le territoire] reçu (...)* »

Cette loi ne donne par contre pas de définition de la couverture de l'aide médicale urgente, ce qui mène à des interprétations très divergentes. Des débats eurent également lieu suite à des constats alarmants au niveau des suivis de grossesse pour des femmes enceintes en séjour irrégulier émanant du service obstétrique de l'hôpital Saint-Pierre et à une mobilisation du secteur associatif. En l'absence de prise en charge du suivi prénatal, les femmes enceintes ne pouvaient être orientées à l'hôpital qu'au moment des contractions.

Avec la loi du 15 juillet 1996, l'article 57 fut une nouvelle fois modifié en précisant que la mission du CPAS se limite à « *l'octroi de l'aide médicale urgente, à l'égard d'un étranger qui séjourne illégalement dans le Royaume* »¹⁷ et que la notion d'aide médicale urgente serait définie par un arrêté royal.

L'arrêté royal du 12 décembre 1996 fut promulgué dans un double objectif, stopper une tendance tantôt trop large, au niveau de la nature de l'aide octroyée, tantôt trop restrictive, au niveau de la nature des soins médicaux.

*« L'aide médicale urgente, visée à l'article 57, § 2, alinéa 1^{er} de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale concerne l'aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical. Cette aide ne peut pas être une aide financière, un logement ou une autre aide sociale en nature. L'aide médicale urgente peut être prestée tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins, comme visé à l'article 1^{er}, 3^o, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale. L'aide médicale urgente peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative »*¹⁸.

17 J. VANDEN EYNDE et C. BOURUET AUBERTOT, avocats au Barreau de Bruxelles, « La mission des centres publics d'aide sociale en matière d'aide médicale urgente », *Rev. dr. santé*, 2000-2001, p. 5.

18 Arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS aux étrangers qui séjournent illégalement sur le territoire.

A ce jour, l'aide médicale urgente fait encore débat dans sa lecture, dans son application sur le terrain et plus récemment dans ses conditions d'octroi. Le débat autour de l'aide sociale comme outil de politique migratoire est plus que jamais d'actualité. L'idée d'un conditionnement de l'aide médicale urgente liée à l'acceptation d'un retour volontaire sont des pratiques que nous voyons petit à petit éclore dans certains CPAS. L'outil d'accès aux soins devient alors un outil de politique migratoire.

2. Personnes en séjour irrégulier

2.1 Situation existante

Les personnes en séjour irrégulier peuvent bénéficier d'un accès aux soins grâce à l'« Aide Médicale Urgente » spécifiée dans l'arrêté royal du 12 décembre 1996 cité ci-dessus. Celle-ci est donc définie comme étant, contrairement à ce que son intitulé indique, une aide médicale couvrant tout acte préventif et curatif.

Cette aide doit être appréciée comme l'aide nécessaire pour éviter toute situation médicale à risque pour une personne et son entourage et « ne doit pas être confondue avec l'urgence au sens médical et hospitalier »¹⁹.

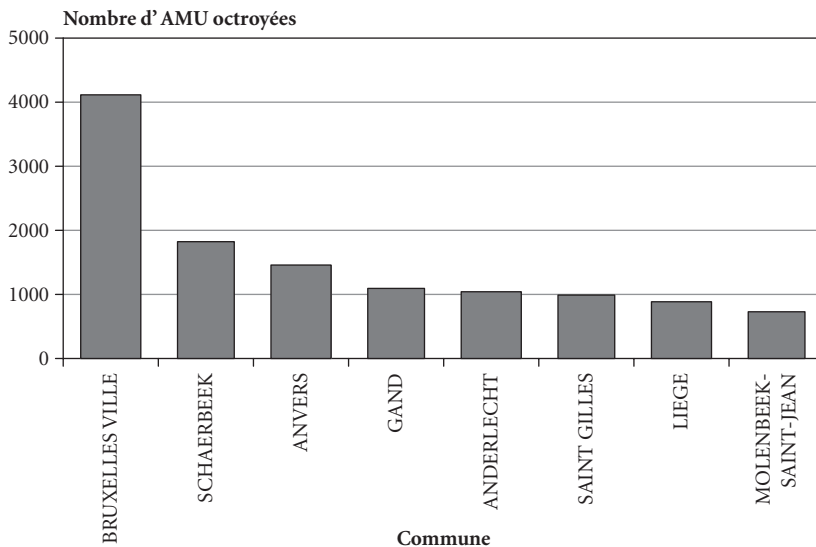
En 2011, il y a eu 18.218 bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente (il se peut qu'un bénéficiaire soit comptabilisé plusieurs fois en fonction du fonctionnement du CPAS). Ces interventions couvrent un montant total de 36.263.249 euros. Ceci ne représente que 0,1 % du montant total dépensé pour des soins de santé pour les personnes couvertes par l'assurance médicale obligatoire en Belgique²⁰. Ce montant couvre les frais de remboursements des CPAS via le fédéral et ne prend pas en compte l'ensemble des dépenses des CPAS pour le traitement des dossiers.

La répartition des AMU se fait surtout sur certaines communes, comme le montre les graphiques ci-dessous.

19 *Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS*, SPP IS, 22 mars 2013.

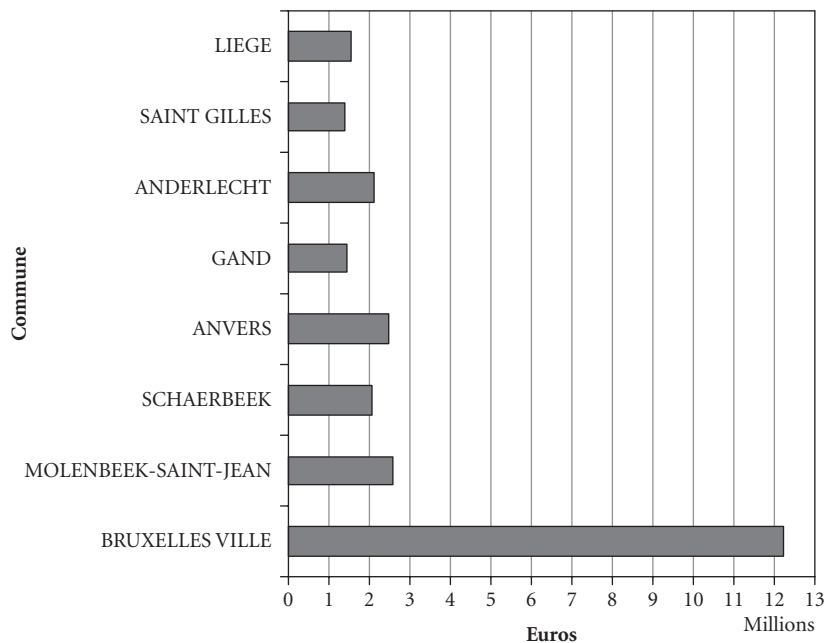
20 En 2011, le total des dépenses de l'INAMI était de 35.365.074.000 euros (source: INAMI, <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/accounting/budgets/2011/xls/budget2011.xlsx>).

Graphique 1 : Principaux CPAS pourvoyeurs de l'AMU en Belgique (2011).



Source : Ministère de l'Intégration sociale (2011)

Graphique 2 : Montants couverts par l'AMU par commune (2011).

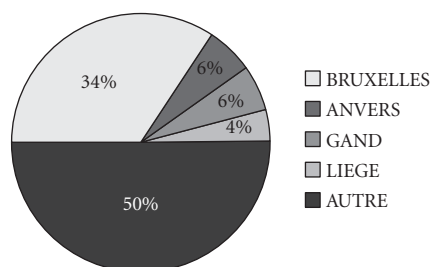


Source : Ministère de l'Intégration sociale (2011)

Les CPAS des huit communes mentionnées ci-dessus sont les principaux pourvoyeurs d'AMU en Belgique. Bruxelles-ville est de loin la principale.

Si l'on regarde la répartition par commune au niveau de la Belgique, on voit que 34 % des AMU sont octroyées par Bruxelles-ville.

Graphique 3 : Répartition du nombre d'AMU octroyée par ville sur l'ensemble de la Belgique (2011).



Source : Ministère de l'Intégration sociale 2011

L'obtention de l'aide médicale urgente est soumise à 4 conditions :

- être en séjour irrégulier sur le territoire belge ;
- avoir une attestation médicale pour prouver la nécessité de soins, signée par un médecin ;
- pouvoir prouver la résidence effective dans la commune ;
- être en état de besoin.

Ces conditions vont être vérifiées dans le cadre d'une enquête sociale²¹ effectuée par le service social du CPAS. Cette enquête n'est pas spécifique à l'aide médicale urgente mais concerne toute demande d'aide médicale introduite auprès de ces services. Cette enquête sociale amène une charge administrative conséquente pour les CPAS (cette charge administrative n'est pas prise en compte dans les remboursements du fédéral).

Dans le cadre de son enquête sociale, l'assistant social vérifiera que la personne séjourne de manière irrégulière sur le territoire, et ce, quel que soit la façon dont elle y est entrée. Des questions seront ainsi posées sur les condi-

21 La systématisation de l'enquête sociale est spécifiée dans la circulaire du 25 mars 2010 sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995.

tions d'arrivée (clandestinement, visa...) ainsi que sur ses démarches administratives en Belgique (demande de régularisation, asile...).

Par la suite, le CPAS réclamera une attestation médicale (document type) afin de constater et prouver la nécessité de soins. Cette attestation peut être complétée par tout prestataire de soins. Ce document type est obligatoire dans le cadre du remboursement du CPAS par le SPP-IS.

Le CPAS devra aussi constater la résidence effective du demandeur sur sa commune par le biais d'une visite à domicile, vérification de documents tels que contrat de bail, preuves de loyers, factures de charges, attestations émanant des cohabitants... Il ne s'agit donc pas d'un domicile (inscription au registre) mais bien du lieu où la personne réside le plus souvent, la même lecture doit donc être faite pour des personnes sans-abri.

En cas d'extrême urgence médicale uniquement, le CPAS compétent territorialement sera celui du territoire sur lequel se trouve l'institution hospitalière, si la demande au CPAS est bien introduite pendant l'hospitalisation et s'il s'agit bien d'une urgence médicale.

Pour terminer, le CPAS analysera l'« état de besoin » et plus particulièrement la difficulté ou l'impossibilité pour la personne à prendre en charge ses frais médicaux. Notons que cette notion n'est pas précisée dans la loi des CPAS et doit donc être évaluée au regard des ressources de la personne et des charges qu'elle supporte.

La circulaire du 25 mars 2010 précise par ailleurs qu'il « *appartient au CPAS d'apprécier par quels moyens il peut établir la situation d'indigence du demandeur (exemples : visites à domicile, contacts avec des associations ou intervenants extérieurs,...)* » et « *que le CPAS peut effectuer son enquête selon les moyens qu'il juge appropriés* ».

Pour exemple, voici quelques questions fréquemment posées dans ce cadre : comment la personne fait-elle pour payer son loyer ? Travaille-t-elle au noir et quel montant gagne-t-elle ? Le montant de ses charges locatives ? Puis des notions plus subjectives telles que l'image que la personne renvoie sur sa précarité (tenue vestimentaire, état du logement, absence de dettes...).

Si ces conditions sont remplies, la personne pourra bénéficier d'une prise en charge de ses soins médicaux dont les modalités sont définies par chaque CPAS.

La loi précise que le CPAS doit répondre dans un délai de 30 jours à dater de la date de la demande.

En cas de refus, la personne pourra introduire un recours dans les 3 mois suivant la réception de la décision (par recommandé).

Seulement pour les mineurs en séjour irrégulier et leur famille, le législateur a prévu une aide supplémentaire qui peut être non médicale²². Si les parents ne sont pas en mesure d'assumer leur devoir d'entretien, une aide matérielle peut être accordée par le biais d'une prise en charge dans un centre d'accueil fédéral. Les soins médicaux sont assurés par le service médical du centre. Le CPAS a le devoir d'informer les familles de ce droit et le cas échéant d'adresser une demande à Fedasil. Si ces familles ne souhaitent pas être accueillies dans ces structures, leur droit à l'aide médicale urgente via le CPAS reste maintenu.

Témoignage (issu des consultations de Médecins du Monde)

« Je viens de Guinée et je suis en Belgique depuis 2011. Je suis arrivée ici pendant ma grossesse et j'ai accouché au centre Fedasil. Quand ma demande d'asile a été rejetée, je suis sortie du centre pour venir ici chez mon ami. Mon enfant avait alors 8 mois. C'est à ce moment-là que j'ai eu des problèmes de santé. Mon pied me faisait très mal et je ne savais comment me soigner. Alors mon ami m'a envoyé chez Médecins du Monde. Ils m'ont informé que j'avais droit à l'aide médicale urgente et que je devais donc faire une demande au CPAS d'Anderlecht. J'ai donc été au CPAS mais ils me l'ont refusé. Médecins du Monde a insisté en leur écrivant une lettre. Ils ont répondu qu'ils n'étaient pas compétents et que c'est Fedasil qui devait s'occuper de mes soins. Et Fedasil aussi disait qu'il n'était plus compétent parce que je n'étais plus au centre. Finalement, grâce aux assistantes sociales de Médecins du Monde, qui ont souvent téléphoné au CPAS, ils ont fini par accepter de traiter mon dossier. Maintenant j'attends encore la visite de l'assistante sociale. Je suis en stand-by... Ça fait sept mois que j'attends depuis mon problème au pied. Heureusement que j'ai pu aller chez Médecins du Monde. Ils m'ont envoyé à la polyclinique Baron-Lambert pour un scanner et ils m'ont donné des médicaments. Maintenant ça va beaucoup mieux. On est aussi allé chez eux quand mon enfant est tombé malade».

22 Arrêté royal du 24 juin 2004 sur l'aide matérielle aux familles avec enfants mineurs en séjour illégal modifié par l'A.R. du 1^{er} juillet 2006, et la circulaire du 16 août 2004, remplacée par la circulaire du 21 novembre 2006.

2.2 Principaux obstacles à l' «Aide Medicale Urgente»

Bon nombre de dysfonctionnements peuvent être mis en avant à différents stades de la procédure (enquête sociale, fonctionnement général...) amenant leur lot d'insécurité, d'inégalités et d'iniquité.

La première difficulté est l'accès physique au CPAS. Au fil des ans, les CPAS ont vu leurs missions s'élargir et cela dans un cadre beaucoup plus général que celui de l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier. L'engorgement physique de l'accueil de certains CPAS est une réalité et est un souci pour l'accès aux soins.

On en parle peu mais le simple fait de s'adresser à un service public peut être source d'inquiétudes pour des patients sans séjour légal et déjà fort précarisés. Beaucoup doivent être rassurés sur le secret professionnel, la légalité de leur demande d'aide et sur le lien de ces services avec la commune, la police ou l'Office des Etrangers.

Chez certains prestataires de soins, au niveau de la jurisprudence et de certains CPAS, on assiste à une logique de diminution des coûts, de différence de prise en charge voire même de négation d'un droit à la santé pour ce type de public.

Pour exemple, certains CPAS ont à un moment conditionné l'aide à la preuve d'une demande de régularisation de séjour. De plus en plus régulièrement, l'administration et les services sociaux publics questionnent sur l'état de santé et demandent des précisions sur le coût et l'urgence des soins médicaux demandés. Des attestations médicales sont de plus en plus souvent remises en cause par des professionnels non médicaux sous prétexte de devoir justifier l'aide demandée.

Une autre difficulté est le délai légal dans la mesure où la date d'introduction de la demande n'est pas claire : est-ce la date de prise de rendez-vous ou de rencontre avec le service social qui compte ? Cet aspect peut avoir une importance considérable quand on sait que certains CPAS ont des délais de traitement de 2 mois ou des délais d'attente de 2-3 semaines pour le premier rendez-vous. Le délai légal pour l'obtention de l'AMU au CPAS est de 30 jours mais dans les faits, il est régulièrement dépassé dans les grands CPAS. Alors qu'il ne répond déjà pas aux besoins de soins immédiats des personnes, on ajoute une attente supplémentaire qui oblige les patients à s'adresser à des structures alternatives, à repousser des soins nécessaires ou à pousser les portes des urgences pour des demandes qui pourraient être traitées en première ligne.

En cas de refus, la personne peut éprouver des difficultés à faire valoir ses droits. Ainsi la réception d'un recommandé peut poser problème quand la personne ne peut prouver son identité avec un document en cours de validité.

Le concept de territorialité amène évidemment à de grosses discriminations, certains CPAS s'estimeront plus rapidement compétents que d'autres (p. ex.: 4 jours/semaine sur la commune...). Certains lieux comme la gare du Nord à Bruxelles sont partagés par 3 CPAS différents et la personne va jusqu'à devoir expliquer devant quel escalier ou quel étage elle se trouve, sous peine de se voir refuser le droit à l'AMU.

En outre, au niveau de l'enquête sociale, la liberté d'appréciation laissée à chaque CPAS mène à des situations d'inégalité sur le territoire belge et est source d'insécurité pour les demandeurs car il n'y a pas de visibilité sur les critères utilisés pour évaluer la situation. De manière générale, on constate de plus en plus de suspicion et de vérification quant à la véracité de la situation précaire. Le simple fait de se déclarer sans papier ou en rue ne suffit plus (preuves des organisations fréquentées, visites à domicile, dans la rue, et parfois pas le « look » sans-abri).

Certains CPAS estiment que l'absence de dettes évacue toute notion d'état de besoin, d'autres tiennent compte des ressources de cohabitants non considérés par la loi comme débiteurs alimentaires (annihilant par la même occasion toute démarche de solidarité).

Nous avons donc une multitude de CPAS avec une multitude de pratiques, ce qui amène énormément de discriminations et d'iniquité de traitement.

La question du statut de séjour n'est pas anodine : certains CPAS refusent tout simplement la prise de rendez-vous sans preuve d'identité et l'irrégularité du séjour ne leur semble pas toujours claire au vu de la diversité et de la complexité des statuts de séjour. Pour exemple, des CPAS renvoient vers Fedasil alors que la personne est déboutée de sa demande d'asile et des personnes sont considérées comme touristes alors qu'elles sont arrivées de manière clandestine sur le territoire.

Quant à l'attestation médicale, on constate différentes barrières également.

Tout d'abord, il est contradictoire que, pour pouvoir ouvrir son accès aux soins, il faut avoir accès à un médecin qui signe l'attestation médicale. Faut-il encore que le médecin soit au courant de la législation et de la procédure « Aide

Médicale Urgente ». Que ce dernier critère n'est pas toujours rempli n'est pas étonnant, vue la complexité et la diversité administrative de la procédure.

Rien que pour la région bruxelloise, on relève une dizaine de modèles d'attestation-type d'Aide Médicale Urgente qui peuvent freiner l'enquête sociale le temps que la personne puisse se procurer le bon document. Le CPAS exige parfois que ce soit uniquement un médecin conventionné de la commune qui remplisse l'attestation. D'autres demandent une attestation par membre de la famille alors que parfois une seule par famille suffit. Les délais mentionnés sur l'attestation varient de l'acte unique à une validité d'un an dans le meilleur des cas. Certains CPAS exigent également que les pathologies et les besoins soient suffisamment détaillés alors même qu'il n'y a aucun médecin au CPAS pour contrôler ces informations, et que ce document est uniquement destiné à l'administration qui n'a pas le droit de demander de révéler le secret professionnel médical. En outre, comme la première consultation médicale est généralement entièrement à charge des patients, beaucoup de personnes en séjour irrégulier éprouvent des difficultés à la payer (seuls 2 CPAS bruxellois garantissent la gratuité de la première consultation de manière efficace).

Le fonctionnement même de l'AMU est géré différemment par chaque CPAS. Là où certaines personnes recevront une carte médicale qui leur permettra de se faire soigner chez leur médecin généraliste, d'autres devront se présenter au CPAS à chaque fois qu'un soin est nécessaire, pour se voir délivrer une prise en charge.

Les soins médicaux sont remboursés au CPAS par le SPP-IS (Ministère de l'Intégration sociale) pour tous ceux qui ont un code nomenclature de l'INAMI. Chaque CPAS est alors libre d'intervenir pour tout ce qui n'est pas remboursé ou partiellement remboursé, comme les médicaments de la catégorie D (antidouleurs, pilule contraceptive...), le lait pour nourrisson, les verres optiques et montures de lunettes. Pour la prise en charge des frais non médicaux (colis alimentaires, soutien à la scolarité, etc.), elle se fait de plus en plus rare voire inexistante.

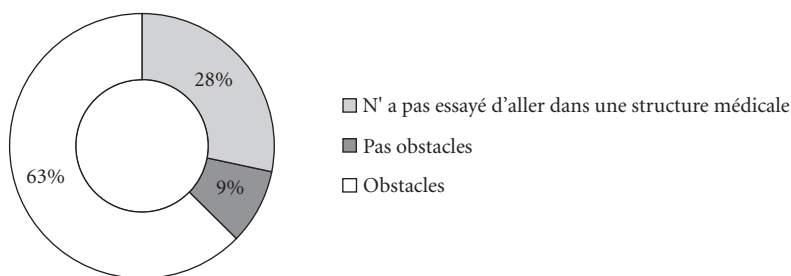
Les CPAS sont contrôlés par le SPP-IS sur la base d'inspection pour voir si les dossiers ont bien été établis et que les critères d'ouverture de droit ont bien été respectés.

2.3 Quelques chiffres : la pratique de Médecins du Monde

A ces nombreux obstacles, s'ajoutent une méconnaissance des droits et des procédures, tant chez les patients que chez les prestataires de soins. En effet, d'après l'*Annuaire 2011 pauvreté et exclusion sociale* d'OASES, 50 % des personnes en séjour irrégulier ne connaissent pas la procédure de l'AMU²³.

A la question posée à 2241 patients de MDM en Belgique en 2012 « Au cours de l'année écoulée, avez-vous rencontré des problèmes pour accéder aux soins ? », 63 % ont répondu par l'affirmative²⁴.

Graphique 4 : Pourcentage de patients de MDM ayant rencontré des problèmes d'accès aux soins dans les douze derniers mois (2012).



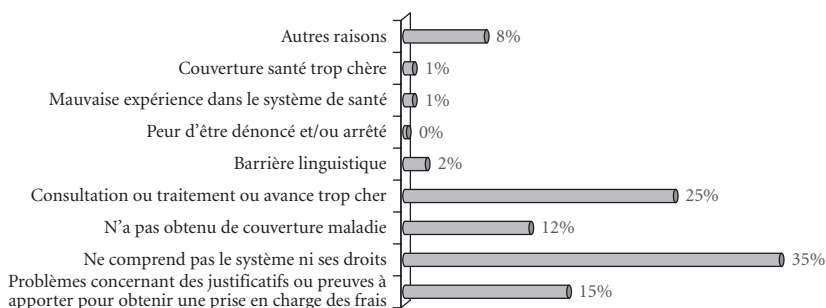
Source : Médecins du Monde (2012)

Le graphe ci-dessous reprend les principaux obstacles auxquels ont été confrontés les patients de MDM dans leurs accès aux soins. Sur un total de 1496 réponses rapportées, 35 % sont relatives à un manque de connaissance et de compréhension du système et des droits en matière de santé.

23 *Pauvreté et exclusion sociale. Annuaire 2011*. Au printemps 2010, le HIVA a soumis à un échantillon de 170 personnes en séjour illégal une variante du questionnaire EU-SILC spécialement adapté à cet effet-là. I. SCHOCKAERT et S. CINCINNATO, *Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*, Bruxelles, Federaal Wetenschapsbeleid, 2011.

24 Médecins du Monde, *Rapport annuel 2012*, Bruxelles, CASO, centre d'accueil, soins et orientation.

Graphique 5 : Principaux obstacles rencontrés par les patients de MDM dans leurs accès aux soins (2012).



Source : Médecins du Monde (2012)

Le système de santé en Belgique est un des systèmes les plus complexes d'Europe au niveau administratif pour les personnes en séjour irrégulier²⁵.

Témoignage : Monsieur El B., 33 ans (Issu de l'organisation Meeting)

Monsieur El B. est arrivé en Belgique en 2006, il a été informé sur la procédure AMU par son frère (qui était au même temps son colocataire à l'époque).

« J'ai eu la chance que mon frère m'a dirigé dans les démarches, sans lui ça n'aurait été pas facile parce que je ne connaissais pas encore la langue ».

Par contre, la première demande d'AMU auprès du CPAS de Schaerbeek a été annulée par lui-même, craignant une réduction de l'allocation de CPAS de son frère. Début octobre 2012, suite à des terribles maux de dents pendant la nuit, monsieur El B. finit par faire une demande d'aide médicale urgente, à Anderlecht cette fois-ci. Lorsqu'il s'est présenté à l'accueil du CPAS, il a pu parler à un assistant social tout de suite, et le dossier de demande a été fait. M. El B. a dû montrer une pièce d'identité et on l'a informé qu'il devait s'attendre à un contrôle à domicile dans un délai de 30 jours. A la fin de ce délai, le 30 octobre pour être exact, l'assistant social a rendu visite à monsieur El B. chez son frère en lui demandant des factures de consommation d'énergie, les fiches de paie de son frère (qui travaillait entre-temps sous le statut article 60), une photocopie de la décision négative de sa demande 9bis et l'attestation AMU. « L'assistante sociale m'a dit qu'elle renverrait la liste des médecins conventionnés,

25 Internationaal Observatorium van Dokters van de Wereld, *De toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf in 11 Europese landen*, septembre 2009.

mais je ne l'ai jamais reçu via courrier. J'ai fini par me présenter à l'accueil pour obtenir le document ». Tous les documents ont été déposés chez l'AS et 4 mois après le jour de la demande, le 30 janvier 2013, monsieur El B. obtient sa carte qui expirera en plus 20 jours plus tard. Néanmoins, sur la carte est indiqué que la carte a une validité à partir de 20 novembre (jusqu'au 20 février). Vu l'énorme durée d'attente, monsieur El B. s'est vu obligé de payer 75 euro pour une consultation chez un dentiste, qui a soulagé les premiers besoins. Malgré plusieurs passages au CPAS pendant cette période d'attente, monsieur El B. se voyait toujours repoussé avec la réponse « Ayez encore un peu de patience ».

Pour la prolongation de sa carte il a pu passer chez son assistante sociale le jour avant la date d'expiration, muni d'une nouvelle attestation d'AMU. Cette fois-ci la carte n'était valable que trois semaines. Après l'intervention d'un service social, la deuxième prolongation était de deux mois. « Maintenant je suis content que j'ai la carte, mais ce n'était pas donné. Pour d'autres gens il est des fois encore plus difficile parce qu'ils sont sans abri, ou ils ont peur de donner leur adresse au CPAS, craignant que la police va venir les chercher. Aussi les différentes méthodes de travail dans les communes bruxelloises posent problème pour le sans papier qui change beaucoup de logement ».

Cette difficulté d'ouverture et d'accès aux soins est également vécue par les professionnels de santé et par les structures de santé. Les médecins généralistes travaillant seuls sont en effet peu outillés pour suivre ce type de patient. De plus, plusieurs CPAS signent des conventions avec certaines institutions médicales, ce qui pose un problème au niveau du libre choix du prestataire mais surtout au niveau des urgences de certains hôpitaux qui, face à ce public, savent qu'ils ne vont pas récupérer financièrement leur prise en charge.

Témoignage : Dr Saphia Mokrane, médecin généraliste en maison médicale à Bruxelles, chercheuse en éthique des soins de santé à l'Université de Namur.

Les personnes en séjour illégal présentent des pathologies liées à leurs conditions de vie marquées par l'incertitude (de leur statut de séjour, de leur logement, des revenus, etc.). Ces personnes expérimentent de nombreux stress qui entraînent des maladies cardiovasculaires, digestives ou psychiatriques. Ces personnes s'alimentent mal et présentent des carences et des problèmes dentaires. Elles sont également exposées aux accidents traumatiques, que ce soit à cause de leurs conditions d'hébergement (squat, logement insalubre) ou au travail au noir (fracture, plaies, etc.).

L'accès aux soins pour les personnes en séjour illégal est lié à l'AMU. Contrairement à l'assurance maladie, l'AMU est un droit temporaire qu'il faut activer. Pour cela, il faut aller au CPAS qui demande une attestation d'AMU. En tant que professionnel de santé, nous ne sommes pas bien informés de ce qu'est l'AMU et de la manière dont elle fonctionne. Bien souvent, nous nous informons entre nous. Certains CPAS passent des conventions avec les prestataires de soins, ce qui permet de fixer quelques règles.

La dénomination « urgent » est source de confusion pour les patients et pour les soignants : de quelle urgence parle-t-on ? Aujourd'hui encore, certains médecins se demandent s'ils peuvent rédiger une AMU pour une personne présentant une pathologie chronique telle que le diabète ou l'hypertension, pour un enfant ou un adulte a priori en bonne santé ou pour quelqu'un souffrant d'une pathologie aigüe sans être vitale telle qu'une pneumonie.

Pour obtenir l'AMU, les personnes doivent se rendre au CPAS. Certaines personnes confondent CPAS et administration communale. Il arrive donc qu'elles ne fassent pas les démarches nécessaires par peur d'être dénoncées, voire expulsées. Dans d'autres cas, le fonctionnement du CPAS entraîne de nombreuses démarches pour pouvoir rencontrer une assistante sociale qui traitera la demande. Les personnes qui ne s'expriment pas bien se perdent dans le dédale administratif. Pour aboutir, il est préférable d'être accompagné d'un professionnel ou d'une relation. Toutes ces démarches sont autant d'obstacles aux soins pour les personnes qui ne savent pas lire, qui sont isolées ou doivent choisir entre faire des démarches pour pouvoir se soigner et travailler au noir pour pouvoir se loger et manger.

Contrairement à la mutuelle, l'AMU est liée au lieu de résidence. De nombreuses personnes sans papiers ne peuvent se payer un logement fixe. Ils dorment chez des connaissances et changent de logement régulièrement. Parfois ils sont hébergés par quelqu'un qui ne veut pas que le CPAS soit au courant. Pour ces personnes il est difficile d'obtenir une AMU et surtout de la garder.

Lorsqu'elles se rendent au CPAS, il faut au mieux trois semaines pour obtenir l'AMU. Cela pose problème lorsque nous voyons pour la première fois des personnes qui présentent un rhume, une otite ou une pneumonie. Soit nous devons trouver des échantillons, soit la personne ou son entourage doit trouver l'argent pour se procurer les médicaments nécessaires. Mais c'est bien entendu plus compliqué quand il y a des examens à réaliser. Parfois nous hospitalisons des personnes qui auraient pu être soignées en ambulatoire mais dont les conditions d'assurance santé ne nous garantissent pas une prise en charge correcte.

L'AMU est limitée dans le temps et doit être prolongée, en général tous les trois mois. C'est donc une couverture très précaire. Régulièrement, des patients interrompent leur traitement (suivi médical, kiné ou médicaments) parce que l'AMU n'a pas été renouvelée dans les temps et qu'ils ne peuvent se procurer la suite de leur traitement. J'ai constaté cela chez plusieurs patients qui souffraient parfois de maladies graves telles que diabète, hypertension, maladie de Crohn ou VIH. Il arrive également régulièrement que des examens (prise de sang, scanner) ou des consultations spécialisées soient reportés pour les mêmes raisons. En effet si la personne n'a pas une AMU en ordre au moment de la prestation, elle devra payer elle-même l'entièreté des frais. En dehors d'une AMU valide, les frais de santé impayés seront considérés comme des dettes et le CPAS n'est pas tenu de rembourser les dettes des personnes en séjour illégal. Le fait que l'AMU soit limitée dans le temps retarde les bilans de santé et les traitements. Hors que ce soit pour la prévention ou les traitements chroniques, les personnes devraient avoir accès à une couverture santé plus durable.

Dans certaines communes, la personne doit se rendre pour chaque prestation ou pour chaque prescription au CPAS pour obtenir une prise en charge. Dans la pratique cela veut dire qu'elle doit avoir un rendez-vous chez le médecin pour obtenir un réquisitoire. Mais elles ne peuvent pas en obtenir tous les jours ce qui retarde certaines prises en charge pour des soins urgents mais pas vitaux comme lors de température, toux ou diarrhée. Quand elle a vu le médecin, elle doit retourner au CPAS avec la prescription pour obtenir une prise en charge pour les médicaments à la pharmacie. Dans d'autres communes, le CPAS accorde une carte santé temporaire mais qui permet néanmoins une continuité des soins durant sa validité, pour la première ligne ou pour toutes les lignes de soins, et parfois aussi pour la pharmacie.

Les médicaments pris en charge par l'AMU sont ceux remboursés par la mutuelle. Les démarches sont plus floues pour les soins et médicaments qui dépendent d'un accord de la mutuelle. Certains CPAS mettent en place un système particulier pouvant justifier ces soins et médicaments. Cela concerne surtout les soins dentaires, certains médicaments pour des pathologies rhumatismales ou contre le VIH, certaines insulines ou médicaments respiratoires, mais également les lunettes et prothèses dentaires ou orthopédiques.

De nombreux médicaments et produits pharmaceutiques non remboursés par l'INAMI sont néanmoins nécessaires aux soins. Il s'agit par exemple des antidouleurs, suppos contre la fièvre, vitamines et lait pour nourrissons. Pour ces soins, chaque CPAS peut décider de ce qu'il estime nécessaire ou pas, donc de ce qu'il finance ou pas. En région bruxelloise, les CPAS ont néanmoins établi une liste commune qu'ils acceptent de prendre en charge sur fonds propre. Cela facilite réellement l'accès à ces médicaments. Mais l'AMU ne peut consister en une aide financière et ne peut donc couvrir les frais d'achat d'un frigo pour l'insuline, ni les frais d'électricité ou le loyer.

Comme la gestion de l'AMU est confiée aux CPAS, les démarches à effectuer tant par les patients que par les soignants changent d'un CPAS à l'autre. Or, il nous arrive de soigner des personnes de la commune voisine et c'est à nous-mêmes à faire les démarches nécessaires pour être payé des consultations. De nombreux médecins se découragent à cause de ces démarches. Bien souvent le déménagement des patients entraîne une rupture du suivi médical car beaucoup de CPAS ne travaillent qu'avec les médecins de leur territoire.

Soigner ces personnes via l'AMU entraîne de nombreuses démarches administratives, que ce soit pour ouvrir ou prolonger le droit, réquisitoires, attestations d'AMU pour la facturation, etc. En tant que professionnels de santé, nous ne sommes pas informés sur l'AMU et nous ne savons pas toujours à qui s'adresser pour obtenir l'information. Pour ces personnes en grande précarité, nous sommes des interlocuteurs essentiels pour garantir l'accès aux médicaments et à la deuxième ligne mais nous n'avons pas nécessairement ni l'information pertinente, ni les moyens de la diffuser à la personne.

3. Personnes sous visa

Les personnes sous le couvert d'un visa quel qu'il soit, doivent prendre en charge leurs soins médicaux. Après avoir avancé l'entièreté du coût des soins, ils peuvent s'adresser à l'assurance maladie à laquelle ils sont éventuellement affiliés dans leur pays d'origine ou en cas de soins non prévisibles, faire appel à leur assurance voyage. L'obtention d'un visa est en théorie conditionnée à la souscription d'une assurance voyage. Si la personne ne peut prouver des moyens suffisants pour subvenir à ses besoins pendant son séjour, l'ambassade de Belgique dans le pays d'origine réclamera un engagement de prise en charge à minima pour la durée du visa. En Belgique, cette exigence de prise en charge est d'une durée de 2 ans²⁶.

Notons que pour certains pays (p. ex.: Macédoine, Brésil), il n'y a plus d'obligation de visa. L'aide médicale urgente pourra, dans ce cadre spécifique, être obtenue 3 mois après l'arrivée.

En pratique, nous constatons des difficultés à vérifier l'existence d'une assurance dans le pays d'origine. Les conditions de remboursement sont variables selon les pays et les montants remboursés dans le pays d'origine sont souvent inférieurs aux frais médicaux effectivement payés en Belgique. On constate également des conditions d'obtention de visa différentes d'un pays à l'autre, une impossibilité pour les patients d'avancer les frais mais aussi une impossibilité pour les garants d'assumer leur engagement. Enfin, des assurances voyage qui ne peuvent être engagées que dans le cadre de soins non prévisibles.

4. Européens

Nous avons volontairement distingué cette catégorie de patients, tant leurs possibilités d'accès aux soins se sont complexifiées ces dernières années.

Selon Eurostat, 42,4 % de l'immigration vers la Belgique entre 2009 et 2011 concernait des ressortissants d'autres Etats membres européens²⁷. Ce faisant, ils exercent leur droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire de l'UE. Toutefois, la directive 2004/38/CE stipule que, pour obtenir le droit de résider plus de trois mois dans un autre Etat membre, les citoyens euro-

26 Circulaire du 9 septembre 1998 relative à l'engagement de prise en charge visé à l'article 3bis de la loi du 15 décembre 1980.

27 Eurostat 2009-2011, voir ici.

péens doivent avoir des ressources suffisantes et une couverture maladie « afin de s'assurer qu'ils ne deviennent pas une charge pour les services sociaux de l'Etat membre d'accueil pendant leur séjour ».

Au cours de la dernière décennie, la Cour européenne de justice a rendu plusieurs décisions confirmant le droit des patients à être traités en dehors de leur pays d'origine et remboursés sous certaines conditions. Elle n'a cependant pas défini de règles claires. La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, qui sera pleinement mise en œuvre d'ici le mois d'octobre 2013, est censée apporter davantage de clarté. Elle indique, en résumé, que les patients sont autorisés à recevoir des soins dans un autre Etat membre et à être remboursés à hauteur du montant des frais qui auraient été pris en charge par l'Etat membre d'affiliation si ces soins avaient été dispensés sur son territoire. Un instrument pour faciliter ce type d'accès transfrontalier aux soins de santé dans l'UE est la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), qui est fournie gratuitement par tous les systèmes européens de couverture maladie depuis 2004-2005 et démontre essentiellement que la personne a effectivement une couverture maladie.

Le pays d'affiliation peut décider de payer directement le prestataire de soins de santé au lieu de rembourser le patient, mais n'est pas obligé de le faire. Aujourd'hui, dans la pratique, les citoyens européens ayant besoin de soins de santé en Belgique doivent avancer la totalité du coût des services. Cela constitue un sérieux obstacle financier. En outre, un nombre important de citoyens démunis de l'UE n'ont plus de couverture maladie dans leur pays d'origine. De plus, si jamais un ressortissant européen en séjour régulier mais en situation de précarité demandait une aide médicale au CPAS, il risquerait désormais de perdre son autorisation de séjour.

L'accès aux soins des Européens en Belgique a été réduit suite à la promulgation d'un nouvel article dans la loi organique des CPAS en date du 19 janvier 2012²⁸. Une circulaire du SPP Intégration Sociale à l'attention des CPAS (20 mars 2013) précise l'impact de cette disposition légale sur le droit à l'aide

28 La loi du 19 janvier 2012 modifiant la législation concernant l'accueil des demandeurs d'asile ajoute l'article 57quinquies dans la loi organique du 8 juillet 1976 des CPAS selon lequel: « Par dérogation aux dispositions de la présente loi, le centre n'est pas tenu d'accorder une aide sociale aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et aux membres de leur famille pendant les trois premiers mois du séjour, ou le cas échéant, pendant la période plus longue prévue à l'article 40, § 4, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ni tenu, avant l'acquisition du droit de séjour permanent, d'octroyer des aides d'entretien ».

sociale du citoyen de l'Union et des membres de sa famille. En effet, cet article supprime l'octroi des aides sociales (et médicales) accordées aux citoyens de l'UE en état d'indigence.

Notons que ce changement porte uniquement sur les Européens en ordre de séjour en Belgique et ne remet aucunement en cause le droit à l'AMU pour les Européens en séjour irrégulier. Toutefois, dans ce cadre, les pratiques des CPAS sont à nouveau diverses et variées. Etant donné que les CPAS doivent contrôler l'assurabilité dans son pays d'origine via la CAAMI et que cela prend du temps, certains CPAS n'ouvrent l'AMU qu'après un an de séjour en Belgique.

L'accès aux soins des Européens résidant en Belgique dépend de leur situation administrative (tout comme les autres publics) mais également de leur situation financière. En effet, comme déjà évoqué, leur séjour est aussi conditionné à des preuves de moyens de subsistance suffisants. De plus, n'oublions pas qu'une inscription à la commune nécessite un domicile.

Ceux qui peuvent prouver des moyens financiers (par un travail ou via des membres de la famille en Belgique) reçoivent un séjour de plus de 3 mois et peuvent s'inscrire dans une mutuelle belge ou à la CAAMI.

Pour ceux qui n'ont pas de moyens de subsistance à leur arrivée, on distingue 3 catégories.

- Les personnes en séjour temporaire. Ceux qui sont à la recherche d'un travail reçoivent un séjour temporaire (annexe 19) comme demandeur d'emploi et doivent apporter, à l'expiration de ce séjour, des preuves de ressources. Dans le cas contraire, ils se voient délivrer un ordre de quitter le territoire. Ces personnes sous séjour temporaire n'ont plus droit à une prise en charge de leurs soins médicaux par le CPAS depuis la promulgation de la circulaire de 2012. Ils peuvent être inscrits de manière temporaire dans une mutuelle belge uniquement s'ils disposent d'une carte de mutuelle européenne ou d'un autre document équivalent. Notons que pour les citoyens des « nouveaux » Etats membres de l'UE comme la Roumanie ou la Bulgarie, des « mesures transitoires » restent d'application jusqu'en janvier 2014 concernant leur accès au marché du travail. Cela veut dire qu'en pratique, ces demandeurs d'emploi se voient refuser l'annexe 19.
- Les Européens en séjour temporaire (annexe 19) en état d'indigence et sans carte de mutuelle européenne se retrouvent dès lors sans accès aux soins en

Belgique. Nous en rencontrons fréquemment au sein de nos consultations. Par exemple, parmi les 188 citoyens européens que nous avons reçu dans les CASO d'Anvers et de Bruxelles au cours de 2012, 18 % se trouvaient dans cette situation, comparé à 17,5 % dans le premier cas de figure.

- Les Européens sans autorisation de séjour en Belgique. Il s'agit d'Européens qui n'ont jamais eu d'inscription en Belgique ou qui ont reçu un ordre de quitter le territoire à l'expiration de leur annexe. Les premiers ont droit à l'aide médicale urgente du CPAS après 3 mois de séjour en Belgique. Les autres y ont droit dès le moment où leur séjour devient irrégulier. Cette catégorie concernait 62 % des citoyens européens que nous avons reçus dans nos CASO durant 2012.

Toutefois dans le cadre de son enquête sociale, le CPAS va demander à la personne de prouver qu'elle n'a pas ou plus de mutuelle dans son pays d'origine, ou n'est pas en mesure de prouver le contraire. Si le demandeur est effectivement affilié à une mutuelle dans son pays d'origine, le CPAS peut lui refuser toute aide durant un an, lui conseillant de faire valoir ses droits dans son pays d'origine.

Témoignage : Mr Z., 35 ans (issu des consultations de Médecins du Monde)

M. Z. est de nationalité macédonienne. Il est arrivé en Belgique en décembre 2012 et s'est adressé à notre organisation le 10 janvier 2013. Il a des besoins médicaux spécialisés et a bénéficié de plusieurs consultations généralistes et spécialistes au sein de MDM.

A son arrivée, M. Z. était sans séjour en Belgique mais venant d'un pays sans obligation de visa, le délai de séjour de 3 mois est obligatoire avant qu'il soit en séjour « irrégulier » et puisse s'adresser au CPAS pour l'aide médicale urgente.

Ni M. Z. ni son entourage n'étant en mesure de financer ses besoins, nous l'avons pris en charge médicalement de janvier à mars 2013.

A partir de mars, nous pouvions envisager l'aide médicale du CPAS mais il restait le problème de l'adresse. Sans revenu, M. Z. loge depuis son arrivée à gauche et à droite et parfois en rue. Pour le moment, il ne réside pas à un endroit de manière suffisamment régulière pour pouvoir envisager une demande à un CPAS en particulier.

Témoignage : Mr N., 40 ans (issu des consultations de Médecins du Monde)
Monsieur N. est de nationalité néerlandaise. Il est arrivé en Belgique en septembre 2012 avec pour objectif de trouver du travail. Il est hébergé par un ami qui vit à Bruxelles.

Il souffre d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical très régulier et d'une médication quotidienne. Sans revenu, il n'a pas les moyens de subvenir à ses besoins médicaux.

A son arrivée, M. N. a reçu une annexe 19 de la commune, séjour temporaire en tant que demandeur d'emploi, valable jusqu'au 19 décembre 2012. Il avait reçu pour condition de se représenter à la commune avant cette date avec des « preuves d'avoir une chance réelle pour trouver un emploi et des CV ». Il n'a pas pu produire ces documents dans les délais et s'est retrouvé sans séjour en Belgique à l'expiration de l'annexe. Quelques mois plus tard, en mars 2013, M. N. a pu se représenter à la commune pour y recevoir la même annexe valable jusqu'à mi-juin 2013.

En séjour temporaire, M. N. pourrait s'inscrire dans une mutuelle belge temporairement uniquement s'il dispose d'une carte de mutuelle européenne. Il n'a pas cette carte et n'est d'ailleurs plus en règle de mutuelle aux Pays-Bas.

Par ailleurs, il n'a pas droit à une aide médicale du CPAS depuis la promulgation de la circulaire de 2012 excluant les citoyens UE en état d'indigence de l'aide sociale. En effet, M. N. s'est adressé au CPAS de sa commune en mars 2013 qui a refusé l'aide médicale étant donné son statut administratif.

Il n'a pour le moment aucune possibilité d'accès aux soins en Belgique et notre organisation se voit dans l'obligation de le prendre en charge médicalement au moins encore jusqu'à fin juin.

Deux *dysfonctionnements* peuvent être soulevés en ce qui concerne l'accès aux soins pour les citoyens de l'U.E.:

1/ De nombreux européens en situation précaire ne possèdent plus de couverture médicale dans leur pays d'origine ou n'en ont jamais eu.

2/ Dans le cas où la personne aurait une mutuelle, elle ne peut bien souvent pas avancer les frais médicaux qui sont 100 % à charge du patient et peuvent facilement dépasser les milliers d'euros en cas d'hospitalisation. Puis, la personne doit effectivement retourner dans son pays d'origine avant de pouvoir être éventuellement remboursée par sa mutuelle nationale et les taux de remboursements peuvent être nettement inférieurs aux frais médicaux effectivement payés en Belgique. Par ailleurs, il est difficile pour le CPAS de prendre en compte l'impossibilité pour la personne d'avancer les frais médicaux avant un remboursement éventuel.

Dans la pratique, la vérification du CPAS de l'assurabilité dans le pays d'origine peut prendre plusieurs mois et la personne n'est alors pas toujours aidée entre-temps.

5. Conclusion

En guise de conclusion, nous sommes confrontés à différents systèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance maladie obligatoire qui sont extrêmement complexes et lourds administrativement. Etant donné que l'ouverture des droits se fait via l'aide subsidiaire des CPAS, cela amène des pratiques différentes qui créent de grosses iniquités dans l'accès aux soins de santé. En fonction du lieu de résidence, l'accès aux soins sera différent.

« Mais enfin, Monsieur, vous n'avez pas compris ? Vous deviez d'abord aller chez votre médecin pour demander un rdv puis venir au CPAS avec la date de rdv pour demander une prise en charge puis retourner avec la prise en charge de votre rdv à votre rdv, puis revenir avec la prescription au CPAS pour demander une prise en charge. Pour s'entendre dire au final que ces médicaments-là, justement, ne sont pas remboursés ».

De plus, pour une population en errance, le système via les CPAS n'est pas adapté car il n'y a pas de transposabilité des dossiers entre les CPAS. Si la personne déménage, elle devra recommencer l'entièreté de la procédure et devra probablement aussi changer de prestataire de soin. L'errance est d'ailleurs une caractéristique de cette population.

Pour les prestataires de soins qui n'ont pas de soutien administratif, il est très complexe de prendre cette population en charge à moins que le CPAS n'ait une politique proactive envers la première ligne. De plus, le prestataire de soin ne connaît pas souvent le statut administratif de la personne et a donc des difficultés à orienter le patient pour permettre l'ouverture de ses droits.

En plus des nombreuses inégalités de santé que cela génère, les prestataires de soins et les bénéficiaires sont très peu armés pour faire face à cette complexité. Cela mène donc tout naturellement à de l'exclusion, des ruptures dans les prises en charge, une forme de banalisation de la complexité et une certaine violence institutionnelle latente pour un public déjà largement précarisé de par son parcours.

Il est très paradoxal, pour une population déjà confrontée à une multitude de barrières endogènes dans l'accès aux soins (langue, parcours, culture, vulnérabilités psycho-médicosociales multiples etc.), que les systèmes d'ouverture de droits et le fonctionnement même de l'accès aux soins soient aussi complexes.

Que dit le droit international ?

- Organisation mondiale de la santé, 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »
- Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948, art. 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ».
- HCDH, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 3 janvier 1976, art. 12 : « (...) droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».
- Constitution belge, 17 février 1994, art. 23 : « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. (...) Ces droits comprennent notamment : (...) 2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ».
- Charte sociale européenne (révisée), 1966, art. 11 : « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre ».
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale du 21 décembre 1965 : « Les Etats parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants : iv) Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux ».
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18 décembre 2000, art. 35 : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».
- Convention internationale sur la protection de tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille, 18 décembre 1990, art. 28 : « Les travailleurs migrants et les membres de leur famille ont le droit de recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé, sur la base de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'Etat en cause. De tels soins médicaux d'urgence ne leur sont pas refusés en raison d'une quelconque irrégularité en matière de séjour ou d'emploi ».

6. Recommandations

6.1 **Recommandations de Médecins du Monde pour lever les barrières administratives**

A court terme

Une plus grande harmonisation et simplification des pratiques des CPAS pour les bénéficiaires de l'AMU.

Des listes de bonnes pratiques existent, telles que la première consultation remboursée, une carte médicale valable trois mois, etc. Il est temps de les concrétiser ! Le projet Mediprima devrait être une étape qui va dans le bon sens, quant à l'harmonisation des pratiques. Ce projet implique un gain de temps administratif pour les CPAS.

MEDIPRIMA²⁹

Cette réforme concerne l'ensemble des aides médicales octroyées par les CPAS et prévoit l'uniformisation, la centralisation et la gestion électronique des décisions de prise en charge des aides médicales par les CPAS. La CAAMI est introduite comme nouvel acteur dans ce dispositif.

Avec Mediprima, l'objectif du législateur est triple : garantir les soins pour le patient, garantir le paiement pour le prestataire de soins et garantir aux CPAS et SPP IS de recevoir les pièces justificatives dont ils ont besoin.

Cette réforme se mettra en place en plusieurs étapes. La première phase est prévue pour le 1er octobre 2013 et ne concernera que les personnes en séjour irrégulier dans le cadre de l'aide médicale urgente et uniquement les institutions hospitalières.

En pratique, le CPAS devra encoder les décisions dans Mediprima. Le SPP IS indiquera dans le système le type de couverture et le montant de remboursement qu'il prendra en charge. La personne se verra attribuer un numéro et un document le mentionnant. Sur la base de ce numéro, le prestataire vérifiera dans la base de données qu'il y a bien un accord de principe et demandera un accord pour effectuer sa prestation. Le système lui attribuera un accord de prise en charge sous forme d'un numéro correspondant à la prestation qu'il devra alors joindre à sa facture à la CAAMI.

C'est donc à la CAAMI que revient le rôle de payer les prestataires de soins.

Il est évident que cette réforme est une évolution positive dans la mesure où elle permet à chaque acteur de se recentrer sur son métier. Cependant des questions restent encore en suspens : comment les CPAS vont-ils gérer cette première phase de la réforme et l'application d'un double système (hôpitaux et première ligne)? A quelles exigences les CPAS vont-ils devoir répondre en matière d'enquête sociale ?

Médecins du Monde craint toutefois le délai de mise en place de ce projet pour la première ligne : il démarre avec les hôpitaux en 2013, mais l'inclusion de la première ligne n'est prévue qu'en 2015. Il va donc y avoir un double système pendant une longue période qui sera source de confusion pour les CPAS.

A moyen terme

Pour les bénéficiaires de systèmes subsidiaires (AMU, Fedasil, etc.), Médecins du Monde demande une fusion des systèmes « subsidiaires » au niveau d'une caisse fédérale et/ou régionale qui suit les mêmes règles de remboursement et mécanismes de contrôle par l'INAMI. Cela permettrait d'enlever tout le caractère discriminatoire du système existant³⁰. Ce transfert permettra aussi de simplifier les procédures de remboursement pour les professionnels de santé. Cette fusion doit se faire dans le volet « remboursement » (prévu par Mediprima), mais aussi dans le volet « ouverture des droits des patients ». La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie (CAAMI) pourrait être cet acteur. Cela permettrait d'avoir une véritable couverture universelle non discriminatoire et décharger les CPAS.

7. L'accès aux soins des mineurs étrangers

Collaborateurs des associations « Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen », « Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen », « Kruispunt Migratie-Integratie » et l'ASBL Medimmigrant³¹

Donner à plus de mineurs le droit à une assurance maladie est dans l'intérêt de tous !

29 D. FERON, *Présentation pratique de Mediprima: contexte, organisation et planification*, Carrefours du Printemps, 2013.

30 Discrimination géographique pour les personnes en séjour irrégulier ayant besoin d'une AMU: la prise en charge peut varier d'un CPAS à l'autre.

31 Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, www.orientatiepunt.be; Ondersteuningspunt Medische Zorg, Anvers, www.medischezorg.be/medische_zorg.html; KruispuntMigratie-Integratie, www.kruispuntmi.be, www.vreemdelingenrecht.be; vzw Medimmigrant, www.medimmigrant.be.

7.1 Point de départ : l'assurance maladie pour mineurs étrangers non accompagnés

L'accès à l'assurance maladie dont bénéficient les mineurs étrangers non accompagnés (MENA)³² peut servir de point de départ au plaidoyer en faveur de l'admission de plus de mineurs à cette même assurance maladie. Les mineurs étrangers non accompagnés sont des jeunes d'origine étrangère qui arrivent en Belgique sans leurs parents ou leurs représentants légaux. Ils peuvent compter sur l'aide d'un tuteur que le Service des Tutelles leur a attribué pour toutes les démarches relatives à leur séjour en Belgique. Les mineurs ressortissants de l'Union européenne³³ ne sont pas considérés comme des MENA.

Depuis janvier 2008, les MENA peuvent accéder, indépendamment de leur statut de séjour, à l'assurance maladie s'ils remplissent une des conditions suivantes : aller à l'école pendant trois mois successifs ou avoir été inscrits dans un service d'aide préventive à la famille³⁴. Le législateur exclut ainsi explicitement les mineurs étrangers non accompagnés qui ne résident que depuis peu de temps en Belgique. Le travail de fin d'études '*Comment les tuteurs évaluent-ils l'accès aux soins de santé de leur MENA depuis le changement de la réglementation en janvier 2008 ?*' démontre que cette mesure a été bénéfique pour les MENA³⁵.

Nous souhaitons que d'autres mineurs étrangers aient aussi la possibilité d'accéder à l'assurance maladie.

7.2 L'actuelle procédure en matière d'accès aux soins de santé ne serait-elle donc pas satisfaisante ?

L'article 24 de la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant³⁶ stipule qu'un enfant a le droit de « jouir du meilleur état de santé et des soins de santé ». Nous constatons hélas que cette norme n'est pas atteinte. En matière d'accès aux soins de santé, les enfants rencontrent en effet les mêmes barrières que leurs parents. Il existe par exemple des procédures différentes pour les diverses catégories de mineurs étrangers, les prestataires de soins doivent

32 Circulaire RIZIV VI n° 2008/198 du 9 mai 2008, applicable à partir du 1^{er} janvier 2008.

33 Et de l'Espace économique européen.

34 Kind en Gezin, ONE ou être dispensé de scolarité obligatoire.

35 C. SANTOCORNO, *Hoe evalueren voogden, sinds de verandering in de regelgeving in januari 2008, de toegang tot gezondheidszorg voor hun NBMV?*, masterproef Master in Management en Beleid van Gezondheidszorg, VUB, 2009-2010.

36 NU, 20 novembre 1989.

constamment s'informer pour savoir à quel service, à quel moment et de quelle façon ils doivent envoyer leur facture. Et comme chaque procédure a en outre ses propres points névralgiques, nous ne pouvons pas toujours parler d'un accès aisé aux soins de santé.

Les demandeurs d'asile sont à chaque fois soumis à une réglementation qui diffère selon le lieu d'accueil qui leur a été attribué ou le CPAS sur le territoire duquel ils résident ou qui leur a été imposé. Ils restent parfois longtemps dans l'incertitude quant à savoir qui remboursera les frais médicaux. Ceux qui ne résident par exemple pas dans un centre d'accueil doivent patienter jusqu'à une semaine avant de recevoir les soins médicaux pour savoir avec certitude si les frais de ces soins seront payés par l'Agence qui est responsable d'eux.

Les personnes en séjour irrégulier ont droit à des soins médicaux via la procédure de l'Aide Médicale Urgente³⁷ accordée par le CPAS de leur lieu de séjour de fait s'ils remplissent certaines conditions. Cette procédure est toutefois d'un accès très difficile et diffère énormément de commune en commune.

Pour les enfants et les ressortissants de l'Union européenne qui sont inscrits en Belgique en tant que demandeurs d'emploi et dont l'assurance maladie dans le pays d'origine n'est plus valable, il n'y a pas de solution. Même pas s'ils résident depuis déjà plus de trois mois sur le territoire et sont nécessiteux.

7.3 L'assurance maladie est également une nécessité pour les autres mineurs étrangers !

La santé d'un mineur est importante puisqu'elle détermine l'état de santé et la position sociale qui seront les siens dans le futur³⁸. Chaque mineur a donc besoin de conditions sanitaires optimales pour bien vivre cette phase de développement et d'épanouissement.

Le système de l'assurance maladie est satisfaisant pour la majorité des mineurs ; 95 % de la population belge est en effet couverte par une assurance maladie³⁹. L'administration, que les procédures spécifiques actuelles (telle que celle de l'Aide Médicale Urgente) engendrent pour les prestataires de soins,

37 Art. 57, § 2, 1°, de la loi organique des CPAS et l'A.R. du 12 décembre 1996.

38 Voir 'Kinderen zonder ziekteverzekering', Contribution de Medimmigrant et de l'Oriëntatiepunt Oost-Vlaanderen au Kinderrechtenforum, 2011.

39 Note d'orientation Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2009-2014, introduite par J. VANDEURZEN, *ministre flamand* du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille, 26 octobre 2009 (2009-2010), p. 15.

pourrait disparaître si tous les mineurs pouvaient s'inscrire dans le système existant de l'assurance médicale. Une telle mesure favoriserait certainement l'efficacité de l'accès aux soins de santé !

Le mineur n'est en outre pas uniquement confronté à des problèmes administratifs. Il est en effet parfois secondé insuffisamment par le parent (ou le tuteur) à cause d'un problème de langue ou de différences culturelles. Voilà pourquoi le mineur doit être lui-même l'ayant droit. Il ne peut pas être la victime des choix effectués par ses parents : ce n'est pas lui qui a choisi sa **situation de séjour** provisoire, précaire ou illégale.

7.4 Nous croyons en une assise sociale et politique

Ne souhaitons-nous pas tous garantir, aux mineurs résidant sur notre territoire, un bon départ dans la vie en leur facilitant l'accès aux soins de santé ? Surtout si nous sommes convaincus qu'une telle politique profite également à la santé publique générale et donc au bien-être général de chaque citoyen !

En imposant, par analogie aux dispositions prises pour assurer les mineurs non accompagnés, une fréquentation scolaire de trois mois⁴⁰, on ne vise d'ailleurs que les mineurs qui se sont déjà créé un certain lien avec la Belgique. Les mineurs qui n'ont pas l'intention de rester en Belgique sont ainsi explicitement exclus.

Grâce à leurs campagnes d'information préventives, les autorités et les mutualités peuvent en outre atteindre un tout nouveau groupe-cible, vu que les campagnes classiques sont souvent uniquement axées sur des gens qui ont déjà une assurance maladie. Tout le monde sait d'ailleurs que les actions préventives présentent non seulement des avantages au niveau de la santé, mais ont également pour effet d'être économiques.

Une telle politique s'inscrirait d'ailleurs dans la tendance générale belge des dernières années, qui prévoit une protection légale des mineurs. Dans le domaine de l'éducation, les autorités ont par exemple prévu le droit à l'enseignement et l'acceptation de la scolarité obligatoire. Nous pensons également à l'utilisation de « maisons de retour » comme alternative pour l'enfermement de ménages dans des centres fermés. En 2004, on a également voté un A.R., qui donne aux familles illégales les plus démunies le droit d'être accueilli dans un centre d'accueil fédéral. Au niveau des soins de santé, le législateur a déjà

40 Ou l'inscription dans un service d'aide préventive à la famille.

reconnu en 2008 l'importance de l'assurance maladie pour les mineurs en rédigeant un A.R. spécial permettant à l'INAMI de donner son autorisation pour l'inscription d'un mineur sans statut de séjour légal à charge de la personne chez qui il réside et qui prend soin de lui⁴¹. Nous terminerons volontiers en mentionnant une fois de plus comme exemple de bonne pratique l'attribution de l'assurance maladie aux mineurs non accompagnés.

7.5 Conclusion

Nous tenons à souligner qu'il s'agit ici d'un besoin de soins médicaux pour un groupe extrêmement vulnérable. Donner accès au système d'assurance maladie nous semble indispensable et justifié tant sur le plan économique que social.

Comme les gens qui ne résident que très temporairement en Belgique en sont explicitement exclus, cet accès à l'assurance maladie ne sera pas un facteur incitatif, qui pourrait encourager d'autres gens à venir en Belgique. Nous parlons aussi du principe qu'un accès souple aux soins de santé n'empêchera personne de quitter la Belgique. Au contraire même, puisque les gens dont l'enfant est malade seront moins tentés de prendre une initiative de retour aussi longtemps que leur enfant n'aura pas reçu les soins nécessaires.

Cette problématique est pour terminer aussi une question de morale et de respect des droits élémentaires de l'enfant. Est-il raisonnable de courir le risque de priver des mineurs d'un suivi médical et de soins nécessaires parce qu'ils ne possèdent pas (encore) les documents de séjour exacts ? L'état de santé des mineurs sur le territoire d'un Etat qui se dit démocratique doit être un élément permanent de réflexion.

41 A.R. du 12 novembre 2008 modifiant l'A.R. du 3 juillet 1996 relatif à l'exécution de la loi portant sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

B. Les demandeurs d'asile

Résumé

Si globalement l'aide médicale aux demandeurs d'asile fonctionne assez bien, quelques catégories de demandeurs d'asile sont néanmoins confrontées à certaines difficultés dans leur accès aux soins, surtout en ce qui concerne les « no-shows », c'est-à-dire ceux qui ne résident pas en centre d'accueil. Les personnes qui restent en dehors des centres se heurtent à des lourdeurs administratives (délais de remboursement trop longs, garanties de prise en charge tardant à venir, nécessité de renouveler chaque demande de soins via la cellule médicale de Fedasil) mais aussi à la difficulté concrète, pour un public précarisé, de devoir faire soi-même les demandes de prise en charge. Si la personne réside dans un centre, elle n'a généralement pas accès aux soins de santé mentale dans le centre même. Par ailleurs, la qualité du suivi médical en général varie d'un centre à l'autre et les centres eux-mêmes ont du mal à évaluer ce qui relève de la prise en charge médicale nécessaire au regard d'une situation administrative temporaire. Au niveau des centres gérés par Fedasil une approche plus cohérente est en application.

1. Introduction

Toute personne qui demande l'asile a droit à la protection de l'Etat belge pendant toute la durée de sa procédure. Cette protection, organisée par le biais d'une prise en charge dans un centre d'accueil fédéral ou dans une structure partenaire, comprend notamment la prise en charge médicale⁴². Les demandeurs d'asile ont également la liberté de résider en dehors du centre, et dans ce cas, seuls les soins de santé sont pris en charge via la cellule « frais médicaux » de l'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (Fedasil).

Nous avons donc tout d'abord demandé à Fedasil de contribuer à ce chapitre pour qu'il puisse décrire le cadre législatif ainsi que le système d'octroi de l'aide médicale aux demandeurs d'asile.

Afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par le personnel médical sur le terrain, nous avons également choisi de recueillir les témoignages de deux médecins, l'un travaillant dans un centre d'accueil et l'autre travaillant au siège de Fedasil.

⁴² « Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers » du 12 juillet 2007.

Les troubles psychologiques et psychiatriques étant relativement fréquents chez les demandeurs d'asile, nous avons par ailleurs trouvé intéressant d'interroger deux psychologues travaillant à la Clinique de l'Exil, spécialisée dans l'aide aux réfugiés, aux demandeurs d'asile et aux primo-arrivants.

La problématique des « no-shows » et les recommandations du secteur ont été développées par des collaborateurs du Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, Kruispunt Migratie-Integratie et Medimmigrant.

2. L'accès aux soins des demandeurs d'asile

Estelle SPOEL (Fedasil)

Les soins de santé aux demandeurs d'asile en Belgique sont définis par la loi du 12 janvier 2007 : la « loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers » et l'arrêté royal du 9 avril 2007 (voir annexes).

En résumé, la loi et l'A.R. prévoient que les demandeurs d'asile ont accès aux soins de santé afin de leur garantir une vie conforme à la dignité humaine.

L'application se fait sur la base de la nomenclature INAMI avec deux groupes d'exceptions⁴³.

Le premier concerne des soins repris dans la nomenclature INAMI mais ne s'appliquant pas aux demandeurs d'asile dans le sens où ces soins ne sont pas considérés comme nécessaires à mener une vie conforme à la dignité humaine. Ces soins sont les suivants : orthodontie, investigation et traitement d'infertilité, prothèses dentaires lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, interventions purement esthétiques, soins et extractions dentaires sous anesthésie générale.

Le deuxième groupe identifie des soins qui ne sont pas repris dans la nomenclature INAMI mais qui sont accordés aux demandeurs d'asile vu qu'ils sont de l'ordre de la vie quotidienne. Ces soins sont les suivants : certains médicaments de catégorie D, des extractions dentaires, des prothèses dentaires pour rétablir la capacité de mastication, des lunettes pour les enfants, des lunettes

43 Ces exceptions ne comptent pas pour les demandeurs d'asile qui résident dans les ILA et pour qui les frais médicaux sont remboursés au CPAS par le SPP. Le remboursement se fait alors conformément à l'art. 11 de la loi du 2 avril 1965.

pour les adultes en cas d'un indice de réfraction d'au moins 1D au meilleur œil, du lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible.

En outre, des exceptions peuvent être accordées par le coordinateur médical de Fedasil pour des soins non repris dans la nomenclature INAMI s'ils sont jugés nécessaires par le médecin traitant.

Les demandeurs d'asile sont à différencier du groupe des réfugiés reconnus et des personnes bénéficiant de la protection subsidiaire et du groupe des personnes en séjour irrégulier (dont font éventuellement partie des demandeurs d'asile déboutés) pour lesquels il y a souvent confusion et qui ont des droits différents en termes d'accès aux soins de santé en Belgique.

Les demandeurs d'asile peuvent être subdivisés en plusieurs groupes en ce sens que, selon la structure d'accueil dont ils dépendent, l'organisation des soins de santé au sein de la structure peut varier.

Les différents groupes sont les suivants :

- demandeurs d'asile accueillis dans un centre communautaire fédéral ;
- demandeurs d'asile accueillis dans un centre communautaire d'un partenaire (Croix Rouge, Rode Kruis...);
- demandeurs d'asile accueillis dans une structure individuelle (Ciré, VWV...);
- demandeurs d'asile accueillis dans une Initiative Locale d'Accueil ILA ;
- demandeurs d'asile No Show (renonçant à l'hébergement au bénéfice d'un logement privé à leur initiative).

Pour chaque groupe, voici un bref descriptif de l'organisation des soins de santé.

2.1 Centre communautaire fédéral

Une équipe médicale est présente dans chaque centre, engagée par Fedasil. La constitution de l'équipe médicale varie d'un centre à l'autre mais a au minimum une infirmière et est le plus souvent constituée de médecin(s) et d'infirmier(s). Leur nombre est déterminé selon le nombre de résidents hébergés dans le centre. Certaines équipes ont en plus un collaborateur administratif et trois centres bénéficient de la collaboration d'une psychologue interne au centre.

En cas d'absence de médecin interne au centre, une collaboration privilégiée est instaurée avec un médecin généraliste externe qui assure les consultations nécessaires identifiées par l'infirmière.

Cette équipe médicale joue le rôle de première ligne de soins, type médecin généraliste avec « dossier médical global » et réfère vers des soignants externes au centre, faisant partie du système de santé belge, selon les besoins mis en évidence. Tout soin prodigué par un soignant externe au centre doit être validé par le service médical du centre, qui fournira un réquisitoire nécessaire au paiement des frais par Fedasil. Fedasil prend donc en charge l'entièreté des frais liés aux soins de santé à condition qu'ils soient dans le cadre de la convention INAMI et validés par un réquisitoire par le service médical interne au centre. Le prix du transport vers un soin externe est pris en charge par le centre.

L'équipe médicale du centre est présente durant les « heures de bureau » en semaine et une continuité est assurée dans chaque centre avec l'aide de services de garde externes pour les soirées, nuits, week-ends et jours fériés.

Le service médical peut faire appel à un traducteur (les frais de traduction seront pris en charge par Fedasil) si cela s'avère nécessaire afin de communiquer au cours d'une consultation.

Le système de santé au sein des centres fédéraux est donc basé sur un système constitué de lignes de soins successives, constituant une approche de soins de santé rationnels.

D'autre part, l'approche demandée aux équipes médicales est une prise en charge de type globale, tenant compte de la situation sociale et du contexte des patients, à savoir que ces patients sont dans une situation d'incertitude quant à leur avenir, méconnaissance sur leur durée de séjour sur le territoire belge. Il est possible que ces patients soient amenés à retourner dans leur pays d'origine, pays dans lesquels l'accès aux soins est différent, certains avec une offre de soins moins importante qu'en Belgique. *Ces éléments sont importants à prendre en compte pour l'aspect de la continuité des soins : la continuité des traitements entamés est-elle possible si les personnes sont amenées à quitter la Belgique ?*

L'entièreté de ces frais médicaux est prise en charge par Fedasil.

2.2 Centre communautaire d'un partenaire

Le modèle du service médical est une première ligne par un infirmier dans le centre d'accueil qui oriente vers un médecin généraliste si besoin. Le médecin généraliste est un médecin externe au centre, pratiquant indépendamment dans les environs. Lui-même réfère vers des spécialistes selon les besoins. Les factures médicales sont payées par Fedasil.

2.3 Structure individuelle

Il n'existe pas de service médical au sein de la structure. Un médecin généraliste indépendant des environs est identifié pour recevoir et prendre en charge ces demandeurs d'asile. Les factures médicales sont payées par Fedasil.

2.4 Initiative Locale d'Accueil (ILA)

La prise en charge de ces demandeurs d'asile, y compris leurs soins médicaux, se fait par un CPAS, responsable de l'ILA. La validation des soins médicaux doit donc passer par le conseil du CPAS comme pour toute personne dépendant d'un CPAS. Les frais liés aux soins médicaux sont assumés par le CPAS qui se fait rembourser par les SPP Intégration Sociale.

2.5 « No shows »

Ces demandeurs d'asile doivent s'orienter eux-mêmes dans le système de santé belge afin de demander des soins de santé. Ils doivent préalablement demander un réquisitoire au siège central de Fedasil pour tout soin nécessaire.

Pour tout demandeur d'asile, quel que soit le type d'accueil dont il bénéficie, chaque soin presté par un soignant externe doit être requis. La prise en charge financière ne sera faite que sur la base d'un réquisitoire.

Une caractéristique du parcours d'un demandeur d'asile en Belgique, ayant un impact sur la prise en charge médicale et particulièrement la continuité des soins, est la mobilité d'un demandeur d'asile au cours de sa procédure. En effet, la période de demande d'asile comporte plusieurs phases qui donnent le droit à un logement de type différent : la première phase est le logement en centre communautaire (fédéral ou partenaire), ensuite, après 4 mois de procédure tout demandeur d'asile a le droit de demander un logement individuel (ILA) et finalement lorsque la réponse à la demande d'asile est négative, un transfert dans un centre de retour est prévu pour les 30 derniers jours de

l'accueil. En outre, d'autres procédures, telles que la demande *9ter* (demande de droit de résidence en Belgique pour raison médicale), peuvent également avoir un impact sur le type d'aide médicale à laquelle a droit la personne.

En cas de fin de droit à l'accueil lors d'une réponse négative à la demande d'asile, une problématique médicale peut être une raison de prolongation de l'aide matérielle. Si un demandeur d'asile présente une pathologie aiguë vitale, une maladie chronique grave en cours de mise au point ou de traitement, ou est hospitalisé, il peut demander une prolongation du droit à l'accueil pour raison médicale. Son dossier médical est examiné afin de rendre un avis sur cette demande. Si l'avis est positif, la personne a le droit de rester dans le centre d'accueil et bénéficier des mêmes droits, pour un temps défini, nécessaire à terminer une prise en charge médicale.

3. Entretien avec Myriam Scholtès, médecin en centre d'accueil Fedasil

Pouvez-vous brièvement vous présenter ainsi que la structure dans laquelle vous travaillez ?

Je travaille comme médecin dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, à Virton (centre Fedasil). Je travaille mi-temps, avec une équipe de deux infirmières à mi-temps également, et une personne qui consacre aussi à peu près un mi-temps comme accueillante (un peu ce que l'on voit en maison médicale) et secrétaire médicale.

La capacité du centre est de 140 personnes, dont 38 mineurs non accompagnés (dits MENA), les autres résidents sont soit des célibataires, soit des familles, avec des enfants parfois en bas âge. Il y a une consultation ouverte 4 matinées par semaine, plus des consultations sur RDV si besoin est (arrivées multiples, besoin d'interprète, par téléphone, ou consultations plus compliquées qui prennent plus de temps).

Quels sont les droits des demandeurs d'asile en centre en termes d'accès aux soins ?

Pour les droits des patients, nous sommes tenus de respecter la Loi Accueil qui n'a pas été modifiée depuis janvier 2007, et ce, malgré les fluctuations du nombre de demandeurs d'asile (saturation du réseau de fin 2008 à 2012) et les restrictions budgétaires actuelles.

Comme vous pouvez le constater, les demandeurs d'asile, tant qu'ils sont en centre d'accueil, sont assez bien nantis en matière d'accès aux soins. Fedasil paie l'intégralité des factures, pour autant qu'elles soient accompagnées d'un « réquisitoire » délivré par le service médical (garantie d'être payé pour le prestataire de soins ou la pharmacie).

Concrètement nous utilisons comme critères d'accès aux soins ceux imposés par l'INAMI (même si les résidents du centre n'ont pas de sécurité sociale, sauf les mineurs non accompagnés, les MENA), en dehors de certains examens comme un diagnostic d'infertilité par exemple.

Théoriquement les MENA devraient être inscrits à une mutuelle par leur tuteur, et bénéficier d'un remboursement des soins (ou plutôt Fedasil puisque Fedasil paie les soins) mais cette information passe mal (tuteurs ?) et pour l'instant tout au moins, nous pratiquons avec les MENA comme avec les adultes.

Notre cadre de travail est synthétisé dans un « vade mecum » médical, interne aux services médicaux Fedasil.

Y a-t-il selon vous un accès aux soins équitable pour tous les demandeurs d'asile ?

Rationnellement, nous essayons tout de même de relativiser certaines demandes (qui viennent parfois en masse vu la « gratuité » des soins) en fonction de l'importance (douleur), de l'ancienneté, du caractère invalidant ou du risque évolutif éventuel des plaintes. Donc nous commençons rarement de grosses mises au point pour des plaintes anciennes « supportables », ce qui est très relatif... Il s'agit d'un tri qui peut être assez arbitraire. Par contre, par exemple, des personnes souffrant de surdité sévère, même ancienne, ont pu bénéficier de prothèses auditives, ou même de prothèses dentaires si la capacité de mastication est insuffisante. Les montures et verres correcteurs sont remboursés intégralement pour les MENA, quel que soit le déficit visuel, ou pour les adultes, à partir d'un certain seuil.

La vaccination des enfants est prise en charge par l'ONE, la médecine scolaire ou Fedasil jusqu'à 18 ans.

Selon la structure d'accueil dont ils dépendent (centre fédéral, centre Croix rouge, ILA) l'organisation des soins de santé au sein de la structure peut varier. L'accès aux soins peut-il dès lors être différent d'un centre à l'autre ?

Sans doute. En effet, les centres fédéraux (Fedasil) sont les seuls à avoir des médecins attirés, plus informés sur les droits des patients résidents et les

limites de ces droits en matière de soins. Un effort serait évidemment à faire pour uniformiser l'accès aux soins de part et d'autre. Une réflexion est en cours à ce sujet.

Qu'en est-il de l'accès aux soins préventifs pour les demandeurs d'asile en centre ?

Quels sont les problèmes d'accès aux soins préventifs de votre public ? (Obstacles financiers, administratifs, psycho-sociaux, culturels, structurels, etc.)

Le dépistage des divers cancers reste une zone d'ombre dans notre organisation générale (il n'y a pas de dépistage systématique comme dans la population autochtone) mais les résidents dans les centres sont assez jeunes dans l'ensemble. Nous fonctionnons donc plutôt sur demande (comme le dépistage du cancer du col de l'utérus par exemple) et au coup par coup.

Les consultations chez un psychologue sont aussi prises en charge par Fedasil, à raison de maximum deux fois par mois, pour autant toujours qu'elles soient demandées par le service médical du centre (avec un réquisitoire).

Observez-vous des obstacles culturels dans l'accès aux soins parmi vos usagers ?

Parfois. J'ai par exemple eu une fois un refus de se rendre à une consultation chez un gynécologue masculin, alors que nous n'avions pas d'alternative à proposer. Les consultations chez un psychologue sont aussi parfois difficilement acceptées, mais ce n'est pas lié à un facteur à proprement culturel. Je crois que dans notre population belge, c'est assez récent l'accessibilité à ce type de professionnels, sans avoir à endosser l'étiquette de « fou ».

Faites-vous systématiquement appel à des traducteurs lors de vos consultations ? La langue peut-elle constituer un obstacle aux soins selon vous ?

Je fais appel à des traducteurs par téléphone (le centre de Virton est trop éloigné pour faire appel à des traducteurs en chair et en os) plusieurs fois par jour grâce à un service d'interprétariat social (en l'occurrence Bruxelles accueil).

Pour moi, je ne conçois pas certaines consultations sans pouvoir faire un minimum d'anamnèse ! A défaut de trouver certains interprètes (langue particulière), je me suis exceptionnellement aidée de Google traduction, avec toutes les imperfections et les risques du système. Les patients sont soulagés déjà qu'on fasse un effort pour les comprendre.

De manière générale, j'essaie d'éviter de prendre un autre résident ou un enfant de la famille pour traduire. Mais cela m'est déjà arrivé faute de mieux (par exemple en dehors des heures d'ouverture du service d'interprétariat social), et pour l'essentiel, quitte à donner un autre RDV à une heure où j'ai espoir d'avoir les coordonnées d'un interprète pour compléter l'anamnèse.

La période de demande d'asile comporte plusieurs phases qui donnent droit à un logement de type différent (centre fédéral, ILA, etc.). Ces changements de centres ont-ils un impact sur la qualité des soins, notamment en termes de continuité des soins ?

Lorsque les résidents quittent le centre :

- ils vont soit en ILA et sont pris en charge par le CPAS. Là, sans vraiment pouvoir donner d'exemples précis, j'ai déjà entendu dire que la suite des soins entrepris (par exemple chez un psychologue) dépendait beaucoup d'un CPAS à l'autre ;
- soit leur procédure est terminée (décision négative) et ils sont orientés vers un centre de retour où ils sont « traités » comme dans les autres centres Fedasil sauf que ce n'est plus que durant quelques semaines en « attendant » leur retour dans leur pays. Souvent les personnes déboutées « disparaissent » en cours de route vers ces centres, alors l'accès aux soins devient plus qu'aléatoire, dépend généralement du critère d'urgence des plaintes s'ils se présentent à un service médical de garde.

4. La pratique de la Clinique de l'Exil

Paul JACQUES⁴⁴, Nouné KARA KHANIAN⁴⁵

Psychologues pratiquant depuis 13 ans dans un Service de Santé mentale spécialisé dans l'aide aux réfugiés, demandeurs d'asile, migrants primo-arrivants, nous proposons notre regard sur les soins médicaux aux demandeurs d'asile. Nous collaborons étroitement depuis des années avec les différentes structures d'accueil de Wallonie et de Belgique : centres Fedasil, centres

44 Psychologue, « Clinique de l'exil », SSM, Province de Namur, projet spécifique d'aide en santé mentale aux migrants et réfugiés, agréé par le SPW, Région wallonne.

45 Médecin pédiatre et psychologue en Arménie; a exercé la médecine et la psychologie à Moscou, exerce actuellement en tant que psychologue en Belgique depuis 15 ans, « Clinique de l'exil », Province de Namur, projet spécifique d'aide en santé mentale aux migrants et réfugiés, agréé par le SPW, Région wallonne.

Croix-Rouge, Initiatives locales d'accueil (ILA) de CPAS, partenaires du CIRE (Coordinations et initiatives pour réfugiés et étrangers) tel que Seso ou Caritas. Quoique n'exerçant pas en tant que médecins, ce regard extérieur nous a paru intéressant dans la mesure où, entre autres, de nombreuses plaintes arrivant chez les médecins sont d'ordre psychologique, voire psychiatrique.

Il ne s'agit pas ici d'une évaluation objective, mais d'aborder quelques points significatifs en cette matière. Nous n'aborderons pas dans ce chapitre la question des soins médicaux dans les centres fermés, largement développée dans le rapport d'évaluation du Médiateur Fédéral⁴⁶ en 2009.

Nous donnons ici une description du fonctionnement de l'aide médicale et pointons quelques difficultés rencontrées.

4.1 Soins médicaux

Dans les structures d'accueil Fedasil, les soins psychothérapeutiques sont généralement couverts, ainsi que les frais d'interprète du service d'interprétriariat social (Setis). Pour les demandeurs d'asile qui résident dans une initiative locale d'accueil (ILA), les soins psychothérapeutiques sont généralement pris en charge mais certains CPAS, rarement il est vrai, soit refusent, soit découragent la personne de voir un psychologue, soit ne paient pas le transport, soit ne paient pas le coût de l'interprète social du Setis.

En ce qui concerne les « no-shows » le système des réquisitoires mis en place est très compliqué du point de vue pratique (nécessité d'avoir un fax, délai de réponse, lourdeur administrative pour le soignant, pas de garantie d'être payé, problème de langue pour les demandeurs d'asile, etc.), ce qui fait que concrètement, les personnes dites « no-show » ne sont pas au courant de leur droit ou renoncent à celui-ci.

Signalons d'autres cas de figures. A l'époque où les centres d'accueil étaient saturés, certaines personnes ont logé dans la rue ou dans des hôtels en attendant la désignation d'un code 207⁴⁷; ces personnes se sont retrouvées sans possibilité de prise en charge des soins de santé par Fedasil. D'autres personnes

46 Médiateur Fédéral, 2009, les soins médicaux dans les centres fermés <http://www.federaalombudsman.be/fr/rapports>.

47 Un lieu obligatoire d'inscription est désigné à toute personne pouvant bénéficier de l'accueil et cette désignation a pour fonction de déterminer l'autorité compétente pour octroyer l'accueil aux bénéficiaires de celle-ci et le lieu où l'étranger pourra bénéficier de l'aide matérielle.

n'ont pas eu de désignation et ont pu bénéficier de l'aide sociale d'un CPAS à la place de l'aide matérielle. Un certain nombre de résidents des structures d'accueil qui y résident depuis quelques mois ont bénéficié d'une mesure de suppression du code 207 et ont pu recevoir l'aide sociale d'un CPAS de leur choix. Cette mesure a entraîné une contestation de la part des CPAS de grandes villes qui ont ré-évoqué l'urgence d'un plan de répartition. Dans ces cas où le demandeur d'asile toujours en procédure d'asile, sans carte de séjour et sans mutuelle, recevait néanmoins l'aide sociale, le CPAS était compétent pour les soins médicaux, mais appliquait le principe de l'aide médicale urgente, alors qu'il ne s'agissait pas de sans-papiers !

Enfin, soulignons également qu'en théorie, la Loi Accueil prévoit qu'après trente jours de vie dans un centre communautaire, la situation du demandeur d'asile est évaluée, en principe par l'assistant social du centre, afin de déterminer si l'accueil est approprié à ses besoins spécifiques. Le personnel évalue s'il existe des signes d'une vulnérabilité éventuelle, comme dans le cas de personnes ayant subis des tortures ou d'autres graves formes de violence psychologique, physique ou sexuelle. En pratique, cette prescription est laissée lettre morte.

Selon la Loi Accueil, également, l'accueil est organisé en deux temps : après quatre mois de vie en centre communautaire, le demandeur d'asile a la possibilité d'être orienté vers une structure d'accueil individualisée (ILA d'un CPAS ou logement privé d'un des partenaires du CIRE). Si c'est vrai pour les familles, pour les isolés, l'attente d'un transfert est généralement de plus d'un an, faute de places suffisantes en ILA pour les isolés.

4.2 Santé des demandeurs d'asile

Le vécu d'un demandeur d'asile est spécifique⁴⁸.

- Les demandeurs d'asile vivent une situation de précarité qui a une influence sur leur état de santé tant physique que psychologique : exil, exclusion, attente de l'issue de la procédure, pertes multiples, traumatisme pré-migratoire, maladie pré-migratoire éventuelle, incertitude quant à l'issue de la procédure, promiscuité, oisiveté, perte de statut social, isolement, précarité matérielle. Le temps d'attente durant la procédure constitue une situation d'entre-deux, d'incertitude quant à l'avenir et d'insécurité, qui entraîne inévitablement une anxiété qui elle-même se répercute sur la santé physique.

⁴⁸ Voir, entre autres, le site de Pharos en Hollande: <http://www.huisarts-migrant.nl/index.php/asielzoekers/>.

- Bien souvent des symptômes de souffrance psychique sont des réactions normales à des circonstances qui ne le sont pas, mais parfois il peut y avoir pathologie mentale prémigratoire, ou psychotraumatisme résultant de torture subie (emprisonnement, viol, massacres, etc.).
- Dans beaucoup de cultures, la souffrance psychologique (le stress, l'angoisse, le deuil, le conflit psychique ou relationnel, les non-dits, etc.) s'exprime au travers du corps par des symptômes physiques, sans maladie organique proprement dite. La souffrance psychique s'exprime auprès du généraliste, qui voyant que les examens de spécialistes ne donnent rien, adresse le patient chez un psychologue psychothérapeute, plus rarement directement chez un psychiatre. Des études hollandaises et canadiennes ont montré que du point de vue épidémiologique, les demandeurs d'asile présentent davantage de plaintes psychiques et de problèmes somatiques que la population en général ou que les migrants en général.
- Ces études montrent aussi que plus longue est la procédure d'asile, plus les plaintes, en particulier les plaintes psychiques augmentent.
- Les demandeurs d'asile ont un moins bon état de santé que celui de la population en général. Ils présentent plus souvent un état de souffrance psychotraumatique, une symptomatologie de dépression et d'angoisse.
- La moitié des demandeurs d'asile ont des plaintes physiques chroniques (douleurs à l'épaule, maux de dos et céphalées).
- Les cas de tuberculose sont 20 fois plus fréquents dans la population des demandeurs d'asile, et un screening systématique est réalisé. Pour le VIH, le screening n'est pas systématique.
- Les plaintes fréquemment constatées auprès des enfants demandeurs d'asile sont :
 - faible poids, carences alimentaires, problèmes d'audition ou de vue, de dentition ;
 - risque de contamination foétale VIH ;
 - parentification des enfants qui prennent le rôle de leurs parents ;

- troubles du comportement, troubles du sommeil, troubles de l'attention ;
- anxiété, énurésie.
- Les femmes demandeuses d'asile sont susceptibles d'avoir été victime de violences sexuelles. Les femmes font l'objet de violences spécifiques (mariage forcé, viol, exploitation sexuelle, violence conjugale, mutilation génitale féminine, discriminations, etc.).
- Beaucoup de demandeurs d'asile ont un vécu de relation difficile ou conflictuelle avec des instances officielles et leur confiance est difficile à gagner.
- Les aspects médicaux dans la procédure d'asile ou de séjour sont centraux.

4.3 Le suivi médical

Globalement, il faut le souligner, le suivi médical des demandeurs d'asile en Belgique est de très grande qualité. Rares sont les demandeurs d'asile dans les structures d'accueil (Fedasil, Croix-Rouge, ILA, ou les partenaires CIRE) qui n'ont pas les soins adéquats. La qualité des soins, bien sûr, varie d'une structure à l'autre, comme dans toute médecine. Le médecin conserve son indépendance professionnelle. Si celui-ci est employé par Fedasil ou travaille pour la Croix-Rouge, il conserve son indépendance envers le responsable du centre. Il demeure indépendant, également vis-à-vis de Fedasil ou de l'Office des Etrangers, mais aussi vis-à-vis de l'avocat du résident.

On l'a évoqué, c'est via l'infirmière ou l'assistante sociale (en ILA) que les rendez-vous chez le généraliste sont pris. Le médecin conserve pleinement sa liberté diagnostique et thérapeutique. En pratique, c'est au médecin traitant d'évaluer la nécessité de soins ou non, et de déterminer les actes qui sont conformes à la Loi Accueil. Le médecin décide ainsi si certains examens chez le spécialiste doivent être réalisés ou non (scanner, gynéco, ophtalmo, psychiatre, etc.). Pour certains actes médicaux, tels qu'une opération grave, le généraliste demandera éventuellement l'avis de la direction de Fedasil ou du médecin coordinateur de Fedasil.

Lorsque le demandeur d'asile réside en initiative locale d'accueil (ILA), le CPAS se réfère à la nomenclature de l'INAMI et non à celle de la Loi Accueil, « plus large ». Pour les frais médicaux non repris dans la liste INAMI, ceux-ci sont à charge du CPAS, ce qui peut prêter à discussion.

Dès son arrivée dans une structure d'accueil, le demandeur d'asile est informé des types de soins auxquels il a droit. Dans les centres d'accueil, le rôle de l'infirmier(e) est essentiel ; il (elle) est le relai entre le résident et le médecin. Il (elle) a une certaine autonomie et un pouvoir dans la mesure où il filtre les demandes ; les infirmier(e)s se chargent aussi de distribuer les médicaments sur prescription, de conserver et de suivre les dossiers médicaux, de rendre compte au médecin, de prendre les rendez-vous avec les prestataires extérieurs au centre, de prendre les rendez-vous avec le Service d'interprétariat social (Setis) pour ces consultations externes, etc. En pratique, pour des raisons d'organisation, le week-end par exemple, ou pour éviter des abus, le résident doit aller chercher ses médicaments dans une boîte à son nom, à la réception (permanence) du centre.

Un dossier médical du résident est constitué. En principe, seul le personnel médical lié par le secret professionnel médical peut avoir accès au dossier médical. L'autonomie des infirmier(e)s en centre Croix Rouge semble plus grande que dans les centres Fedasil car dans ceux-ci le médecin est très présent et centralise de près le suivi médical. En cas de transfert vers un autre centre, le dossier médical est transmis.

La communication entre médecin et résident mérite une attention particulière. Habituellement, les services médicaux ne font pas appel au Service d'interprétariat social (Setis). Parfois ils téléphonent au Setis, mais le plus souvent c'est la débrouille et le résident se fait accompagner par un membre de sa famille ou un autre résident, ce qui peut poser des problèmes de confidentialité et de confiance.

Sur avis du médecin traitant, le plus souvent après avis du médecin coordinateur de Fedasil, le Dispatching Fedasil peut modifier ou supprimer le lieu de résidence si l'état de santé du résident le justifie. Un tel transfert doit en principe permettre au résident de vivre dans une structure d'accueil mieux adaptée à ses besoins médicaux (personnes gravement malades, personnes dans une chaise roulante, personne aveugle, etc.).

Au niveau des ressources humaines dans les centres d'accueil, il y a souvent une forte implication et un sens aigu des responsabilités parmi le personnel soignant et le personnel médical fait preuve d'une attitude ouverte et respectueuse à l'égard des résidents. En général, le personnel est assez stable. Pour les résidents qui vivent longtemps dans un centre, une relation de confiance s'établit. Ici ou là, on rencontre du personnel moins motivé.

Le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers et assistants sociaux est un atout du point de vue de l'approche globale de la situation du résident, particulièrement dans les centres Croix-Rouge où ont lieu des réunions de concertation régulières. Travailler avec ce public et avec ces problématiques est très stressant, d'autant plus dans le contexte de la politique d'asile et d'accueil récente qui implique de s'investir énormément, ce que tout le monde n'est pas prêt à faire.

Travailler dans un contexte difficile nécessite une formation complémentaire (en matière de communication, cours de langues, gestion des conflits, formations anthropologiques, etc.) ainsi que des interventions et des échanges d'expérience entre les membres du personnel soignant.

Au niveau de l'organisation du travail, les résidents ont en général facilement accès au médecin via l'infirmier, surtout dans les centres Fedasil où le médecin est toujours le même. Dans les centres Croix-Rouge, le médecin est extérieur au centre et est moins directement accessible.

Devant les problèmes médicaux mineurs, l'infirmier joue un rôle de filtre, car le médecin ne peut recevoir tout le monde. Ceci peut constituer un risque en cas d'urgence ou de problème médical complexe non détecté à temps. En principe, le souci budgétaire ne doit pas limiter l'accès aux soins de qualité et à la continuité des soins. Le dossier médical a ici toute son importance, particulièrement en cas de transfert d'un centre à un autre, ou lorsque la personne quitte le centre ; l'infirmier pose des actes mais le médecin garde la responsabilité médicale finale pour tout soin dispensé.

En général, le secret médical est bien respecté et si le résident a besoin de voir un spécialiste, il n'y a pas de problème.

4.4 Difficultés

- La tuberculose est également une pathologie fréquente parmi les demandeurs d'asile. L'accueil spécialisé de ces patients est compliqué.
- Parfois le personnel se sent débordé devant le nombre élevé de résidents à suivre, compte tenu de la taille de l'équipe. Il n'y a pas beaucoup de contrôle externe, et vu la situation de dépendance des demandeurs d'asile en centre, ceux-ci peuvent parfois percevoir les décisions du personnel comme arbitraire ou comme un abus de pouvoir.

- Le personnel se sent en général assez isolé et livré à lui-même, sans encadrement ou formation continue suffisante, surtout devant certaines problématiques. L'accueil et les soins sont en effet particulièrement délicats avec les cas dit « difficiles »: les patients psychiatriques, c'est-à-dire avec des pathologies graves telles que psychose ou schizophrénie, les résidents qui présentent un problème de toxicomanie, ou des problèmes de comportement ou d'agressivité, etc. Dans ces cas, en principe, un accueil adapté doit être organisé, mais parfois après plusieurs transferts disciplinaires, ils deviennent incasables ! Il n'y a pas d'accueil spécifique prévu pour les patients psychiatriques. A Fedasil, il a été question depuis longtemps de créer un centre spécialisé, mais déontologiquement cela pose question. Parmi les cas psychiatriques, on range, à tort selon nous, les personnes (les hommes en particulier) qui souffrent des symptômes d'un syndrome psycho-traumatique parmi lesquels il y a parfois, précisément, des passages à l'acte d'automutilation ou agressif et/ou d'abus de substance (drogue, alcool, etc.). Un symptôme de repli ou de prostration n'est pas dérangerant, mais une personne traumatisée ne doit pas être confondue avec un voyou dealer ou un délinquant.
- Même si le personnel soignant fait preuve d'une attitude respectueuse, humaine et aimable, certains résidents peuvent se montrer revendicateurs. Il y a parfois des problèmes de communication suite aux barrières linguistiques et aux différences culturelles. Certains résidents ont des attentes irréalistes vis-à-vis du personnel médical. Les médecins subissent une pression pour rédiger des certificats surtout lorsque le demandeur d'asile débouté cherche à obtenir une autorisation de séjour pour raison médicale, d'autant plus si cette demande est encouragée par l'avocat. Des douleurs que le résident considère comme grave sont parfois interprétée par le médecin comme une exagération ou une dramatisation, surtout dans certaines cultures. Dans les pays de l'ex-URSS, par exemple, consulter un spécialiste est chose courante tandis qu'en Belgique, c'est le généraliste qui prescrit un examen spécialisé, ce que le résident comprendra mal. Le sentiment de frustration qui en découle chez le résident peut entraîner des réactions agressives.
- Parfois, les résidents demandent trop de rendez-vous ou trop d'exams médicaux. Certains résidents ont tendance à vouloir souvent rencontrer le médecin. Ceci s'explique par le fait que le médecin est disponible, et que les résidents vivent dans un contexte de stress, d'oisiveté et de peur de l'avenir qui entraîne un mal-être physique et psychologique. La demande de rendez-vous médicaux s'explique aussi par un taux élevé de maladies

graves parmi les demandeurs d'asile, parfois venus en Belgique pour trouver des soins, ou pour une demande de certificat médical pour une demande de séjour pour raisons médicales (régularisation 9^{ter}). Ce type de demande a la don d'irriter les médecins lorsque ceux-ci jugent que la maladie n'est pas suffisamment grave pour fonder une demande de séjour, même si, c'est bien sûr au médecin de l'Office des Etrangers d'évaluer le bien-fondé de la demande sur la base du risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans son pays d'origine, du point de vue de la santé de la personne.

- Du point de vue de l'indépendance médicale et éthique, la distinction entre la responsabilité médicale du médecin et la responsabilité administrative du directeur du centre ou du CPAS doit être claire. Aux yeux du résident aussi, le médecin ne doit pas être perçu comme travaillant pour la direction ou pour l'Office des Etrangers, mais doit être perçu comme indépendant. Cette indépendance est sans doute plus claire pour les demandeurs d'asile qui sont accueillis en ILA et dont le médecin traitant est le médecin du village ou du quartier. Vu les collaborations officielles instaurées entre l'Office des étrangers et Fedasil, le médecin d'un centre d'accueil Fedasil pourrait parfois sentir un conflit entre l'intérêt du patient et l'intérêt de l'Etat belge.
- Comme le rappelle l'International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), il est essentiel, dans la procédure d'asile, d'identifier dès leur arrivée les victimes de torture afin de permettre une procédure appropriée ainsi qu'un accès effectif à des services offrant une aide globale et rapide, mais également afin de permettre une description adéquate des séquelles de torture via des rapports médicaux et psychologiques. Ces rapports médicaux détaillés et établis selon les lignes directrices du protocole d'Istanbul sont une information capitale dans l'évaluation de la demande d'asile par le Commissariat Général aux réfugiés et Apatrides (CGRA)⁴⁹. Pour l'identification rapide de demandeurs d'asile présentant une psycho-traumatisme, le questionnaire proposé par le projet « Protect »⁵⁰ est un précieux outil dont le personnel soignant ne devrait pas se priver.

4.5 Conclusion

Nous avons livré un point de vue basé sur une pratique de plus de 10 ans dans un service de santé mentale spécialisé. Idéalement, il serait intéressant

49 <http://www.ecre.org/component/content/article/57-policy-papers/248-ecrecommentsrecastapd2011.html>.

50 <http://www.parcours-exil.org/Conference-PROTECT.html>.

de procéder à une évaluation approfondie de l'organisation des soins au sein de chaque type de structure d'accueil (Fedasil, Croix-Rouge, ILA de CPAS, accueil privé partenaires du CIRE, etc.) par une instance indépendante.

Avec le recul, il nous paraît indéniable que, globalement, l'aide médicale aux demandeurs d'asile accueillis en structures d'accueil durant leur procédure d'asile fonctionne généralement très bien, hormis quelques obstacles ou difficultés décrites.

L'aide médicale doit tenir compte de la situation globale de la personne dans toutes ses dimensions, personnelles, familiales et socio-juridiques et sera plus efficace si elle s'inscrit dans un travail en réseau, qui respecte le secret professionnel (partagé). Le bien-être psychologique des résidents et un accueil humain réduit le risque de maladies, de tensions et de violences. Parallèlement, le soutien et la formation continue du personnel des structures d'accueil a un impact positif sur le bien-être au travail.

Dans les centres communautaires, surtout ceux situés en zone rurale où il y a peu de moyens de transport en commun, des facteurs tels que l'encadrement, la possibilité de faire un travail communautaire, de se former, de sortir à l'extérieur, de scolariser ses enfants et de bénéficier d'un soutien juridique efficace et professionnel diminuent l'impression de vivre dans une « prison ouverte », comme l'expriment certains demandeurs d'asile après plusieurs mois de vie en centre d'accueil collectif. La possibilité de reprendre un minimum de contrôle sur le cours de sa vie permet de retrouver dignité et estime de soi. Au contraire, l'oisiveté, la promiscuité, l'infantilisation et le sentiment d'impuissance, créent ou renforcent des symptômes dépressifs ou psychosomatiques (tels que maux de tête, insomnies, palpitations cardiaques, maux d'estomac, troubles de l'appétit, etc.). Si pour la direction du centre, la discipline et la sécurité priment sur l'aspect de l'accueil humain, la cohabitation sera plus difficile et le sentiment de frustration plus grand, avec pour conséquence indirecte, une augmentation des demandes de rendez-vous médicaux.

L'accueil individualisé dans des petites structures respecte davantage l'autonomie et l'intimité des demandeurs d'asile et permet une prise en charge plus individualisée et adaptée à leurs besoins (en termes de formations, d'études, de travail, de soins de santé, de suivi socio-juridique etc.).

L'accueil « à petite échelle » répond aux besoins particuliers de certaines personnes vulnérables (les familles, les mineurs étrangers non-accompagnés, les femmes seules avec enfants, les personnes handicapées ou malades, etc.). Les demandeurs d'asile ont ainsi droit à une vie privée, à des espaces de vie sépa-

rés et à des chambres distinctes pour les parents et les enfants. Comme le soulignait récemment le CIRE⁵¹, un système d'accueil suffisant, flexible et de qualité, à échelle humaine est un bon outil de prévention des maladies et des problèmes relationnels, d'anxiété et des problèmes de comportement.

A la crise de l'accueil où le réseau accueil était saturé, et qui a eu pour corollaire exclusion, précarisation et manque d'accès aux soins pour une part des demandeurs d'asile, a succédé une nouvelle ère. Avec des politiques migratoires et d'asile plus restrictives depuis la création d'un Secrétariat d'Etat à l'Asile et la Migration ayant entraîné une « rationalisation » des prises de décisions relatives à l'octroi du statut de réfugié et l'octroi du séjour, l'accueil a aussi évolué : procédures plus rapides, donc séjours plus courts, davantage de turnover des résidents, liste de pays sûrs, diminution du nombre de demandeurs d'asile, fermeture des centres créés en urgence lors de la crise de l'accueil, création des centres dit « retour », climat ambigu et de méfiance vis-à-vis des supposés « faux » demandeurs d'asile qui ne viendraient que pour « l'asile médical », limitation des examens chez les médecins spécialistes afin d'éviter les consultations visant l'obtention des rapports médicaux pour les demandes de séjour médical (9ter), refus systématique de l'Office des Etrangers d'octroi du séjour médical (9ter), restrictions budgétaires dans la politique d'accueil ; délivrance de l'ordre de quitter dès l'avis négatif du CGRA, augmentation des expulsions, etc. Gageons que le personnel soignant et autres professionnels de l'accueil des demandeurs d'asile ne fassent pas sienne cette politique restrictive, voire répressive, largement relayée par la presse et donc par l'opinion publique, qui tend à présenter les demandeurs d'asile, non comme des personnes en souffrance mais comme des étrangers illégaux qui abusent des droits et qui viennent profiter, semer le trouble et envahir nos foyers. Gageons que l'accueil reste d'abord humain et respectueux de la personne.

5. Entretien avec Mark Vanderveken, médecin coordinateur au siège de Fedasil

Pouvez-vous brièvement vous présenter ?

Je suis coordinateur médical à la maison mère de Fedasil et je m'occupe de tous ceux qui ne résident pas en centre, c'est-à-dire dans les ILA, ceux qui étaient dans les hôtels au moment de la crise, les no-shows, etc.

51 <http://cire.be/thematiques/accueil-demandeurs-dasile-et-retour-volontaire/accueil-des-demandeurs-dasile/861-communique-de-presse-30-juillet-2013-des-economies-oui-mais-pas-au-detrimet-du-modele-d-accueil-individuel>.

Quels sont les droits des demandeurs d'asile en matière d'accès aux soins ?

Il existe la loi de 2007 mais ça, ce sont les droits légaux, ça ne correspond pas à la réalité. La loi est très large et permet beaucoup mais tout le monde ne connaît pas le système.

Il faut aussi savoir qu'entre les soins de santé et la santé, il y a quand même une différence énorme. Les soins de santé contribuent un peu à la santé, mais ce qui fait la santé des gens, ce n'est pas le docteur, c'est tout le reste. Quand tous les autres aspects sont négligés, et c'est bien là le problème pour les exclus en général, que ce soit en terme de mobilité, de relationnel, de compréhension, de capacité d'expression et de possibilité d'être entendu ou en terme d'animation, c'est maigrichon. Donc évidemment leur santé ne va pas très bien. Car tout ça, c'est déjà 80 % de la santé des gens.

Y a-t-il un accès aux soins équitable pour tous les demandeurs d'asile ?

Ce ne n'est pas qu'on leur refuse d'accéder aux soins, mais c'est qu'on les rencontre trop peu. Quand ils arrivent ici, ils ne connaissent pas grand-chose au système. Ceux qui arrivent dans le collectif rencontrent un généraliste et à partir de ça, la personne est orientée au bon endroit. Mais ceux qui ne passent pas par le collectif au départ, ils vont aller à droite et à gauche. Il y en a qui se précipitent chez les spécialistes et qui collectionnent les soins. Souvent, c'est beaucoup de soins, mais pas toujours pour beaucoup plus de santé. Il faut un peu de coordination et de cohérence. Ce recours aux soins de façon trop dispersée n'est pas bénéfique pour ces derniers. Le problème, c'est plutôt que les gens ne comprennent pas le système et ils se demandent à quoi ils ont droit. Les choses devraient être plus claires.

Y a-t-il un accès aux soins différent en fonction de la structure dont ils dépendent ?

Pas fondamentalement je trouve. Mais quand après X mois, les gens ont droit à un centre individuel, ils vont le demander parce que vivre en centre n'est pas très agréable. En termes d'activité ou d'accompagnement, c'est terrible ! Moi je trouve que c'est là qu'ils devraient mettre le paquet. Je donne souvent cet exemple : comment rester parent si pendant 6 mois, on ne peut pas dire à son enfant : regarde ce que papa ou maman a préparé à manger ? Pour améliorer la santé de ces gens, ce ne sont pas les soins de santé l'essentiel mais autre chose, en terme d'activités, pour que les gens puissent reprendre confiance en eux.

Qu'en est-il de l'accès aux soins préventifs ?

Pour les soins préventifs, c'est proche de zéro. Moi je suis là pour faire de la santé, donc je réponds à un éventuel problème mais je suis incapable de dire comment vont ces gens. Il n'y a pas de bilan de départ qui soit fait de manière systématique. Certains vont se focaliser sur les maladies infectieuses alors que d'autres vont se limiter aux plaintes et aux demandes du patient. Il y a très peu qui est fait en terme de santé mentale, alors que c'est quand même le plus gros du paquet. Comment offrir des services qui répondent à des besoins de santé si on ne les connaît même pas ? Alors pour celui qui dit qu'il a mal au dos, il y en a un qui va l'amener chez l'interprète pour que la tension passe et un autre qui va l'amener chez un radiologue. Je suis frappé de voir qu'en Belgique, on ne sait rien de leur santé mentale et quand on va en Hollande, on voit que plus de la moitié des gens ont été identifiés comme ayant fait l'expérience d'un trauma. Si on sait ça, on peut mettre des choses en place mais si on ne le sait pas, on risque de se retrouver face à des gens qui pètent les plombs. Un demandeur d'asile, ce n'est pas n'importe qui ! Chez nous, on ne fait pas de bilans systématiques avec les patients. Quand ils sont malades, il faut les soigner, et voilà. Les soins ne sont pas orientés en fonction des caractéristiques d'un demandeur d'asile. Le demandeur d'asile, son problème principal est bien souvent lié à un trauma. C'est le trauma du départ, le trauma du voyage, puis le trauma de l'arrivée ici. Un parcours d'asile est quelque chose qui est loin d'être rose. Assurer l'accès aux soins préventifs demande aussi d'être sensibilisé aux caractéristiques culturelles du patient. Certains soignants se forment mais ce n'est pas systématique. Si j'interrogeais les soignants sur ce qu'ils savent de l'Afghanistan par exemple, je pense que les réponses seraient maigrichonnes.

Y a-t-il des obstacles financiers ?

Non je ne crois pas quand ils sont en centre. Des obstacles administratifs oui, ça peut être très lourd. Je trouve que le système des réquisitoires est lourd et pose beaucoup de problèmes. Parfois les médecins prescrivent des choses qui ne sont pas remboursées, alors quand après on leur dit qu'ils ne peuvent pas l'avoir, ça fait conflit... On ne peut pas mettre tout sur le réquisitoire tandis que sur une carte électronique, ce sont des choses que l'on peut tout de suite voir.

Les demandeurs d'asile sont-ils suffisamment informés quant à leurs droits en matière d'accès aux soins de santé ?

Ils ont bien souvent d'autres priorités donc ils ne s'informent pas. Il serait intéressant d'accompagner ces personnes-là. Au plus proche on est d'eux, au

mieux on peut apporter des réponses et ouvrir des portes quand les gens sont prêts à les pousser. Malheureusement en termes d'accompagnement, c'est une denrée rare. Pour moi, la question fondamentale est quand même de savoir ce qu'on entend par accueil. Fedasil est l'agence fédérale pour l'ACCUEIL des demandeurs d'asile. Quelles sont les composantes de l'accueil alors ? La santé en est-elle une composante ? Chacun a sa définition de l'accueil. Pour la santé c'est un peu banalisé mais on ne sait pas ce que ça couvre : la santé mentale ? Les soins préventifs ? Et à long terme ?

Pour moi l'accueil, c'est avant tout assurer la protection de la personne, et ensuite tenter de comprendre la personne. Mais en santé, il n'y a aucune évaluation ! On répond à des angoisses ou aux problèmes que présentent les patients mais on ne les connaît pas vraiment. Et pour cela il est nécessaire de faire appel à des interprètes, et pas uniquement pour les soins médicaux. Il faut permettre aux gens de parler. Et enfin l'accueil, c'est aussi accompagner.

Je pense que les services de santé dans les centres d'accueil remplissent bien cette fonction parce que les gens se confient aux professionnels de santé, et ça c'est déjà bien. Mais il faut surtout pouvoir se comprendre. Cette absence de monitoring de façon systématique, fait que la compréhension et la connaissance des gens sur le plan santé est évitée.

Il y en a qui sont très bien informés quant à leur accès aux soins mais ce n'est pas le fait de passer dans des machines et de multiplier les rendez-vous chez le spécialiste qui améliore pour autant leur santé. La question est moins quant à leurs droits en matière d'accès aux soins de santé que d'informations par rapport à la manière dont fonctionne le système et dont on peut l'utiliser pour obtenir un maximum de santé. Il y a aussi des caractéristiques culturelles dont il faut tenir compte. Il y a très peu de médiateurs culturels. J'ai entendu tellement de fois des psychiatres dire, après 10 consultations : « on ne s'est toujours pas compris ! » Et cela coûte un argent fou ! L'interprète pourrait faciliter les choses. Et pourtant ces budgets sont coupés en deux. Les interprètes et la formation interculturelle des soignants sont deux choses qui permettraient de lever les obstacles culturels dans les soins aux migrants. Mais on fait encore très peu pour ça.

Moi je fais systématiquement appel à des traducteurs mais tout le monde ne le fait pas. Certains pensent peut-être que cela coûterait trop cher mais il faut dire aussi que le système peut être difficile à mettre en route. Il faut un numéro de code, appeler, mais les gens ne connaissent pas ce numéro, alors les gens ne le font pas. Il faudrait pouvoir simplement appeler le Setis sans nécessairement passer par tous ces codes.

La période de demande d'asile en plusieurs phases, c'est terrible. Il faut déjà des mois pour mettre le travail en route ! Ça met du temps pour commencer à établir une relation, trouver les interprètes, etc., et quand on commence un travail et qu'on sent que les choses se mettent en place... tout d'un coup, le patient disparaît, c'est terminé ! Beaucoup de médecins sont très découragés par ça. Les transferts c'est terrible pour ça. Il faut freiner les migrations à l'intérieur de la Belgique. Ils ont suffisamment migrés quoi, ils ont besoin de stabilité ! Mais le système mis en place par Fedasil n'est pas génial avec leurs « places retours » : un mois-là, puis quatre mois là-bas, etc.

Donc en résumé, je pense que la santé de ces migrants n'est pas très bien abordée. Il faut des soins et ils peuvent en effet en avoir autant qu'ils veulent mais c'est quand même mieux quand ils sont coordonnés et régulés par une même personne qui est proche d'eux. Il est nécessaire d'avoir des régulateurs pour éviter qu'ils s'éparpillent, et surtout, il faut réfléchir à ce qui fait vraiment la santé de ces gens. Dans certains centres, ils ont placés des gens attentifs à ceux qui ne disent rien et qui n'ont pas l'air bien, qui recueillent les échos de travailleurs sociaux. Quand on met des gens pour aller à la rencontre de ces gens-là, comme les accompagner au marché ou prendre le thé avec eux, on voit que le recours aux consultations médicales diminue. Ce ne sont pas que les soins de santé qui font la santé des gens.

Qu'est-ce qui fait la santé des demandeurs d'asile ? D'être compris, et d'être compris au-delà des mots. Il faut pour ça des médiateurs culturels ! Et ça, c'est un investissement qui coûte moins cher que les docteurs et qui est plus efficace ! Mais...il n'y pas de nomenclature INAMI pour ça.

Le problème avec les demandeurs d'asile, c'est aussi de pouvoir appréhender l'après... Bien souvent après le centre ils deviennent réfugiés ou illégaux. Comment prépare-t-on cet après ? S'occuper de ces personnes, ce n'est pas que leur fournir des soins ici. Il faut le faire, mais il faut aussi penser à l'après. L'accès aux soins est pour moi une question trop partielle. Ça joue pour tous les exclus, on privilégie l'accès aux soins parce que c'est normé quoi... mais la santé est largement hors normes.

Le principal intérêt pour les gens est avant tout de s'intéresser à eux et puis de voir si éventuellement il faut leur fournir des soins de santé. Mais on ne peut s'occuper que des soins de santé sans prendre en compte l'accompagnement global de la personne. D'abord parce qu'on ne fait alors que multiplier les soins par quatre et ensuite, parce qu'on n'a guère d'impact sur la santé des gens.

6. Les « no-shows »

Collaborateurs de l'Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, de l'Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, du Kruispunt Migratie-Integratie et de l'asbl Medimmigrant

6.1 Aperçu de la situation

Si les demandeurs d'asile peuvent choisir de résider en dehors de la structure d'accueil désignée, Fedasil demeure néanmoins compétente pour le paiement des frais médicaux. En 2007, la « Cellule frais médicaux » a ainsi été créée afin de faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile « no-shows ». Au lieu de se rendre au centre d'accueil désigné pour le paiement des frais médicaux un réquisitoire doit être demandé auprès de la « Cellule frais médicaux ». La demande de réquisitoire peut être introduite par un soignant, une organisation sociale ou le patient lui-même et doit se faire avant la consultation médicale. Si le réquisitoire n'a pas été demandé à temps, le soignant a la possibilité, en cas de frais médicaux urgents, de joindre à la facture une attestation de soins « urgents » pour obtenir le remboursement de Fedasil.

Voici quelques problèmes récurrents liés au paiement des frais médicaux des demandeurs d'asile « no-shows » :

6.2 Difficultés liées au fonctionnement de la Cellule « Frais Médicaux » de Fedasil

1. Les demandeurs d'asile « no-shows » et les soignants ne sont bien souvent pas au courant du fait qu'ils doivent demander, préalablement à la consultation, un réquisitoire auprès de la Cellule « Frais Médicaux » de Fedasil. Ceux qui sont au courant ne disposent pas toujours de l'infrastructure nécessaire (fax ou Internet) pour effectuer ces démarches.
2. Le réquisitoire ne peut être fourni qu'une semaine *avant* la consultation. Cela crée une incertitude autour du paiement des soins pour le prestataire et le patient et cela peut empêcher l'organisation pratique des soins.
3. Le soignant et le patient dépendent fortement de *l'accessibilité* et de la rapidité de réponse de la « Cellule frais médicaux ». Ce n'est pas toujours évident.

4. *La continuité des soins médicaux n'est pas assurée* étant donné que la Cellule « Frais Médicaux » n'octroie plus de réquisitoire à partir du moment où le statut de la personne concernée est modifié (la demande est par exemple déboutée ou la personne est reconnue comme réfugié). Une autre modalité de paiement est alors applicable, comme par exemple l'intervention de l'assurance maladie, mais dans la pratique, celle-ci ne se déroule pas toujours comme souhaité.

6.3 Besoin de plus de clarté pour les soignants

Le droit à l'assurance et au remboursement des frais médicaux dépend souvent du statut de séjour de l'étranger. Nous avons esquissé quelques difficultés ci-dessus, mais il reste difficile pour les soignants de vérifier le statut de séjour du patient, de savoir quel mode de paiement est applicable et quel « package » de soins médicaux cela couvre. Les demandeurs d'asile qui résident dans une structure d'accueil collective peuvent la plupart du temps consulter le médecin du centre. Les demandeurs d'asile « no-shows » par contre, forment un groupe extrêmement vulnérable sur le plan de l'accès aux soins, à cause de leur « invisibilité » et du manque d'accompagnement social. C'est la raison pour laquelle des mesures à court terme sont nécessaires.

6.4 Quelques propositions pour améliorer le système d'accès aux soins pour les « no-shows »

6.4.1 Proposition visant à introduire un document d'information pour les demandeurs d'asile « no-shows »

Les demandeurs d'asile et les soignants ne sont souvent pas au courant du règlement relatif au paiement des frais médicaux par la Cellule médicale de Fedasil. Pour informer les soignants des démarches administratives nécessaires, le demandeur d'asile « no-show » pourrait apporter un document informatif expliquant le fonctionnement général de la Cellule « Frais Médicaux » de Fedasil.

Ce document regrouperait toutes les informations nécessaires au médecin pour qu'il puisse régler le paiement des soins médicaux :

- le type de soins médicaux auxquels le demandeur d'asile a droit selon la loi sur l'accueil et l'A.R. du 9 avril 2007 ;
- les modalités de paiement ;

- le délai durant lequel la Cellule Médicale de Fedasil doit être contactée pour un réquisitoire ;
- la façon dont on réfère un patient.

Ce document informatif pourrait être introduit au moment où le demandeur d'asile informe l'Office des Etrangers ou Fedasil du fait qu'il a choisi de ne pas résider dans le centre d'accueil désigné. Ce document pourrait également être consultable sur le site de Fedasil.

6.4.2 Proposition visant à introduire un réquisitoire valable pendant un mois pour les demandeurs d'asile « no-shows »

Ce réquisitoire pourrait être introduit au moment où le demandeur d'asile informe l'Office des Etrangers ou Fedasil de son choix de ne pas résider dans le centre d'accueil désigné. Cela peut être le jour de la demande d'asile, mais aussi au cas d'un besoin de soins médicaux pendant la procédure.

Le réquisitoire serait valable un mois et doté d'une photo de la personne concernée (tout comme sur son annexe 25/26). Il mentionnerait de préférence aussi le nom d'un médecin généraliste qui pourrait être choisi par le demandeur d'asile. Ce système (par analogie avec le dossier médical global) renforcerait le lien entre le patient et le médecin généraliste.

Le médecin généraliste signerait une note d'accord avec Fedasil qui, avec le réquisitoire, serait délivrée par Fedasil au demandeur d'asile. Cette note d'accord, qui pourrait également être téléchargée sur le site de Fedasil mentionnerait les éléments suivants :

- le type de soins médicaux auxquels le demandeur d'asile a droit selon la loi sur l'accueil et l'A.R. de 9 avril 2007 ;
- les modalités de paiement ;
- la période de validité du réquisitoire (de préférence un mois) ;
- la façon dont le médecin peut référer un patient.

Le médecin généraliste pourrait, pendant la durée de validité du réquisitoire, envoyer le patient, de manière autonome, vers un établissement de soins, un spécialiste ou un pharmacien. Le réquisitoire de Fedasil s'appliquerait ainsi également pour le soignant chez qui le patient aurait été référé.

Le règlement actuel resterait applicable pour les demandeurs d'asile qui n'opéreraient pas pour un prestataire de soins fixe.

Le soignant ou le demandeur d'asile doit préalablement aux soins médicaux contacter la Cellule « Frais Médicaux » de Fedasil pour un réquisitoire. Au cas où ce serait impossible, le soignant devrait en plus de la facture transmettre également une attestation des soins d'urgence auprès de Fedasil. Si le demandeur d'asile, selon la loi sur l'accueil, a droit aux soins médicaux, Fedasil payera les frais au soignant ou au pharmacien.

Les avantages d'un réquisitoire de Fedasil :

1. le soignant peut déduire du réquisitoire que Fedasil est compétent pour le paiement des frais médicaux. Cela peut diminuer la charge de travail et simplifier les démarches administratives tant pour le soignant que pour la personne concernée ;
2. travailler avec un médecin généraliste fixe a comme avantage que les données médicales sont regroupées et gardées en un seul lieu. Les traitements inutiles et la répétition des examens peuvent ainsi être évités ce qui engendre un effet économique. De plus, l'échange des données et la référence d'un patient vers d'autres soignants (par exemple pour une hospitalisation) se déroulent plus rapidement ;
3. Fedasil peut octroyer immédiatement le réquisitoire pour une période déterminée ce qui garantit la continuité des soins et favorise le lien avec les soins de santé primaire moins coûteux (médecin généraliste plutôt que les urgences d'un hôpital).

6.4.3 Participer à Mediprima, une bonne idée pour le demandeur d'asile, Fedasil et le soignant ?

Le SPP Intégration Sociale lance en automne 2013 un système informatisé Mediprima, dans laquelle les soignants pourront retrouver l'ensemble des informations requises sur la base du numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS). Actuellement, ce système contient uniquement les informations liées au paiement des frais médicaux géré par le CPAS. Il s'agit notamment des demandeurs d'asile qui résident dans une initiative locale d'accueil, des personnes dont la demande de séjour pour raisons médicales (9^{ter}) a été déclarée recevable et des personnes en séjour irrégulier qui demandent une intervention médicale dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU). Le CPAS effectue une enquête sociale auprès du demandeur d'aide, introduit la décision prise dans le système informatisé et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) paie au soignant les frais pris en charge par le SPP Intégration Sociale.

Mediprima ne contient actuellement aucune information concernant le paiement des frais médicaux des demandeurs d'asile « no-shows » ou résidant dans une structure d'accueil collective. Si « Mediprima » incluait également les demandeurs d'asile pris en charge par Fedasil, cela apporterait une plus-value énorme pour Fedasil, les soignants et les étrangers eux-mêmes. Les soignants auraient de cette façon une information plus claire sur le paiement des frais médicaux : qui est compétent pour le remboursement, quels sont les frais pris en charge et quelles sont les démarches administratives nécessaires ? Cela simplifierait les démarches administratives de façon considérable. Nombreux soignants se seront en effet déjà familiarisés avec ce mode d'emploi puisqu'il sera appliqué pour les patients CPAS.

Fedasil pourrait vite adapter ses décisions de prise en charge des soins lorsqu'il y a des changements de statut de séjour. Une balance entre une garantie de paiement déjà octroyée au soignant et une réponse rapide à un changement du statut de séjour serait ainsi trouvée.

Ce système, en plus d'être adaptable et flexible, protège également de la fraude. La décision finale de prise en charge des soins se retrouve dans le système informatisé. La personne concernée montre son formulaire d'information (photo incluse) avec le numéro NISS. La décision ne peut pas être modifiée par la personne concernée ou par le soignant.

7. Conclusion

Pour les soignants et les demandeurs d'asile « no-shows », il n'est pas toujours évident de savoir si c'est Fedasil qui prend en charge les soins médicaux. Si l'évaluation de Mediprima est positive, Fedasil pourrait tenter de rejoindre le système informatisé « Mediprima » grâce auquel les soignants pourraient vérifier, sur la base du numéro NISS du demandeur d'asile, quelle mode de paiement est applicable. Cette banque de données pourrait faciliter les soins médicaux accordés aux demandeurs d'asile.

Afin de clarifier à court terme le remboursement des frais médicaux des demandeurs d'asile, Fedasil pourrait utiliser un document d'information pour les demandeurs « no-shows » et un réquisitoire d'un mois. Cela simplifierait les démarches administratives et diminuerait la charge de travail. Le recours à un médecin généraliste fixe serait ainsi également encouragé.

C. Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité

Ivan DECHAMPS⁵² (Union Nationales des Mutualités Socialistes) et Eric COLLE⁵³ (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)

Résumé

La Belgique dispose d'un système de protection sociale combinant un principe assurantiel (la sécurité sociale) et un principe assistanciel (l'aide sociale).

En matière de soins de santé, ces deux principes soutiennent l'assurance obligatoire soins de santé, d'une part, l'aide médicale fournie par les CPAS, d'autre part.

Au fil du temps, la couverture assurantienne (financée par les cotisations des travailleurs et des employeurs) fut élargie à de nouvelles catégories de population, de sorte que 99 % de la population est actuellement couverte. Toutefois, certaines personnes n'entrent pas dans cette couverture ou en sortent pour diverses raisons. L'article présente les règles d'assurabilité et analyse les raisons d'exclusion de l'AO soins de santé ainsi que les modes de réintroduction dans la sécurité sociale.

1. Contexte : la protection sociale (sécurité sociale et assistance sociale)

Après bien des luttes, des négociations, des discussions et des études, la Belgique dispose d'un système quasi-universel, complet et relativement performant de protection sociale combinant un principe assurantiel (qui fonde la sécurité sociale) et un principe assistanciel (qui fonde l'assistance sociale ou, mieux, l'aide sociale *sensu lato*).

Ce système de protection sociale est quasi-universel car il couvre la majeure partie de la population belge par ses divers régimes (régime général et régimes salariés particuliers, régime des travailleurs indépendants, fonction publique) et la protège de la plupart des risques de dégradation de conditions matérielles d'existence grâce à ses diverses branches (soins de santé, incapacité de travail et maternité, chômage, prestations familiales, maladies professionnelles, accidents du travail, âge, régimes résiduels).

52 Conseiller en travail social, Direction Service social, Union nationale des Mutualités socialistes-Solidaris.

53 Directeur du service social de la Mutualité Saint-Michel, Alliance nationale des Mutualités chrétiennes.

Ce système est complet car il agit sur deux axes à la fois :

1. le travail : il mutualise la réparation des risques liés au travail (c'est la sécurité sociale de type bismarckien, c'est-à-dire financée essentiellement par les cotisations des travailleurs et des employeurs⁵⁴: assurance obligatoire soins de santé et indemnités, assurance chômage⁵⁵, prestations familiales, maladies professionnelles, accidents du travail, pensions de retraite et de survie);
2. le besoin : il solidarise, sur la base d'une enquête préliminaire sur les ressources, la réparation des risques encourus pas les personnes qui ne travaillent pas ou pas assez (c'est l'aide sociale *s.l.* financée par l'impôt progressif : revenu d'intégration sociale (RIS), aide sociale *sensu stricto*, garantie de revenus aux personnes âgées, allocations aux personnes handicapées (AH), prestations familiales garanties (PFG).

Ce système est relativement performant (« relativement » car il n'est pas sans failles) puisque la statistique européenne (EU-SILC 2011) nous dévoile un taux de risque de pauvreté (15,3 %) situé quand même en-deçà de la moyenne européenne (UE-27 : 16,9 %), qui serait beaucoup plus élevé s'il n'y avait les transferts sociaux : sans eux (mais avec les régimes de pensions actuels) 27,8 % de la population belge vivraient dans la pauvreté (si toutes les allocations étaient supprimées, y compris les pensions de retraite et de survie, ce chiffre serait de 42 %) ⁵⁶.

54 Mais pas uniquement. Le financement provient aussi, pour une moindre part (environ 40 %), de l'Etat fédéral (subventions directes, recettes affectées à l'INAMI par prélèvement sur l'assurance automobile ou l'assurance contre les accidents de travail, financement alternatif issu de la TVA, des accises sur le tabac ou de la taxe sur les *stocks-options*, cotisation spéciale de sécurité sociale établie selon l'IPP dû par le contribuable).

55 Avec la particularité que sont les allocations d'insertion (anciennement allocations d'attente) accordées aux jeunes ayant terminé certaines études sans avoir travaillé pour autant, ni cotisé à l'assurance chômage.

56 Avec d'amples variations régionales: 19,2 % en Wallonie et 9,8 % en Flandre en 2011; 28,2 % en Région de Bruxelles-Capitale en 2007 (derniers chiffres EU-SILC disponibles pour cette Région). De 2004 à 2011, cette performance globale ne se détériore pas: elle fluctue entre 14,3 % et 15,3 % (entre 17 % et 19,2 % en Wallonie, 10,8 % et 9,8 % en Flandre, 27 % et 28,2 % à Bruxelles – de 2004 à 2007 pour cette Région). Voir les sites Internet www.luttepauvrete.be, <http://statbel.fgov.be> et www.mi-is.be (baromètre interfédéral de la pauvreté) (mai 2013).

2. L'assurance obligatoire soins de santé : entrée et sortie du système

La protection sociale assurantielle en matière de soins de santé est organisée en régimes différents selon que l'assujetti travaille comme salarié⁵⁷ ou comme fonctionnaire (régime général) ou encore comme indépendant (régime des travailleurs indépendants). Ses principes généraux sont fixés par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi que par l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les règles d'assurabilité ont varié au fil du temps et se caractérisent par leur extension continue à diverses catégories de la population. De sorte qu'environ 99 % de la population belge est assurée en soins de santé⁵⁸. Historiquement, l'appartenance au monde du travail salarié a constitué la première porte d'entrée au régime de la sécurité sociale et plus spécifiquement, à celui de l'assurance maladie.

Au fil des ans, progressivement, le système a été étendu à d'autres catégories de la population : travailleurs indépendants, chômeurs, pensionnés, personnes handicapées... de sorte que pratiquement l'ensemble de la population puisse être couverte et bénéficier d'un remboursement des frais médicaux. Depuis 1998, suite à une importante réforme de la législation, le simple fait d'être inscrit comme résident en Belgique suffit pour ouvrir un droit à une couverture mutuelle. Cette possibilité est considérée comme résiduaire par rapport aux autres.

La réglementation énumère la liste des qualités possibles permettant d'ouvrir et de conserver le droit à l'assurance obligatoire soins de santé. Pour ouvrir le droit aux remboursements des soins de santé, il est donc indispensable de répondre à une ou plusieurs des qualités énumérées ci-après (art. 32 L. Coord. 1994):

- les travailleurs salariés ;
- les travailleurs indépendants et les aidants⁵⁹;

57 Il existe des régimes particuliers pour les marins de la marine marchande et les ouvriers mineurs.

58 SPF Sécurité sociale, *Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*, Bruxelles, 2011, p. 195. Disponible en téléchargement sur le site www.socialsecurity.fgov.be (mai 2013).

59 Depuis le 1^{er} janvier 2008, les travailleurs indépendants bénéficient du même remboursement des soins de santé que les travailleurs salariés. La distinction entre les petits risques et les gros risques n'existe plus.

- les travailleurs salariés ou indépendants reconnus incapables de travailler ou les travailleuses salariées ou indépendantes en repos de maternité ;
- les travailleurs en chômage contrôlé (ils relèvent du régime général);
- les travailleurs qui, se trouvant dans une situation sociale digne d'intérêt, cessent d'être assujettis à la législation belge concernant la sécurité sociale des travailleurs⁶⁰ (ils relèvent du régime général);
- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée et les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale en cas de faillite ;
- les travailleurs ayant droit à une pension de retraite ;
- les travailleurs ayant droit, en qualité d'ouvriers mineurs, à une pension d'invalidité ou à une pension de retraite ;
- les agents statutaires des services publics, qu'ils soient en activité ou retraités (y compris les enseignants, les militaires de carrière, les agents de la SNCB... – ils relèvent du régime général);
- les travailleurs indépendants qui ont atteint l'âge normal de la pension et qui justifient d'au moins une année d'activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant et les travailleurs indépendants qui, en cette qualité, bénéficient d'une pension de retraite ayant pris cours avant qu'ils atteignent l'âge normal de la pension ;
- les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif, à partir de l'âge de 15 ans ;
- les étudiants qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour (ils relèvent du régime général);
- les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques (TRN)⁶¹ (elles relèvent du régime général);
- les veufs et les veuves des titulaires énumérés *supra* ;
- les enfants des titulaires énumérés *supra*, orphelins de père et de mère et bénéficiant d'allocations familiales ;
- les membres des communautés religieuses (ils relèvent du régime des travailleurs indépendants);
- les mineurs d'âge étrangers non accompagnés (MENA – ils relèvent du régime général).

60 Dans ce cas, le bénéfice du droit aux prestations de santé est limité à une période déterminée, appelée « période d'assurance continuée ».

61 Sont cependant exclues les personnes qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé ainsi que les étrangers qui ne sont pas de plein droit autorisés à séjourner plus de trois mois dans le royaume ou qui ne sont pas autorisés à s'établir ou à séjourner plus de six mois.

Par ailleurs, certaines personnes peuvent bénéficier du remboursement des soins de santé en étant à charge de ces titulaires (pour autant qu'elles partagent une résidence commune avec eux, à l'exception des enfants qui peuvent ne pas résider avec le/la titulaire) (art. 123, A.R. 1996):

- le conjoint du/de la titulaire⁶²;
- la personne qui cohabite avec le/la titulaire⁶³;
- les enfants de moins de 25 ans, suivants :
 - (a) les enfants et enfants adoptés du/de la titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci/celle-ci est mentionné ;
 - (b) les enfants et les enfants adoptés du conjoint du/de la titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien ;
 - (c) les enfants et enfants adoptés de la personne à charge du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de cette personne est mentionné lorsque cette personne en assume l'entretien ;
 - (d) les petits-enfants et arrière-petits-enfants du/de la titulaire, de son conjoint, de son cohabitant ou de son ascendant visé lorsque ce/cette titulaire assume l'entretien de ces enfants ;
 - (e) les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants du conjoint du/de la titulaire ou ceux de son cohabitant ou de son ascendant dont ce titulaire assume l'entretien après le décès de ce conjoint ou de cette personne ;
 - (f) les enfants qui ont leur résidence principale en Belgique et qui ne sont pas visés aux points (a) à (e) inclus dont le titulaire, son conjoint, son cohabitant ou son ascendant assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge ;
- les ascendants du/de la titulaire ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.

62 Le conjoint séparé de fait ou séparé de corps peut être personne à charge s'il assume l'entretien d'au moins un enfant considéré comme personne à charge ou s'il a obtenu une pension alimentaire, soit par décision judiciaire, soit par acte notarié ou par acte sous seing privé, déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel ou s'il est autorisé à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint en vertu de l'article 221 C. civ. ou encore s'il bénéficie d'une pension accordée, en vertu d'une disposition légale, au conjoint séparé.

63 Toutefois, cette personne ne peut être à charge lorsque le conjoint du titulaire a lui-même la qualité de personne à charge ou lorsque le conjoint, titulaire lui-même, vit sous le même toit que le titulaire.

Et pourtant, les habitants de la Belgique ne sont pas égaux, ni devant la santé – c’est évident –, ni devant l’accès aux soins – ce l’est moins. Sans approfondir la question des bénéficiaires de l’aide sociale *s.l.*, ni celle des obstacles financiers à l’accès aux soins de santé – qui font l’objet de contributions spécifiques dans le présent livre vert –, nous consacrerons notre réflexion aux assujettis à la sécurité sociale qui, pour diverses raisons, ne bénéficient pas de remboursements en soins de santé car ils n’entrent pas ou plus dans le cadre de l’assurance sociale.

Comme les bénéficiaires de l’aide sociale *s.l.*, ces personnes dépendront à leur tour de l’aide médicale ou financière prévue aux articles 57 et 60 de la loi organique des centres publics d’action sociale du 8 juillet 1976. Et donc, elles relèveront d’un mécanisme d’accès aux soins de santé caractérisé par sa diversité et non, comme c’est le cas en sécurité sociale, par son uniformité. En effet, l’aide médicale octroyée par les centres publics d’action sociale (CPAS) l’est sur la base d’une analyse au cas par cas, d’une analyse individuelle censée respecter la dignité du demandeur (art. 1^{er}, L. organique 1976), ainsi que d’une décision prise par un organisme souverain⁶⁴ compétent sur une base territoriale communale qui s’exprimera soit par l’octroi d’une aide limitée, de réquisitoires ciblés, soit d’une carte médicale comprenant des prestations variables selon le CPAS compétent⁶⁵.

3. Quelles sont les règles d’assurabilité et comment peut-on sortir du cadre de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités ?

Pour bénéficier du remboursement des soins de santé, il faut, on l’a dit, être assujetti à la sécurité sociale, soit des travailleurs salariés, soit des travailleurs indépendants. Mais il faut aussi satisfaire d’autres conditions qui permettent de conserver le droit lié à la qualité acquise.

- L’inscription : il faut que l’assujetti s’inscrive pour la première fois en tant que titulaire auprès d’un organisme assureur (*i.e.* une mutualité ou, à défaut, auprès de la Caisse auxiliaire d’assurances maladie-invalidité – CAAMI). L’inscription prend cours au début du trimestre de la date où la qualité de titulaire est acquise.

64 Ses décisions sont susceptibles de recours auprès du tribunal du travail.

65 Voir D. CHAOUÏ Mezabi, *Rapport d’observation des CPAS en matière de carte médicale*, Bruxelles, Université de Liège-SPP Intégration sociale, 2011, 28 p. Disponible en téléchargement sur le site www.mi-is.be (mai 2013).

Lorsque la première inscription n'est plus valide, qu'il y a perte de droit au remboursement des soins de santé parce que la précédente inscription est échuë en raison de l'irrespect de l'obligation de paiement des cotisations, l'assujetti doit se réinscrire et cela au plus tôt après une période de deux ans sans droit⁶⁶. En ce cas, sauf dispense, une période de stage est prévue, d'une durée de six mois, pendant laquelle aucun droit au remboursement n'est possible. Toutefois, les exceptions sont telles que quasi personne n'a à accomplir ce stage consécutif à une réinscription⁶⁷.

Exemple 1 : une personne s'inscrit auprès d'une mutualité le 01/02/2013 (dans n'importe quelle qualité). Elle reçoit un premier droit jusqu'au 31/12/2014.

En 2014, le droit annuel ne peut être prolongé pour l'année 2015. C'est la première année sans droit.

En 2015, le droit annuel ne peut être prolongé pour l'année 2016. C'est la deuxième année sans droit.

A partir du 1^{er} janvier 2017, il y a réinscription avec stage éventuel.

Exemple 2 : le 01/08/2013, une personne se présente auprès d'une mutualité et demande son inscription en tant que titulaire inscrit au registre national. Cela concerne une réinscription.

Dans les six mois précédant son inscription (01/01/2013 au 30/06/2013, puisque l'inscription prend cours au début du trimestre), il n'existait aucun droit aux soins de santé.

L'intéressée doit accomplir un stage du 01/07/2013 au 31/12/2013. Lorsque les conditions relatives au stage sont remplies, le droit est ouvert à partir du 01/01/2014 et est accordé jusqu'au 31/12/2015.

- *La cotisation :* il faut que des cotisations à l'assurance obligatoire (AO) soins de santé soient payées, soit en étant retenues à la source sur la base de la rémunération perçue par le travailleur salarié, soit en étant versées par le travailleur indépendant à sa caisse d'assurances sociales, soit en étant

66 Autrement dit, l'inscription reste valable pour un délai qui court au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année suivant la dernière année où le titulaire avait encore droit aux prestations de santé.

67 Sont dispensés de stage, les bénéficiaires du RIS, de l'aide sociale équivalente au RIS, du revenu garanti aux personnes âgées, de la Grapa, des AH, d'allocations familiales majorées pour cause de handicap, les chômeurs de longue durée, les personnes handicapées, les pensionnés, veufs ou orphelins, les personnes présentant des cas dignes d'intérêt, etc.

versées trimestriellement par le titulaire qui n'est ni travailleur salarié, ni travailleur indépendant (cotisation de validation)⁶⁸.

La cotisation représente une valeur variant selon l'âge du titulaire au début de la période de référence⁶⁹. Lorsque la valeur requise n'est pas atteinte par le bon de cotisation (c'est-à-dire le document édité par l'Office national de sécurité sociale – ONSS) ou par les journées assimilées à des journées pour lesquelles des cotisations ont été effectivement payées⁷⁰, l'assujetti devra s'acquitter d'une cotisation complémentaire calculée sur la différence entre la valeur minimum à justifier et la valeur réellement justifiée⁷¹.

La cotisation permet l'octroi d'un droit annuel couvrant une période débutant un 1^{er} janvier et se terminant le 31 décembre (c'est-à-dire une année civile). C'est l'année de droit. Toutefois, lors d'une première inscription, le droit s'ouvre du premier jour du trimestre de la prise d'effet de l'inscription jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit. Le droit se prolonge ensuite par année civile.

Le droit annuel au remboursement des soins de santé est donc effectif une année civile durant mais il l'est sur la base de l'assurabilité d'une année de référence qui n'est pas l'année du droit effectif. Il n'est effectif que si l'assujetti a respecté les conditions de qualité (voir l'énumération *supra*) et les versements de cotisations deux ans avant l'année de droit (année de droit-2).

Exemple : Une personne s'inscrit en tant que salarié auprès d'une mutualité le 01/02/2013. Elle reçoit un premier droit jusqu'au 31/12/2014.

68 La cotisation de validation est requise pour les étudiants, les titulaires du registre national, les membres de communautés religieuses et les anciens colons.

69 En 2013, pour les titulaires de 21 ans et plus: 6.007,28 €; pour les titulaires de moins de 21 ans: 4.505,46 €.

70 Sont assimilées, les journées de chômage contrôlé, de repos légal d'accouchement, de repos postnatal prises par le père à la place de la mère, de travail domestique avec conservation de la qualité de salarié habituel, d'apprentissage de professions salariées, d'assurance continuée, de mission ou de service militaire à l'étranger, les journées pendant lesquelles le titulaire avait la qualité de personne à charge, de droit aux interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges autre que l'AO, de titulaire indépendant, de vacances annuelles légales, de promotion sociale, de grève reconnue ou de lock-out, de religieux, d'assurance faillite indépendants, de titulaire indépendant malade ou en invalidité ou en assurance continuée, etc. Une année complète compte 240 journées assimilées.

71 Si cette valeur est inférieure à 10 €, le complément de cotisation n'est pas exigé et le droit annuel accordé.

En 2014, le droit annuel ne peut être prolongé pour l'année 2015 car l'intéressée n'a pas payé le complément de cotisation dû pour l'année de référence 2013. 2015 est la première année sans droit.

En 2015, l'intéressée doit payer un complément de cotisation pour l'année de référence 2014. Si elle paie le complément de cotisation pour 2014, son droit est prolongé pour 2016 ; si elle refuse, l'année 2016 est la deuxième année sans droit.

A partir du 1^{er} janvier 2017, il y a réinscription avec un stage éventuel.

Le travailleur indépendant qui cesse son activité, qu'il exerçait depuis au moins un an, pour une autre raison que pour cause de maladie et ne peut être inscrit en tant que titulaire du régime général ou en tant que personne à charge, peut, sous certaines conditions obtenir le bénéfice de l'assurance continuée pendant deux ans au maximum.

L'assurance continuée s'applique aussi à certains travailleurs salariés qui cessent d'être assujettis à la sécurité sociale et qui répondent aux conditions suivantes :

- être en ordre d'assurabilité et de stage ;
- se trouver dans une situation digne d'intérêt⁷²;
- la période d'assurance continuée doit suivre une période d'assujettissement (journées de travail ou journées assimilées);
- introduire une demande auprès de son organisme assureur (OA);
- payer une cotisation spécifique pour la période d'assurance à couvrir.

On le voit par ce rappel des règles d'assurabilité, les raisons de sortie du cadre de l'AO soins de santé sont généralement liées à des pertes ou des changements de qualité avec parfois des implications au niveau des cotisations dont les montants sont insuffisants et pour lesquelles, des compléments doivent être payés.

Nous reprenons ci-dessous quelques exemples de ces situations ainsi que les solutions trouvées par nos mutualités.

72 On trouvera la liste des cas dignes d'intérêt dans ANMC-Centres de service social, *Panorama social. Aperçu des dispositions fédérales, wallonnes et bruxelloises pour les personnes malades, handicapées, âgées et/ou à revenus faibles*, Bruxelles, Ed. Vanden Broeue, 2013, p. 59.

Situation 1 : le travailleur indépendant

Exemple 1 : Monsieur I. est d'origine turque. Il vit avec sa famille, son épouse et ses trois enfants, dans la banlieue nord de Bruxelles. Il s'est installé comme travailleur indépendant à titre principal et tient une pizzeria.

Malheureusement, Monsieur est atteint d'une grave maladie dégénérative et évolutive. Il doit être hospitalisé à de nombreuses reprises dans un établissement spécialisé. Suite à la dégradation de son état de santé, il ne peut poursuivre son activité professionnelle et le signale à sa caisse d'assurance sociale.

Maîtrisant mal le français et ne comprenant pas bien la réglementation régissant le statut de travailleur indépendant, il n'effectue pas les démarches correctement. Il cesse le paiement des cotisations sociales à partir de la date où il a arrêté le travail et où il a commencé à être indemnisé pour incapacité de travail par sa mutualité. Il se rend compte qu'un problème subsiste avec sa caisse d'assurance sociale quand celle-ci lui réclame le paiement de cotisations sociales, mais il ne sait pas le résoudre. En outre, vu son état de santé, il est dans l'impossibilité de suivre correctement les démarches en cours.

Les conséquences sur la couverture soins de santé ne surviennent que deux ans plus tard quand il se voit refuser le remboursement des attestations de soins, mais aussi l'intervention dans les médicaments et les frais d'hospitalisation. Les soins étant facturés désormais à 100 % à charge du patient, sans remboursement de la mutualité, les factures s'accumulent et totalisent rapidement plusieurs milliers d'euros, notamment en raison des multiples hospitalisations.

Ce sont non seulement les frais médicaux concernant Monsieur qui ne sont plus remboursés, mais aussi ceux des autres membres de sa famille inscrits comme personnes à charge sur le carnet mutualiste dont il est titulaire. Cette situation est, pour eux, d'autant plus incompréhensible que Monsieur continue à être indemnisé par sa mutualité. Il est alors physiquement dans l'impossibilité de se déplacer. L'hôpital refuse de poursuivre la prise en charge tant que la situation n'est pas régularisée. Ce sont les membres de sa famille qui reprennent les démarches, notamment sa fille aînée, âgée de 18 ans, la maman ne parlant presque pas le français.

La situation est d'autant plus malaisée à régulariser qu'il est nécessaire pour cela de revenir deux ans en arrière. En effet, le maintien de droit en remboursement de soins de santé se base sur la situation de l'année « X-2 ». Cela signi-

fie donc que les droits 2012 sont ouverts sur la base de la situation 2010. Dans le cas de Monsieur I., suite à l'arrêt du paiement des cotisations auprès de la caisse d'assurance, l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) n'a plus émis de bons de cotisation pour les périodes correspondantes, ce qui a entraîné une rupture de droits deux ans plus tard.

Une piste possible pour régulariser la situation était de modifier la « qualité » du titulaire pour réouvrir les droits et l'inscrire désormais, non plus comme « travailleur indépendant à titre principal » mais comme « personne handicapée », car Monsieur disposait d'une reconnaissance du SPF Sécurité sociale – Direction générale des personnes handicapées (SPF SS – DGPH). Mais ce changement de qualité, s'il permettait de restaurer les droits en soins de santé, privait Monsieur du droit aux indemnités d'invalidité. Or, comme ce changement de qualité devait se faire avec un effet rétroactif, cela allait engendrer un énorme indu en indemnités. Pour cette raison, cette piste a été abandonnée très rapidement.

Il était donc indispensable de rétablir les droits sur la base de la qualité de travailleur indépendant. En fait, quand Monsieur a arrêté son activité suite à sa maladie, pendant plusieurs mois, même si dans les faits, il ne travaillait plus, statutairement, il a continué à exercer un mandat de gérant au sein de son entreprise. Pour cette raison, bien qu'il n'y ait plus d'activité, la période ne pouvait être assimilée pour cause de maladie avec dispense de cotisations.

Celles-ci étaient toujours dues. Il a donc été nécessaire dans un premier temps de régulariser cette situation. Monsieur a réglé le montant des cotisations impayées en demandant auprès de sa caisse d'assurance une levée de majoration et une remise d'intérêt pour limiter la récupération au solde en principal.

Cette première étape franchie, il a été possible dans un deuxième temps, d'introduire, à partir de la date de démission du poste de gérant de la société, une demande d'assimilation des périodes de maladies à des périodes d'activités. Ainsi, à partir de la régularisation de la situation auprès de la caisse d'assurance sociale, l'INASTI a pu émettre les bons de cotisation pour couvrir l'ensemble de la période et ainsi permettre un rétablissement des droits au remboursement des soins de santé.

Pour aider à résoudre une situation aussi complexe, il est évident qu'un accompagnement rapproché a été nécessaire pendant plusieurs semaines. Ce travail a été réalisé par le service social mutualiste qui a contacté les différents intervenants, le service de l'affiliation/assurabilité/population qui

s'occupe au sein des mutualités de l'ouverture et du maintien de droit, la caisse d'assurance sociale, le bureau régional de l'INASTI, et enfin, le service social de l'hôpital. Un travail important a également été réalisé avec les membres de la famille qui entreprenaient les démarches pour expliquer et rendre compréhensible des réglementations relativement complexes.

Exemple 2 : Monsieur X, travailleur indépendant, n'a pas payé ses cotisations sociales durant l'année 2011. Il perd donc son droit au remboursement de ses soins de santé le 01/01/2013.

En septembre 2012, il met fin à son activité de travailleur indépendant et commence une activité en tant que travailleur salarié.

Malgré cette nouvelle qualité de travailleur salarié, il ne lui est pas possible de retrouver un droit en assurabilité puisqu'il faut que les cotisations sociales pour l'année 2011 soient payées et la situation financière de ce monsieur ne lui permet pas de le faire.

Soutenu par le Centre de service social de sa mutualité, Monsieur a contacté le CPAS de sa commune de résidence pour demander la prise en charge des cotisations sociales au titre de l'aide sociale s.s. mais celui-ci a refusé. Or, le CPAS prend actuellement en charge les frais de soins de santé de Monsieur. Le service social de la mutualité ne comprend pas cette décision du CPAS car payer les cotisations sociales dues coûterait moins cher au CPAS et permettrait à Monsieur d'être en ordre d'assurabilité en 2013.

Cette situation n'est pas isolée, beaucoup de travailleurs indépendants la vivent.

Situation 2 : la personne incarcérée hors de Belgique

Monsieur A. est âgé de 30 ans et vivait en Belgique. Il était assujéti à la sécurité sociale et bénéficiait de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en qualité de titulaire salarié.

Il a été mis en détention d'abord en Espagne et ensuite il a été extradé en France où il a purgé une peine relativement longue. De retour en Belgique au début 2013, il reçoit un courrier de sa mutualité le prévenant que les bons de cotisations 2011 sont insuffisants pour maintenir les droits en assurance soins de santé pour l'année 2013. Quand il se présente dans une agence pour expliquer sa situation en 2011 et 2012, il lui est alors demandé de fournir un document E104 par lequel il pourrait prolonger ses droits en Belgique en faisant valoir qu'il bénéficiait auparavant d'une couverture sociale française durant sa période de détention dans ce pays. Mais un tel document est impossible à obtenir dans la

mesure où durant sa période de détention, il n'était pas couvert par le régime général de protection sociale français, mais bien par un régime particulier.

Finalement, il a été possible de régulariser la situation sur la base du fait, qu'avant la période de détention à l'étranger, Monsieur était reconnu en incapacité de travail et indemnisé par la mutualité. Sur la base des données médicales en sa possession, le médecin conseil a pu prolonger la période de reconnaissance, y compris durant sa détention à l'étranger. De cette manière, Monsieur a continué à justifier d'une qualité en 2011 et 2012, ce qui lui a permis de prolonger ses droits en 2013.

Situation 3 : le résident radié

La situation est détectée par le service affiliation/assurabilité/population de la mutualité et transmise au service social pour tenter d'anticiper une perte de droits. Il s'agit de Madame L. et de sa fille, âgée de 10 ans, inscrite comme personne à charge.

Madame L. est inscrite comme titulaire résidente, ayant droit à l'aide sociale, mais en 2011 elle est radiée du registre de la population pour une période de plusieurs mois. Si elle ne paie pas un complément de bon de cotisation d'un montant de +/-250 euros avant le 31 décembre, sa fille et elle perdront leurs droits au remboursement des soins de santé.

Ceci risque de poser de gros problèmes, car la fille de Madame est gravement malade et est hospitalisée régulièrement. Avec une perte de droit au remboursement, tous les frais seront facturés à 100 % au patient, ce qui risque de rapidement chiffrer à plusieurs milliers d'euros.

Malgré plusieurs courriers envoyés à la dernière adresse connue, Madame ne donne pas signe de vie et le seul numéro de téléphone disponible n'est plus attribué.

Finalement, on retrouve sa trace par l'assistante sociale qui suivait Madame quand celle-ci était aidée par le CPAS. Elle vit avec un compagnon dans un hébergement de fortune en dehors de Bruxelles. Elle n'a plus d'adresse légale et ne dispose plus d'aucun revenu. Elle dépend intégralement de ce compagnon qui est lui-même dans une situation de grande détresse financière.

Madame est de nationalité norvégienne et originaire de la communauté Rom avec laquelle elle a coupé les ponts. Elle est pratiquement analphabète

et semble avoir eu un parcours de vie extrêmement difficile. Des démarches sont réalisées auprès du CPAS de la commune où le couple vit actuellement pour faire une élection de domicile et avoir à nouveau une adresse légale. Une demande est également introduite auprès du CPAS pour payer le complément de bons de cotisation. De cette manière il est possible de régulariser la situation et de prolonger les droits au remboursement des soins de santé pour Madame et sa fille.

Situation 4 : la personne dont le droit de séjour est conditionné au permis de travail

Monsieur L. est originaire du Ghana et donne des cours d'informatique dans un établissement scolaire reconnu et subventionné par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Son droit de séjour est conditionné à son contrat de travail et celui-ci est prolongé d'année en année.

Cette situation perdure plusieurs années et Monsieur est bien intégré dans notre pays. Par le paiement de ses cotisations sociales, il a ouvert un droit à l'assurance soins de santé et indemnités comme titulaire salarié. Cela jusqu'au jour où malheureusement, son contrat d'emploi n'a pas été renouvelé dans les délais impartis.

De ce fait, il perd son droit de séjour, est radié du registre de la population et fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire. Il se trouve alors dans l'impossibilité de demander un renouvellement de son permis de travail, quand bien même il pourrait avoir une promesse d'un nouveau contrat de travail d'un nouvel employeur. Il introduit dès lors une demande de régularisation de séjour sur la base de l'article 9*bis* de la loi de 1980⁷³, mais sans paiement de bons de cotisation et sans adresse légale, il perd son droit au remboursement des soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail.

Situation 5 : la personne exclue définitivement de l'assurance chômage

Madame H., inscrite comme titulaire salariée depuis des années, reçoit un courrier de sa mutualité l'avertissant qu'elle est sans droit au remboursement des soins de santé à partir de janvier 2013, sur la base du fait qu'elle ne justifie que 63 jours de chômage pour 2011.

73 Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Madame se présente au service social de sa mutualité pour ce problème. De fait, Madame a été frappée d'une sanction dans le courant de l'année 2011 et est exclue définitivement du bénéfice des allocations de chômage.

Après plusieurs mois durant lesquels elle n'est plus du tout en ordre sur le plan administratif, Madame finalement réouvre un droit à l'aide financière du CPAS. Sur cette base, il est possible de modifier sa qualité et de l'inscrire désormais comme « résidente », bénéficiaire du revenu d'intégration sociale, donc dispensée du paiement de cotisation. Pour la période non couverte par les attestations du CPAS, elle signe une déclaration sur l'honneur selon laquelle elle ne bénéficiait d'aucun revenu.

4. Réflexion additionnelle : les conséquences des récentes modifications de l'assurance chômage

Une mention particulière doit être faite pour les chômeurs sanctionnés par l'Office national de l'emploi (ONEM); d'autant que les récentes modifications réglementaires relatives aux montants dégressifs des allocations, au stage et aux allocations d'insertion professionnelle (p. ex. stage et allocations d'attente) ainsi qu'au renforcement des contrôles de la disponibilité sur le marché du travail laissent présager une recrudescence des suspensions et exclusions du droit aux allocations mais aussi, dans certains cas particuliers, une diminution de la valeur des bons de cotisation.

Quels seront donc les impacts prévisibles de ces mesures sur le droit de ces personnes au remboursement de leurs soins de santé ?

4.1 La dégressivité des allocations de chômage

Les périodes de chômage sont considérées comme des périodes assimilées. La diminution des allocations de chômage n'aura donc pas d'impact sur le droit comme tel puisque ce n'est pas le montant de l'allocation qui compte pour la prolongation du droit mais les jours de chômage eux-mêmes qui sont convertis, selon une formule mathématique, en une valeur donnée.

Par contre, la dégressivité des allocations de chômage pourrait influencer sur le droit à l'intervention majorée (BIM ou Omnio) car la diminution des allocations entraîne une diminution des ressources comptabilisées pour déterminer le droit⁷⁴.

De même, si dans un ménage, une personne est inscrite comme TRN, le montant de la cotisation trimestrielle due pourrait être revu à la baisse à la suite d'une diminution des allocations du chômeur.

4.2 Le stage et l'allocation d'insertion

Puisque les journées de stage d'insertion ne sont pas des journées assimilées, il faut distinguer deux hypothèses. Si le jeune chômeur est âgé de moins de 25 ans, l'allongement de la durée du stage d'insertion professionnelle ne devrait pas avoir d'impact sur son droit au remboursement de ses soins de santé. En effet, il peut rester à charge de ses parents pendant la durée de son stage (même s'il ne réside plus avec ses parents). Au-delà de 25 ans, la prise en charge par les parents n'étant plus possible, d'autres solutions doivent être envisagées tels que la reprise à charge comme conjoint ou cohabitant, l'inscription comme titulaire RN, etc.

Dans le cas de la fin d'octroi des allocations d'insertion après trois ans de versement sans que le jeune ait trouvé un emploi, deux hypothèses doivent aussi être distinguées. Si le jeune chômeur est âgé de moins de 25 ans, la perte de l'allocation d'insertion ne devrait pas avoir d'impact sur son droit au remboursement des soins de santé car il peut être à charge de ses parents. Au-delà de 25 ans, il faudra qu'il puisse être inscrit comme TRN ou comme conjoint ou cohabitant à charge d'un titulaire, etc.

Exemple : un jeune de 18 ans s'inscrit comme demandeur d'emploi le 01/09/2012. A l'issue du stage d'insertion professionnelle de douze mois, il n'a pas d'emploi. Il bénéficie d'allocations d'insertion à partir du 01/09/2013. Après trois ans, il n'a toujours pas d'emploi. A partir du 01/09/2016, il perd son allocation d'insertion. Il est alors âgé de 22 ans et le nombre de jours assimilés de janvier à août est de 158 (une année complète = 240 jours).

Quel est l'impact sur son droit aux soins de santé ?

74 Plafonds d'accès à l'intervention majorée au 01/12/2012: 16.632,81 € de revenus imposables annuels majorés de 3.079,19 € par personne à charge – à l'intervention Omnio au 01/01/2013: 16.306,86 € de revenus imposables majorés de 3.018,84 € par personne à charge.

Pour les années 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017, le droit est acquis, le jeune est couvert. Par contre, il ne le sera plus en 2018 puisque le nombre de jours assimilés en 2016 est insuffisant (année de référence = année-2).

Solution(s) à envisager :

L'affilié étant âgé de moins de 25 ans, il peut être inscrit comme personne à charge en qualité d'enfant de ses parents à partir du 1^{er} septembre 2016 jusqu'à l'âge de 25 ans.

Pour un jeune de plus de 25 ans à la date d'inscription comme demandeur d'emploi et subissant la même trajectoire, diverses solutions seront à envisager : versement d'un complément de cotisation pour 2016, reprise comme personne à charge d'un titulaire autre que les parents, inscription comme TRN (avec versement de cotisation de validation et vérification de dispenses éventuelles).

4.3 Les sanctions et exclusions

Les exclusions de l'assurance chômage ont un impact direct sur le droit au remboursement des soins de santé puisque les périodes de chômage contrôlé sont considérées comme des périodes assimilées mais non les périodes de suspension ou d'exclusion. Par conséquent, le chômeur sanctionné risque de ne pas comptabiliser le nombre de journées nécessaires pour ouvrir le droit annuel.

Différentes solutions de régularisation sont alors possibles et il incombe à l'OA de conseiller l'assujéti et de choisir celle qui lui sera la plus favorable : inscription comme TRN, régularisation comme TRN, reprise à charge, paiement d'un complément de cotisation.

5. Conclusion

On le voit, la matière est complexe et il est indispensable de s'adresser à sa mutualité pour être utilement conseillé (notamment en s'orientant vers le service social).

Mais il convient aussi de s'adresser au CPAS de son lieu de résidence, soit pour que celui-ci veille, au titre de l'aide sociale administrative ou financière, à régulariser la situation du demandeur en effectuant les démarches de nature à lui procurer tous les droits et avantages auxquels il peut prétendre légalement (inscription, réinscription, régularisation) ou en prenant

en charge le paiement des cotisations complémentaires nécessaires (art. 60, §§2, 3 et 5, loi organique de 1976), soit en prenant en charge, au titre de l'aide médicale, tout ou partie du coût des soins nécessités par la santé de la personne (réquisitoire, carte médicale...), soit, le cas échéant, en octroyant au demandeur une adresse de référence⁷⁵ lui permettant de répondre à la condition de domiciliation imposée par la réglementation des soins de santé⁷⁶.

On ne saurait trop insister sur l'importance du rôle des CPAS en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes qui sont sorties du cadre de l'AO soins de santé ainsi que sur l'importance de chercher l'information nécessaire et les conseils à bonne source.

75 « Par adresse de référence, il y a lieu d'entendre l'adresse soit d'une personne physique inscrite au registre de la population au lieu où elle a établi sa résidence principale, soit d'une personne morale, et où, avec l'accord de cette personne physique ou morale, une personne physique dépourvue de résidence fixe est inscrite » (art. 1^{er} loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population, aux cartes d'identité, aux cartes d'étranger et aux documents de séjour et modifiant la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques).

76 Les titulaires et leurs personnes à charge doivent être inscrits au Registre national des personnes physiques, soit au registre de la population (Belges et étrangers établis), soit au registre des étrangers (étrangers autorisés à séjourner plus de trois mois ou autorisés à séjourner pour une durée illimitée), soit au registre d'attente pour certains candidats réfugiés, soit en disposant d'une annexe 15 (1^{re} case, 4^e case avec conditions complémentaires, 6^e case et 7^e case). Voir INAMI, circulaire OA n° 2010/226 du 15 juin 2010. Lisible à l'adresse internet: <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/circulars/administrative-control/inscription> (mai 2013).

CHAPITRE 3

AUTRES TYPES DE BARRIÈRES LIÉES À L'ACCÈS AUX SOINS

A. Les personnes sans-abri	123
B. Les personnes ayant des problèmes de dépendance	155
C. Les travailleurs du sexe (m/f)	173
D. La problématique du report de soins	189
E. Les primo-arrivants	211
F. Les femmes et les enfants en situation précaire	239
G. Santé Mentale & Exclusion Sociale	301

A. Les personnes sans-abri

Résumé

Alors que les sans-abris ont un besoin en soins supérieur à la population générale, leur accès aux soins est pourtant beaucoup plus limité. Les obstacles auxquels ils sont confrontés dépassent le cadre strictement médical : les procédures administratives pénibles auprès des CPAS, l'organisation complexe du système de santé, le manque de suivi, les préjugés négatifs, les problèmes financiers et administratifs, les barrières liées à la langue ou la culture ou encore le manque de logement abordable. Si l'on veut améliorer la prise en charge des sans-abris, il est nécessaire de sensibiliser les institutions médicales, de créer plus de souplesse dans l'accessibilité des soins pour ce public spécifique et de simplifier les démarches administratives.

Une approche multidisciplinaire et coordonnée est nécessaire, ainsi qu'une attention portée à ce qui se passe avant et après les soins.

1. Accès aux soins pour la population sans-abri

Kathia VAN EGMOND (coordinatrice médicale des projets belges);
Ingrid PELGRIMS (coordinatrice de projet); Stéphane HEYMANS (coordinateur des projets belges), Médecins du Monde

1.1 Définition de la population

La notion de « sans-abri », utilisée pour nommer le public avec lequel travaille tout un secteur, regroupe plusieurs définitions pour désigner des personnes vivant dans des situations très différentes. Le concept de « sans-abri » ne peut en effet se réduire au cliché du vieux clochard errant en rue mais doit être appréhendé de manière beaucoup plus large, c'est-à-dire comme toute personne souffrant d'une manière ou d'une autre d'une forme d'exclusion liée au logement. Cette exclusion au logement n'est pas un phénomène statique mais bien un processus qui touche de nombreux foyers vulnérables à différents moments de leur vie. Afin d'illustrer cette diversité de réalités, la Fédération Européenne d'Associations Travaillant avec les Sans-Abris (FEANTSA), a créé une typologie dite ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion) qui classe les personnes sans-abris selon leur situation par rapport au logement :

- être sans-abri, c'est-à-dire dormir dans la rue ;

- être sans logement (avec un abri mais provisoire, dans des foyers par exemple);
- être en logement précaire (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, violence domestique, expulsion);
- être en logement inadéquat (caravane, logement indigne).

Outre les différentes formes que peut prendre l'exclusion au logement, une vision suffisamment nuancée du phénomène complexe nécessite que la définition du sans-abrisme intègre des éléments de vulnérabilité personnelle, sociale et relationnelle.

« Le sans-abrisme n'inclut pas simplement un rapport au logement, mais bien toute une série de problèmes sociaux. Le sans-abrisme se réfère aussi à des liens sociaux rompus, à l'isolement et à la dépendance aux services sociaux pour se maintenir dans son logement et en faire un chez soi » (Association des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris asbl).

La population couverte dans ce chapitre est la population en précarité de logement dans sa globalité et regroupe la population « sans-abri », la population sans logement et la population en logement précaire ou inadéquat.

1.2 Etat de santé de la population du Plan Hiver (étude de Médecins du Monde)

Un bon indicateur de l'état de santé de la population sans-abri est celui de la santé subjective. Ce jugement subjectif de la santé est en effet un des meilleurs indicateurs de santé tant sur le plan individuel qu'au niveau de la population.⁷⁷ Il s'agit d'une mesure globale qui englobe différents aspects de la santé (corporelle, émotionnelle et sociale) et qui est évaluée en demandant aux personnes de faire état de leur santé sur une échelle de valeur de 5 points, variant de « très bon » à « très mauvais ».

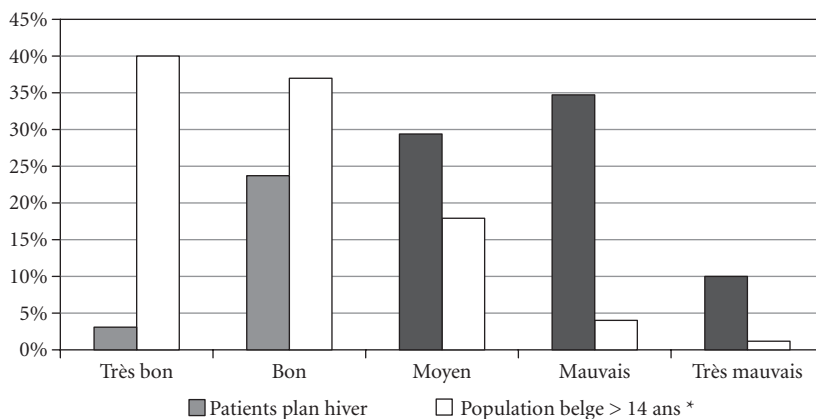
La perception subjective de la santé indique très bien les effets des plaintes et maladies dont souffre la personne interrogée. Elle est fortement liée à la mortalité, au niveau des capacités fonctionnelles et à la consommation de médicaments.

77 J. VAN DER HEYDEN, L. GISLE, S. DEMAREST, S. DRIESKENS, E. HESSE et J. TAFFOREAU, *Enquête de santé Belgique, 2008. Bilan I – Situation sanitaire*, Bruxelles, Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance, 2010.
Institut Scientifique de Santé Publique.
ISSN: 2032-9172 – Immatriculation. D/2010/2505/06 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/004.

D'après l'enquête menée par Médecins du Monde auprès de 159 patients sans-abris dans le cadre du Plan Hiver⁷⁸ 2012/2013⁷⁹, 26 % qualifient leur état de santé comme « bon » à « très bon » contre 77 % de la population belge.⁸⁰

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, l'évaluation de la santé subjective est nettement moins bonne chez les sans-abris interrogés que dans la population belge moyenne.

Graphique 1 : Evaluation de la santé subjective des patients du Plan hiver 2012/2013 en comparaison avec la population générale.



Source : Médecins du Monde (2013)

Compte tenu de la relation connue entre cet indicateur de « santé subjective » et l'espérance de vie et la morbidité, nous pouvons nous inquiéter de l'état de santé général de ces patients. Il démontre d'autant plus la nécessité de prodiguer des soins adéquats à ce groupe de personnes vulnérables.

Toujours selon cette même étude spécifique menée auprès de 159 patients du Plan Hiver, il apparaît que les différents indicateurs du bien-être émotion-

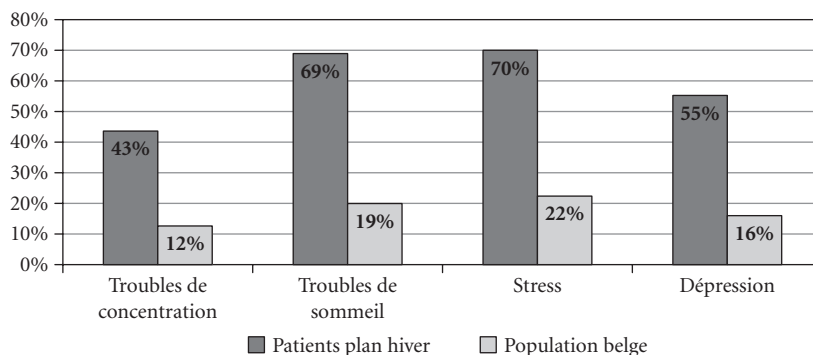
78 Le dispositif hiver est un dispositif d'hébergement d'urgence organisé dans les grandes villes afin d'héberger les personnes « sans-abris » durant l'hiver. C'est un dispositif spécifique et saisonnier qui ne se met en place que lorsque les températures le demandent.

79 Etude spécifique menée auprès de 144 patients du Plan hiver de Bruxelles (126 hommes et 17 femmes, entre 18 et 66 ans, de différentes nationalités (38 % Belges, 31 % des pays du Maghreb...) et 15 patients du Plan hiver d'Anvers.

80 J. VAN DER HEYDEN, L. GISLE, S. DEMAREST, S. DRIESKENS, E. HESSE et J. TAFFOREAU, *Enquête de santé, 2008. Rapport – Etat de santé*, Bruxelles, Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2010, ISP.

nel sont nettement moins bons parmi la population sans-abri que dans la population générale. Les sans-abris sont en effet beaucoup plus nombreux à répondre avoir souffert dans les dernières semaines de troubles de la concentration et du sommeil, de stress et de dépression.

Graphique 2 : Evaluation du bien-être émotionnel des patients du Plan Hiver 2012/2013 en comparaison avec la population générale.



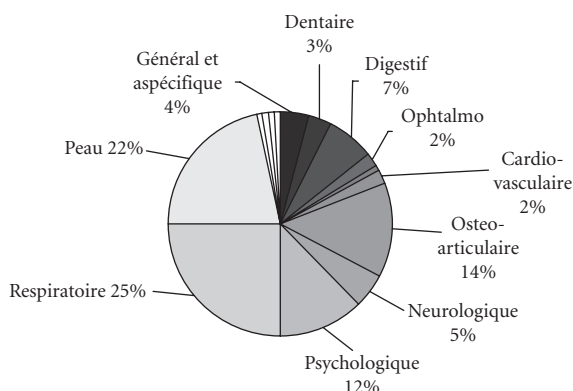
Source : Médecins du Monde (2013)

Les indicateurs « santé subjective » et « bien-être émotionnel » sont donc extrêmement bas pour la population qui a résidé dans le dispositif hiver.

1.3 Consultations médicales de Médecins du Monde pour la population sans-abri

Le graphique ci-dessous, basé sur les 4586 diagnostics réalisés par Médecins du Monde dans le cadre du Plan hiver 2012/2013, montre bien l'importance des pathologies liées à la précarité parmi les patients sans-abri. Les dermatoses, les affections respiratoires, les problèmes ostéo-articulaires (problèmes osseux ou articulaires) et les problèmes gastriques et intestinaux sont en effet très fréquents.

Graphique 3 : Distribution des diagnostics par système (Plan Hiver 2012/2013) sur la base de la CISP (Classification Internationale de la Santé Primaire).



Source : Médecins du Monde-Belgique (2013)

Pendant le Plan hiver, nos équipes médicales ont diagnostiqué 152 cas d'influenza et de grippe à Bruxelles et 19 à Anvers. Le virus de la grippe circule chaque hiver dans les centres d'accueil d'urgence et provoque toujours quelques cas d'hospitalisation.

La tuberculose a également été diagnostiquée auprès de 11 patients. Cette affection peut être détectée par screening au VRGT et au FARES⁸¹ (respectivement à Anvers et à Bruxelles). Le traitement gratuit de la tuberculose est assuré via le projet Belta-Tb-net.

Malheureusement, cela n'est pas le cas pour d'autres maladies infectieuses comme le SIDA, les hépatites B et C, IST... Bien que le dépistage de ces affections puisse avoir lieu au centre ELISA à Bruxelles et au « Helpcentrum » d'Anvers, le remboursement du traitement n'est pas toujours garanti en cas de test positif. Pourtant, notre groupe cible fait partie des populations à risques.

La gale a été diagnostiquée auprès de 82 patients à Bruxelles et 7 à Anvers. La prévention de la gale est très complexe dans un contexte de manque d'hygiène (problème d'accès à des sanitaires, à des lave-linges, etc.) pour les personnes sans-abri ou en situation de logement précaire vivant dans les grandes villes belges, et tout particulièrement à Bruxelles.

81 VGRT: Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding; FARES: Fonds des Affections Respiratoires.

Il va de soi que la détection ponctuelle et le traitement des maladies infectieuses restent les meilleurs moyens pour prévenir d'autres infections.

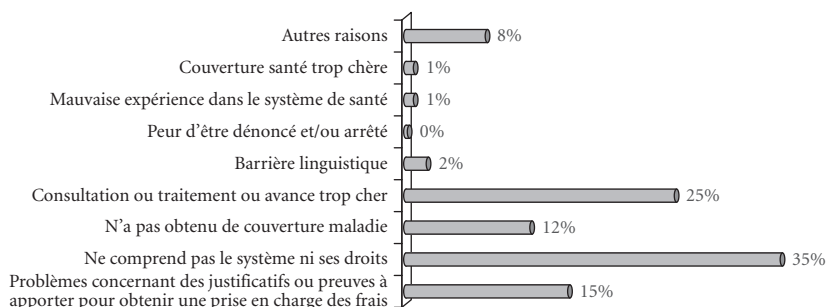
1.4 L'accès aux soins de la population sans-abri

Alors que les sans-abris ont un besoin en soin (voir l'indicateur sur la santé subjective et émotionnelle) supérieur à la population générale, l'accès aux soins leur est pourtant bien plus limité. En effet, sur 1222 patients soignés par Médecins du Monde dans le cadre du plan hiver 2012/2013 à Bruxelles, 50 % d'entre eux ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale tandis que 30 % d'entre eux déclaraient consulter un médecin généraliste contre 94,5 % de la population belge en général (ces données proviennent des indicateurs de routine).

Les problèmes financiers, administratifs ainsi que les problèmes liés à la compréhension du système de santé sont les principaux obstacles auxquels sont confrontés les sans-abris.

Les systèmes de couvertures sociales sont en effet assez complexes et ne sont pas toujours adaptés à un public en mouvement (voir les problèmes de l'adresse de référence).

Graphique 4 : Obstacles rencontrés dans l'accès aux soins de la population du Plan Hiver 2012/2013.

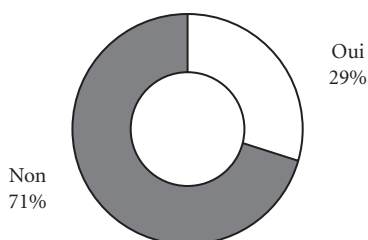


Source : Médecins du Monde (2013)

Le refus de soins de la part des prestataires eux-mêmes constitue aussi un obstacle aux soins pour les sans-abris. En effet, sur les 159 patients interrogés dans le cadre du Plan Hiver 2012/2013, 29 % déclaraient avoir été refusés dans une structure de soins durant les douze derniers mois.

Graphique 5 : Refus de soins de la part des prestataires – Enquête Plan hiver 2012/2013.

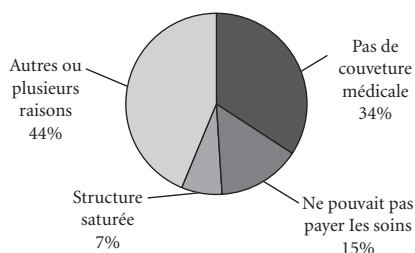
Avez-vous été refusé dans une structure de soins au cours des 12 derniers mois?



Source : Médecins du Monde-Belgique (2013)

L'absence de couverture médicale, la saturation du service ou l'impossibilité de payer les soins sont les principales raisons évoquées par les sans-abris interrogés.

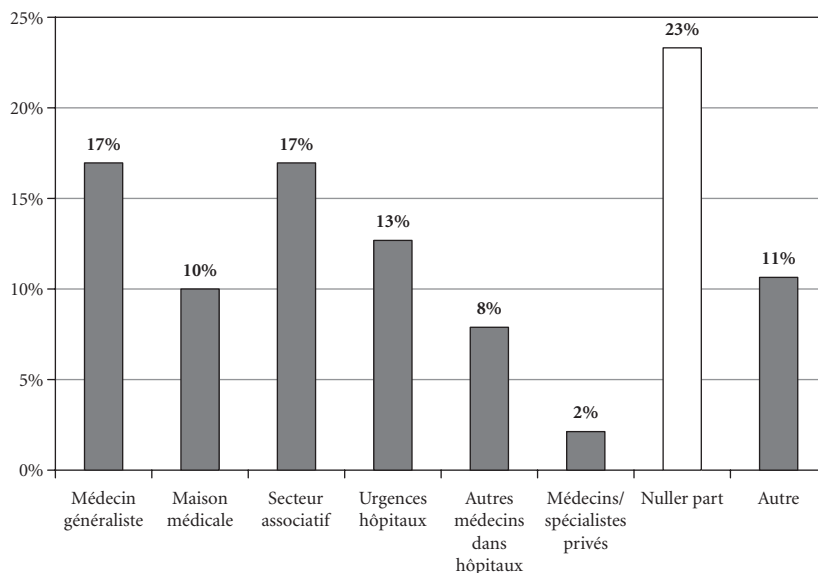
Graphique 6 : Les raisons du refus de soins par le service de santé – Enquête Plan hiver 2012/2013.



Source : Médecins du Monde-Belgique (2013)

En dehors du Plan hiver, 23 % des 159 patients interrogés ne savaient pas où aller pour leurs soins médicaux.

Graphique 7 : Lieux où sont délivrés les soins médicaux en dehors du Plan Hiver – Enquête Plan Hiver 2012/2013.



Source : Médecins du Monde-Belgique (2013)

Ces quelques indicateurs issus des consultations de Médecins du Monde montrent un véritable problème de prise en charge de cette population. Elle est d'une part la plus vulnérable (indicateur de santé subjective) et d'autre part a beaucoup de mal à avoir accès aux soins.

Les raisons de la non-couverture et les solutions sont aussi multiples et variées que la diversité du public « sans-abri ». Le résultat en terme de non-couverture et de non prise en charge est malheureusement souvent le même.

2. Entretien avec Laurence Bourguignon (responsable des psychologues), Bruno Rochet (psychologue), Catia Medeiros (infirmière de jour) au Samu social

Quels sont les principaux obstacles dans l'accès aux soins (préventifs et curatifs) parmi vos usagers ?

Un premier constat : le « sans-abri » ne va voir un médecin que s'il y a un problème urgent. Il ne va pas faire de check-up ou s'y rendre régulièrement. Il va attendre que ce soit douloureux, et seulement ensuite il se rendra aux

urgences de l'hôpital. Le problème est qu'aux urgences, il profitera d'un soin ponctuel en réponse à sa plainte (p. ex.: soin de plaies) et il ne bénéficiera pas d'un suivi continu. Autre difficulté : dès son arrivée aux services des urgences, le sans-abri ne se sent pas toujours bien accueilli ; il arrive parfois en état d'ébriété, ne possède pas toujours le bon document administratif (carte SIS, carte AMU, attestation, etc.), et se présente comme impatient, ne souhaitant pas attendre. Du coup, le premier lien avec l'institution médicale ne se passe pas toujours bien.

Parmi les différents obstacles, il y a aussi le problème du refus de soins de la part des sans-abris. Certains refusent les soins parce qu'ils n'ont plus confiance dans le corps médical. D'autres sont en déni de la gravité de leur état physique mais sous la pression des associations acceptent finalement de rencontrer le personnel soignant tout en gardant une certaine réserve. Enfin certaines personnes souffrant d'affections psychiques telles que la paranoïa empêchent la possibilité d'une relation de soin. Les troubles psychiatriques sont en effet très présents chez les personnes en rue, ces derniers présentant aussi diverses problématiques sociales. La prise en charge de ces personnes cumulant plusieurs problèmes représente pour nous une grosse difficulté, notamment en termes d'orientation.

Il est arrivé qu'une personne sans-abri, soutenue par l'équipe des psychologues du Samu social, et acceptant l'idée de rencontrer un psychiatre dans un hôpital et/ou un service de santé mentale se voit refusée de poursuivre son suivi, sous prétextes divers (peu compliant, sans ressources suffisantes, sans couverture médicale, manquant d'hygiène, trop agitée, sans adresse, etc.).

L'accès aux soins est rendu difficile du fait que notre public est sans-abri. Et de s'entendre dire : « Oui, nous voulons bien hospitaliser cette personne mais elle est sans-abri, alors, après l'hôpital, où ira-t-elle ? ». Le cumul des problématiques sociales et psychiques limite grandement l'accès aux soins et à toute forme d'orientation vers un lieu de vie plus adapté. Il arrive régulièrement que des hôpitaux non-IRIS ne veulent plus prendre de SDF, renvoyant cette compétence à l'hôpital public comme St-Pierre, mais nous ne pouvons pas interpellier toujours les mêmes services. Nous devons diversifier nos orientations afin d'éviter leur saturation et l'épuisement de leurs équipes avec notre public peu commun.

Au Samu social, nous construisons depuis des années des liens et des collaborations avec des médecins de différents services, de différents hôpitaux et nous parvenons plus facilement aujourd'hui à faire accepter l'idée d'hospitaliser notre public sans-abri.

Autre difficulté : assurer la continuité des soins et la prise en charge. Par exemple, on va vouloir envoyer un SDF en cure, en sevrage alcool. L'hôpital va exiger avant toute admission qu'il y ait déjà un accord de principe pour une postcure vers un autre hôpital spécialisé mais ce dernier refusera d'accepter quelqu'un qui n'a pas encore terminé sa cure (surtout s'il est sans-abri). On se retrouve dans un système où on tourne en rond... L'hôpital craint de se retrouver avec la personne sur les bras à la fin du sevrage. Au vu des nombreuses problématiques sociales et psychologiques et du peu de places disponibles en structures d'hébergement (ou autre lieux de vie adaptés) par la suite, l'équipe soignante peut s'interroger (et nous aussi !): « mais quel est le sens de tout cela ? ». Encourager quelqu'un dans une démarche de soin, de sevrage pour qu'en fin d'hospitalisation, après trois semaines d'efforts, il retourne en rue et retrouve le milieu dans lequel il était. Nous déplorons le manque de continuité dans la prise en charge et les soins de ces personnes, la frilosité des institutions de postcure, des structures thérapeutiques et des services de santé mentale. En bout de course, la personne se démotive et va lâcher prise. « Vous voyez, il n'y a personne qui veut m'aider... ». Et tout ce travail en amont, de lien, d'accompagnement et de suivi, est à reprendre. Il y a un vécu d'échec à répétition avec tout ce que représente la société. Ils ont le sentiment d'être rejetés par la société, les institutions, les hôpitaux, les administrations, etc.

Et malheureusement, les expériences négatives cumulées renforcent encore plus ce sentiment d'échec et rendent l'accès aux soins par la suite plus difficile parce que la personne n'est plus demandeuse.

Assurer une continuité dans les soins semble donc être particulièrement difficile avec une population sans-abri...

Oui, c'est un des facteurs qui pose le plus de problème. Nous profitons de la structure d'hébergement du Samu social pour faire des petits soins, mais le SDF a besoin d'un vrai suivi. Et là, on se rend compte que c'est difficile. Pour celui qui n'a aucune couverture médicale, le CPAS de 1000 Bruxelles va lui attribuer une maison médicale de référence, mais les problèmes d'hygiène, de comportement, administratifs vont très rapidement entraver le suivi de ces personnes au sein de ces structures médicales. Le sans-abri perd régulièrement (ou se fait voler) ses documents administratifs (carte médicale, carte d'identité, carte SIS, etc.), oublie de prendre rendez-vous, arrive trop tard à la permanence et donc ne suit pas les règles du mode d'entrée. Ayant difficile à se conformer à certains codes, la relation avec les structures médicales va se dégrader et la continuité des soins ne peut se réaliser.

Un autre facteur est la grande prévalence des affections psychiques dans notre public SDF. Nous estimons que 30 % des personnes vivant en rue depuis un certain temps présentent des problèmes psychiques, voire psychiatriques. On se rend bien compte qu'ils ne veulent plus faire appel au corps médical (médecin, psychiatre, psychologue...) parce qu'ils sont soit en déni de leur maladie soit ont déjà tenté plusieurs choses antérieurement lesquelles n'ont donné aucun suivi.

Force est de constater qu'une personne arrivée via les urgences pour une affection psychique aiguë, ayant fait l'objet d'un ou plusieurs séjours en psychiatrie, se retrouvera par la suite en rue, sans suivi ambulatoire ni référence médicopsy. Et donc à chaque nouvelle crise ou décompensation, nouvel hôpital, autre référent, autre traitement, autres codes. La personne, au bout d'un certain temps, va claquer la porte et renoncer, se retrouvant à nouveau en rue.

Il y a un cloisonnement entre les différentes structures de prise en charge et un manque sans doute de réponses spécifiques aux besoins de ce public cible.

Il faut diversifier les réponses et diminuer le seuil d'exigence des structures, revoir les délais d'entrée en gardant à l'esprit un souci de coordination et de continuité de soins dans la prise en charge. Il faut une prise en charge avant, pendant et après.

Autres problèmes relevés

Certains hôpitaux psychiatriques privés dépassent les montants forfaitaires (cela peut aller jusqu'à cinq fois les montants INAMI) alors que le CPAS ne prend en charge les frais que si l'hôpital respecte un certain plafond tarifaire. On s'aperçoit aussi que celui qui est VIPO peut voir le psy tous les deux jours et celui qui dépend du CPAS ne verra presque pas le psychiatre durant son séjour... Il faut dénoncer ces pratiques. Il y a un problème de justice sociale d'accès aux soins, surtout en psychiatrie dans le secteur privé.

Un autre problème se pose avec certaines structures d'hébergement de nuit conventionnées avec l'INAMI. On ne peut pas envoyer notre public vers ces structures parce qu'il faut leur trouver un lieu de vie en journée non subsidié. Légalement, le patient ne peut dépendre deux fois de l'INAMI (en jour et en nuit). Il n'y a pas une bonne articulation.

Du manque de disponibilité vers d'autres lieux ou de non-accessibilité, notre public en souffrance mentale ou physique continue à surcharger les urgences

des hôpitaux. On comprend l'épuisement des services de première ligne, lesquelles en fin de compte finissent par banaliser leurs souffrances ! Les urgences psy et médicales nous ont déjà renvoyé des personnes qui étaient dans des états vraiment inquiétants.

Beaucoup de services pensent aussi que le Samu social, en plus de son centre d'hébergement dispose d'une équipe pluridisciplinaire suffisante pour s'occuper d'eux... Mais ils oublient qu'on a quand même un risque infectieux important et que nous n'avons pas tout le matériel stérile et l'environnement adéquat. Il ne faut pas nous amener quelqu'un qui est trop fragile, trop immunodéprimé parce que nos murs abritent la tuberculose, la gale, les poux, la grippe, la varicelle, etc. Nous ne sommes pas adaptés actuellement pour la prise en charge d'un public malade. Nous réfléchissons à des alternatives.

Selon vous, les structures d'offre de soins ne sont donc pas suffisamment adaptées à votre public ?

C'est criant ! Il faut relever le manque de souplesse dans la prise en charge de ce public spécifique. On est souvent confronté aux limites institutionnelles, sur fond de représentations sociales négatives vis-à-vis de notre public sans-abri, qui n'est pas un public toujours facile à intégrer dans une dynamique de soins. Il y a effectivement des stéréotypes qui circulent, plus ou moins fondés, mais aussi des réticences par rapport à la manière dont la personne va se conformer aux attentes du réseau de soins. Cela pose des difficultés, notamment en termes de démarches administratives, qui sont souvent lourdes à gérer pour ces personnes en décrochage.

Les démarches administratives représentent un obstacle aux soins selon vous ?

Oui, c'est important de souligner les problèmes administratifs. Par exemple avec la population sans-papiers, l'accès aux soins est rendu difficile en raison de leur situation précaire sur le territoire belge. Heureusement il y a l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS, mais ça demande de faire un minimum de démarches préalables et de pouvoir communiquer un minimum (barrière linguistique). La procédure est complexe : la personne va avoir besoin d'un document d'un médecin qui atteste de la nécessité de recevoir des soins, ensuite devra se rendre au CPAS et formuler correctement sa demande, puis aller dans la maison médicale renseignée sur sa carte AMU, etc. Les délais de réponses varient selon les CPAS. Si l'on veut faciliter ces démarches administratives relatives à l'AMU, il faudrait en tout cas commencer par harmoniser les pratiques entre CPAS.

Avez-vous des idées de recommandations ou de bonnes pratiques ?

Il y a un grand travail de sensibilisation à faire auprès des institutions médicales. Mieux sensibiliser, voire créer d'autres institutions, qui puissent fonctionner autrement. Les services de santé mentale sont encore vraiment frileux vis-à-vis de notre public sans-abri. Il est nécessaire de tenir compte de la question de la précarité dans la prise en charge de la santé mentale d'une personne, sinon on passe à côté d'un gros pan de sa situation.

Une plus grande flexibilité de l'ensemble des institutions est également nécessaire mais cela doit passer par une réelle volonté politique. Il faut qu'après l'urgence, on puisse passer à autre chose. Et pour ça, il nous faut des portes d'entrée vers d'autres lieux de vie adaptés (habitations protégées ou supervisées par exemple). Nous n'avons aucune facilité pour faire accéder notre public sans-abri psychotique vers des structures supervisées après l'hôpital par exemple. En plus de nombreux entretiens de candidatures, il faut six mois à un an d'attente au minimum. Il y a trop de conditions à remplir : on ne peut pas avoir de problèmes d'alcool, ou être à la fois toxicomane et psychotique. On ne peut pas être à la fois handicapé mental et psychotique. Les doubles, ou triples diagnostics sont difficiles à orienter. Aussi, le cumul des problèmes sociaux et médicaux rend l'orientation complexe ; pour l'hôpital et pour les structures psy, ils sont « trop sans-abri » et pour les maisons d'accueil, ils sont « trop pys ». On se renvoie la balle et il n'y a pas de réponse adaptée à proposer. Notre service s'efforce de créer des points et des collaborations et cela commence à donner de bons résultats.

Il faut pouvoir créer une certaine souplesse dans l'accessibilité. Cela signifie avoir un seuil d'exigence en matière de soin qui soit un peu abaissé : ne pas demander à ce que la personne soit tout de suite compliant ou ait tout de suite confiance dans l'institution médicale.

Avec le public sans-abri, il y a aussi le problème que pose la sortie de l'hôpital. On a parfois des situations un peu absurde : des sans-abris, qui passent par l'hôpital, profitent des soins en urgence, d'une opération éventuelle et que l'on renvoie ensuite en rue avec tout un traitement à poursuivre en ambulatoire. Comment la personne en rue pourra-t-elle suivre les conseils du médecin (rester allongée, désinfecter la cicatrice quotidiennement, prendre ses antibiotiques régulièrement, etc.)? Les urgences de l'hôpital peuvent s'attendre alors à un retour de la personne dans un avenir assez proche. C'est absurde et très coûteux pour l'hôpital en définitive.

Nous sommes dans un système archaïque avec des modes de fonctionnement institutionnels rigides.

Il faut mettre du lien entre tous ces SAS de prises en charges, essayer de travailler avec un plus grand souci de continuité et toujours s'assurer qu'il y ait un relais avec les structures de deuxième ligne. Toute personne devrait pouvoir trouver dans l'offre de services, quelque chose qui lui corresponde. On aimerait promettre à la personne que les choses vont aller mieux, on voudrait l'encourager sur un avenir possible et meilleur, mais on doit rester prudent dans ce que nous avançons afin de pas nourrir de faux espoirs. Nous tenons cependant à rester le plus possible dans une dynamique de changement positive.

3. Accessibilité aux soins de santé pour les habitants de la rue à Bruxelles

Antoin GALLE de l'asbl Diogènes

Diogènes opère essentiellement dans la rue depuis 1995. Nous cherchons activement les personnes vivant à la rue, écoutons leurs besoins et leurs expériences, et cherchons un moyen approprié pour pouvoir y répondre, et ce dans toutes sortes de domaines de la vie.

L'accumulation de toute une série de problèmes est une des rares caractéristiques commune au groupe très divers que forment les habitants de la rue. Les choses se sont généralement déjà gâtées au cours de l'enfance : mauvais traitements, violence sexuelle, parents drogués, placement dans des institutions, etc. La disparition des frontières et le développement de l'hébergement gratuit ont favorisé l'internationalisation du public de la rue : nous sommes de plus en plus souvent confrontés à des migrants illégaux, qui ne parlent que leur propre langue, sont analphabètes et étaient en grande précarité dans leur pays d'origine.

Certains les considèrent comme des gens à vulnérabilités multiples. Bon nombre de leurs problèmes, d'ordre social et médical, sont présentés comme aigus, mais sont en fait chroniques, comme par exemple les assuétudes. Pour ces personnes-là, s'applique ce que le Prof. Jan De MAESENEER exprime de façon saisissante en ces mots : « Les médecins qui se retrouvent face à des patients souffrant de multiples affections chroniques ont compris depuis longtemps déjà le caractère tout à fait essentiel du 'soutien'. C'est d'ailleurs parfois

la seule chose que l'on puisse leur offrir comme soin. Le caractère chronique de ces soins modifie ainsi l'approche biomédicale axée sur les problèmes en une approche orientée vers la réalisation d'objectifs, dont la finalité sur le plan quantitatif et qualitatif de la vie, s'approche de ce qui est voulu par le patient, ce qui est la ligne de conduite de l'action médicale... Dans le domaine des soins de santé, on commence à comprendre petit à petit que la 'medical evidence' n'aboutit à rien, et qu'il faut également tenir compte d'une 'contextual evidence' et d'une 'policy evidence' ». ⁸²

Les soins urgents et ponctuels revêtent donc bien peu de sens. Un suivi de longue durée reposant sur un lien de confiance personnelle qui respecte le plus possible l'autonomie des patients répond mieux aux demandes tant médicales que psychiatriques de ceux-ci. Les personnes défavorisées ne tirent aucune aide des solutions standardisées, des campagnes d'information ou des grandes institutions impersonnelles. Ces dernières ne permettent ni l'engagement, ni l'implication réciproque ; ce qui est pourtant considéré comme déterminant déjà depuis longtemps et de façon on ne peut plus claire. ⁸³

Rendre les soins de santé accessibles, c'est beaucoup plus que prendre des mesures permettant d'assurer l'accessibilité financière.

Les sans-abris peuvent souvent se servir d'une carte médicale du CPAS, ou bénéficier du statut OMNIO, ou être inscrits dans une maison médicale de quartier. Sur papier, les choses semblent bien réglées. La pratique est bien plus complexe. Ainsi, l'accessibilité des différents CPAS est-elle, par exemple, problématique.

- La personne sans-abri ou en séjour irrégulier doit prouver qu'elle se trouve sur le territoire – aux contours parfois capricieux – de la commune.
- Il arrive que la personne doive déjà être en possession d'un certificat d'aide médicale urgente (problème de la première consultation).
- Elle est parfois renvoyée à tort par du personnel d'accueil incompetent.
- La barrière de la langue peut être un obstacle à l'accès à l'aide.
- Pour octroyer une carte médicale, l'assistant social doit établir et présenter au comité un dossier circonstancié, comprenant, comme pour un revenu d'intégration, un rapport social.

82 *The Lancet*, 2003, n° 362 et *Alert*, 2013.

83 M. NUY, *De odyssee van thuislozen*, 1998; Van Regenmortel, *Zonder (t)huis. Sociale biografieën van thuislozen getoetst aan de institutionele en maatschappelijke realiteit*, 2006; A. BAART, *Een theorie van presentie*, 2001.

- L'augmentation des dossiers « sans-abris » est essentiellement due au nombre croissant de demandes d'aide médicale urgente. Ce phénomène représente une grande charge de travail pour le personnel (chiffres CPAS CASU Bruxelles).
- Comme la personne sans-abri ou en séjour irrégulier doit se rendre à des rendez-vous en divers endroits de la ville, elle doit emprunter les transports publics. Elle doit aussi pouvoir présenter certains documents (carte d'identité, mutualité, etc.) qui viennent peut-être de lui être volés ou qu'elle a tout juste perdus.

La résolution de ce genre de problèmes est loin d'être évidente lorsque le patient est sous influence, tient difficilement debout, a des problèmes d'ordre psychique, est désorienté, souffre de dépression, etc., ou pire est confronté à une combinaison de ces maux. Par ailleurs, de nombreux sans-abris sont exténués, constamment soumis au stress, ne possèdent pas d'agenda, etc.

Pistes d'amélioration

Assurer un bon accueil des sans-abris par des personnes correctement formées. Nous constatons que certain(e)s réceptionnistes peuvent organiser, avec des moyens simples, un accueil où chaque personne se sent considérée, et ce même aux heures de pointe. Ils/elles savent qui est qui et connaissent aussi les travailleurs des différents services.

On demande depuis plus de 20 ans aux CPAS bruxellois d'appliquer des procédures plus uniformes et clairement définies. En vain. Le personnel travaillant à l'intérieur et à l'extérieur du CPAS doit être mieux informé de la façon dont on peut obtenir des autorisations de soins. Les CPAS locaux peuvent-ils continuer à traiter sans soutien régional ou national la charge de travail plus importante et complexe engendrée par les demandes d'aide médicale urgente ? Ils sont mal équipés pour mener cette tâche à bien : à l'heure actuelle, un assistant social doit effectuer une enquête circonstanciée, vérifier des détails médicaux pour lesquels il est incompétent et ce, avec quelqu'un qui ne maîtrise même pas une des langues nationales. A cela s'ajoute, pour les citoyens européens, le fait qu'ils doivent faire jouer l'assurance maladie dans leur pays d'origine, mais que cette procédure devient particulièrement ardue si la personne concernée n'a pas d'adresse. Les citoyens européens qui errent à Bruxelles sont parfois dépourvus de toute aide sociale autre que « l'aide médicale urgente » et souffrent après quelques années des mêmes maladies chroniques que les autres habitants de la rue.

Un autre point important serait l'attribution automatique de droits comme par exemple pour le régime du tiers payant, le statut OMNIO, etc. A l'heure actuelle, le patient doit présenter lui-même les documents nécessaires à la mutualité pour bénéficier de ce statut.

Un patient qui a besoin de l'intervention du CPAS pour avoir des soins médicaux, doit se rendre lui-même au CPAS. Il doit donc être capable de s'orienter, de respecter des rendez-vous, de formuler des demandes d'aide, etc. Souffrant de troubles psychiatriques, d'épuisement, de maladies ou d'accoutumance, de nombreuses personnes n'en sont plus capables. Ne pourrait-on pas faire intervenir des partenaires tiers reconnus ?

Comme nous l'avons déjà signalé, les sans-abris ont besoin de visages familiers, surtout au CPAS. La rotation du personnel y est hélas importante. La charge de travail en est une des causes, mais certainement pas la seule.

Les maisons médicales disposent de nombreux atouts pour offrir des soins adéquats aux sans-abris. Nombreuses d'entre elles sont malheureusement débordées ou ne sont pas encore reconnues pour appliquer un régime forfaitaire. Leur rôle mérite une plus grande reconnaissance. Pas seulement de la part des autorités, mais également des ONG.

Quelques raisons pour lesquelles les maisons médicales sont plus adaptées aux gens vivant à la rue :

- consultations gratuites ;
- personnel d'accueil expérimenté ;
- médecins engagés qui peuvent, le cas échéant, prendre un peu plus de temps et qui disposent d'une expérience avec le public cible ;
- médecin généraliste personnel, qui n'est pas seul à devoir assumer sa tâche et qui peut établir une relation de confiance avec le patient ;
- projets de cohésion sociale (rencontre, activités sportives, etc.), projets d'éducation sanitaire sur mesure ;
- illimité dans le temps ;
- soins multidisciplinaires : kiné, dentiste, aide psychologique, etc. sont disponibles ;
- soins de qualité et non stigmatisant qui ne sont pas uniquement réservés aux « marginaux ».

A Bruxelles, les services médicaux qui s'occupent des sans-abris devraient pouvoir vérifier chez qui le patient est inscrit, afin que les urgences ou MDM par exemple, puissent référer le patient correctement (bon nombre de pa-

tients ont des problèmes cognitifs et de mémoire, sont exténués, stressés, déprimés, se sont fait voler des documents ou les ont perdus ; au point de ne parfois même plus savoir qu'ils ont un médecin généraliste).

Le renforcement des soins de santé de première ligne est un principe important permettant d'assurer l'accessibilité des soins de santé aux plus défavorisés.⁸⁴

Lacunes dans la prise en charge des personnes ayant des problèmes de dépendances

A Bruxelles, la prévalence de l'alcoolisme sévère parmi les habitants de la rue est très élevée et est une caractéristique relativement spécifique à notre capitale. A cela s'ajoutent un tabagisme pratiquement généralisé et une grande disponibilité des drogues et des médicaments engendrant une dépendance.

Cela demande d'avoir une vision politique et une approche préventive qui soient beaucoup plus larges que le secteur médical, entre autres afin de rendre l'alcool moins facilement accessible. A l'heure actuelle, on se procure plus facilement de la bière que de l'eau. On pourrait s'inspirer par exemple des mesures prises dans différentes villes néerlandaises où la disponibilité et les possibilités de consommation publique d'alcool sont limitées de façon sélective.

Il faut en outre penser aux points suivants :

- promouvoir la guidance budgétaire ;
- MSP pour les patients atteints du syndrome de Korsakoff. Les déficiences cognitives sont une conséquence spécifique de l'alcoolisme. Les patients développent des problèmes typiques de mémoire et de motivation et sont incapables de reprendre leur vie en main. Ces troubles sont mal connus. Les services médicaux et sociaux n'en tiennent pas compte. En la matière, **des formes de logements spécifiques avec contrôle adéquat et encadrement adapté s'avèreraient tout particulièrement indiquées ;**
- augmenter la capacité des établissements proposant des logements pour toxicomanes (comme les studios de l'asbl Transit);

⁸⁴ Voir l'étude récente réalisée à l'Université de Gand: <http://www.ugent.be/nl/actueel/nieuws/persberichten/spoed-toegang-kansengroep.htm>.

- perspectives de soins à l'issue de la désintoxication. Dans certains hôpitaux, ce principe est même considéré comme une des conditions à l'admission dans un service de désintoxication. Ces services 'postcure' proposent toute une procédure d'admission incluant de nombreux rendez-vous et des conditions qu'il est impossible de respecter quand on vit à la rue !
- créer des possibilités de cures de désintoxication pour poly-toxicomanes ;
- centres d'accueil pour alcooliques chroniques souffrant éventuellement de lésions cérébrales, d'un handicap mental ou d'un trouble psychiatrique. Les Pays-Bas et le Canada mettent en place depuis un certain temps déjà des programmes de logement à très bas seuil d'accès (« wet programs »), qui favorisent l'amélioration de la santé mentale et physique, de l'alimentation et de l'hygiène, ainsi que de l'intégration sociale. Dans ces programmes, l'abstinence n'est pas une condition.⁸⁵ Le secteur de l'aide sociale est insuffisamment équipé pour s'attaquer à cette problématique, qui doit rester à charge de l'INAMI.

Problèmes psychiatriques

Ces problèmes ont été suffisamment décrits à l'échelle internationale et les solutions sont connues. Mais contrairement à d'autres pays, le nôtre manque d'un plan d'action national/régional. Bruxelles s'est entre-temps débrouillé tant bien que mal pendant 20 ans. Au moment de leur fin de séjour, les patients psychiatriques sont beaucoup trop souvent orientés vers des structures d'hébergement non agréées, ou se retrouvent à la rue.

Il est nécessaire d'adapter la loi sur les hôpitaux afin de permettre à Bruxelles de développer des initiatives d'habitations protégées (psychiatriques), et cela de préférence avec une grande diversité de pratiques et de dispositifs. Les personnes à diagnostic multiple devraient à ce niveau-là avoir la priorité.

Pour plus de renseignements sur les besoins en matière de santé mentale à Bruxelles, lire *Spécificité de la Région de Bruxelles-Capitale en rapport avec l'organisation des aides et des soins en santé mentale* de la Plate-forme bruxelloise de Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale. Selon cette étude : « Les Maisons de Soins Psychiatriques sont également moins nombreuses à Bruxelles qu'en Flandre et accueillent souvent des populations moins stabilisées qu'ailleurs. Le **manque criant de logements** accessibles et d'alternatives

⁸⁵ Voir le programme de logement « The Oaks » : <http://ottawainnercityhealth.ca/home> et <http://www.youtube.com/watch?v=UApcRPnwGYk> pour le projet à Amersfoort.

de logements supervisés en Région bruxelloise est un **frein au développement d'alternatives à l'hospitalisation**. Il existe également un déficit en termes de places d'accueil pour personnes avec un handicap mental, ce qui augmente la pression sur les lits psychiatriques ».

Bruxelles a besoin d'un service de psychiatrie de rue, qui est – comme à Amsterdam – lié au reste du secteur de la santé mentale et qui crée la possibilité de suivre les patients sur le long terme.

Il faut bien sûr d'abord développer le Housing First, mais pas comme on le fait en ce moment. Tout le monde en parle, mais rares sont ceux qui semblent savoir de quoi il s'agit exactement ; les méthodes de travail appliquées dans ce type de programme restent pour une bonne part largement méconnues. ACT, Assertive Community Treatment constitue une partie essentielle de cette méthode. Elle consiste en une série de lignes directrices permettant d'encadrer des patients psychotiques en dehors des institutions. Cela porte sur la composition des équipes, le maniement de la persuasion et de la contrainte, le recours à des experts du vécu, etc.⁸⁶ Le financement est morcelé et amateur. Lorsque le principe est appliqué de la meilleure façon possible, comme à Puerto, les résultats sont pourtant prometteurs.

La pratique de la mise en observation soulève parfois des questions. Différents psychiatres peuvent interpréter de manière très différente un même problème. Comment pourrait-on ici établir de meilleurs accords ? Sans perspective, une mise en observation n'a presque aucun de sens.

Il faut prévoir à temps ce qu'il est possible de faire après l'admission (placement, mesure judiciaire, etc.)

Communication et coopération

Malgré le grand nombre d'initiatives, certains besoins restent trop peu couverts. L'association « La Fontaine » n'est par exemple plus en mesure de répondre à la demande de soins sanitaires.

Les services ne font d'ailleurs pas toujours ce qu'ils prétendent faire, et le double emploi n'est pas une exception. **C'est la raison pour laquelle « La Strada » devrait recevoir plus de compétence de coordination.**

86 MULDER ET KROON, ACT, *bemoezorg voor patiënten met complexe problemen*, 2009.

Les contacts personnels entre les travailleurs sur le terrain sont bons si les gens se connaissent, mais la récente étude RAPS⁸⁷ démontre que les directions et la politique ne favorisent pas ce type d'échanges. Les organes de concertation existants donnent de moins bons résultats, il y a trop peu de communication entre le terrain et les coupoles, ou des interventions politiques empêchent la participation de certains services. Il est vivement conseillé de développer un cadre permettant le développement de rencontres informelles, de détachements de travailleurs et de « brugfiguren » (personnes assurant une fonction de pont entre les secteurs).

La loi sur le secret professionnel doit être respectée, entre autres en matière d'échange d'informations médicales. Il est ainsi strictement interdit de publier sans aucune raison sur Internet des renseignements concernant les patients. Le médecin généraliste ou le psychiatre reste la figure-clé, qui doit pouvoir disposer de toutes les informations nécessaires. Le secteur doit mieux profiter des actuelles possibilités de concertation légales telles qu'Hermès. En associant le patient à la concertation, on valorise celui-ci et les assistants sociaux tiendront compte dans une plus large mesure de la façon dont le patient voit les choses.

Ne pas seulement guérir l'individu mais aussi le contexte.

C'est exactement comme pour le choléra : se limiter à guérir un seul patient n'a pas beaucoup de sens. A première vue, cela ne semble pas être une tâche médicale, mais sans nettoyage des égouts ni purification de l'eau, la population sera toujours confrontée à de nouveaux cas de maladie. Il faut absolument tenir compte des déterminants sociaux de la santé.

Neuf clefs déterminent la santé (WHO, 2003):

1. le gradient social (lien constant entre un statut socioéconomique plus élevé et un meilleur état de santé)
2. le stress
3. le passé
4. l'exclusion sociale

87 « La recherche-action Réseau d'Accompagnateurs Psycho-sociaux, a théorisé la pratique d'accompagnateurs psycho-sociaux, émanant de 8 dispositifs en prise avec la grande précarité. Ces accompagnateurs psycho-sociaux sont sortis des murs de leurs associations, pour entreprendre des accompagnements en réseau et en intersectorialité ». L'étude RAPS peut être consultée sur <https://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>.

5. le travail
6. le chômage
7. l'aide sociale
8. les dépendances
9. l'alimentation

Certains aspects médicaux bénéficient parfois soudainement d'une attention relativement importante, mais sans pour autant s'inscrire dans une stratégie globale. Il suffit qu'on ait par exemple entendu parler quelque part d'une maladie qui frapperait plus spécialement les sans-abris pour y consacrer une campagne, mais qui ne révèle aucun résultat par la suite.

Il est fondamental de comprendre que le manque de logements constitue un grand problème sanitaire pour les sans-abris. Il est inadmissible de garder pendant longtemps des gens dans des centres d'hébergement d'urgence peu sûrs. C'est un facteur très anxiogène, et les gens y développent des stratégies de survie qui sont déconnectées de la réalité. GOFFMAN écrivit déjà en 1963 dans *Asylums, essays on the social situation of mental patients* qu'il était néfaste qu'une seule institution soit compétente pour divers domaines de la vie (comme par exemple le logement et les soins de santé).

Il est vraiment déplorable que presque 3.500 logements sociaux soient inoccupés.

Formation et éducation

Il n'existe à l'heure actuelle aucune formation sur les méthodes de travail pour s'occuper de patients refusant tout soin, n'exprimant aucune demande ou dont les demandes sont exprimées par des tiers.

Les employés des services ne sont pas suffisamment capables d'observer efficacement les différents aspects des répercussions de la vie à la rue, d'en faire une bonne analyse et d'agir en fonction de leurs retombées sur les problèmes/capacités du patient.

Les travailleurs et les services doivent développer une capacité perméable : on doit pouvoir s'adresser à eux tant dans le cadre de leur activité professionnelle qu'au niveau de la maturité humaine en général.⁸⁸

88 Centre d'accueil et de traitement du Solbosch asbl.

Témoignage : Pierre, 55 ans, sans-abri

Je souffre d'un problème d'alcool depuis au moins dix ans. J'ai été hospitalisé en octobre dernier trois semaines pour ça mais je suis parti... On vous infantilise souvent dans les hôpitaux pour des trucs stupides. J'ai donc arrêté pendant 6 mois. Je vis maintenant dans un garage que je loue.

Je vais maintenant entrer en cure dans un organisme qui s'appelle le CATS¹² sur Forest. Normalement dans un mois et demi, selon les disponibilités quoi... Pourquoi là-bas ? Parce que si je veux aller à Brugmann à Paul Brien suivre une cure, je devrai changer à nouveau de CPAS... ce qui va rajouter encore de l'anxiété à ma personne. Dans certains CPAS, c'est le marasme le plus total, vous êtes parfois payé avec trois mois de retard, sans compter que c'est encore à vous à apprendre le métier des assistants sociaux. Quand j'ai appris que je devrais changer à nouveau de CPAS, j'ai dit : « stop on arrête tout ! » Je devais normalement entrer demain en cure, mais j'ai finalement dû annuler la cure.

Quand on est SDF, on est radié du fichier national, et donc à partir du moment où on rentre dans un lieu de soins, on dépend du CPAS de la commune où on est soigné. Heureusement moi que je ne suis pas alcoolique journalier, je suis cyclique, donc je suis encore assez alerte et je connais bien tous les mécanismes. Pourquoi faire balader les gens comme ça, comme des sacs ? Il y a déjà tellement d'obstacles pour simplement rentrer dans un hôpital, et puis en plus il y a les obstacles liés aux CPAS...

Les assistants sociaux nous prennent parfois avec beaucoup de désinvolture je trouve. Ils ne s'impliquent pas dans leur boulot. Moi je suis encore avec un profil atypique, parce que je suis un SDF qui a fait l'université et que je sais bien m'exprimer. Je fais mes démarches deux mois à l'avance pour être payé avec deux mois de retard ! C'est scandaleux, et parfois c'est trois ou quatre mois ! Comment font les gens sans argent et sans personnes sur qui compter ? C'est le parcours du commando !

Au même moment où j'avais renouvelé ma demande pour le revenu d'intégration, j'avais en même temps demandé ma carte santé. Elle se trouvait donc bien dans mon dossier mais l'assistant social ne me l'a pas donnée... Ça illustre encore bien l'incompétence de certains assistants sociaux au CPAS... Déjà si au sein même du CPAS, ils se chamaillent sur les règles à appliquer, alors imaginer quelqu'un qui n'est pas du tout au courant des lois et tout ça, il est complètement paumé !

Moi j'imagine le type qui n'a pas cette chance d'avoir un peu le sens de la débrouillardise ou qu'il ne connaît pas un peu les rouages, il est noyé !!! Qu'est-ce qu'il va faire alors ? Ben il va faire la manche et rentrer dans n'importe quel bar et il va picoler... et on le retrouvera de nouveau aux urgences !

Pour embrayer sur les urgences, je dirais que... Bon je trouve que dans certains hôpitaux... c'est un peu comme si on avait déposé un penthouse où le roi va... façon de parler...

Je me rappelle d'une fois... Vers 17h, on m'a mis dans une pièce sur un matelas par terre jusque cinq heures du matin, avec les bips des monitorings, les fous rires des infirmiers dans les couloirs, les sarcasmes qu'on entend à propos de vous dans le couloir... Il y en quelques-uns qui feraient bien de repasser leurs cours de déontologie. C'est vrai qu'on n'arrive pas toujours très propre, mais s'ils m'avaient donné un gant de toilette, je me serais lavé.

La dernière fois que j'ai été hospitalisé, l'infirmier chef m'a reconnu et m'a dit : « Tiens, monsieur X ! Vous êtes déjà venu vous. Vous êtes un habitué maintenant ! » C'est très rabaisant je trouve. Il a fallu alors trois heures avant qu'il daigne m'enlever mon pantalon et me laver. La dernière fois aux urgences, j'ai attendu pendant quatre heures dans le couloir avec deux vieilles dames qui elles attendaient depuis six heures... Avant d'être pris en charge par quelqu'un, ça peut durer une éternité. Aux urgences, il y a vraiment un grand manque d'empathie, on est traité comme du bétail quoi !

4. Entretien avec Marie-Thérèse Reul et Coralie Guaveia de « La Fontaine » (Association belge de l'Ordre de Malte)

Pouvez-vous me décrire brièvement votre structure et son rôle ?

La Fontaine est un centre d'hygiène qui accueille les sans-abris depuis 17 ans pour qu'ils puissent prendre une douche, laver leurs vêtements et avoir des soins infirmiers si cela est nécessaire. Nos objectifs sont multiples : la socialisation, l'orientation (facilitation des démarches administratives par exemple), la communication ainsi que la prévention des pathologies par l'amélioration de l'hygiène.

Y a-t-il des problèmes de santé spécifiques à la population sans-abris ?

Oui, certains problèmes sont vraiment liés à leur mode de vie tel que les parasitoses, les poux, la galle et les mycoses. Il y a aussi tous les problèmes d'addiction.

On travaille beaucoup avec les maisons médicales où l'on envoie les patients quand c'est nécessaire. Leurs états de santé nécessitent souvent une réponse immédiate.

Aux urgences, ils peuvent prendre la personne directement, mais il faut pouvoir être présent à côté d'elle dans la salle d'attente. On doit être là pour soutenir la personne, sinon elle est bien souvent refusée ou l'attente est trop longue.

Comment cela se passe-t-il au niveau du suivi des traitements ?

C'est très difficile d'assurer un suivi. On a par exemple eu le cas d'une personne atteinte de tuberculose, le FARES proposait tous les matins un café et des croissants pour qu'il vienne prendre son traitement, mais ça n'a quand même pas fonctionné. On savait où il faisait la manche, alors finalement c'est l'église de la Madeleine qui lui donnait ses médicaments.

L'idéal est de pouvoir s'adapter à chacun mais il est vrai qu'avec si peu de personnel, ce n'est pas facile.

Quand ils reçoivent le papier d'hospitalisation et qu'on a coché « retour à domicile », mais quel domicile ? On a eu un monsieur qui s'est fait opéré des varices un mercredi et le vendredi il était déjà sorti. J'ai téléphoné à l'hôpital pour qu'ils puissent quand même le garder le week-end et le médecin m'a répondu qu'il ne savait pas que ce monsieur était à la rue. Alors quand j'ai demandé à cette personne pourquoi elle n'avait rien dit, elle m'a répondu qu'elle avait trop honte de sa situation.

Quels sont les principaux obstacles aux soins préventifs de ce public ?

Leurs conditions de vie tout simplement. Même si on fait de la prévention par l'hygiène, ici ils n'ont le droit de venir qu'une fois par semaine pour prendre une douche. Alors comment font-ils le reste de la semaine ? Il n'y a pas tant d'autres lieux où c'est gratuit. Être propre et changer de vêtements, c'est déjà une prévention à beaucoup de choses.

Il y a aussi le problème de l'alimentation. Ces gens ne choisissent pas leur alimentation. Beaucoup de sans-abris ont le diabète, notamment à cause de l'alcool. Et pour prévenir le diabète, il faut avoir une alimentation équilibrée et saine. Dans leurs conditions de vie, c'est impossible.

Il y a aussi les problèmes dentaires. A cause du manque d'hygiène et de la drogue, tu les vois à 25 ans avec des chicots. Ce n'est pas évident pour eux de se faire soigner les dents. C'est dommage parce qu'on pourrait pourtant éviter beaucoup de problème d'ulcères gastriques et de complications par la suite.

La vaccination, c'est aussi compliqué. Par exemple, la vaccination contre la grippe c'est une bonne idée, mais s'ils font une réaction immunitaire avec 40° de fièvre, qui va les accueillir ?

Un autre souci dans l'accès aux soins préventifs est lié à l'AMU (attestation d'aide médicale urgente) puisque bien souvent on la donnera alors qu'il y a déjà un problème de santé avéré. Il faut en effet cette attestation médicale pour avoir accès à la carte médicale et donc à un médecin et une pharmacie gratuitement. Il y a comme un déni de leur santé. Pour eux, le plus urgent, c'est de savoir où ils vont dormir, ce qu'ils vont manger, où se laver, etc. Et ça, ça prend des proportions telles qu'ils n'arrivent plus à faire autre chose.

Vos usagers renoncent-ils parfois aux soins de santé pour des raisons financières ?

Plusieurs fois ils m'ont rapporté qu'ils étaient allés aux urgences, et qu'on leur avait demandé de payer parce qu'ils n'avaient pas de couverture sociale. Alors ils sortent des urgences sans trop savoir où aller.

Les maisons médicales sont une bonne alternative pour éviter les obstacles financiers. Ils ont un service social qui s'occupe des démarches pour l'AMU. Mais avant qu'ils aient une carte médicale en ordre on compte sur le bénévolat et la bonne volonté des médecins. Tant qu'ils n'ont pas la carte médicale, ils n'ont pas leurs médicaments, ça recule le traitement. Et quand elle n'est plus valide, il faut tout recommencer. C'est un vrai casse-tête !

Alors les CPAS, ça dépend des communes... les SDF, ils bougent pas mal, alors les communes se renvoient la balle. Moi ça me choque ça car ça ralentit tellement les choses !

« Ah vous dormez gare du midi ? Ah, alors on annule tout votre dossier, il faut refaire les démarches à Saint-Gilles... » Les gens, ils pensent qu'on se fout de leur tête ! Et puis au CPAS de Saint-Gilles, ils vont apprendre qu'il a dormi au Samu social la nuit précédente, donc ils ne vont pas s'occuper de lui ! Quand tu es dans des situations difficiles, tu dois déjà avoir des sentiments de rejet très fort, alors quand en plus, on n'arrête pas de t'envoyer d'un côté à l'autre, il y a une lassitude qui s'installe.

Pourquoi ne pas créer une seule structure, où tous les CPAS de la Région de Bruxelles mettent de l'argent pour la prise en charge des sans-abris ?

Les obstacles administratifs représentent-ils un obstacle selon vous ?

Le problème avec la carte médicale, c'est que bien souvent ils ont une maison médicale et une pharmacie attitrée où ils doivent aller. Cette carte médicale peut servir entre un mois et trois mois. Souvent, ils perdent cette carte ou on

leur vole. Je trouve ça dommage que cela ne soit pas encodé dans l'ordinateur de la maison médicale et de la pharmacie de façon à ce que la personne, même si elle n'a plus son papier sur elle, puisse toujours aller se faire soigner.

Si la carte est périmée, ils sont refusés et ils n'ont qu'à attendre d'en avoir une nouvelle. Cela veut dire retourner chez un médecin pour refaire l'AMU ! Et en attendant, le traitement est interrompu... Le médecin fait l'ordonnance, mais il faut attendre le lendemain matin pour aller au CPAS chercher le papier pour aller chercher le médicament.

C'est du cirque tout ça ! Eux, ils sont malades aujourd'hui, pas demain.

5. Entretien avec Irène Kremers, médecin au Relais Santé de Charleroi

Pouvez-vous me décrire brièvement votre structure et son rôle ?

Les travailleurs sociaux du réseau Relais Social de Charleroi étaient fort interpellés par la difficulté d'accès aux soins des personnes sans-abris. C'est de la réflexion de ce groupe qu'est née l'idée de la nécessité d'une structure d'accès aux soins pour cette population. On continue à travailler avec ce même réseau et nous offrons des consultations médicales, infirmières et sociales. Nous faisons aussi des permanences extérieures, comme par exemple à l'abri de nuit ou à l'accueil de jour où on va une fois par semaine, ou encore en rue ou en squat lorsque les travailleurs du Carolo Rue nous sollicitent.

Y a-t-il des problèmes de santé spécifiques à la population sans-abris ?

Il y a beaucoup de pathologies respiratoires ainsi que toutes les pathologies liées à l'assuétude telle que l'héroïne, la cocaïne, etc. Ce qu'on a beaucoup aussi, ce sont toutes les pathologies qui découlent de l'alcoolisme, comme les maladies du foie. Au niveau infirmier, on a évidemment tous les problèmes d'hygiène et les pieds que l'on retrouve dans des états catastrophiques !

Il y a donc tout un travail à faire au niveau d'éducation à la santé. On a une douche mais ce n'est pas une douche publique, cela fait plutôt partie d'un apprentissage de l'entretien du corps où l'infirmière apprend à la personne à se laver.

Les problèmes psychiatriques aussi, qui vont du simple malaise, à la pathologie psychiatrique. On a beaucoup de souffrance psychique d'origine sociale. Parfois on croit qu'il y a une pathologie psychiatrique, mais le simple fait

d'être au SASS (structure d'accueil socio-sanitaire), d'avoir une bonne nuit de repos suffisamment longue, d'être encouragé, etc. diminue le niveau de stress général. D'après la littérature scientifique, il y a 20 % de psychoses en rue. Nous rencontrons des personnes avec des délires comme on en voyait avant que les neuroleptiques n'existent parce qu'ils sont sans traitement, sans suivi, livré à eux-mêmes et ont donc de bonnes occasions de décompenser.

Quels sont les problèmes d'accès aux soins curatifs ?

Ici au Relais Santé, les consultations sont gratuites. Pour les médicaments, le problème se pose s'ils n'ont pas de mutuelle. Si ce sont des traitements chroniques très chers, le CPAS peut prendre en charge une partie des frais médicaux non remboursés par la mutuelle. Pour les patients en situation irrégulière, c'est difficile. On a quand même, en 2012, 58 % de nos patients qui sont sans papiers, et ça augmente d'année en année. Pour eux, c'est difficile, qu'ils soient clandestins, arrivés par bateau ou qu'ils soient en demande d'asile, de régularisation, etc. A Charleroi, depuis 2009, il existe la carte d'accès aux soins qui donne accès à tout ce qui est remboursé par l'INAMI. La personne peut avoir droit à cette carte si elle introduit une demande d'aide médicale urgente au CPAS, qui accorde la carte pour une durée de trois mois et qui est renouvelable pour une durée de trois mois à chaque fois. Ça c'est la théorie, c'est magnifique ! Mais en pratique, ça ne se passe pas comme ça. Il y a beaucoup de refus, parce que les gens n'osent pas dire où ils habitent, donc le CPAS ne sait pas vérifier qu'il réside bien à telle adresse. Depuis cette dernière année, les conditions d'octroi de cette carte santé se sont énormément rigidifiées. Les refus deviennent la règle et nous nous retrouvons dans des situations inquiétantes en termes de santé. J'ai déjà vu des personnes qui... où il faut faire quelque chose quoi ! Parce que d'un point de vue médical, ce n'est plus possible, ils ont besoin de médicaments ou d'une intervention chirurgicale...

Concernant la médecine générale, avec un statut OMNIO, le ticket modérateur est à 1 euro, quand le médecin veut bien pratiquer le tiers payant évidemment. C'est un des objectifs du Relais Santé aussi, on donne des soins aux sans-abris pendant la période où ils sont à la rue, et puis on essaye de le réorienter en médecine générale. Mais renvoyer vers un médecin traitant, ce n'est pas toujours facile ! Ils sont déjà surchargés de travail et ne prennent plus de nouveaux patients... et puis il s'agit aussi d'un public particulier, qui demande du temps, de pouvoir s'organiser. Nous, ici, on travaille en équipe, il y a le médecin, l'assistante sociale, l'infirmier, etc. Mais on réfère encore trop peu. L'année passée, on en a seulement référé une vingtaine sur 600 patients.

Parfois on a aussi des patients qui sont envoyés aux urgences et où on nous dit « Ah, écouter ça c'est social hein... ». Ils nous le renvoient, en disant que c'est un problème social. Je me souviens d'un patient dans ce cas, alors qu'il était complètement dénutri et qu'il devait être hospitalisé d'urgence.

Avec l'hôpital Notre Dame, on a mis au point un système pour que, s'il y a un problème à l'abri de nuit, l'éducateur peut téléphoner au service des urgences et proposer que, si les urgences ne pensent pas qu'il est nécessaire de l'hospitaliser, ils peuvent le ramener à l'abri de nuit après. Cela veut dire que les urgences ne devront pas le garder sur les bras s'il ne doit pas être hospitalisé. Il faut pouvoir connaître les limites et les missions claires des autres services pour mieux collaborer. Cela permet de ne pas avoir chacun des attentes excessives par rapport aux autres services.

Pour revenir aux problèmes liés aux démarches administratives, les délais d'obtention de l'AMU est aussi un problème. Entre le moment où la demande est faite, que ça passe en commission etc. et vu que la carte n'est valable que trois mois... quand ils la reçoivent, elle est déjà pratiquement périmée ! Alors il faut déjà faire la demande pour la suivante, mais il y a chaque fois des « trous » dans la prise en charge. On ne sait plus les envoyer vers un généraliste ou alors il faut à chaque fois demander un réquisitoire, mais c'est un parcours de fou. Donc oui ça pourrait bien fonctionner, sauf pour les « sans-papiers », chez qui l'AMU est maintenant systématiquement refusée !!!

Il faut interpeller le CPAS mais aussi sensibiliser les politiques à la Région wallonne et au fédéral, pour qu'ils soient au courant des difficultés de terrain. Que ce soit au niveau politique ou au niveau de l'hôpital, les travailleurs sociaux ont appris à se connaître, à travailler ensemble autour d'une même situation avec ces personnes qui posaient des problèmes pour certains services. C'est un travail de coordination, de communication et de sensibilisation.

6. Synthèse et recommandations

Dr Pierre RYCKMANS, Infirmiers de rue asbl

L'asbl Infirmiers de rue a pour objectif la réinsertion, par l'hygiène et les soins de santé, de personnes gravement désocialisées, vivant pour la plupart en rue.

6.1 Soins, santé et logement

Le fait de vivre en rue entraîne des risques pour la santé, avec des répercussions sur la morbidité et la mortalité.

A cet égard il est significatif de voir que la cause véritable du décès des individus morts en rue ou en hébergement d'urgence n'est quasiment jamais connue, ni des services d'urgence appelés à tenter de réanimer la personne, ou à constater le décès, ni des services ou acteurs médicaux ayant suivi les patients sur une longue durée. Il est donc difficile de se faire une idée exacte des causes de mortalité de cette population et, partant, d'orienter efficacement des actions de prévention ou de réduction des risques. **Une étude de cas permettrait, à peu de coût, de répondre à cette question.**

Notre expérience semble montrer jusqu'à présent que l'accès effectif et réussi aux soins de santé, et certainement pour des pathologies compliquées, est très difficile, sinon impossible, pour des personnes vivant complètement à la rue.

Les raisons en sont :

- priorités différentes pour la personne (logique de survie plutôt que projection dans le futur);
- cadre chaotique de la vie en rue ;
- insertion difficile de la personne dans les services classiques (hygiène, respect des horaires et des attentes, comportement);
- hygiène de vie difficile à maintenir en rue : hygiène du corps et des vêtements, hygiène du sommeil, alimentation, stress.

Il semble donc plus avantageux, voire indispensable dans certains cas, à long terme, de coupler l'accès aux soins à la réinsertion dans un logement. On peut pour cela jouer sur les deux facteurs alternativement : l'investissement dans la santé augmentant le désir de la personne de retrouver un logement et réciproquement, l'investissement dans un logement facilitant, à terme, des comportements favorables à la santé.

6.2 Complexité de la problématique

L'accès aux soins des personnes sans abri, et plus largement, leur accès à la santé, est une problématique rendue complexe, non seulement par la complexité des situations individuelles, chaque situation présentant des problèmes sociaux, médicaux, administratifs, psychologiques, mais également

de par la diversité des situations rencontrées. Ceci oblige les intervenants à s'adapter sans cesse à des problématiques parfois très différentes et réclamant des compétences spécifiques et des réponses adaptées.

Chaque situation nécessite la coordination de plusieurs acteurs, souvent différents d'une situation à l'autre, et demande souvent du temps et de la persévérance pour pouvoir être résolue.

Des éléments décisifs semblent être :

1. le fait de travailler en parallèle sur les différents éléments : soins médicaux et de santé mentale, remise en ordre administrative, stabilisation de l'hébergement...;
2. la coordination des différents acteurs ;
3. l'adaptation des différents acteurs et des institutions à ce type de population ;
4. le travail dans la durée, même si certaines actions d'urgence (mise à l'abri en hiver, prise en charge des urgences médicales) sont indispensables à la survie des patients, et peuvent, dans certaines conditions, être les premiers jalons du travail à long terme.

A noter que des situations de crise, comme une hospitalisation par exemple, lorsqu'elles sont vues par toutes les parties comme une occasion à saisir, peuvent, moyennant une bonne collaboration, aboutir à des changements inespérés dans la situation des personnes.

Il y a lieu de garder sans cesse à l'esprit ces éléments, tant pour la formation du personnel que pour la création de nouveaux dispositifs ou institutions, afin de pouvoir effectivement mettre en œuvre des solutions réellement adaptées aux situations rencontrées sur le terrain.

6.3 Synthèse des recommandations

Il est encourageant de voir que les recommandations de différents acteurs convergent largement. Elles peuvent, en résumé, se décliner comme suit (les chiffres renvoient au texte pour plus de détails):

1. sensibiliser et former le personnel soignant aux aspects spécifiques de l'abord des personnes sans abri : comment rencontrer leurs besoins et leurs attentes, prévenir leurs craintes, tout en dispensant des soins adéquats et de qualité;

2. donner les moyens aux institutions d'être plus flexibles dans l'accueil de cette population : par le temps consacré à la consultation, la présence de traducteurs d'accompagnateurs ou de psychologues en appui au soignant, une plus grande souplesse dans les procédures administratives, plus de places disponibles...;
3. donner à tous les acteurs le souci de la continuité des soins et du suivi de façon générale : il s'agit pour eux de participer à une filière de soin et de prise en charge dans laquelle le devenir du patient est pris en compte. Dans ce cadre, les crises sont vues comme des occasions de changement, qu'il faut saisir, et non comme des ruptures;
4. simplifier et, là où c'est possible, automatiser certaines procédures, afin de faciliter la prise en charge, pour tous les intervenants comme pour le patient;
5. les maisons médicales, par leur approche globale, leur accessibilité financière, leur ouverture non-stigmatisante... sont saluées comme un exemple de bonne pratique;
6. créer plus de possibilités pour la prise en charge des patients alcooliques, des patients psychiatriques ainsi que des patients à multiples diagnostics;
7. encourager et appuyer la coordination et la communication entre les différents acteurs, tant au niveau des travailleurs de terrain qu'au niveau des directions et du pouvoir politique.

Il va sans dire que la mise en œuvre de ces recommandations passera nécessairement par une volonté politique claire de changer la situation.

B. Les personnes ayant des problèmes de dépendance

Fedito BRUXELLOISE – Concertation Bas Seuil

Résumé

Les structures d'aide aux toxicomanes ont été mises en place pour permettre l'accès aux soins aux toxicomanes, à une époque où les structures traditionnelles n'offraient aucune aide adaptée à ces publics. Cet objectif d'accessibilité reste un fil rouge traversant ce secteur très spécifique marqué par l'illégalité des pratiques de ses bénéficiaires. Les stratégies développées visant à abaisser au maximum le seuil d'accès à nos services permettent d'entrer en contact avec des usagers cumulant polyconsommation, grande précarité, absence de domicile et non affiliation à une mutuelle.

Nous avons retracé trois trajectoires de vie qui illustrent de façon concrète la complexité des situations auxquelles nous sommes confrontés au quotidien. Enfin, en guise de conclusion, nous abordons certaines pistes pour une meilleure inclusion de ces personnes dans notre système de soins.

1. Le secteur « toxicomanie » de l'origine à aujourd'hui : points de repère pour comprendre des approches plurielles

Le secteur « toxicomanie » regroupé au sein des fédérations des institutions pour toxicomanes (FEDITO) bruxelloise et wallonne et du Vereniging voor Alcohol en Drugsproblemen (VAD) réunit les institutions spécialisées dans l'approche du phénomène des dépendances. Les axes d'action principaux de ces acteurs sont l'information, diverses stratégies de prévention et de réduction des risques, des programmes d'accompagnement, de soins ambulatoires et résidentiels et de réinsertion/réadaptation des usagers problématiques de substances psychoactives (principalement) illicites.

Les premières institutions spécialisées apparaissent dès la fin des années 70 et au début des années 80 (Infor-Drogues, Projet Lama, Enaden) sur la base du constat d'un manque absolu d'offre adaptée pour les toxicomanes en demande d'aide et de soin dans les filières médicales et de santé mentale traditionnelles. « Sevrage bloc » ou isolement étaient les seules offres proposées à ces personnes.

L'absence de prise en compte de la complexité des phénomènes d'addiction, la stigmatisation des usagers, l'illégalité des pratiques de consommation et des traitements de substitution empêchaient à l'époque toute prise en charge adaptée. Ce cadre rigide et inadapté rejetait ces catégories de la population hors du système de soins et, par extension, les privait d'éléments fondamentaux de leur citoyenneté, le droit aux soins.

Ces premières initiatives en faveur des toxicomanes émanaient de la société civile, d'individus, parmi lesquelles on retrouvait des médecins qui commencèrent à dispenser les premiers traitements de substitution à la méthadone. Ces pionniers du secteur devront affronter des résistances multiples parmi lesquelles l'Ordre des médecins ne fut pas la moindre. Il s'agira de faire évoluer la législation et l'adapter à ces pratiques innovantes dans un premier temps, avant que ces structures soient reconnues et progressivement intégrées dans le système de santé belge, en premier lieu via la mise en place et le financement de conventions de revalidation fonctionnelle par l'INAMI, et ensuite via différents décrets organisant et soutenant les secteurs ambulatoires une fois ces compétences régionalisées (décret toxicomanies 1995 de la COCOF, de la Région wallonne).

Le secteur s'étoffe et se diversifie progressivement, par couches. Il évolue pour répondre, souvent en urgence, à des périodes de crises ou de tensions, ou encore de mobilisation citoyenne. Citons le procès du dr. BAUDOUR, l'épidémie du sida, les émeutes dans les années 90 ou les scènes ouvertes actuelles de consommation dans l'espace public à Bruxelles ou à Liège, etc. Autant d'épisodes-clé qui ont appelé des réponses et « forcé » la prise de décision politique et la mise en place de structures adaptées. Aux antipodes d'une programmation de l'offre et de la mise en place d'un système de soins pensé et intégré « *a priori* », le secteur s'est constitué « en réaction à » et différents projets se sont ajoutés aux premières structures existantes au gré de moments-clés de ces 30 dernières années.

L'offre de soins du secteur se diversifie aussi en réponse à l'extension et à la diversification des substances consommées et des publics consommateurs, preuve tangible de l'incroyable gâchis que représente la guerre à la drogue et aux drogués menée depuis plus d'un demi-siècle au niveau planétaire.

Nous le soulignons ici parce que cette stratégie n'a mené qu'à l'exclusion et à la stigmatisation de catégories entières d'usagers aussi certainement qu'elle a précipité la corruption et une violence endémique dans différents pays producteurs (Afghanistan, Colombie, Mexique...). Le régime de prohibition qui perdure a aussi été le moteur central de la création du secteur, vu que sans la criminalisation des pratiques de consommation et des usagers de drogues, le soin et l'assistance aux toxicomanes constituerait une simple formalité, une

prise en charge « comme les autres » ou presque au sein des structures médicales et des filières de santé mentale généralistes.

Dans ces extensions et ces diversifications, un des « fils rouges » du secteur se trouve dans le souci d'accessibilité à l'aide et aux soins pour ces personnes exclues des autres filières. Et en particulier aux exclus parmi les exclus, les toxicomanes qui, en plus de leur consommation, sont précarisés, non affiliés, incarcérés... Si la toxicomanie n'est pas en tant que tel un facteur déterminant de précarisation, de désaffiliation et d'exclusion, elle constitue un facteur aggravant lorsque d'autres problèmes (économiques, relationnels...) surviennent dans les parcours de vie. Dans certaines conditions, la consommation de produits psychoactifs peut constituer un refuge, une échappatoire, et mettre à bas un équilibre fragile chez des personnes moins fortes psychiquement, ou ne bénéficiant pas d'un filet de sécurité social, familial ou relationnel...

Progressivement des programmes s'adresseront plus spécifiquement aux personnes incarcérées, aux migrants, aux consommateurs très précarisés et désaffiliés... voire à ceux qui cumulent plusieurs de ces « problématiques » constituant autant de barrières pour l'accès aux soins.

Aujourd'hui ces personnes socio-économiquement défavorisées, ayant quitté le système scolaire de façon précoce, les migrants, les personnes n'étant pas en ordre administratif, ou sans logement, etc. constituent une partie importante, voire majoritaire de nos publics en fonction des données isolées. Le profil particulier de nos patientèles peut s'expliquer partiellement à deux niveaux. D'abord parce que les patients souffrant de toxicomanie mais qui restent globalement insérés socio-économiquement et affiliés ont accès à certaines filières médicales non spécialisées. Soulignons le rôle des médecins généralistes et des maisons médicales qui prodiguent la majorité des TSO en Belgique francophone (en Flandre le système est plus centralisé avec les MASS en acteur central). Ensuite parce que le secteur spécialisé accueille les cas les plus lourds, ceux qui exigent une approche multidisciplinaire et spécialisée. Ces cas très lourds arrivent après des parcours de vie souvent chaotiques et leur consommation n'est qu'un problème parmi d'autres.

Le(s) secteur(s) assuétude(s) aujourd'hui

Le secteur toxicomanie, entre la prévention en milieu scolaire et les services de soins bas seuil pour toxicomanes désaffiliés ou en rupture, déploie des activités très diversifiées et travaille en amont (préventif) comme en aval (curatif) des consommations.

Services d'information et de formation, réseau de médecins généralistes, centres de jour, communautés thérapeutiques, services de soins et d'accompagnement ambulatoire...

Ces professionnels s'adressent à des publics divers et visent des objectifs spécifiques en fonction des publics : prévenir les usages inadaptés, diminuer les risques inhérents aux consommations, stabiliser les consommations pour entamer un processus de changement, remise en ordre administrative et réinsertion, diminution graduelle ou arrêt des consommations, etc. Leur point commun est d'aborder ces questions à partir d'une perspective multidisciplinaire et sociétale en intégrant les différents aspects de la consommation dont le contexte socio-économique des usagers, de promotion de la santé et de santé publique.

Les structures et les financements de ces services sont diversifiés à l'extrême : conventions de revalidation fonctionnelle INAMI, services ambulatoires (COCOF, RW), services de prévention (Communauté française), volets drogues des plans stratégiques de prévention et de sécurité (PSSP) dépendant du Ministère de l'Intérieur et des pouvoirs locaux, etc.

Au sein de ce panel diversifié de programmes, un noyau de services vise avant tout l'accessibilité des prestations offertes pour les personnes les plus exclues en diminuant au strict minimum les seuils d'accès à ces structures. On parle de services à « bas seuil d'accessibilité ». Ils accueillent les cas les plus lourds, qui combinent des consommations très lourdes et des situations de grande précarité et de désaffiliation.

A Bruxelles, le Projet Lama (INAMI + COCOF), la MASS (INAMI) et le centre Transit (PSSP) se sont regroupés au sein de la « Concertation Bas Seuil » afin de se donner un espace de réflexion devant leur permettre de répondre aux enjeux de la crise sociale actuelle sur l'évolution de la demande.

En effet, ces dernières années, le secteur « bas seuil » a été fortement sollicité par une augmentation très importante du nombre de demandeurs. Une part grandissante de ces usagers se retrouvent en situation de décrochage social majeur. Les équipes du bas seuil se retrouvent à devoir répondre à une hausse des demandes et à des situations qui exigent du temps. Maintenir l'équilibre entre bas seuil d'accès et haute ambition thérapeutique nécessite de la part des équipes énormément de flexibilité et d'intensité dans le travail. Cette équation se révèle cependant difficile à soutenir si dans le futur des moyens ne sont pas retrouvés pour renforcer les dispositifs.

2. Le bas seuil en chiffre : flux de patients, consultations, profil des publics

Pour illustrer l'activité du secteur bas seuil à Bruxelles, il est intéressant de pouvoir en exposer quelques dimensions et de les commenter. Ces dernières années, les demandes de prise en charge auprès de la MASS, du Projet Lama et de Transit sont en forte hausse et les situations des patients et des usagers de plus en plus complexes et dégradées sur un versant psychique et social, notamment en ce qui concerne les conditions de l'accès aux soins.

En 2012, ils ont été au total plus de 2068 usagers à s'adresser aux institutions de la Concertation Bas Seuil.

De nombreux patients sont en situation de désaffiliation ou de non-assurabilité. Le taux d'affiliation de nos patients est d'environ 70 %. Pour les 30 % restants, certains pourront retourner dans le système de l'assurance en cours de traitement, pour les autres, ils devront tenter de mobiliser d'autres registres d'aide comme les réquisitoires des CPAS ou l'aide médicale urgente. Ce travail d'ouverture des droits sociaux et de maintien de la protection sociale est au cœur du travail des équipes sociales. En effet, à l'admission, le pourcentage de patients qui ne sont pas en ordre d'assurabilité est énorme. La remise en ordre administrative doit permettre de restaurer l'accès à l'ensemble du circuit de soins. Ce travail de ré-affiliation est colossal, puisqu'en début d'année civile, c'est presque la moitié des patients en traitement qu'il faut ré-affilier en conséquence de l'antériorité de leurs statuts. Aussi, un grand nombre d'usagers n'a pas à disposition les leviers sociaux pour garantir des conditions stables de vie qui souvent participent au processus de mise à distance ou de rémission de l'usage des produits. Ces patients fragilisés par une consommation problématique sont souvent mis à mal par les exigences d'un social de plus en plus contrôlant et excluant. Pour nombreux d'entre eux, c'est l'expérience d'une forme de stagnation sociale et en lieu et place de perspectives émancipatoires, la mise en place de stratégies de survie.

La problématique de l'accès au logement est centrale, en témoignent les 7165 nuitées offertes par le centre Transit en 2012. Ce ne sont pas les maigres moyens des appartements d'HESTIA (6 appartements) ou des projets Housing First (5 logements) qui vont combler ce manque, même s'ils offrent d'indispensables modèles qui doivent pouvoir aujourd'hui se développer et se diversifier. Le reste du secteur de l'accueil est par ailleurs lui aussi complètement saturé par d'autres types de demandeurs. Nombreux sont nos usagers qui dorment régulièrement à la rue, parfois durant plusieurs mois consécutifs.

En 2012, les trois institutions MASS, Projet Lama et asbl Transit ont réalisés 77.509 consultations pour 80,87 équivalents temps plein. Cela illustre le volume important de consultations qui doit être assuré par les équipes. Ce flux de patients, et cette exigence de l'accueil, tendent sur le fil le rapport entre accessibilité et pénibilité du travail.

Ces dernières années ont également été caractérisées par l'émergence de nouveaux publics. Des usagers venus d'Europe centrale et de l'est, mais aussi provenant d'autres pays dont sont issus les flux migratoires de la mondialisation.

Parmi ces migrants, il y a des travailleurs sans droits ni ressources autres que le travail en noir, dans les secteurs de la construction, de l'horeca ou du nettoyage. Ils décrivent les conditions de vie d'une forme renouvelée d'un sous-prolétariat urbain. De récentes études comme celle menée dans le cadre du « projet Riboutique »⁸⁹ montrent encore l'existence de nombreux usagers qui ne sont pas en contact avec les dispositifs de soin.

Des usagers pas ou peu en contact avec le système de soins qui bien souvent n'ont pas modifié ou amélioré leur mode de consommation à l'aune de la réduction des risques. La prévalence de l'hépatite C dans ces publics est importante, mais elle l'est également au sein de la population générale des usagers de drogues. Les programmes de prévention, de traitement et d'accompagnement sont sous-équipés ou inexistant dans de nombreux pays d'origine. L'hépatite C, qui comme le rappelle une étude⁹⁰ récente du KCE, concerne pour les nouveaux cas 80 % d'usagers de drogue. Dans nos publics, c'est en moyenne 45 % des usagers dépistés qui sont contaminés.

Ces constats plus qu'alarmants rappellent toute l'importance d'une meilleure structuration de l'accès aux soins pour l'ensemble des publics. Ces patients doivent pouvoir s'inscrire avec une plus grande facilité dans les circuits de soins existants. C'est évidemment un enjeu de santé publique majeur, dont le secteur « toxicomanie » est un acteur-clé.

L'accès à la réduction des risques revient évidemment au premier plan et la question de l'accès facilité au matériel stérile doit pouvoir être débattue dans les équipes ambulatoires. Ce sont en effet des lieux stratégiques pour envisa-

89 H. MIMOUNI, M. KIRZIN et E. HUSSON, *Projet Riboutique, avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutte contre les assuétudes*, Bruxelles, 2012.

90 S. GERKENS, N. MARTIN, N. THIRY, F. HULSTRAET et C. HÉPATITE, *Dépistage et Prévention. Health Technology Assessment (HTA)*, Brussels Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE Reports 173 B. D/2012/10.273/05.

ger et inventer des stratégies combinant soins et réduction des risques à une échelle beaucoup plus importante⁹¹. Les comptoirs d'échange comme DUNE et le LAIRR, qui distribuent 12234 seringues par an auprès de 301 usagers, restent des maillons essentiels dans cette perspective.

3. Les cliniques du bas seuil : illustrations par trois trajectoires de soin

Il nous a paru utile de pouvoir exposer sous la forme d'une vignette, les situations de patients ayant une situation en lien avec les problématiques d'accès aux soins. Ces trois situations reprennent des éléments qui ont déjà été discutés plus avant dans cet ouvrage. Nous tenterons néanmoins d'identifier ultérieurement les catégories d'exclusion qui sont plus spécifiques au public des usagers de drogues.

Vignette : Fatima

Fatima est une femme d'une cinquantaine d'années. Elle est suivie à la MASS depuis plus de treize ans maintenant. Elle a toujours été perçue par les différents intervenants comme étant une femme coquette, malgré ses années de vie en rue, quel qu'un ayant des ressources intellectuelles, une grande conscience de sa situation sociale, mais connaissant également une grande souffrance psychique ancrée dans un sentiment de rejet d'une société qu'elle vit comme excluante. Au fur et à mesure de nos rencontres, Fatima dévoile son chemin chaotique. Elle vit une enfance marquée par la mort de ses parents et le suicide d'un de ses frères, l'exil de son pays d'origine, le Maroc. Autant de ruptures dans un milieu social très précaire, qui pousse Fatima à adopter des conduites à risques. A l'âge de 15 ans, elle débute ses consommations d'héroïne en injection. La dépendance primaire aux opiacés fera rapidement place à une consommation anarchique et massive de cocaïne, de benzodiazépine et d'alcool. Elle découvrira la dureté de l'univers carcéral où elle a vécu pendant sept ans, suite à trois condamnations pour de multiples délits mineurs. A la naissance de sa petite fille, elle décide de demander de l'aide. C'est dans ce cadre-là que nous la rencontrons pour la première fois.

A cette époque, Fatima travaille comme aide-ménagère, elle possède une carte de séjour illimité, une mutuelle en ordre, et ce, malgré ses consommations. Un traitement de substitution à l'héroïne est alors amorcé.

91 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, in T. RHODES et D. HEDRICH (eds.), *Monographie scientifique No. 10 de l'OEDT*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2010. Disponible en anglais <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs>. La publication de cette monographie précède une conférence internationale sur le thème (<http://www.ihra.net/Liverpool/Home>).

Dans le décours de ce suivi, les intervenants de Fatima vont être les témoins d'une perte progressive de tous ses objets sociaux (travail, carte de séjour, logement, mutuelle, droit au revenu d'intégration, etc.). Ce parcours de la désaffiliation exacerbé par les consommations l'isole de plus en plus d'une société qu'elle vit comme exquante, bureaucratique, persécutante même. Elle passera une dizaine d'années entre la rue, les logements précaires, les squats, les institutions d'aide, le CPAS, etc. au cours desquelles se tissera un lien particulier avec la MASS. Durant cette période, elle doit également affronter de nombreuses difficultés liées à sa vie en rue : agressions et viols à répétition qui, associés à sa conscience d'exclusion sociale, la conduisent vers une dégradation progressive de son état psychique. Celle-ci se traduit par un sentiment de persécution manifesté sous forme agressive puis dépressive qu'elle anesthésie par des consommations massives de psychotropes et d'alcool. Ce vécu resurgit au cours du suivi, dans la relation entre Fatima et ses intervenants. Elle se présente logorrhéique, morcelée, mais toujours consciente des déterminants sociaux l'entraînant dans une lutte perpétuelle avec un système qu'elle rejette.

Fatima est aussi bien connue du centre Transit qu'elle fréquente depuis 2004. De par la complexité et la multifactorialité de ses difficultés, il n'est pas toujours simple pour Fatima de trouver des solutions adaptées que ce soit en terme de prise en charge de ses problèmes de santé mentale ou en terme de logement. A plusieurs reprises, ses tentatives d'orientations se révélèrent infructueuses, le plus souvent, parce qu'elle n'était pas en mesure de respecter le mode de fonctionnement et les règles des institutions qui l'ont prise en charge ou parce que les règlements et les ambitions thérapeutiques étaient tout simplement en inadéquation avec son mode de fonctionnement et son état. En ce sens, les institutions bas seuil d'accès comme la MASS et Transit ont joué et jouent un rôle important.

La synergie entre les problèmes d'origine sociale et la souffrance psychique s'accroît encore en juillet 2012 lorsqu'elle perd ses papiers et qu'elle est radiée d'office du registre de la population. Elle perd le droit à son revenu d'intégration, et se lance dans de longues et pénibles démarches pour retrouver ses droits. La ténacité et la clairvoyance et l'implication de Fatima dans son lien à l'autre lui permettent d'obtenir une mesure d'exception au CPAS.

Son aide sociale est maintenue malgré le fait qu'elle ne soit pas inscrite au registre de la population. Ceci lui permet également de toujours avoir à l'heure actuelle une mutuelle en ordre. Sa situation administrative, plus que précaire, l'angoisse énormément. Elle se débat à l'aide de ses intervenants depuis ce moment-là pour obtenir les documents lui permettant de prétendre à nouveau à un permis de séjour. Pour ce faire, elle contacte un frère resté au pays pour qu'il puisse lui envoyer un extrait d'acte de naissance lui permettant de réaliser les démarches pour obtenir auprès de l'ambassade du Maroc en Belgique, une carte nationale marocaine et un passeport marocain. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'elle pourra, à nouveau, prétendre à sa carte de séjour.

Néanmoins la situation perdure car son frère vivant au pays connaît également une situation précaire, ce qui rend difficile la réalisation des démarches en vue de l'obtention du dit extrait de l'acte de naissance. En Belgique, le bricolage réalisé concernant son assurabilité reste source d'angoisse pour Fatima car rien ne semble stable, elle vit

avec le sentiment que tout pourrait s'écrouler d'un jour à l'autre. Son suivi à la MASS reste marqué par cette instabilité administrative. Elle est angoissée pour elle, pour son frère, connaissant également de grosses difficultés au niveau psychosocial, et est envahie par des pensées persécutrices, des difficultés à structurer sa pensée, ce qui rend le suivi de ses démarches plus compliqué. Elle se présente encore à ce jour à notre consultation dans un état d'épuisement psychique et physique très avancé. Elle vient enfin de recevoir l'extrait d'acte de naissance. Elle reste néanmoins en lutte car elle est soucieuse de « ne pas renvoyer à sa fille l'image d'une mère morte au CASU ».

L'état de morcellement dans lequel se trouve Fatima se reflète dans l'utilisation qu'elle fait du réseau de soins. La multiplication initiale des intervenants que met en place Fatima est néanmoins freinée par l'impossibilité de celle-ci à respecter un cadre et des règles, ainsi que par la complexité de sa situation sociale. Ce sont donc les associations bas seuil qui deviennent ses seuls points d'ancrages, concentrant en elles toutes les difficultés liées au mode de fonctionnement de Fatima.

Au travers de l'illustration des difficultés rencontrées par Fatima, c'est la complexité de l'imbrication des champs de la santé mentale, du social, au travers de l'accessibilité aux soins, qui se donne à voir. Le « double diagnostic » de Fatima rend sa régularisation sociale éminemment complexe, celle-ci reposant actuellement sur des bricolages liés à la bonne volonté des intervenants.

Vignette : Anne

Anne est une femme belge originaire de la région de Charleroi. Elle arrive à la MASS de Bruxelles quinze jours après son ouverture officielle en 1999. A cette époque, ses quatre enfants ont été placés par le juge. Elle s'adresse à la MASS afin d'être soutenue dans ses difficultés relatives à ses consommations de psychotropes. Derrière l'héroïne, la cocaïne, les hypnotiques sédatifs et les benzodiazépines qu'elle consomme régulièrement, se cache une situation sociale complexe révélatrice d'un parcours de vie compliqué, en marge. Anne a décidé de s'installer à Bruxelles pour fuir la région de Charleroi et le monde qu'elle y côtoyait. Malgré les années de suivi, il est encore difficile à l'heure actuelle d'accéder à certains pans de son passé.

Très rapidement, il apparaît qu'Anne convoque ses intervenants dans une relation de dépendance. Elle se place dans une position suscitant chez l'autre le besoin de la prendre en charge de manière complète. Elle se dit incapable de réaliser quoique ce soit. Elle s'installe dans une position de complète assistance suscitant différentes réactions chez les intervenants. Les premiers tenteront de passer au-dessus de cette apparente « dépendance » pour entrer dans la complexité de la situation, de replacer cette relation dans un système où les déterminants sociétaux conjugués aux difficultés personnelles ont poussé Anne à « bricoler » cette manière d'être à l'autre comme réponse à sa situation. Les seconds emportés par une volonté de changement pour Anne, l'assistent pour toutes ses démarches dans l'espoir que cela servira de levier de changement pour sortir Anne de cet « assistanat ». Mais ces derniers se cassent les dents sur l'apparent immobilisme de Anne, se fatiguent et n'investissent plus dans la relation.

Pour Anne cela a des effets concrets au quotidien. Elle a du mal à se structurer, à entrer dans un schéma de suivi social classique – se présenter aux RDV, réaliser ses démarches – ce qui a posé une série de difficultés, notamment dans la relation avec son assistant social du CPAS. Anne a néanmoins connu une petite période pendant laquelle elle avait un travail, vivait en couple et disposait d'un logement. Mais lorsque cette sécurité de base a commencé à être mise à mal, c'est une descente vers la désaffiliation qui s'est amorcée. Elle passera énormément de temps en rue, dormant essentiellement au CASU. Durant ce parcours d'errance, le travail réalisé avec Anne lui ouvrira les portes d'un petit appartement. Cette expérience s'est terminée sur un échec suite à l'impossibilité psychique pour Anne d'investir dans ce logement. Il lui était impossible à ce moment de pouvoir prendre soin du logement, tant il était déjà compliqué de prendre soin d'elle. La démission dont nous faisait part Anne à chaque rencontre se conjuguaient à de graves problèmes somatiques, ceux-ci rendant difficile une réinsertion via l'axe du travail ou de la formation.

En effet, certains jours il semblait qu'elle n'arrivait plus à bouger. Les différents leviers classiques du travail social devenaient dès lors largement obsolètes. Suite à ce constat, les intervenants sociaux ont dû aménager un cadre de soutien spécifique et souple afin de permettre à Anne de pouvoir se mettre en ordre au point de vue administratif.

Elle avait accumulé une dette de 600 € de complément de cotisations impayées à la mutuelle. Il lui était devenu impossible d'être assurée tant que cette dette n'était pas réglée. Malgré le fait qu'elle disposait de cet argent, celle-ci refusait catégoriquement d'allouer pareille somme pour se remettre en ordre. Cela ne semblait avoir que peu de sens pour elle, vivant en rue à ce moment-là. Cet argent qu'elle avait économisé petit à petit, elle le destinait à la constitution d'une garantie locative. Pourtant la mise au point somatique que tentait de réaliser son médecin n'avancait pas car elle ne disposait pas d'une mutualité en ordre.

C'est au prix d'un travail de réseau, d'aménagement du cadre, de réflexion et de beaucoup de patience que ses dettes avec la mutuelle ont pu être réglées. Néanmoins chaque année, c'est la même difficulté qui se représente pour payer ses cotisations de mutuelle. A titre d'exemple, en 2012, la mise en ordre de sa mutuelle a pris 11 mois de suivi. Elle a pu accéder à partir de ce moment-là aux soins de santé remboursés.

Dans le cas de Anne, ce qui se donne à voir, c'est l'obsolescence des outils « traditionnels » du travailleur social comme l'emploi et le logement, la garantie des droits sociaux. Dans ce contexte, le travail social devient une véritable invention au quotidien afin de créer des outils pour l'accompagner. Le monde de Anne est celui du déclassé social dans lequel elle semble n'être qu'un pion immobile, sans possibilité d'action sur son présent ou son avenir. A partir de cette position, les notions d'assurabilité, d'accessibilité aux soins n'ont pour elle que peu de sens. L'écart entre son vécu de déclassé et les impératifs administratifs oblige les travailleurs sociaux à opérer un grand écart de plus en plus compliqué, afin de faire communiquer ces deux mondes.

Vignette : Hélène, Thomas et leur enfant de 5 ans

Thomas et Hélène sont Hongrois et âgés de respectivement 33 ans et 26 ans. Ceux-ci sont accompagnés de leur enfant de 5 ans.

Ils se sont présentés dans notre centre en avril 2012 avec une demande de prise en charge médicale (traitement de substitution et soins généraux) ainsi qu'un soutien dans la recherche d'un logement. Etant Européens, ils rencontrent rapidement de nombreuses difficultés.

Tout d'abord, cette famille rencontre des obstacles pour accéder aux soins de santé, tels que l'obtention de la carte médicale. Le cadre législatif européen permet une mobilité aux personnes sur le « territoire » conditionné par le travail. Thomas et Hélène ne travaillant pas, aucune couverture sociale n'est envisageable, pas même par le biais des Conventions Internationales des Mutuelles.

Nous décidons donc de les orienter vers le CPAS qui va se déclarer incompétent au vu de leur statut. Le CPAS refuse catégoriquement d'octroyer une aide médicale urgente en prétextant des directives restrictives à l'égard des populations européennes.

Parallèlement aux soins de santé, vient se greffer rapidement la problématique de l'accès au logement. Thomas et Hélène n'ayant aucune source de revenus (salaire, allocation sociale, allocation de chômage...), il leur est impossible d'avoir accès à une maison d'accueil. Le CPAS ne se reconnaissant aucune responsabilité légale, nous les orientons dans un dernier espoir vers Fedasil. Après étude de la demande, l'organisme signifie à la famille qu'ils ne sont pas compétents au vu de leur statut européen.

Depuis leur arrivée, c'est la débrouille. Ils dorment dans des squats à même le sol ou de temps à autre chez des « amis ». Pour se nourrir et payer leurs traitements, ils font la manche. A l'heure actuelle, la famille est dans le désarroi le plus total mais ils ont tout de même décidé de faire appel de la décision de Fedasil devant les tribunaux.

En résumé, toute personne européenne se trouvant sur le territoire belge n'a droit à aucune aide financière ou médicale et se retrouve complètement démunie face à ses souffrances physiques et psychologiques. Le système, comme il est conçu actuellement, oblige ces personnes à vivre dans la clandestinité sans avoir accès à notre système de soins de santé.

4. Les usagers du bas seuil et leur appartenance à de multiples catégories d'exclusion

Nous l'avons vu dans l'exposé des vignettes cliniques que nous avons présentées, les patients et les usagers fréquentant les structures bas seuil font l'objet de nombreuses formes d'exclusion. Si la position sociale des usagers a tendance à avoir glissé de la figure du délinquant à celle du malade, elle n'en reste pas moins toujours forgée sur des stigmates et des stéréotypes peu enviables. Le toxicomane reste une figure sociale dévalorisée et toujours rejetée par les normes et la morale en vigueur dans de nombreuses sociétés démocratiques.

A cette forme de déviance, vient se cumuler d'autres difficultés, qui entraînent souvent les usagers les plus vulnérables dans une spirale d'exclusion et de déclassement social.

Les trajectoires de sortie de la toxicomanie se restreignent. Les inégalités se creusent entre ceux qui sont en mesure de devenir des « résilients » et les autres qui n'ont pas accès à l'ensemble des déterminants sociaux utiles à un avenir meilleur.

Pour ces usagers, il est possible en s'adressant à nos services de trouver des points d'appui pour tenter de se réinscrire et reprendre pied dans le social ou dans un lien à l'autre relativement pacifié. Cependant la route est longue, comme en témoignent les prises en charge de très longue durée que nécessite une part importante de nos publics.

A cela il y a diverses raisons : certains usagers sont brisés et arrivent psychologiquement ravagés par des parcours de vie extrêmes où les produits viennent bien souvent remplir des fonctions de suppléance pour aider à soutenir l'insoutenable. Dans nos publics les problèmes de santé mentale et de patients à double diagnostic sont importants. Cette dimension psychopathologique demande souvent un travail intensif, lors des épisodes de décompensation. Actuellement, il est difficile de faire hospitaliser un patient. Les listes d'attente sont longues, les séjours souvent trop courts pour permettre de construire un projet de revalidation durable.

La Réforme 107 ne semble actuellement pas offrir des perspectives d'inclusion pour les plus exclus et les plus marginalisés de nos patients. La conversion des lits hospitaliers en équipes de soutien à domicile, ne tient pas pour ceux qui sont en errance, à la rue, en dehors des circuits de soins et qui ne réunissent pas les conditions pour y entrer. Il est utile de renforcer la perméabilité

des structures prenant en charge les troubles concomitants et de diriger les personnes vers les centres de guidance. Il est utile de renforcer nos dispositifs pour assurer la prise en charge de ces publics à double diagnostic (40 % de patients psychotiques⁹²). Une étude de 2007 réalisée par les médecins de la MASS mettait en évidence une prévalence de 50 % des co-morbidités psychiatriques au sein de leur file active⁹³.

Les perspectives de réinscription professionnelle quant à elles, sont minées par la lourdeur et la lenteur des procédures juridiques pour blanchir les casiers de « bonne vie et mœurs » indispensables pour retrouver un emploi.

En effet, les usagers de drogues que nous rencontrons dans les centres bas seuil ont été régulièrement incarcérés. Dans la majorité des cas, il s'agit de délits liés de près ou de loin à la précarité et à l'usage de stupéfiants. Pour rappel, 60 % des détenus belges⁹⁴ présentent un usage de drogues en 2008.

La question de l'accès aux soins et aux traitements de substitution en prison est donc cruciale. La question de la continuité des soins dans les phases d'entrée ou de sortie de prison l'est tout autant.

Des suites des débats apparus lors des groupes de travail de santé réalisés par la CAAP⁹⁵, autour de la question de la continuité des soins d'un détenu sortant de prison, les autorités fédérales ont pris l'initiative de réunir les directions des prisons de Berkendael et de Saint-Gilles et des représentants de l'asbl Transit.

Aux suites de cette rencontre, il a été convenu que sur la base d'une meilleure passation d'informations par le biais d'attestations envoyées par fax entre nos services, nous puissions améliorer nos collaborations et faire en sorte que les détenus libérés de l'une de ces trois prisons et qui viennent à Transit à leur libération, puissent bénéficier au départ de la prison de leur traitement de substitution pour 72 heures.

Au préalable, le détenu doit marquer son accord sur un document type qui stipule qu'on puisse communiquer entre services infirmiers au sujet de sa médication. Ce document est signé par le détenu, et n'est en aucun cas obliga-

92 R. VERHEUL, « Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders », *European Psychiatry*, 2001, 16, pp. 274-82.

93 Mass de Bruxelles, *Etude de prévalence sur la co-morbidité psychiatrique des patients de la Mass*, 2007.

94 Modus Vivendi et Service Publique Fédéral Justice, *Usage de drogues dans les prisons belges: Monitoring des risques sanitaires*, 2008.

95 CAAP: Coordination des Associations Actives en Prison.

toire. Le consentement de la personne est indispensable afin de ne pas transgresser le secret médical.

Le statut de séjour de certains de nos usagers, comme le mettent en lumière la vignette de Fatima, et de la famille de Thomas et Hélène, est également un facteur d'exclusion du circuit de soins dans son ensemble. De nombreux patients, comme décrit plus avant dans ce Livre Vert, ne jouissent évidemment pas des mêmes droits économiques et sociaux.

Le type de produit consommé pose aussi un problème d'accès aux soins. Si nous connaissons bien les phénomènes de polyconsommations qui se sont généralisés ces dernières années, de nombreuses personnes s'adressent aujourd'hui à nous pour des problèmes de dépendance aux benzodiazépines. Ces patients trouvent difficilement accès aux circuits de soins traditionnels ou spécialisés en santé mentale. Certaines de ces molécules ne sont pas prescrites dans les centres spécialisés pour toxicomanes. S'il existe bien des justifications multiples à ce positionnement institutionnel, il n'en reste pas moins que ces usagers en situation d'exclusion ne bénéficient pour l'instant pas de bonnes conditions de prise en charge et restent souvent en difficulté.

5. Bonnes pratiques et perspectives

5.1 Préserver l'existant et renforcer les dispositifs

Nous assumons dans ce livre vert le constat qu'aujourd'hui, même dans ce pays à la sécurité sociale encore très avancée, un nombre croissant de patients ne disposent plus des coordonnées minimales d'accès aux services de santé standards de base – qui sont le domaine spécifique du médecin généraliste, détenteur de l'indispensable vision globale du patient et coordinateur des besoins du patient au sein du système de soins. L'hypothèse que nous défendons est dès lors qu'il faut faire place à des dispositifs complémentaires devant rencontrer au moins trois objectifs généraux :

- 1) récupérer les patients passés au travers des mailles du filet de la sécurité sociale pour tous ;
- 2) soulager les médecins généralistes de cas présentant une grande complexité, mais déclinant cette complexité en termes de besoins qui restent généraux et à rencontrer en milieu de vie (à distinguer des cas appelant une intervention spécialisée en termes de technologie et de milieu de soins);

- 3) maintenir la capacité du système de soins à atteindre – au bénéfice de la santé publique, c'est-à-dire celle de tous, faut-il le rappeler – l'ensemble de la population.

Il est frappant de constater que de tels dispositifs se sont de fait constitués spontanément au fil du temps, mais qu'ils sont à présent paradoxalement mis en péril par les dispositions qui visent à reconnaître sa spécificité à la médecine générale⁹⁶! Il est temps aujourd'hui d'intégrer ces dispositifs dans une vision globale programmée, et donc bien sûr de maintenir leur capacité à attirer des médecins et à permettre à certains d'entre eux de s'y investir sans risquer de perdre leur agrément !

A ces difficultés spécifiques viennent aujourd'hui s'ajouter les incertitudes de la 6^{ème} réforme de l'Etat. Ce sont des pans entiers de la sécurité sociale qui sont concernés par le transfert des compétences du Fédéral vers les entités fédérées. Les conventions de revalidation fonctionnelle prochainement transférées représentent dans nos secteurs des acteurs centraux... Ce basculement, s'il ouvre des perspectives de redéploiement de l'offre existante, rompt sévèrement avec un modèle de sécurité sociale assurantiel stable basé sur la solidarité interpersonnelle qui était au cœur du modèle des conventions de revalidation instaurées par l'INAMI. Actuellement l'absence de perspectives claires en cette matière insécurise et précarise fortement le travail des équipes.

5.2 Travailler en réseau

Depuis 2010 la MASS, le Projet Lama et Transit ont mis en place la Concertation Bas Seuil. Cette concertation vise à fédérer les institutions autour d'enjeux communs mais propose également un cadre et un espace pour construire le travail en réseau. Le réseau constitue selon nous en ces temps de crise la perspective d'une multiplicité de points d'appuis pour les usagers. C'est un outil qui, s'il est bien maillé et coordonné, permet de restaurer un peu de protection sociale là où il n'y a plus de liens sociaux.

Le travail de la Concertation vise à mettre en place des dynamiques et des synergies qui permettent de réduire la pénibilité du travail et à optimiser les prises en charge. La prise en charge en réseau est cependant inégale pour

96 Principalement l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

certains de nos usagers : certains ne réunissent pas les conditions d'inclusion à la libre circulation dans un réseau de soin étendu⁹⁷.

Cette concertation a été financée sur fonds propres pendant deux ans, elle est maintenant reprise dans les missions de Liaison des Antennes du projet Lama. Si le besoin de travailler en réseau se profile comme une exigence et un indicateur de qualité pour les services, il est grand temps que les pouvoirs publics dotent les institutions de moyens permettant de mettre en place des stratégies réticulaires opérationnelles en santé publique et en réduction des risques.

5.3 Imaginer de nouveaux dispositifs, soutenir l'innovation sociale

Les dernières études et recherches-actions que nous avons menées en partenariat avec le SMES⁹⁸, Modus Vivendi, la Fedito... montrent à quel point des besoins pour nos usagers restent non couverts. Alors que des dispositifs comme les salles de consommation à moindre risque existent dans de nombreux pays, la Belgique semble à la traîne même si quelques initiatives sont soutenues à titre expérimental. Nous pensons aujourd'hui qu'il faut se doter de dispositifs qui permettent d'augmenter l'accès aux soins et de toucher des publics qui restent à ce jour non bénéficiaires de nos services. Voilà pourquoi la Concertation Bas Seuil, la Fedito bruxelloise et Modus Vivendi ont pris l'initiative en 2013 de lancer un appel à ouvrir des salles de consommation à moindre risque en Belgique⁹⁹.

Nous pensons également qu'il est opportun d'imaginer de nouvelles manières de travailler ensemble et d'intégrer des pratiques. La prévalence des usagers de drogues dans les nouveaux cas d'hépatite C appelle par exemple à expérimenter des modèles thérapeutiques qui combinent et conjuguent stratégies de soin et de réduction des risques de manière beaucoup plus intégrée et beaucoup plus efficace. Citons en exemple la mise en place du comptoir mobile de Transit en centre de soin.

Rendre possible l'accès aux soins nécessite par ailleurs aujourd'hui un travail d'accompagnement important comme le démontre l'étude RAPS qui met à l'avant-plan les stratégies de « outreaching » et le rôle clé des accompagnateurs

97 E. HUSSON, « Dossier: Assuétudes: un cheminement singulier et complexe dans la cité. Discontinuité des soins et passage difficile d'une institution vers une autre: les usagers de drogues à l'épreuve de la saturation et des modalités d'inclusion du réseau », *Santé Conjuguée*, janvier – mars 2012, n° 59.

98 Santé Mentale & Exclusion Sociale – Belgique, <http://www.smes.be>.

99 Plate-forme de Réduction des risques, *Appel à soutenir l'ouverture des salles de consommation à moindre risque en Belgique*, <http://reductiondesrisques.be/appelel-scrm-belgique>.

sociaux¹⁰⁰. Ces accompagnateurs sociaux, qu'ils soient du Réseau Hépatite C ou issus de nos multiples équipes, s'emploient à accompagner les usagers dans la cité pour garantir l'application de leurs droits sociaux et la qualité de leur prise en charge. En matière de logement nous nous engageons dans le développement d'une initiative de « Housing First »¹⁰¹, ce projet novateur entend assurer l'inclusion de publics extrêmement précarisés dans un logement stable et durable¹⁰².

5.4 Garantir l'inclusion sociale de nos publics

Alors que les mesures d'austérité¹⁰³ menacent la pérennité de certains de nos services et que nous constatons le délabrement social sans précédent d'une part importante de nos publics, il nous paraît indispensable de restaurer et de renforcer le transfert de nos patients stabilisés vers la santé généraliste, les services de santé mentale, le logement, le social et les circuits de réinsertion professionnelle.

En effet, cette perméabilité est aujourd'hui en panne, car si la crise touche les plus pauvres et les plus vulnérables, elle fragilise aussi la classe moyenne, ce qui laisse peu de marge à nos patients et usagers pour entrer vers ces opérateurs qui tendent eux aussi à sentir le poids de la crise sociale.

Construire des ponts entre les services, ouvrir des perspectives et permettre à nos usagers de renouer avec des trajectoires de sortie de la toxicomanie nécessitent un temps qui aujourd'hui est consacré quasi exclusivement à l'établissement de stratégies de survie.

La crise économique et sociale induit des formes palliatives du travail social qui, si on y prend pas garde, passeraient pour être des finalités¹⁰⁴. Pour certains, nous l'avons vu dans ce chapitre c'est évidemment le cas alors que pour d'autres elles ne sont que des étapes de la poursuite d'un idéal d'émancipation et de transformation sociale qui doit rester au cœur de notre action, afin de rester fidèle au modèle dit du « bas seuil d'accès et haute ambition thérapeutique ».

100 A. SLIMBROECK, *Recherche-Action Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux: Rapport final*, Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale et SMES-B, 2012. Disponible sur <http://www.smes.be>.

101 S. ALEXANDRE, « A la rencontre de la personne sans-abri: Complexité et intrication des précarités sociales et mentales », in Réseau SMES-B, *Table d'Echanges 2010 du Réseau SMES-B*, 2013. Disponible sur <http://www.smes.be>.

102 L. MARTIN, « Vers un programme de housing first à Bruxelles », SMES-B, 2011, <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>.

103 EMCDDA, 2012 *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*, Lisbonne, novembre 2012.

104 K. OEUVRAY, *Rester dépendant des institutions médicosociales*, in *Logiques sociales*, L'Harmattan, 2009.

C. Les travailleurs du sexe (m/f)

GAPHRO/ALIAS/ESPACE P/PASOP

Résumé

Les travailleurs du sexe représentent un groupe particulièrement à risque pour les infections sexuellement transmissibles, c'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir leur fournir des informations spécifiques et des soins préventifs adéquats tels que le dépistage des IST et du papillomavirus, la distribution de matériel de prévention (préservatifs, lubrifiants), la vaccination contre l'hépatite B, etc. Nombreux facteurs entravent cependant leur accès aux services de santé classiques tels que la peur de la stigmatisation dont ils sont victimes dans la société, la criminalisation de la prostitution, l'incompatibilité entre leur horaire de travail et celui des services de santé ou encore la méconnaissance des structures existantes.

Pour pouvoir atteindre ce public spécifique, il est primordial que les professionnels de santé puissent aller à leur rencontre sur les lieux de prostitution en offrant des services gratuits, anonymes et à horaires adaptés (travail de nuit) tout en garantissant la confiance et le non-jugement nécessaires à l'accompagnement de ceux-ci. Pour respecter ces critères de qualité, il faut pouvoir développer un plaidoyer visant à éviter les politiques répressives à l'encontre des travailleurs du sexe, mener des actions de sensibilisation de l'opinion publique pour éviter les attitudes de rejet, s'appuyer sur des relais de prévention parmi les professionnels de la santé et dans le monde du sexe commercial, et bien sûr se déplacer sur les lieux de la prostitution.

1. Prévalence et incidence du VIH et des IST

Les travailleurs du sexe sont régulièrement considérés comme un groupe à risque homogène de diffusion des infections sexuellement transmissibles (IST) vers la population générale. Or, dans la majorité des pays, la transmission des IST du travailleur du sexe au client et du client au partenaire privé n'a jamais été constatée scientifiquement (DAY *et al.*, 1988 ; Waddell, 1996). Il faut cependant reconnaître que dans certains pays en voie de développement, la prostitution est la principale voie de transmission des IST (GHIMIRE *et al.*, 2011 ; COTÉ *et al.*, 2004 ; ASAMAOH-ADU *et al.*, 2001). Le travail du sexe est donc bien une pratique à risque pour les IST¹⁰⁵.

105 VAN NUNEN, GRYSSELS et VAN HAL, *Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers*, Wilrijk, Universiteit Antwerpen, 2012.

La prostitution se pratique de multiples manières et est donc associée à des risques variables par rapport aux IST selon les lieux où elle s'exerce (maisons privées, cafés, en vitrine, escorte, en rue, etc.), selon l'âge du travailleur/se du sexe, son orientation sexuelle (les risques de transmission des IST et du VIH varient selon le type de rapports sexuels. Il est notamment nettement plus élevé pour le VIH lors de rapports sexuels anaux que lors de rapports vaginaux) ou sa nationalité, par exemple.

L'étude réalisée pour l'INAMI par Ghapro, Pasop, Alias et Espace P fournit les résultats suivants pour une période de 16 mois (du 1^{er} septembre 2011 jusqu'au 31 décembre 2012).

Cette étude concerne 3817 travailleurs du sexe en Belgique, dont la majorité sont des femmes. Les travailleurs du sexe masculins représentent un groupe plus difficile à atteindre (dans cette étude ils représentent 5 % du total) de par l'organisation de la prostitution masculine. En effet, il est plus difficile d'identifier et de rentrer en contact avec les travailleurs du sexe masculins travaillant dans les bars et les parcs où l'activité prostitutionnelle est plus discrète et beaucoup moins visible que celle des femmes en vitrine par exemple.

Malgré les différences régionales quant à la forme du travail, la nationalité, etc., nous pouvons dire qu'environ ¼ des travailleurs du sexe ont la nationalité belge. Environ 50 % sont originaires d'un pays européen (principalement de l'Europe de l'Est) tandis que les autres viennent d'un pays en dehors de l'Europe (Afrique subsaharienne, Amérique latine, Asie...).

Il n'existe pas de chiffres précis sur l'incidence des IST parmi les travailleurs du sexe en Belgique, si ce n'est ceux que fournissent Ghapro, Pasop, Alias et Espace P d'après les données recueillies parmi les personnes fréquentant ces associations.

IST*	Alias	Espace P	Ghapro	Pasop	Total
VIH	0/14 (0 %)	3/723 (0,4 %)	6/1226 (0,5 %)	4/1193 (0,3 %)	13/3156 (0,4 %)
Syphilis	1/17 (5,9 %)	17/474 (3,6 %)	11/1246 (0,9 %)	3/1194 (0,2 %)	32/2931 (1,1 %)
Gonorrhée	0/6 (0 %)	5/323 (1,5 %)	17/1216 (1,4 %)	14/1159 (1,2 %)	36/2714 (1,3 %)
Chlamydia	1/16 (6,3 %)	28/325 (8,6 %)	118/1175 (10,0 %)	95/1373 (6,9 %)	242/2889 (8,4 %)

* % = nombre de tests positifs/nombre de tests effectués

La chlamydia est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquemment dépistée chez les travailleurs du sexe. Cette infection reflète une prise de risque avérée et doit donc inciter à dépister les autres IST. Néanmoins, ces résultats ne nous permettent pas de tracer l'origine de l'infection. Concernant les travailleuses du sexe, l'étude d'incidence montre qu'elles ont tendance à utiliser beaucoup moins le préservatif dans leur vie privée. Il est donc d'autant plus difficile de vérifier si la contamination a eu lieu pendant une activité sexuelle rémunérée ou dans leur vie privée.

La vaccination contre l'hépatite B est un service important pour les travailleurs du sexe. Selon les données du rapport pour l'INAMI, environ 60 % des nouveaux travailleurs du sexe (1909 travailleurs du sexe) sont éligibles pour la vaccination. Vu le caractère international du groupe cible, le suivi des vaccinations reste important parce que chaque pays utilise ses propres schémas de vaccinations et tous les travailleurs du sexe n'ont pas eu accès à la vaccination contre l'hépatite B.

A ce jour, il n'y a aucun financement pour la vaccination contre le papillomavirus (HPV) pour les travailleurs du sexe. Or, le HPV est responsable de cancers du col utérin chez les femmes et de cancers de l'anus chez les personnes ayant des rapports sexuels par voie anale. Notre public est donc clairement exposé à ce virus. Certaines associations proposent de réaliser un frottis du col aux femmes fréquentant leurs services. Pour les hommes, aucun test fiable n'est à ce jour disponible. Aucune de nos associations ne peut proposer la vaccination contre le HPV par manque de budget.

La Belgique a décidé, comme la majorité des pays européens, de vacciner les jeunes filles et de ne rembourser ce vaccin que si elles ont moins de 18 ans. L'Autriche vaccine également les jeunes garçons¹⁰⁶. La pertinence de la vaccination des garçons est à l'étude. Une équipe anglaise vient de publier une étude en faveur de la vaccination contre le HPV chez les HSH¹⁰⁷: ces derniers seraient 15 fois plus exposés que les autres hommes à développer un cancer de l'anus médié par le HPV¹⁰⁸.

106 <http://www.vaxinfo.be/spip.php?rubrique35&lang=fr&retour=1>, publié le 23 avril 2013, consulté le 17 septembre 2013.

107 HSH: hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

108 M. LAWTON, M. NATHAN et D. ASBOE, HPV vaccination to prevent anal cancer in men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2013;89:342-343 doi:10.1136/sextrans-2013-051176.

2. Promotion de la santé et comportements à risque

2.1 L'utilisation des préservatifs/ la connaissance des IST

Selon l'*Etude d'impact de la prévention chez les travailleuses du sexe* (Van NUNEN *et al.*, 2012), l'utilisation de préservatifs est plus courante pour les rapports sexuels par voie vaginale que pour les rapports par voie orale. En effet, si les risques de transmission du VIH liés à la pénétration vaginale semblent bien connus par la majorité des prostituées, les risques liés à la fellation et ceux liés à la pénétration anale le sont beaucoup moins (Espace P, *o.c.*), or le risque lié à la pénétration anale est nettement plus élevé.

Une autre récente étude d'impact montre que des travailleurs du sexe qui sont en contact avec des organisations telles que Ghapro, Pasop, Espace P, Alias... se différencient considérablement des autres travailleurs du sexe en matière de connaissances, d'attitudes et de comportements par rapport aux relations sexuelles protégées, aux infections sexuellement transmissibles. Ces organisations répondent aux besoins spécifiques des travailleurs du sexe auxquels les services de santé de base ne savent pas toujours répondre. En effet, grâce à un travail de terrain sur les lieux de prostitution, l'établissement d'une relation de confiance avec les travailleurs du sexe, ces associations ont une approche adaptée aux besoins de chaque travailleur du sexe en donnant des informations spécifiques aux comportements à risque qu'ils peuvent avoir et en distribuant du matériel de prévention (préservatifs, gel) ayant pour objet la réduction des risques liés à leur pratique prostitutionnelle.

Ces travailleurs du sexe sont mieux informés sur les risques de leur travail et font plus facilement un dépistage des IST.

Le grand turn-over et la migration importante des travailleurs du sexe demandent de fournir des informations de manière constante sur les risques de contamination d'une IST. Les travailleurs doivent être informés également sur les dernières avancées en matière de prévention et de réduction des risques liés aux IST pour pouvoir diffuser une information correcte et compréhensible auprès des travailleurs du sexe (par exemple via des traductions, des images, etc.). Des dépliants adaptés aux besoins et à la compréhension des travailleurs du sexe (pictogrammes, traduction en bulgare, roumain, arabe, anglais...) sont régulièrement distribués par les associations.

2.2 Safe Sex Counseling, contraception, grossesses non désirées...

Comme nous l'avons déjà indiqué, il est important de pouvoir continuer à informer les travailleurs du sexe sur les risques relatifs aux IST et sur l'utilisation des préservatifs. Les organisations travaillant avec les travailleurs du sexe consacrent beaucoup de temps à informer, tant de façon verbale qu'avec l'aide de dépliants, de sites ou d'images spécifiques destinés aux travailleurs du sexe.

Parmi les travailleurs du sexe féminin, l'information relative à l'utilisation d'un moyen contraceptif pour prévenir les grossesses non désirées occupe une place essentielle. Plusieurs raisons font que la contraception n'est pas toujours utilisée ou qu'elle est utilisée de manière incorrecte : la langue, une information différente dans le pays d'origine, l'échange d'informations entre les travailleurs du sexe, etc.

Les résultats ci-dessous proviennent du rapport annuel 2012 de GHAPRO-Pasop et ont été récoltés lors des consultations :

- environ 2/5 des travailleuses du sexe (37 %) n'utilisent aucune forme de contraception de façon régulière. Certaines connaissent bien la contraception d'urgence ou utilisent un préservatif, mais ce n'est pas une bonne stratégie ;
- parmi les travailleuses du sexe qui prennent une contraception de façon régulière, la pilule est le moyen le plus fréquemment utilisé (57 %). Le DIU occupe la deuxième place (14 %) suivi du patch et de l'anneau vaginal.

2.3 L'usage de substances

Une partie des travailleurs(se)s du sexe consomme des drogues (alcool et benzodiazépines inclus) et cette consommation les expose aux risques d'infection. La consommation de drogues est liée à des prises de risque de transmission des IST et du VIH. En cas d'utilisation de matériel d'injection non stérile ou de produits sniffés comme la cocaïne (par le partage des pailles), les risques portent sur la transmission du VIH et de l'hépatite C. Dans l'enquête DRUSEB, 18,5 % des femmes (33 % de celles qui consomment de la cocaïne et 76 % des utilisatrices d'héroïne) disent avoir parfois, souvent ou toujours des rapports non protégés sous l'influence de drogues¹⁰⁹.

Ce qui augmente le risque de transmission de toutes les IST et du VIH.

109 Enquête DRUSEB, *Prostitution et drogues*, Université de Gand, 2010.

2.4 Clients

Les données d'Espace P ainsi que les témoignages que l'association recueille sur le terrain montrent que les clients seraient de plus en plus exigeants dans leurs demandes de rapports sexuels à risque (augmentation des demandes de pénétration vaginale et anale, de rapports sadomasochistes, de fellation avec éjaculation, rapports non protégés, etc.) dans un contexte où il existe une certaine concurrence entre travailleuses.

L'étude d'impact de la prévention chez les travailleurs du sexe indique également qu'une part importante des clients demande des rapports non protégés.

Table: Nombre de travailleurs du sexe ayant eu des clients demandant de ne pas utiliser un préservatif pendant les trois derniers mois (*).

	Groupe d'intervention Ghapro (n=76)	Groupe d'intervention Pasop (n=74)	Groupe de contrôle Limbourg (n=61)	Groupe de contrôle Brabant flamand (n=33)	TOTAL (n=244)
Nombre	93,4 % (n=71)	93,2 % (n=69)	93,4 % (n=57)	84,8 % (n=28)	92,2 % (n=225)

(*) Données manquantes pour 4 personnes et question non applicable pour 25 des personnes interrogées (pas de rapport intime).

3. Lacunes et problèmes

Il existe encore beaucoup de *tabous* en ce qui concerne le travail du sexe. Il est par conséquent plus difficile pour le travailleur du sexe d'utiliser les services de soins réguliers. Ces services sont encore empreints de préjugés que la société a à l'encontre des travailleurs du sexe. De nombreux travailleurs du sexe ont peur d'être confrontés à des réactions sociales négatives ou à être stigmatisés par les professionnels psycho-médico-sociaux qu'ils iraient consulter. La criminalisation de l'activité prostitutionnelle complique énormément l'accès aux services disponibles. C'est pourquoi, de nombreux travailleurs du sexe mènent souvent une double vie et le recours au médecin généraliste se fait dans le cadre de leur vie privée, qu'ils tiennent à mettre à l'écart de leur vie professionnelle.

Les conditions de travail influencent également *l'accès aux services de soins de santé classiques*, comme par exemple les heures de travail qui ne correspondent pas toujours avec les heures d'ouverture des services classiques. D'une part, les travailleurs du sexe éprouvent des difficultés à chercher eux-mêmes une solution à leurs problèmes de santé par méconnaissance des structures existantes, par peur de stigmatisation, ou par incompatibilité d'horaires. D'autre part, peu de choses sont faites au niveau de l'offre classique pour atteindre ce groupe, que ce soit au niveau de la communication, de la promotion d'activités ou de l'aménagement d'heures d'ouverture spécifiques. Afin d'atteindre ce public spécifique, les travailleurs des associations vont vers les travailleurs du sexe en allant à leur rencontre plusieurs fois par semaine sur leurs lieux de travail. Lorsqu'un lien de confiance est établi, la porte est ouverte pour proposer les services propres à chaque organisation. Pour maintenir un seuil d'accès aussi bas que possible, les organisations citées optent pour un service gratuit et anonyme, à horaires adaptés au public (travail en soirée, de nuit) sans tenir compte de l'affiliation à une mutuelle du patient.

Lorsque des démarches sociales ou de santé sont à réaliser en dehors des permanences organisées par les associations (mise en ordre de la mutuelle, prise en charge spécialisée pour le VIH par exemple), la présence d'un travailleur de rue rassure : il connaît son histoire ou sa situation et est là pour soutenir la personne dans ses compétences. Il peut compléter, si nécessaire, les éléments à transmettre au professionnel. Etant présent, il entend la même information que la personne et peut s'assurer que celle-ci a bien compris et le cas échéant, prendre le temps de réexpliquer. L'accompagnement vise à remettre en confiance la personne par rapport à ses capacités à réaliser les démarches nécessaires de telle manière à ce qu'elle s'autonomise.

En particulier pour les hommes prostitués, les transsexuels et les travestis, seule une offre spécifique est à même de capter ce public marginalisé d'abord, et ensuite de garantir la confidentialité, la confiance et le non-jugement nécessaires à l'accompagnement de celui-ci.

3.1 L'accès au système de santé classique

Selon une étude menée auprès des travailleurs du sexe (h/f) 80 % ne peuvent pas soumettre à un généraliste (ou à un gynécologue) les problèmes liés à leur travail. Les travailleurs du sexe (h/f) n'ayant pas la nationalité belge connaissent moins bien l'organisation du système des soins de santé. L'absence de documents nécessaires (par exemple la mutualité...) entrave encore plus leur accès aux soins.

Bien que la majorité de ces personnes soient dans les conditions pour bénéficier de l'« Aide Médicale Urgente », les obstacles administratifs sont tels que très peu y accèdent en réalité. Ceux qui l'obtiennent doivent alors faire face à un système de santé inadapté à leur mode de vie. Les travailleurs du sexe belge (h/f) peuvent aussi parfois être confrontés à certaines barrières retardant leur accès aux soins telles que des difficultés administratives, financières, etc.

Les jeunes travailleurs du sexe qui débutent sont plus à risque d'être contaminés par une IST, parce qu'ils ne sont souvent pas suffisamment préparés à la pratique prostitutionnelle et aux risques qu'ils encourent (ils sont prêts à accepter des relations non protégées pour des prix plus élevés, ne savent pas comment négocier le port du préservatif, ne connaissent pas les modes de contamination des différentes IST, etc.). A cause d'une diversité culturelle, d'une mobilité importante et d'un grand turn-over parmi les travailleurs du sexe, les professionnels ne parviennent pas à toucher tous les débutants dans l'activité prostitutionnelle, et ces derniers ne reçoivent pas toujours le soutien et les informations dont ils auraient besoin.

3.2 Spécificités de la prostitution masculine et transgenre

Le travail de prévention et d'accompagnement des hommes/transgenres prostitués se différencie de celui mené auprès des travailleuses du sexe car l'organisation de la prostitution masculine est très différente de la prostitution féminine. La prostitution masculine est invisible, elle se fonde dans le milieu festif gay, dans les espaces publics avec une discrétion telle que cela peut prendre des mois pour entrer en contact avec le public des hommes prostitués.

La prostitution masculine fait souvent l'objet de déni ou de grande discrétion de la part des hommes prostitués en raison du double stigma (homosexualité et prostitution). Il s'agit en outre d'une population hétérogène, mobile, mal connue et dont la taille est difficile à estimer. Certains hommes prostitués ne s'identifient pas du tout comme homosexuels et pratiquent la prostitution dans des lieux publics autres que dans le milieu festif gay. Il est donc beaucoup plus difficile d'atteindre le public des hommes prostitués que celui des travailleuses du sexe.

Les transgenres représentent également un groupe à haut risque de VIH. D'une part, les pratiques sexuelles anales sont le plus à risque de transmission du VIH (taux de transmission en moyenne 20 fois plus élevé que pour un rapport vaginal) et ce sont les pratiques sur lesquelles les travailleurs du sexe ont le moins de contrôle quant à l'usage correct du préservatif. D'autre part,

leur vécu de forte stigmatisation entrave l'accès au dépistage IST-VIH et l'accès aux soins. C'est pourquoi le travail de rue est primordial pour rentrer en contact avec les hommes/transgenres prostitués, établir un lien de confiance avec ceux-ci et commencer un travail de prévention sur la santé sexuelle et les IST-SIDA pour les amener à se faire dépister par la suite. Le travail de rue représente donc un travail important préliminaire et en amont des consultations médicales pour le dépistage des IST-SIDA.

3.3 Travailleurs du sexe transgenres Male-to-Female (MTF)

Parmi les travailleurs du sexe, les transgenres Male-to-Female (MTF) demandent une attention particulière. La littérature montre une prévalence particulièrement élevée du VIH auprès de ce groupe. L'étude néerlandaise de Van VEEN *et al.* (2010) indique une prévalence du VIH chez ces travailleurs du sexe de 18,8 %, un taux encore plus élevé que chez les travailleurs du sexe toxicomanes (13,6 %). Une Meta-Analyse d'OPERARIO *et al.* dans 14 pays indique une prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe transgenres MTF de 27,3 %. Comme c'est le cas dans cette étude, nous plaidons pour une prévention efficace et ciblée du VIH, des tests VIH et des interventions visant à réduire la transmission VIH ainsi qu'un accès facilité au dépistage des IST.

3.4 Clients

En ce qui concerne les clients, nous n'avons que très peu, voire pas du tout d'informations car nous ne travaillons pas avec eux en première ligne. Néanmoins, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un groupe très hétérogène avec de grandes différences culturelles. Nous savons également que la demande de rapports non protégés de la part du client augmente. Par conséquent, il serait utile de pouvoir informer aussi les clients sur leur santé sexuelle et de planifier des actions concrètes pour responsabiliser ces derniers.

3.5 Rôle des associations

Pour soutenir un travail de qualité auprès des travailleurs du sexe, les associations doivent respecter certains *critères de qualité* tels que la nécessité de développer un plaidoyer pour éviter les politiques répressives à l'encontre des prostituées de rue et des clients, la nécessité de développer des actions de sensibilisation de l'opinion publique pour éviter les attitudes de rejet et de stigmatisation ; la nécessité de s'appuyer sur des relais de prévention parmi les professionnels de la santé mais aussi dans le monde du sexe commercial ; et bien sûr la nécessité de se déplacer sur les lieux de prostitution pour aller à

la rencontre de ce public cible peu touché par les services classiques de santé, de consulter le public cible pour évaluer ses besoins, de l'impliquer dans les actions qui le concernent.

3.6 Le maintien des associations de terrain belges travaillant avec les professionnels du sexe

Les travailleurs du sexe qui rentrent en contact avec les associations de terrain sont informés de façon individuelle sur les risques encourus et ont l'opportunité de faire un dépistage IST gratuit et anonyme. Les travailleurs du sexe qui débutent sont identifiés le plus vite possible parce qu'ils présentent un risque plus grand d'être contaminés par une IST. Les travailleurs du sexe masculins qui sont plus difficile à atteindre sont approchés et informés grâce à un travail de proximité actif et intensif. L'offre psycho-médico-sociale proposée aux travailleurs du sexe par les associations de terrain correspond tout à fait à la réalité et aux besoins spécifiques de ces derniers, besoins auxquels le système des soins de santé classique de base ne répond pas pour les raisons déjà précitées.

Les associations tentent d'offrir le soutien psycho-médico-social aux travailleurs du sexe et de couvrir un maximum de zones en Belgique, c'est pourquoi le travail en réseau entre les associations est primordial. Le travail de terrain et aller à la rencontre du public cible est la clé de réussite pour toucher le plus possible de personnes. Cependant, il est certain qu'à l'heure actuelle, beaucoup de travailleurs du sexe ne sont pas encore atteints par les associations de terrain pour de nombreuses raisons (grand turn-over des travailleurs du sexe, mobilité, travail sur Internet, prostitution occasionnelle, méthodologie de mise en confiance avec le public cible qui peut prendre du temps surtout pour les hommes prostitués...). Il est très important que ces associations de terrain puissent continuer à garantir une offre gratuite, anonyme, facilement accessible en continuant à aller à la rencontre du public cible sur les lieux de prostitution, en faisant des permanences sur Internet sur les sites de rencontre sexuelle... Ces associations sont des centres d'expertise en matière des soins de santé sexuelle pour les travailleurs du sexe en Belgique et il est primordial qu'elles puissent continuer à transmettre leur expertise.

Néanmoins les associations sont limitées dans l'offre qu'elles proposent aux travailleurs du sexe : l'offre de soins est restreinte aux seules prises de risques liés à la pratique prostitutionnelle. En cas de nécessité, certaines associations accompagnent les personnes vers le système de santé « classique », mais les barrières liées aux stigmas et à l'inadéquation entre leurs modes de vie, leurs

besoins et l'organisation du système de santé actuel sont bien présentes et difficiles à franchir.

3.7 La réponse actuelle : les organisations qui offrent un soutien psycho-médico-social aux travailleurs du sexe

La Flandre

Ghapro asbl, Pasop asbl : offrent des soins de santé et une aide sociale aux travailleurs du sexe (h/f) actifs en Flandre. Ils proposent un dépistage des IST et du VIH, la vaccination contre l'hépatite B tant sur les lieux de travail que dans les centres mêmes. Ces associations consacrent beaucoup de temps à la prévention via le counseling, le développement d'outils de prévention, etc. Plus de 2000 travailleurs du sexe sont approchés par an et les associations s'attendent à ce que ce chiffre augmente encore dans le futur. Il y a donc encore un potentiel important des travailleurs du sexe à atteindre.

Les associations ont développé un site (www.info sexwork.be) présentant les informations relatives à la prévention pour les travailleurs du sexe (h/f) actifs en Belgique. Des informations sur les IST et des thématiques spécifiques au travail du sexe y sont présentés (que faire en cas de déchirement du préservatif, moyens de contraception, hygiène, usage de drogues...). Les liens des autres associations (Ghapro, Espace P, Alias...) travaillant avec le public prostitué s'y trouvent également. Il est prévu d'améliorer ce site web dans le futur.

Boysproject : Ce projet est axé sur les hommes et les prostitués transgenres qui gagnent leur vie via des prestations sexuelles. Leurs actions se basent sur trois piliers : l'accueil de jour, les activités de mobilisation (hors-ligne et en ligne) et l'accompagnement individuel. Ils organisent des dépistages des IST et du VIH en collaboration avec Ghapro et l'Institut de Médecine Tropicale (test salivaire : Swab2Know). Des activités de mobilisation en ligne sur des sites de conversation pour M\$M/MSM et sur www.info4escorts.be. En 2012, plus de 230 garçons ont été approchés (hors-ligne) et plus de 300 profils (en ligne) via des conversations en ligne.

Soins de base pour les travailleurs de rue : Free clinic (Anvers) se concentre sur les travailleurs du sexe ayant des problèmes de dépendance.

Wallonie et Bruxelles

ICAR organise un programme de prévention, de dépistage du VIH et des autres IST et d'accompagnement psycho-médico-social auprès des femmes et des hommes prostitués à Liège.

Alias organise un programme de prévention, de dépistage du VIH et des autres IST, et d'accompagnement psycho-médico-social auprès des hommes prostitués/travestis/transsexuels à Bruxelles. Depuis l'ouverture de l'association en 2009, l'équipe d'Alias a été en contact avec plus de 500 hommes prostitués différents à Bruxelles.

Espace P organise un programme de prévention, de dépistage du VIH et des autres IST, d'accompagnement psycho-médico-social pour les femmes/hommes/transsexuels prostitués à Bruxelles, Namur, Charleroi, Mons, Liège et Arlon.

Entre 2 organise un programme de prévention, de dépistage du VIH et des autres IST, d'accompagnement psycho-médico-social pour les femmes, les transsexuels et les travestis prostitués à Bruxelles et Charleroi.

Le Réseau belge pour la prostitution masculine a évolué avec le déplacement du groupe cible sur Internet (voir également van GELDER et LIER, 2009); depuis 2006 par le renforcement des activités de mobilisation en ligne. Depuis 2011, le BNMP « Belgium Network Male Prostitution » rassemblant les associations belges (Alias, Boysproject, Espace P, Icar...) travaillant avec le public cible des hommes, travestis et transprostitués a développé le site www.info4escorts.be. Celui-ci offre des informations en plusieurs langues (roumain, bulgare, anglais, arabe...) à destination des escorts sur ce qu'il faut savoir concernant l'activité prostitutionnelle (infos sur les IST, VIH, adresses utiles...) et propose également un chat online en conversation individuelle ou collective avec des travailleurs expérimentés.

Vignette : Erdouan, 28 ans

Erdouan est un homme turc de 28 ans, analphabète et en séjour irrégulier sur le territoire belge. Il est en Belgique depuis 8 ans et a entamé toutes les procédures possibles pour obtenir un séjour légal, mais sans résultats. Parfois il habite chez la famille, parfois en rue, dans les saunas, les parcs, etc.

Il est actif dans le milieu de la prostitution et se prostitue de manière régulière pour pouvoir satisfaire ses besoins financiers. Ça a été un sujet tabou pendant longtemps pour les travailleurs d'Alias. Malgré tout, il a fait un test de dépistage du SIDA en 2010 chez Elisa avec les travailleurs d'Alias et le test a révélé qu'il était séropositif.

Depuis, Erdouan éprouve des difficultés à se rendre au centre Elisa. Depuis la nouvelle de sa séropositivité, Erdouan a commencé à nous parler de sa prostitution, ce qui nous a donné la possibilité d'aborder avec lui sa santé sexuelle et les risques encourus par la pratique de la prostitution.

Lorsqu'Erdouan a appris sa séropositivité, il habitait avec sa famille et pouvait donc demander l'aide médicale urgente auprès de la commune de Saint-Josse-ten-Noode. Il devait présenter les preuves nécessaires tous les trois mois pour prolonger l'aide médicale urgente.

La relation conflictuelle avec sa famille et l'accumulation de dettes (les huissiers qui viennent chez lui en menaçant de vendre tout) ont fait qu'Erdouan s'est retrouvé à la rue et désinscrit de son lieu de résidence.

Comme il n'a plus de lieu de résidence fixe, Erdouan doit à chaque fois réintroduire une nouvelle demande pour l'aide médicale urgente en fonction de la commune où il se trouve au moment de la demande. Chaque commune pose ses propres conditions et le système de l'aide médicale urgente est appliqué différemment. Erdouan ne comprend pas ce système qui est trop compliqué. Les démarches semblent trop difficiles pour lui. Prendre rendez-vous avec Erdouan est très difficile.

Il mène une vie très instable à cause de la prostitution, il ne sait en effet jamais où il se trouvera le jour suivant. Il change régulièrement de ville et même de pays. Actuellement, il désire aller à Paris quelques semaines pour y travailler comme prostitué. Il l'a fait plusieurs fois car selon lui, il y a plus de clients. Après quelques semaines à l'étranger, Erdouan est de retour chez Alias et il faut tout recommencer.

Erdouan vit dans le présent et met en place des stratégies de survie. Il ne peut pas se permettre de penser à demain et/ou à hier car cela impliquerait une trop grande charge psychique.

Les CPAS attendent des gens qu'ils se présentent aux rendez-vous, qu'ils rassemblent à chaque fois les documents et les preuves nécessaires (comme par exemple une preuve que la personne réside bien sur le territoire du CPAS compétent). La mobilité d'Erdouan joue fortement à son désavantage.

Même si la possibilité se présente pour Erdouan de pouvoir discuter avec quelques personnes du CPAS de ses activités de prostitution, celui-ci est souvent confronté à des préjugés du type « ils gagnent quand même assez d'argent s'ils se prostituent ».

Depuis son arrivée en Belgique, Erdouan consulte une psychologue. Il se sent bien avec elle et affirme qu'elle l'aide. Il ne lui parle jamais de prostitution et il ne veut pas que nous prenions contact avec elle. Personne dans son entourage (famille, services d'aide (sauf Alias)...) n'est au courant de ses activités de prostitution. Aujourd'hui la dernière analyse du sang d'Erdouan date d'il y a 8 mois.

Témoignage : Saphia Mokrane, médecin¹¹⁰

A l'époque, je tenais une permanence médicale hebdomadaire dans une association accompagnant des personnes prostituées. J'y rencontre un jour Camilla, une patiente transsexuelle équatorienne en séjour irrégulier en Belgique. Je la vois pour la remise de résultats d'un bilan sanguin réalisé par une collègue, quelques semaines plus tôt. Camilla est séropositive pour le VIH mais ne prend pas de traitement. Le diagnostic a été posé à Paris deux ans plus tôt, suite à une tuberculose. Elle avait été traitée pour cette affection et avait reçu un traitement pour le VIH. Ensuite, elle l'a arrêté. Arrivée à Bruxelles, elle n'avait plus de médicaments et avait perdu tout contact avec son médecin habituel. Elle pense avoir perdu du poids. Ses résultats biologiques témoignent d'une immunité médiocre, à surveiller. Le suivi nécessite notamment un bilan sanguin trimestriel et une radio de thorax. Une demande d'aide médicale urgente (AMU) est introduite afin de permettre la réalisation de ces examens. D'autre part, la récupération de son dossier médical parisien me semble prioritaire.

Le médecin qui la suivait à Paris me précise combien elle est incombante. Elle a déjà arrêté son traitement à plusieurs reprises et est devenue résistante à un antirétroviral. La travailleuse sociale m'explique que Camilla n'a pas de domicile fixe. Elle dort chez l'un ou chez l'autre, selon les opportunités. Ceci complique la demande d'AMU qui impose un lieu de résidence fixe. Par ailleurs, elle souhaite introduire une demande de régularisation en Belgique, mais elle a déjà entamé des démarches à Paris et on ne sait pas où en est le dossier.¹¹¹

110 Extrait de S. MOKRANE, « Médecine et subjectivité : conclusions personnelles », in L. RAZEV et C. TILMAN-CABIAUX, *La médecine autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Pun, 2011, pp. 335-337.

111 Dans l'espace européen de Schengen, la demande de régularisation ou d'asile est traitée dans le premier pays où elle a été introduite.

Camilla consomme régulièrement de l'alcool les week-ends (rhum, whisky), et se prostitue. Contaminée par le VIH, elle espère une régularisation sur base médicale. Par ailleurs, elle mène une vie débridée, et se plie difficilement à un minimum de discipline. Au début, Camilla est venue tous les 4 à 5 mois au lieu de tous les 3 mois prévus. Son état clinique s'est dégradé, et il a été nécessaire de débiter une prophylaxie contre certaines maladies opportunistes. J'ai été heureuse de voir qu'elle devenait plus régulière dans ses rendez-vous. La travailleuse sociale trouve aussi qu'elle va mieux. Il faut dire qu'à force de soutien dans les démarches, elle a maintenant une résidence fixe, et du coup, a obtenu l'aide médicale. Elle n'a donc plus de problème pour réaliser les examens et se procurer les médicaments. Elle se sent prête à présent à s'occuper de sa santé. Voilà qui tombe bien car il va falloir réintroduire des médicaments antirétroviraux, et un des enjeux pour elle sera d'être régulière dans la prise, afin d'éviter l'apparition d'une nouvelle résistance, risquant de compromettre définitivement toute possibilité d'aide thérapeutique.

On constate dans cette situation combien la volonté du patient de prendre en charge sa santé dépend de bien d'autres facteurs que de la seule pertinence médicale. Ici, le rôle stabilisant du logement a été primordial dans l'ancrage du patient, et dans sa capacité à s'adapter au rythme imposé par son suivi.

D. La problématique du report de soins

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila MARON (Union Nationale des Mutualités Socialistes)

Résumé

Si la Belgique dispose d'un système de santé parmi les meilleurs au monde, les frais à charge du patient restent importants et certains ménages éprouvent des difficultés à assumer financièrement des soins de santé. Ces ménages doivent faire des sacrifices pour payer leurs soins ou sacrifier leur santé pour faire face aux autres besoins de base. Ainsi, plus d'un ménage sur sept a dû reporter des soins pour des raisons financières. Le problème de report concerne surtout des soins considérés comme « non prioritaires » (soins dentaires, lunettes/lentilles...). Le report de soins apparaît dès lors comme un renoncement partiel aux soins et un « choix contraint » lié à des conditions économiques défavorables. Des mesures positives ont déjà été prises en faveur de l'accès aux soins ces dernières années mais l'accessibilité financière aux soins pourrait encore être améliorée.

1. Introduction

Le système de santé belge est considéré comme l'un des meilleurs au monde : près de 99 % de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire et une série de mesures ont été mises en place pour garantir l'accès aux soins de santé (intervention majorée, maximum à facturer, tiers payant social...) ¹¹². En témoigne une série d'indicateurs de santé ¹¹³: en comparaison aux autres pays européens, l'espérance de vie est plus élevée en Belgique, l'état de santé « perçu » par la population belge est meilleur, la qualité des soins est élevée, il n'y a pas ou peu de listes d'attente pour les soins, etc. Une enquête ¹¹⁴ menée dans plusieurs pays montre, par ailleurs, que le Belge est le plus satisfait : 94 % des personnes interrogées sont satisfaites de leur couverture d'assurance, 57 % d'entre elles jugent notre système de santé performant, 75 % sont satisfaites des services de leur médecin et 68 % sont satisfaites des soins hospitaliers dont elles ont récemment bénéficié.

112 Pour plus d'informations, voir le chapitre consacré aux Dispositifs, mesures et initiatives favorisant l'accès aux soins, à la santé.

113 F. VRIJENS *et al.*, « La performance du système de santé belge – Rapport 2012 », *KCE Report 196B*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2012, pp. 180.

114 P.H. KECKLEY *et al.*, *2011 Survey of Health Care Consumers in Belgium – Key Findings, Strategic Implications*, Bruxelles, Deloitte, 2011, pp. 32.

Malgré tout, les frais à charge du patient restent élevés par rapport aux autres pays européens (25 % en moyenne¹¹⁵). Il existe d'importants écarts de santé entre les ménages appartenant à des catégories socio-économiques différentes et de nombreuses études mettent en évidence les difficultés rencontrées par certains ménages à assumer financièrement des soins de santé.

En Belgique, plus d'un ménage sur trois considère que sa participation personnelle aux coûts des soins est difficile à supporter¹¹⁶.

La notion d'accès aux soins de santé recouvre différentes dimensions¹¹⁷ (accessibilité géographique, accessibilité temporelle, accessibilité sociale et culturelle, et accessibilité financière). Il n'existe pas de réel consensus sur cette notion, ni sur les standards à appliquer pour la mesurer. L'accessibilité réfère au « *degré avec lequel un individu présentant un besoin et recherchant à le combler obtient concrètement une série de soins* »¹¹⁸. Elle peut être mesurée de deux manières complémentaires :

- l'accès en terme d'utilisation des services de soins, faisant référence à l'équité horizontale en supposant que l'accès est garanti à partir du moment où le système assure une utilisation égale à besoin égal ;
- l'accès potentiel, en analysant les besoins de soins non-satisfaits qui reflètent l'absence, l'insuffisance ou l'inadéquation des services et soins fournis et se matérialisent par un renoncement ou une postposition des soins envisagés.

La première approche – basée sur l'utilisation – comporte certaines limites : elle ne permet pas de tenir compte de la qualité des soins, de la satisfaction des patients, etc. Elle mesure qui utilise plus ou moins des services mais pas qui en utilise trop ou trop peu. Les mesures d'accès potentiel permettent mieux d'appréhender cette question.

115 Il s'agit des versements nets des ménages et assurance privée.

116 S. DEMAREST *et al.*, « Enquête de santé, 2008. Rapport IV – Santé et Société », *IPH/EPI Reports n° 2010/037*, Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, 2010, p. 48.

117 P. MARTIN, *L'accès aux soins en Belgique et le baromètre social des mutualités socialistes*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2002, p. 9.

118 S. DEMAREST et H. MIMILDIS, *Les déterminants de l'accès aux soins de santé en Belgique – Une étude des besoins de soins non-satisfaits pour des raisons financières sur base de l'enquête de santé belge*, Bruxelles, Institut de Santé Publique, 2012, p. 123.

Dans cette section, nous nous intéressons plus particulièrement à l'accessibilité financière des soins. Un des principaux indicateurs pour la mesurer consiste à évaluer le pourcentage de ménages qui n'ont pas pu assumer les dépenses nécessaires en matière de soins de santé et ont dû reporter/renoncer à ces soins pour des raisons financières. En général, on considère qu'un ménage a été contraint de reporter des soins en raison de problèmes d'accessibilité financière si un membre du ménage déclare avoir dû renoncer – temporairement ou définitivement – à des soins soit médicaux, chirurgicaux, dentaires, ou à l'achat de médicaments, de lunettes/lentilles...

Il faut cependant souligner que le report de soins couvre des réalités diverses. « *L'objet du report, la personne du ménage concernée par le report ainsi que les différentes manifestations d'un problème d'accès aux soins (renoncer, reporter, rencontrer des difficultés sans reporter) sont autant de dimensions qui doivent être prises en compte dans la problématique de l'accès aux soins* »¹¹⁹.

2. Plus d'un ménage sur sept est contraint de reporter des soins et le report augmente ces dernières années

Selon la dernière enquête de santé réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique auprès de 11.250 personnes sélectionnées au hasard dans la population belge en 2008, 14 % de la population déclare un renoncement, un report de soins ou un arrêt en cours de traitement, lors des douze derniers mois précédant l'enquête, pour des raisons financières¹²⁰. Une enquête menée en 2009 par la Mutualité Socialiste¹²¹ auprès de plus de 2.000 affiliés confirme ce résultat avec un taux de report de 15 %.

Sur la base des quatre vagues de l'Enquête de santé belge, le renoncement aux soins pour des raisons financières augmente significativement : il est passé de 9 % en 1997 à 14 % en 2008, soit une hausse de 5 points de pourcentage.

Une analyse détaillée¹²² montre une accentuation du renoncement au niveau des catégories de revenus les plus basses depuis 2004 (surtout pour les médi-

119 P. MARTIN, *Accessibilité et report de soins de santé – Synthèse*, Direction Etudes, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 1999, p. 27.

120 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

121 V. DELY et M. WAUTHY, *Enquête affiliés 2009*, Direction Marketing en collaboration avec Dedicated research, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2009.

122 S. DEMAREST et H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

caments prescrits) et, fait nouveau, un renoncement pour les ménages dont la situation socio-économique ne posait aucun problème jusque-là (ceci étant observé pour tous les types de soins).

Selon une enquête menée plus récemment¹²³, en 2011, six patients sur dix doivent restreindre le budget affecté à d'autres dépenses (logement, alimentation, carburant, éducation) pour pouvoir s'acquitter de leurs factures mensuelles de santé. De plus, 17 % des sondés ont décidé de ne pas consulter un médecin alors qu'ils étaient malades ou accidentés et ceci pour des raisons financières dans plus d'un cas sur trois. Pour ceux qui ont reporté la visite ou n'ont pas suivi le traitement recommandé par le médecin, 42 % l'ont fait pour des raisons financières également.

3. Le report de soins concerne davantage les femmes, les personnes jeunes et socio-économiquement défavorisées

La revue de la littérature belge met en évidence que l'âge, le sexe, le niveau de revenus, l'état de santé de la personne (réfèrent au moment de l'enquête) ainsi que la situation socio-économique du ménage et son lieu de résidence sont des facteurs cruciaux pour expliquer le renoncement aux soins¹²⁴.

3.1 Sexe et âge

Les femmes déclarent plus souvent reporter les soins¹²⁵: elles sont 21 % contre 10 % d'hommes¹²⁶.

En général, les plus jeunes, soit les moins de 30 ans, sont plus nombreux à déclarer avoir dû postposer des soins. Cela concerne entre 16 et 17 % pour les groupes d'âge inférieurs à 54 ans, 12 % des 55-64 ans, 10 % des 65-74 ans et finalement, 8 % chez les plus de 75 ans¹²⁷.

123 P.H. KECKLEY *et al.*, 2011.

124 S. DEMAREST et H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

125 Cet écart reste significatif en standardisant pour l'âge.

126 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

127 Cette différence reste significative lorsqu'on standardise pour le sexe.

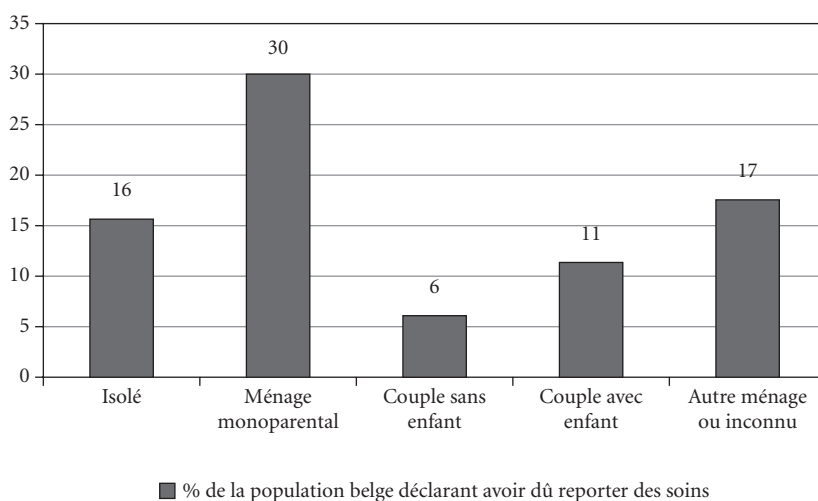
3.2 Situation socio-économique

Le report de soins varie sensiblement en fonction de la situation familiale. Les familles monoparentales reportent le plus souvent des soins : cela concerne 30 % d'entre elles alors que ce pourcentage est de 16 % pour les isolés ou encore 6 % pour les couples sans enfant (Graphique 1).

En outre, le report de soins ne s'applique pas de la même façon sur les différents membres du ménage : parmi les ménages avec enfants, dans deux cas sur trois, le report ne concerne que les adultes¹²⁸.

Il diffère également selon les périodes¹²⁹ : il peut être structurel ou ponctuel et lié à un moment-clé tel que la mise en ménage d'un jeune couple, la séparation d'un couple, des naissances multiples, etc.

Graphique 1 : Pourcentage de la population belge déclarant avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières par statut familial, 2008.



Source : Demarest *et al.* (2010)

128 P. MARTIN et M. PIETTE, 2001, *Accessibilité et report de soins de santé. Baromètre social 2000 – Synthèse*, Direction études, Bruxelles, Union nationale des Mutualités Socialistes, p. 15.

129 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

Il existe également une relation hautement significative entre le niveau d'éducation du ménage et le report de soins : 18 % des ménages ayant le niveau d'éducation le plus bas déclarent plus souvent avoir dû postposer des soins de santé pour des raisons financières contre 9 % des ménages avec le niveau d'éducation le plus élevé¹³⁰.

Par ailleurs, le risque de déclarer un report est supérieur pour les ménages au sein desquels on ne déclare aucune activité rémunérée¹³¹: 17 % contre 11 % pour les ménages avec au moins un actif. Ce gradient social est davantage marqué si l'on tient compte du revenu : 27 % des ménages ayant le plus faible revenu équivalent¹³² – soit ajusté pour la taille et la composition du ménage – sont contraints de postposer les soins pour des raisons financières, ce taux étant de 4 % parmi les ménages ayant le revenu le plus élevé¹³³.

Ce constat témoigne de la nécessité de porter une attention particulière aux catégories de la population plus susceptibles de reporter, voire renoncer à des soins.

Dans leur enquête « Baromètre social »¹³⁴ consacrée aux chômeurs, aux minimeux et aux bas revenus¹³⁵, réalisée en Wallonie et à Bruxelles en 1999, la Mutualité Socialiste a montré que 40 % des personnes interrogées déclaraient renoncer aux soins ou les reporter. Plus d'un ménage sur deux (54 %) éprouvait des difficultés à assumer des soins de santé (avec ou sans report) compte tenu du budget du ménage. En outre, 37 % des personnes auraient consacré plus d'argent à la santé si elles en disposaient plus. L'étude constatait une grande difficulté pour les actifs à bas revenus d'accéder aux soins et à certaines formes d'aide sociale. C'est pourquoi, l'enquête réalisée en 2000 s'est penchée

130 Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe. Demarest S. et al., 2010, *Ibid.*

131 S. DEMAREST et H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

132 Mesuré par quintile: le premier quintile correspond aux 20 % des ménages avec les revenus équivalents les plus bas, et le cinquième aux 20 % des ménages avec les revenus équivalents les plus élevés.

133 S. DEMAREST et al., 2010, *ibid.*

134 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

135 Afin de relier la problématique financière aux situations vécues de personnes réellement en problème de santé, cette enquête incluait uniquement les ménages dont au moins un des membres avait été malade ou avait recouru à un médecin au cours des six derniers mois ou avait été hospitalisé au cours des douze derniers mois.

sur les ménages composés d'au moins un actif¹³⁶. Elle révélait un taux de 46 % de report des soins ou d'achat de médicaments pour des raisons financières.

L'enquête¹³⁷ menée en 2001-2002 montrait que 23 % des affiliés de la Mutualité Socialiste estimaient avoir dû, les douze derniers mois, faire des sacrifices pour se soigner et 20 % retardaient les soins pour cause de difficultés financières¹³⁸. S'il est rare que les ménages (4 %) recourent à un emprunt pour payer des soins, certains dépassent leur crédit bancaire, d'autres demandent de retarder le paiement chez le pharmacien ou des paiements échelonnés à l'hôpital ou encore recourent à l'aide financière de la famille.

Ces dernières années, nos services sociaux constatent que les demandes d'aide portent de plus en plus souvent sur des questions financières, notamment parce que les personnes sont fortement endettées, non pas en raison d'une consommation irrationnelle mais pour honorer des factures de première nécessité (gaz-électricité, eau, soins de santé, frais scolaires, etc.)¹³⁹. Les ménages doivent davantage choisir entre manger ou se soigner alors qu'auparavant, le choix portait plus sur un traitement médical moins onéreux ou un report de soins.

3.3 Etat de santé

Les ménages faisant état de (nombreux) problème(s) de santé¹⁴⁰ présentent plus de risque de postposer des soins pour des raisons financières. Plus les personnes s'estiment en mauvaise santé, plus elles déclarent un report de soins : le taux de report est de 16 % parmi les personnes se déclarant en très bonne santé contre 76 % parmi celles en très mauvaise santé.

136 L'étude était réalisée sur la base d'une enquête auprès de 340 ménages parmi les personnes ayant eu recours aux Centres de service social et qui sont, *de facto*, plus concernées par des problèmes médicaux.

137 Enquête d'opinion menée par la Mutualité Socialiste en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles en 2001-2002 auprès de 1.685 affiliés socialistes et 855 non affiliés.

138 P. MARTIN *et al.*, *La place de la mutualité au sein du système de santé – Enquêtes auprès des différents acteurs concernés*, Extrait du rapport global, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2002, p. 63.

139 I. DECHAMPS, « Le constat du service social de la Mutualité Socialiste – Solidarité », Journée de réflexion *Santé, crise et alternatives* organisée par la Plateforme d'action Santé et Solidarité, Bruxelles, 2 mars 2012.

140 Approche le besoin de soins sur la base de l'état de santé perçu ou auto-déclaré.

Le report de soins touche plus particulièrement les malades chroniques

Une enquête des mutualités chrétiennes montrent que les personnes souffrant de maladies chroniques sont davantage touchées par le report de soins¹⁴¹. Pour les ménages confrontés à la maladie chronique et éprouvant des difficultés financières du fait d'importantes dépenses de santé (ménages de catégorie A1), près de 48 % d'entre eux s'en sortent difficilement avec leurs revenus disponibles, 22 % sont aidés par des tiers (parents, amis, organismes sociaux), 53 % ont dû renoncer à des soins et 12 % ont des dettes en rapport avec les soins de santé. Certains *facteurs de risque* sont particulièrement associés à ces difficultés : les personnes isolées, les familles monoparentales, les ménages en dessous du seuil de pauvreté, mais aussi ceux qui sont locataires de leur logement, ou dont un des membres est invalide.

Les ménages confrontés à la maladie chronique mais n'éprouvant pas de difficultés financières associées (ménages de catégorie A2) ont, globalement, des scores nettement moins élevés et proches de ceux afférents aux ménages non confrontés à la maladie chronique (ménages de catégorie B). Toutefois, 13 % d'entre eux ont quand même dû parfois renoncer à des soins. Et les mêmes facteurs de risque jouent, ici, aussi.

Pour quels postes du budget familial, y a-t-il des difficultés ? Le tableau 1 donne le top 5 des difficultés les plus souvent citées. Sans surprise, pour les ménages A1, la principale difficulté est celle en rapport avec les soins de santé en général. Pour les ménages A2 et B, les soins de santé apparaissent en 5^e position (et sont donc un souci pour près de 3 % de ces ménages). Leurs principales préoccupations sont les impôts et/ou assurances (ménages A2), les dépenses de chauffage, électricité, eau (ménages B).

Sur quels types de soins les ménages font-ils des économies ? Par ordre d'importance (voir tableau 2) et pour les ménages A1 : les lunettes, les soins dentaires, les consultations de spécialiste, du médecin traitant et les médicaments. Pour les ménages A2 et B, les lunettes et les soins dentaires se retrouvent également aux deux premières places des soins les plus fréquemment renoncés.

141 H. AVALOSSE *et al.*, « Les malades chroniques en Belgique: impact sur la situation financière des ménages », *MC-Informations*, vol. 237, 2009.

Tableau 1 : Top 5 des postes de dépenses pour lesquels les ménages éprouvent des difficultés (par ordre de fréquence des citations).

A1. Maladie chronique et difficultés financières associées		A2. Maladie chronique mais pas de difficultés financières associées		B. Pas de maladie chronique	
N = 1.414		N = 2.775		N = 1.559	
1. Les soins de santé	36 %	1. Les impôts et/ou assurances	4,5 %	1. Chauffage, électricité et/ou l'eau	6,0 %
2. Les impôts et/ou assurances	22 %	2. Dépenses pour les loisirs ou les vacances	4,3 %	2. Les impôts et/ou assurances	4,5 %
3. Chauffage, électricité et/ou l'eau	22 %	3. Chauffage, électricité et/ou l'eau	3,6 %	3. Dépenses pour les loisirs ou les vacances	4,3 %
4. Dépenses pour les loisirs ou les vacances	18 %	4. Les transports	2,9 %	4. Les transports	4,2 %
5. Vêtements et/ou chaussures	17 %	5. Les soins de santé	2,7 %	5. Les soins de santé	3,0 %

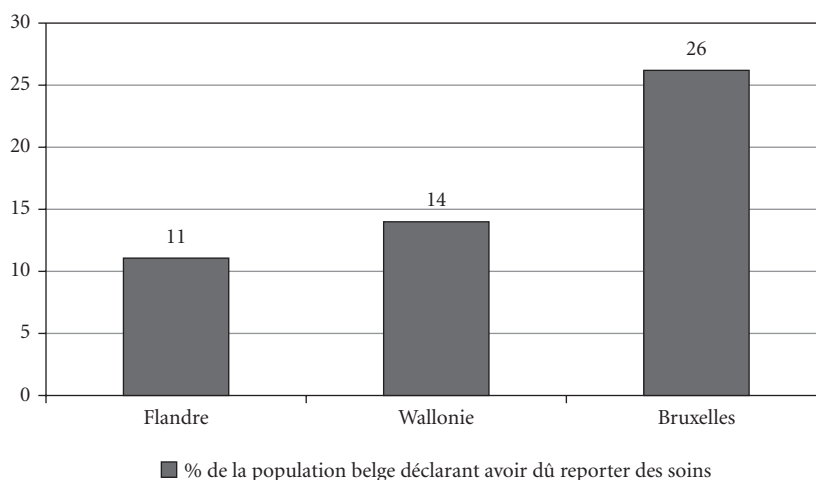
Tableau 2 : Top 5 des soins auxquels les ménages renoncent (par ordre de fréquence des citations).

A1. Maladie chronique et difficultés financières associées		A2. Maladie chronique mais pas de difficultés financières associées		B. Pas de maladie chronique	
N = 1.414		N = 2.775		N = 1.559	
1. Lunettes	31 %	1. Lunettes	6,2 %	1. Dentiste	6,5 %
2. Dentiste	29 %	2. Dentiste	5,5 %	2. Lunettes	5,4 %
3. Consultations du spécialiste	23 %	3. Appareils dentaires	4,3 %	3. Consultations et/ou visites du généraliste	4,7 %
4. Consultations et/ou visites du généraliste	21 %	4. Consultations et/ou visites du généraliste	3,3 %	4. Appareils dentaires	4,4 %
5. Médicaments	20 %	5. Ophtalmologue	2,9 %	5. Consultations du spécialiste	3,6 %

3.4 Zone géographique de résidence

Le report de soins diffère fortement d'une zone géographique à l'autre. Il est le plus important dans la région de Bruxelles-Capitale : le taux de report de soins déclaré est de 26 % alors qu'il est de 11 % en Flandre et 14 % en Wallonie (Graphique 2).

Graphique 2 : Pourcentage de la population belge déclarant avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières par Région, 2008.



Source : Demarest *et al.* (2010)

La situation de Bruxelles est interpellante. Elle renvoie à un problème d'accessibilité en première ligne, en témoigne notamment le recours à la médecine générale largement inférieur aux deux autres Régions avec une dépense annuelle moyenne¹⁴² de 71 euros contre 94 euros en Wallonie et 102 euros en Flandre en 2009¹⁴³. Le cas de Bruxelles se distingue fortement des deux autres Régions avec notamment un recours plus important à la médecine spécialisée et aux hôpitaux¹⁴⁴.

142 Cette dépense est corrigée pour tenir compte des différences régionales sur la base de quatre paramètres: âge, sexe, statut social (salarié/indépendant) et catégorie de remboursement (bénéficiaire de l'intervention majorée/bénéficiaire ordinaire).

143 Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité, *Géographie de la consommation – Variations de dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique – Données 2009, 2012*, p. 294.

144 *Ibid.*

La probabilité de devoir reporter les soins est plus élevée en moyenne dans les grandes villes : 19 % des personnes habitant dans les zones urbaines déclarent être contraintes de postposer les soins contre 9 % dans les zones rurales et 9 % dans les zones semi-urbaines.

Soulignons cependant que le problème de Bruxelles est probablement sous-estimé. Dans la majorité des enquêtes, certaines personnes ne sont pas interrogées : les personnes qui ne figurent pas dans le registre national ou qui ne peuvent être contactées telles que les personnes sans abri, en situation d'irrégularité ou récemment régularisés¹⁴⁵.

4. Le report de soins se concentre essentiellement sur les soins dentaires, la lunetterie et les médicaments

En général, le report de soins concerne davantage les médecins spécialistes (et parmi ceux-ci les plus cités sont souvent les gynécologues, les ophtalmologues et les psychologues/psychiatres), les dentistes et les médicaments¹⁴⁶.

La dernière enquête de santé a mis en évidence que les barrières financières à l'accès aux soins se concentrent essentiellement sur les soins dentaires (au cours des 12 derniers mois, 29 % des ménages n'ont pas pu se payer ce type de soins), l'achat de lunettes ou de lentilles (21 %), l'achat de médicaments prescrits (21 %) et les soins médicaux ou une opération (20 %) (Graphique 3).

Ceci s'explique par le comportement des ménages qui établissent des priorités au sein des soins : ils distinguent les soins de première nécessité et les soins de luxe (soins dentaires, prothèses, lunettes, kinésithérapie, orthopédie, consultations spécialisées, examens préventifs, etc.).

Par ailleurs, selon l'enquête menée par la Mutualité Socialiste conjointement avec l'Université Libre de Bruxelles en 2001-2002¹⁴⁷, un ménage sur quatre se déclarait insatisfait du remboursement – insuffisant ou inexistant – pour

145 M. DE SPIEGELAERE, « Première table ronde: santé et droits », in *Accès à la santé: droits et réalités*, Actes du colloque du 16 décembre 2002 organisé par Solidarités Nouvelles Bruxelles, Bruxelles, *Les cahiers de la santé de la Communauté française*, 2002, pp. 17-18.

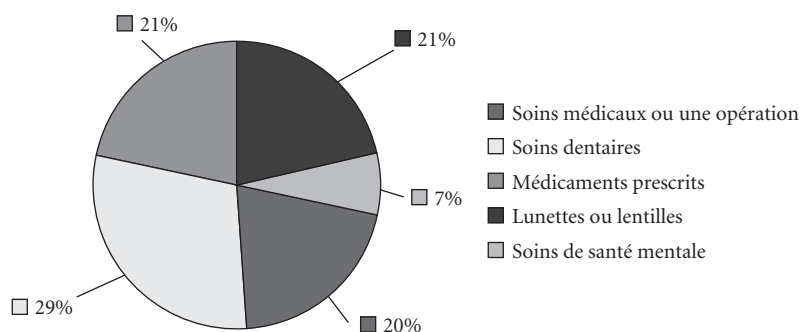
146 P. MARTIN, 2002, *ibid.*

147 P. MARTIN *et al.*, 2002, *ibid.*

des soins indispensables, dont les soins dentaires et les lunettes. Ceci est d'autant plus vrai que ces frais peuvent concerner plusieurs membres de la famille.

Graphique 3 : Répartition générale des motifs de déclaration de besoins de soins non-satisfaits pour des raisons financières, 2008.

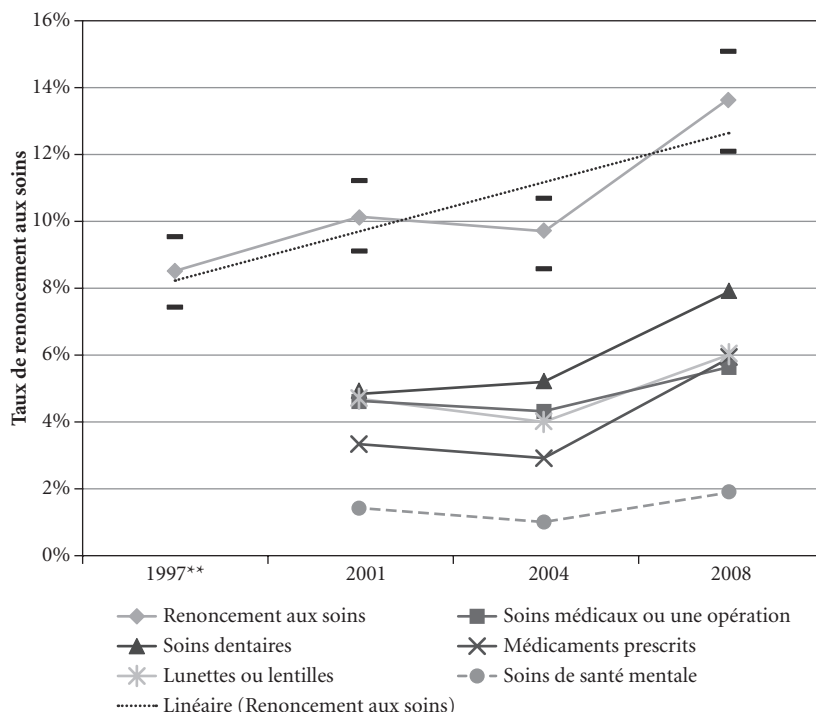
Répartition des motifs de déclaration d'un renoncement aux soins, HIS - 2008



Source : Demarest et Mimildis (2012)

En comparaison à la première vague de l'Enquête de santé belge, le renoncement aux médicaments prescrits et celui aux soins dentaires ont connu une forte progression sur la période (Graphique 4), ce qui a contribué à la hausse du report global de soins.

Graphique 4 : Evolution du taux de renoncement aux soins pour des raisons financières par type de soins, 1997-2008.



Source : Demarest et Mimildis (2012)

Par ailleurs, l'augmentation du taux de renoncement se concentre chez les ménages confrontés à de multiples besoins de soins non-satisfaits plutôt que chez ceux ne déclarant qu'un seul type de report de soins au cours des douze derniers mois¹⁴⁸.

5. Le report de soins recouvre des réalités très différentes selon le ménage

La notion de report de soins a rarement été analysée « dans sa signification profonde et dans sa dynamique socio-existentielle »¹⁴⁹. Les enquêtes évoquent

148 S. DEMAREST et H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

149 T. POUCKET, « Le phénomène du renoncement temporaire ou définitif aux soins mieux cernés », *Renouer*, janvier-février 2000, n° 37, pp. 2-3.

souvent la question du report de soins comme « *s'il recouvrait la même chose pour chacun, à tout moment de la vie, dans n'importe quel contexte familial et face aux réalités pathologiques les plus variées* »¹⁵⁰.

A côté des grandes enquêtes nationales réalisées par l'Institut de Santé Publique depuis 1997, les différentes enquêtes menées par la Mutualité Socialiste apportent un autre éclairage et une plus-value qualitative. Elles permettent de mieux expliquer quelles sont les circonstances qui amènent les gens à reporter des soins de santé et abordent le « vécu » des personnes interrogées.

L'enquête réalisée en 1999¹⁵¹ montrait que parmi ses affiliés de condition modeste (chômeurs, minimexés et bas revenus) faisant face à des problèmes de santé, le report de soins pour des raisons financières s'élevait à 36 %, dont 21 % de renoncement. En matière de médicaments, le renoncement était de 18 % et selon les cas, les produits étaient « *abandonnés* », « *remplacés par d'autres* », « *pris une fois sur deux pour aller plus longtemps avec la même boîte* », etc.

Par ailleurs, l'étude mettait en évidence la complexité des comportements adoptés par les ménages et des profils reflétant une réalité sociale différente. Quatre grands profils ont été établis (Graphique 5):

- le profil « Type A : la cohérence dans la difficulté » représente 51 % des ménages. Ces derniers sont en grande difficulté financière et sont caractérisés par une logique économiquement implacable : ils reportent ou renoncent à des soins ou des médicaments faute d'argent et recourent à différentes aides (sociales, familiales). Ils consacraient plus d'argent à la santé s'ils en avaient les moyens ;
- le profil « Type B : la contradiction révélatrice » représente 16 % des ménages. La situation socio-économique de ces ménages est généralement moins précaire que ceux du type A et le report est plus ciblé. En outre, malgré le report pour certaines personnes ou certains soins, la santé est dite prioritaire et le « nécessaire » est fait. Le ménage ne consacrerait pas plus d'argent à la santé s'il en disposait davantage ;
- le profil « Type C : faire face à la santé avant tout » représente 27 % des ménages pour lesquels il n'est pas question de reporter les soins malgré les difficultés financières. La santé est ici considérée comme prioritaire et les mé-

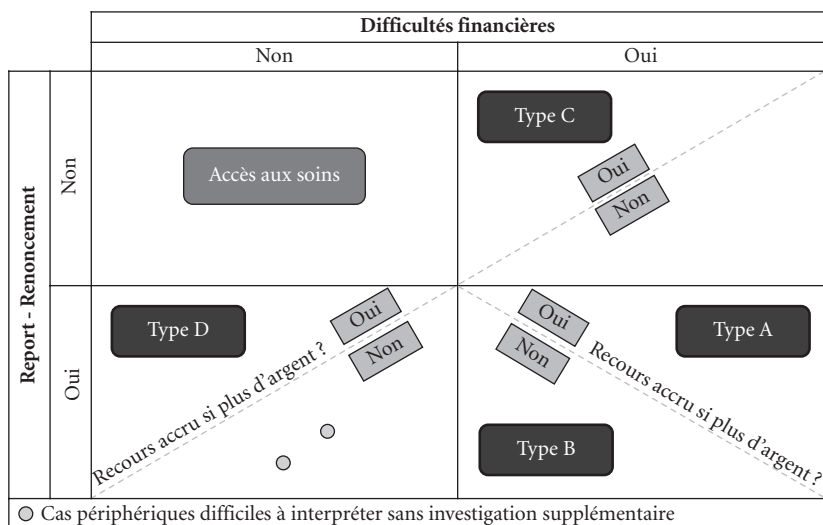
150 *Ibid.*

151 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

nages revendiquent une capacité à faire face en mettant en avant la gestion économe de leur budget, les sacrifices et le renoncement à d'autres dépenses ;

- le profil « Type D : si peu d'importance, les soins dentaires » représente 5 % des ménages. Paradoxalement, ces ménages (souvent composés d'un actif) déclarent reporter ou renoncer à des soins alors qu'ils indiquent par ailleurs que les frais de santé sont aisément assumés financièrement. Le report de soins concerne ici majoritairement les soins dentaires car ils sont considérés comme un soin de luxe en raison du coût élevé et « étrangers » à la santé.

Graphique 5 : Report de soins et comportements déclarés des ménages, 1999.



Source : Martin (1999)

D'autres raisons expliquent le report de soins¹⁵²: le manque de temps, la crainte, la négligence, la santé passant au second plan et les difficultés ou le coût trop élevé pour les déplacements. Face à ces difficultés, les ménages mettent en place une stratégie :

- la stratégie de la privation : le ménage tente de se soigner seul, reporte les soins au mois suivant, procède à tour de rôle pour chacun des membres du ménage (cf. achat de lunettes) ou au contraire, regroupe les visites médicales, ou encore réduit d'autres dépenses (alimentaires, vestimentaires,

152 P. MARTIN et M. PIETTE, 2001, *ibid.*

logement, etc.). Il s'agit ici d'« établir des priorités » et de « se priver d'autres choses »;

- la stratégie du meilleur marché : le ménage réduit ses dépenses (tant de santé que les autres) comme il peut en achetant des médicaments génériques, en consultant dans une maison médicale travaillant au forfait, etc. Une personne interrogée confiait ainsi : « *J'ai choisi de m'inscrire en maison médicale, depuis, j'ai pu faire effectuer les contrôles et soins reportés depuis un an, l'argent économisé en visite de généralistes a pu être utilisé pour voir des spécialistes pour moi-même et mes filles* »;
- la stratégie gestionnaire : toutes les dépenses, dont celles de santé, sont planifiées de manière rigoureuse et le budget du ménage est étroitement géré avec des dépenses freinées ou l'établissement de priorités en situation difficile : « *On a de petits revenus mais une gestion très économe du ménage, ce qui nous permet d'assumer, non sans difficultés, nos dépenses médicales, mais la santé reste toujours prioritaire* »;
- la stratégie du recours à l'aide : le ménage compte sur les assurances, en particulier celles d'hospitalisation, sur les différentes formes d'aides sociales, sur l'entraide familiale, sur la possibilité d'étaler le paiement de ses factures, etc.;
- la stratégie de la prévention : le ménage opte pour la prévention médicale pour éviter des frais plus importants par la suite ou pour la prévention économique en mettant de l'argent de côté pour faire face aux situations difficiles ;
- la « non » stratégie : le ménage « *vit au jour le jour* ».

6. Malgré les mécanismes existant pour garantir l'accès aux soins, le report de soins persiste

Malgré les différents mécanismes existant pour garantir l'accessibilité des soins de santé dans le cadre de notre sécurité sociale – tels que l'intervention majorée, le maximum à facturer, le tiers payant social, le dossier médical global... – certains ménages sont toujours contraints de reporter des soins.

La dimension économique de l'accès aux soins est une question cruciale. Le système de sécurité sociale et les aides résiduelles jouent un rôle primordial

dans l'accès aux soins¹⁵³. Ce constat est d'autant plus vrai que la santé représente un coût sensible pour certains ménages et que ces derniers éprouvent des difficultés récurrentes pour avancer l'argent pour un soin. Ils soulignent la difficulté de se soigner sans une aide extérieure ainsi que l'avantage lié à la possibilité d'accéder à un prestataire conventionné et au fait de pouvoir bénéficier du tiers payant¹⁵⁴. En effet, pour des personnes à faibles revenus, avancer les frais peut être difficile, d'autant plus si de nombreux soins s'enchaînent¹⁵⁵.

C'est dans ce contexte que les mutualités ont défendu et obtenu un accord médico-mutualiste 2011 visant notamment à lever les barrières aux soins. Deux mesures ont ainsi été instaurées. La première, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011, concerne l'engagement des médecins généralistes conventionnés à appliquer le tiers payant social pour toutes les prestations de consultations pour les personnes socio-économiquement défavorisées¹⁵⁶ et ce à leur demande. La deuxième, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2011, vient en complément et implique une réduction considérable du coût d'une consultation chez le généraliste pour les patients à faibles revenus (BIM et Omnio), ces patients étant davantage concernés par le report de soins pour des raisons financières. Désormais, ceux qui disposent d'un dossier médical global ne paient plus qu'1 euro pour leur consultation et 1,50 euro sans DMG. L'importance du tiers payant social comme outil d'accessibilité à la première ligne de soins a été démontrée¹⁵⁷: ce mécanisme renforce significativement l'accès à la médecine générale d'une population jeune, davantage précarisée et plus malade.

Sans ce système, cette population sous-consommerait des soins. Par ailleurs, l'engagement pris par les médecins généralistes a eu un effet positif significatif sur l'application du tiers payant social mais on est encore loin d'une application systématique du tiers payant social comme le prévoit la récente loi santé-

153 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

154 Grâce au mécanisme du tiers payant, le patient ne doit pas avancer les frais liés aux dépenses de santé: l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation fournie est directement versée au prestataire de soins par la mutualité tandis que le patient paie uniquement le ticket modérateur. Ce système s'applique pour toutes les prestations dispensées lors d'une hospitalisation pour tout patient.

155 J. HERMESSE et M. DE SPIEGELAERE, Atelier « Pauvreté et accès aux soins de santé », *Collection « Cepess »*, Colloque sur la lutte contre la pauvreté, Bruxelles, 14 octobre 2011.

156 Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et du statut Omnio (ex-VIPO), les chômeurs de longue durée (au moins 6 mois), les bénéficiaires du revenu garanti, les bénéficiaires d'allocations familiales majorées ainsi que les personnes en situation occasionnelle de détresse financière.

157 J.-M. LAASMAN, L. MARON et J. VRANCKEN, *Le Tiers Payant Social: Pour quel accès aux soins*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012, p. 18.

accessibilité à partir du 1^{er} janvier 2015¹⁵⁸. Dans la même lignée, les maisons médicales au forfait – c'est-à-dire sans ticket modérateur et supplément pour le patient – sont un système à promouvoir pour renforcer l'accessibilité à la première ligne, en particulier en ces temps de crise où une part importante de la population doit reporter des soins pour des raisons financières¹⁵⁹.

L'existence de ces différents mécanismes/structures de soins n'implique pas forcément leur application/utilisation¹⁶⁰. Ce non-recours résulte souvent d'une information et d'une communication qui ne sont pas accessibles à tous ou adaptées aux publics précarisés, peu réceptifs à l'information diffusée de manière proactive par les mutualités. Aux problèmes d'accessibilité financière se greffent d'autres dimensions de l'accessibilité : l'accessibilité sociale joue ici un rôle non négligeable. « Elle relève de l'accès à l'information, de la connaissance et de l'utilisation du système de soins (filiales, réseau de relations et de contacts), de la compréhension du système de soins et de sa lisibilité (perception fragmentée dont la cohérence échappe au patient) : 'je ne sais pas où aller et quoi demander' déclare la mère d'un jeune enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale »¹⁶¹.

Face à une multiplication de statuts et de droits, force est de constater que l'information sociale, législative est de plus en plus dense et complexe. Cela se traduit par une méconnaissance des mesures. D'une part, les assurés sociaux ont une mauvaise connaissance des dispositifs médicaux leur permettant un meilleur accès à la santé et des montants restants à leur charge. Cela peut parfois exiger une réelle proactivité de leur part, à laquelle s'ajoutent les démarches administratives qui peuvent représenter un processus conséquent et ne sont pas aisées pour tous. En outre, certains assurés sociaux peuvent craindre de s'adresser aux services décidant de l'octroi d'un droit de peur qu'on les prive d'autres droits ou d'allocations sociales. D'autre part, l'application des différentes mesures doit être examinée au cas par cas et les professionnels de la santé peuvent se sentir perdus devant la multiplication des mesures toujours plus complexes et découragés par les démarches administratives. La maîtrise de l'information est cruciale pour l'accès aux soins des familles. Les mutualités jouent, ici, un rôle en aidant à la diffusion de l'information auprès de ses

158 J.-M. LAASMAN, L. MARON et J. VRANCKEN, *Baromètre Tiers Payant Social 2012*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2013, p. 23.

159 M. BOUTSEN et L. MARON, *L'accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011, p. 15.

160 Par ailleurs, ces mécanismes ne sont d'application qu'à la population couverte par l'assurance maladie-obligatoire et *de facto*, inscrite au registre national de la population.

161 P. MARTIN, 2002, *ibid.*

conseillers, des prestataires et de ses affiliés (via des dépliants, des campagnes de sensibilisation, la mise à disposition d'outils informant sur les coûts des soins et le conventionnement des médecins, etc.). Ce rôle passe également par d'autres acteurs de la santé : les partenaires médico-sociaux, les prestataires, les CPAS, etc.

7. Conclusion

Le système de sécurité sociale belge est considéré comme l'un des meilleurs au monde et globalement performant. Pratiquement toute la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire. En outre, un grand arsenal de mesures a été mis en place pour garantir l'accès aux soins de santé (intervention majorée, maximum à facturer, tiers payant social...) pour les populations les plus défavorisées et les efforts sont sans cesse poursuivis dans ce sens.

Certains ménages éprouvent toutefois des difficultés à assumer financièrement des soins. Ainsi, plus d'un ménage sur sept a dû reporter des soins pour des raisons financières. Ces dernières années, de plus en plus de ménages rencontrent des difficultés pour prendre en charge leurs dépenses en matière de soins de santé. En outre, la crise économique a contraint plus de six ménages sur dix à prendre d'autres décisions en matière de dépenses de soins de santé et à adopter un comportement plus économique¹⁶².

Ces ménages doivent faire des sacrifices pour conserver l'accès aux soins ou sacrifier leur santé pour survivre sur d'autres plans. Ils doivent choisir entre payer le loyer ou se faire hospitaliser, entre l'achat d'une alimentation équilibrée ou des médicaments prescrits, etc. D'autres ménages ne recourent aux soins qu'en cas d'extrême urgence. En outre, les ménages opèrent des choix parmi les différents types de soins dont ils ont besoin : le problème de report concerne surtout des soins considérés comme « non prioritaires », tels que les soins dentaires et les lunettes/lentilles. Le report de soins apparaît dès lors comme un renoncement partiel aux soins et un « choix contraint » lié à des conditions économiques défavorables.

Certains facteurs sont associés à un plus grand risque de faire état de problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé : être un ménage jeune, un ménage monoparental, un ménage ayant un faible niveau d'éducation ou encore un faible revenu disponible... De même, les ménages dont les dépenses de

162 P.H. KECKLEY *et al.*, 2011, *ibid.*

soins de santé sont les plus élevées et ceux faisant état de problèmes de santé présentent plus de risque de postposer des soins pour des raisons financières.

Suite à la crise économique, la question du report de soins concerne une partie de plus en plus large de la population. Nombreux sont ceux qui jugent qu'il est indispensable de prendre des mesures pour préserver le caractère universel de l'assurance maladie en cette période de récession économique¹⁶³.

Des mesures positives ont déjà été prises en faveur de l'accès aux soins ces dernières années¹⁶⁴. Notamment, en première ligne, l'extension du statut BIM à d'autres catégories sociales (chômeurs de longue durée quel que soit leur âge¹⁶⁵ et familles monoparentales) depuis le 1^{er} juillet 2010 ; l'instauration le 1^{er} avril 2011 du module de prévention dossier médical global plus (DMG+) qui constitue un bilan de santé effectué avec le médecin pour les 45-75 ans et qui est entièrement remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire ; l'engagement des médecins généralistes conventionnés à appliquer le tiers payant social à partir du 1^{er} juillet 2011 pour toutes les prestations de consultation à la demande du patient ; la réduction du ticket modérateur pour les consultations du médecin généraliste passant à un euro pour les BIM disposant d'un dossier médical global (DMG) et 1,50 euros sans DMG depuis le 1^{er} décembre 2011 ; ... En outre, la récente loi santé sur l'accessibilité prévoit la création d'un « statut malade chronique » et l'application obligatoire du tiers payant social pour les bénéficiaires de ce statut ainsi que les BIM à partir du 1^{er} janvier 2015.

La politique visant à réduire les prix des médicaments hors brevet ou commercialisés depuis au moins 12 ans, combiné à l'encouragement à la prescription et à la délivrance de médicaments moins chers (généralistes et originaux ayant baissé leur prix), a eu un impact significatif sur les tickets modérateurs payés par les patients. En moyenne, le ticket modérateur par dose journalière de médicament s'est réduit de 30 % de 2006 à 2011 pour les médicaments délivrés dans les pharmacies.

D'autres mesures ont également été prises, notamment en faveur de la gratuité des soins dentaires préventifs pour les enfants de moins de 18 ans depuis le 1^{er} mai 2009 (cette mesure existait déjà pour les enfants de moins de 12 ans depuis le 1^{er} septembre 2005 et les moins de 15 ans depuis le 1^{er} juillet 2008).

163 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

164 Pour plus d'informations, voir le chapitre consacré aux Dispositifs, mesures et initiatives favorisant l'accès aux soins, à la santé.

165 Jusqu'alors, cela ne concernait que les chômeurs de longue durée de 50 ans au moins.

L'accessibilité financière aux soins peut toutefois encore être améliorée :

- en continuant d'améliorer et de faciliter l'accès aux droits en soins de santé notamment en simplifiant la réglementation et en ouvrant le débat sur l'ouverture automatique des droits plutôt que leur activation compte tenu de la complexité croissante de la législation et de sa méconnaissance par les assurés sociaux et les professionnels de la santé qui peuvent se sentir perdus face à l'arsenal législatif et les difficultés administratives ;
- en promouvant, parallèlement à la médecine à l'acte, le système des maisons médicales travaillant au forfait car elles jouent un rôle significatif dans l'accès aux soins de santé pour les personnes socio-économiquement défavorisées ;
- en poursuivant les efforts menés au niveau de la sensibilisation et de l'information correcte des assurés sociaux sur leurs droits et sur la manière la plus économe de recourir au système des soins. Les mutualités ainsi que leurs conseillers et leurs assistantes sociales ont un rôle important à jouer à cet égard pour mener des campagnes de sensibilisation, donner des renseignements et des conseils, pour accompagner les affiliés dans leurs démarches administratives, etc. Mais cela passe également par l'ensemble des partenaires médico-sociaux, prestataires, services sociaux, CPAS, etc.

Par ailleurs, l'accès aux soins est étroitement lié au coût général de la vie. Face à un loyer important, les frais liés à l'alimentation et les vêtements, le coût de l'éducation des enfants, etc., certains ménages n'ont pas d'autre choix que de reporter leurs soins de santé. La question de l'accès aux soins de santé doit donc être appréhendée dans un contexte plus large et les politiques en matière d'accès aux soins de santé doivent être articulées avec les autres politiques (en matière de logement, d'éducation, etc.). Cette problématique s'inscrit également dans un processus de production des inégalités sociales et des rapports de pouvoirs¹⁶⁶. *« Les comportements de santé ne peuvent être séparés du contexte dans lequel ils se développent. Ainsi, l'approche « individualiste », responsabilisant l'individu, et l'approche 'structuraliste', responsabilisant l'organisation sociale et les structures de santé ne peuvent être dissociées. On ne peut évoquer les pistes d'action sans situer le problème de l'accès aux soins dans le contexte social qui le produit (et le reproduit), dans la société globale, sans rappeler l'universalité*

166 P. MARTIN, « Première table ronde: santé et droits », in *Accès à la santé: droits et réalités*, Actes du colloque du 16 décembre 2002 organisé par Solidarités Nouvelles Bruxelles, *Les cahiers de la santé de la Communauté française*, 2002, pp. 13-15.

de la protection sociale, malgré la sélectivité organisée pour l'octroi de certaines mesures »¹⁶⁷.

Pour conclure, nous citerons Edmond LEBURTON qui déclarait en 1959 : « *En ce qui concerne le droit à la santé, il s'agit de permettre à chaque être humain d'avoir la certitude que, quelle que soit son origine, quelle que soit sa condition, quels que soient ses moyens financiers, il pourra être soigné dans de bonnes conditions et que l'argent ne constituera pas une barrière à l'accès à certaines catégories de soins de santé »¹⁶⁸.*

167 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

168 E. LEBURTON, *Le droit à la santé*, Discours prononcé au congrès du Parti Socialiste Belge, Bruxelles, 19 septembre 1959.

E. Les primo-arrivants

Marianne PRÉVOST, Fédération des maisons médicales

Nele GERITS, Jan De MAESENEER, Els BARTHOLOMEEUSEN, Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Avec la contribution de Valérie ALALUF, Mima DEFLORES, Benjamin FAUQUERT, Gilles HENRARD, Michel ROLAND, Marie-Jeanne WUIDAR, médecins en maison médicale

Avec des témoignages des maisons médicales/wijkgezondheidscentra De Sleep, Rabot, Botermarkt et Nieuw Gent

Résumé

Les migrants et les minorités ethniques (MME) sont confrontés à de nombreux problèmes dans leur accès au système de santé. Les personnes sans permis de séjour ne seront pas abordées de manière spécifique dans cet article puisque le sujet est déjà traité dans le chapitre 2.A.

Par le biais de différents témoignages de maisons médicales/wijkgezondheidscentra, nous décrivons d'une part les problèmes de santé spécifiques à ce groupe et d'autre part, les problèmes qu'ils rencontrent dans leur accès aux soins. Concernant les problèmes de santé, nous faisons la distinction entre les problèmes physiques et les problèmes psychosociaux.

Chez les MME, les problèmes de santé physique sont souvent complexes et le nombre de problèmes psychosociaux est très élevé. Le parcours d'immigration et la situation socio-économique particulièrement précaire dans laquelle nombreux d'entre eux se retrouvent en est la principale cause.

Les problèmes d'accès aux soins sont principalement dus :

1. *aux problèmes de communication ainsi qu'aux différences culturelles ;*
2. *au manque de connaissance du système de santé ;*
3. *aux problèmes financiers ;*
4. *aux problèmes d'accueil des services de santé ;*
5. *aux problèmes administratifs.*

Afin d'aborder ces problèmes, il est nécessaire d'avoir une approche intégrée mettant l'accent tant sur les facteurs physiques, psychiques et socio-économiques. Il faut avoir une réflexion plus vaste sur le système de santé dans sa globalité afin de lutter contre les inégalités et aboutir à une meilleure collaboration entre la première et la seconde ligne. Les centres médicaux travaillant de manière pluri et interdisciplinaire (telles les maisons médicales) dans une structure accessible et travaillant en collaboration avec le quartier semblent répondre aux problèmes mentionnés ci-dessus. Nous soulignons l'importance d'une approche non sélective et non catégorielle. Les maisons médicales sont accessibles pour toutes les couches de la population et prêtent une attention particulière aux obstacles qui entravent l'accès (administratifs, financiers, culturels...).

1. Introduction

L'article qui suit rend compte des difficultés d'accès aux soins éprouvées par des personnes que l'on peut regrouper sous le terme de « migrants et minorités ethniques » (MME), concept qui ne se réfère pas à la nationalité mais permet de rendre compte de l'origine des individus. Ce concept correspond à la démarche de l'OMS Europe (2010) et est utilisé dans l'étude E-Health¹⁶⁹ évoquée ci-dessous, laquelle précise que le terme « *minorité ethnique se réfère à différents groupes ethniques d'une hétérogénéité extrême. Ce concept est utilisé pour des groupes qui partagent un statut minoritaire dans leur pays de résidence de par leur ethnicité, le lieu de naissance, leur religion, leur citoyenneté et d'autres différences culturelles* ».

Nous n'évoquons pas ici l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier, qui posent des problèmes administratifs spécifiques : ces questions sont abordées dans un autre article de ce dossier. Notons cependant que certaines problématiques sont communes aux MME, quel que soit leur statut de séjour, comme on le verra dans les observations présentées ici.

Ces observations sont issues de nombreux contacts avec des travailleurs de maisons médicales/wijkgezondheidscentra (médecins, infirmiers, assistants sociaux, accueillants, travailleurs en santé communautaire, médiateurs interculturels...); les histoires de cas et citations non référencées ont été recueillies lors d'entretiens en face à face, réalisés dans le cadre de cet article, avec des médecins et d'autres soignants des maisons médicales et wijkgezondheidscentra très fréquemment confrontés à la prise en charge des MME et qui ont acquis *de facto* une expérience et une compétence fondées sur la pratique.

2. Problèmes de santé spécifiques aux MME

Il n'existe encore aucun aperçu épidémiologique et démographique qui documente intégralement la question de la santé des populations d'origine étrangère en Belgique. Différentes études montrent néanmoins que l'état de santé général de ce groupe est moins bon que celui de la population d'origine belge. Les raisons concernent essentiellement les mauvaises conditions de travail,

169 V. LORANT, I. DERLUYN, M. DAUVIN, I. COUNE et H. VERREPT, *Vers des soins de santé interculturels. Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*, décembre 2011, <http://www.health.belgium.be>.

les problèmes liés au statut ou encore le milieu socio-économique défavorisé auquel ils appartiennent¹⁷⁰.

De nombreux soignants des maisons médicales le confirment. Ils constatent dans la pratique qu'une partie importante des problèmes de santé physique chez les MME est due aux facteurs socio-économiques (comme le mode de vie, le logement, les conditions de travail) et que les problèmes psychiques sont causés par des facteurs spécifiques à la migration comme le parcours de migration, la discrimination, l'exclusion etc.

2.1 Problèmes de santé physique

L'Observatoire de la santé et du social en Région bruxelloise pointe notamment¹⁷¹:

- une vulnérabilité particulière des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, tant pour la période périnatale (taux élevé de prématurité et de décès foeto-infantile), qu'à l'âge adulte : taux de mortalité élevés liés aux infections acquises dans les pays d'origine (sida, hépatites), aux accidents vasculaires-cérébraux, au diabète et aux accidents ;
- une plus grande fréquence d'obésité et de diabète, chez les femmes marocaines et turques, favorisée par certaines habitudes alimentaires et par le manque d'activité physique. Ces pathologies sont également observées dans les pays d'origine, mais elles peuvent être accentuées par des comportements alimentaires liés au déracinement et à la sédentarité – elle-même due à un repli chez soi ainsi qu'au manque de travail.

Il faut noter cependant que, sauf en période périnatale, les Bruxellois d'origine marocaine ont une plus faible mortalité, ce qui s'explique par certaines habitudes plus favorables à la santé (consommation régulière de fruits et de poisson, faible consommation d'alcool et de tabac).

Les indicateurs relevés auprès de la population turque sont proches de ceux de la population marocaine, avec toutefois un taux de tabagisme élevé chez les hommes et une plus grande prévalence de la dépression chez les femmes.

170 B. VAN ROBAEYS, J. VRANKEN, N. PERRIN et M. MARTINIELLO, *Armoede bij personen van buitenlandse herkomst: rapport van een onderzoek over de relatie tussen migratie en armoede*, Bruxelles, Koning Boudewijnstichting, 2007.

171 *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*, Observatoire de la santé et du social en région de Bruxelles-Capitale.

Ces observations sont confirmées par l'expérience des soignants en maison médicale, qui ajoutent aux pathologies identifiées ci-dessus les problèmes os-téo-articulaires, maux de dos, tendinites (souvent liés à l'obésité...), etc. ainsi que des problèmes digestifs, problèmes dentaires...

De tels problèmes ont été relevés par Médecins du Monde à partir de sa consultation pour personnes en séjour illégal ; ils sont associés aux conditions de travail, particulièrement dures lorsqu'il s'agit d'emplois non réglementés, ou aux conditions de logement qui imposent souvent une promiscuité favorable à la transmission des maladies infectieuses. Les personnes suivies par MDM sont bien évidemment dans une situation plus difficile que les personnes en ordre de séjour, en termes d'accès aux soins, de vie quotidienne, de sécurité.

Toutefois il est bien évident *que la légalisation du statut n'entraîne pas automatiquement une amélioration notable des conditions de vie, des possibilités d'avoir un travail décent ni de l'état psychique.*

Souvent aussi, les soignants constatent des complications chez ces patients dues aux maladies comme l'hypertension, le diabète, etc. Les médecins indiquent qu'ils éprouvent des difficultés quant au fait qu'il n'existe pas de directives pour le dépistage de ce groupe de patients, et plus spécifiquement pour des maladies comme le VIH, l'hépatite ou la tuberculose. Qui doit être examiné, pourquoi et quand ? Cela vaut également pour la médecine préventive : l'état de vaccination des MME est souvent très mauvais. Il y a un manque de connaissance sur les vaccins qu'ils ont déjà eus et ils ne possèdent généralement pas de document de vaccination. Cela implique qu'il faut renouveler tous les vaccins selon le schéma de vaccination adéquat. Nous observons chez quelques groupes de patients des problèmes médicaux spécifiques qui sont inconnus auprès des médecins occidentaux, comme par exemple les complications liées aux mutilations génitales.

2.2 Problèmes de santé psychosociale

Des soignants témoignent du fait que certaines personnes se sentent même plus déprimées et plus anxieuses après avoir été régularisées. L'attente parfois très longue n'a pu être supportée que dans l'espoir d'un avenir meilleur. Certains ont vécu pendant des mois voire des années dans l'illusion que toutes les portes s'ouvriraient une fois les papiers acquis... ce qui n'est bien sûr pas le cas. Ils se retrouvent face à des difficultés qu'ils n'avaient pas imaginées, en termes de travail, de logement, d'insertion, d'accueil dans la société belge.

Ce sentiment délétère de faire du sur-place, de n'avoir pas d'autre avenir que d'être dans la survie, peut durer longtemps :

« Les personnes que je suis sont en Belgique depuis 2 à 15 ans mais elles restent longtemps dans la situation de primo-arrivant car leur histoire est jalonnée d'obstacles qui ont dû être franchis un à un comme les marches d'un escalier géant : travail au noir, régularisation administrative, recherche d'un logement, équivalence de diplôme, recherche d'un travail... ».

« J'ai reçu une femme portugaise ce matin, je ne l'avais plus vue pendant 2 ans. Elle a des plaintes multiples, et une extrême fatigue. Exactement les mêmes plaintes qu'il y a deux ans. Je lui ai demandé si elle avait consulté ailleurs entre-temps : non, elle a tenu le coup, mais là elle n'en pouvait plus. Elle fait du repassage, toute la journée. Ces gens qui travaillent dans les titres-services – le plus souvent des étrangers – ne voient personne, ils ont le plus souvent les clés, ils ne reçoivent aucun feedback, aucune reconnaissance, c'est tout à fait impersonnel. Une autre patiente, femme de ménage dans une école, me dit 'la plus grande souffrance, c'est qu'on ne me regarde pas... je suis la seule qu'on appelle Fatima, aux autres on dit Madame, Monsieur ».

L'étude E-Health menée en Europe pointe que « les MME d'origine turque ou marocaine ainsi que les ressortissants de l'Europe du sud présentent un plus grand risque de mauvaise santé subjective et d'affections chroniques que la population belge, ainsi qu'un plus grand risque de développer une dépression majeure ou un syndrome d'anxiété chronique. Des résultats similaires ont été observés dans d'autres pays ».

Un aspect essentiel est souligné dans l'étude E-Health : les différences d'état de santé observées dans divers pays européens entre population autochtone et MME « sont en grande partie dues à un contexte socio-économique plus défavorable ». Ils rappellent que « toutes les études montrent (...) de manière récurrente, d'une part le lien existant entre le statut socio-économique et la santé, d'autre part la plus grande précarité des MME au niveau socio-économique ».

Soulignons que cette donnée factuelle est aujourd'hui totalement admise et démontrée, elle s'applique à toutes les populations, même aux populations locales.

Les soignants des maisons médicales/wijkgezondheidscentra soulignent également que la précarité, la pauvreté, sont des facteurs déterminant un moins bon niveau de santé et un accès plus difficile aux services de santé quelle que soit l'origine ou la nationalité des patients. L'intrication entre la pauvreté et

l'origine apparaît fortement chez ces intervenants. Ainsi, même lorsque le facteur de l'origine est abordé de prime abord, ils en arrivent vite à préciser qu'« il n'y a pas vraiment de choses très spécifiques... c'est plutôt la précarité qui joue. Les primo-arrivants représentent une situation paroxystique et cumulent les facteurs de morbidité physique et mentale ».

Il faut dire que les MME qui ont recours aux maisons médicales/wijkgezondheidscentra font le plus souvent partie de la partie la plus défavorisée de leurs patients – l'ensemble de celle-ci étant par ailleurs déjà de plus bas niveau socio-économique que la moyenne belge.

Toutefois l'impact des facteurs socio-économiques est renforcé chez les MME : d'une part parce qu'ils présentent d'autres fragilités ; d'autre part parce qu'ils sont victimes de discriminations spécifiques, en dehors du système de soins mais aussi de la part de celui-ci (nous abordons ce dernier aspect ci-dessous).

Les discriminations spécifiques dans la vie sociale sont bien connues, nous ne les aborderons pas ici. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'elles peuvent entraîner un malaise global, profond, qui joue sur l'ensemble des contacts sociaux y compris avec le monde médical :

« Il y a des gens qui viennent avec un rhume et disent 'je vais mourir'... ou un autre, aujourd'hui, il vient juste 'demander un certif' et éclate en sanglots au milieu de la consultation. Il y a toujours quelque chose derrière, des circonstances de vie... J'ai très difficile avec l'expression tonitruante de la souffrance ; alors je me mets un peu en retrait, mais alors j'ai l'impression de ne plus écouter. C'est tout aussi compliqué quand ils ne disent rien que quand ils disent trop... Certains m'envahissent avec un discours sur leur douleur qui n'en finit pas ; et c'est difficile de les amener à parler de ce qu'il y a derrière. Il y a plein de choses, et c'est parfois un petit rhume qui fait que la personne craque ».

« C'est aussi lié à la communication : certains éprouvent peut-être le besoin d'exagérer pour être entendu, car ils n'ont pas l'habitude d'être entendus. Ou bien ils n'ont pas les mots, ne peuvent pas se faire comprendre à demi-mot, répètent, répètent... ».

« Ce sont des gens qui doivent la fermer, partout, alors quand ils ont droit à la parole ça les déborde... c'est un peu une inversion des rôles, ils sont opprimés partout, on est le seul lieu où ils peuvent parler, alors dès qu'il y a une faille ils s'y engouffrent ».

Comme indiqué ci-dessus les MME forment un groupe très hétérogène, dont l'accès à la santé est diversifié. Les médecins rencontrés mettent l'accent, en dehors des pathologies évoquées ci-dessus, sur les difficultés d'ordre psychique liées à des trajectoires d'exil particulièrement difficiles. S'il vaut la peine de s'y attarder, c'est parce que tous les cas rapportés témoignent de l'investissement nécessaire pour y faire face – et dès lors, *a contrario*, des risques de prise en charge insuffisante lorsque les praticiens n'ont pas un tel investissement.

Ce trajet est souvent un « parcours du combattant » dans lequel les personnes doivent justifier leur souhait de s'installer en Belgique, et fournir des preuves justifiant leur demande d'asile – preuves souvent impossibles à produire. L'attente parfois très longue et incompréhensible, le sentiment d'être face à l'arbitraire, l'angoisse face à un avenir imprévisible, la difficulté de se projeter dans l'avenir, laissent des traces durables et entraînent chez certains un sentiment d'insécurité et de méfiance qui subsiste pendant de longues années.

« J'ai un jeune patient mauritanien, un intellectuel qui parle très bien français, professeur dans son pays. Il attend ses papiers depuis 2-3 ans. Je n'ai pas de difficulté dans la communication avec lui, il connaît bien les mécanismes pathologiques, le système de santé. Mais il a des crises d'angoisse qui l'amènent parfois aux urgences. Il a quitté la Mauritanie en bateau, traversé l'Atlantique avec un skipper marocain, bagarre pendant ce trajet, deux personnes ont été 'jetées par-dessus bord' et se sont noyées... Arrivé en Espagne, il a travaillé dans de très mauvaises conditions, a eu affaire à la police... Sa demande d'asile en Belgique, c'est un long processus, une mé-lasse. Le plus dur dit-il, c'est la Belgique : pire que la traversée de l'Atlantique et les ratonnades des policiers espagnols. Il n'arrive pas à se projeter dans le futur, 'je ne suis personne' – et il ne peut pas rentrer dans son pays, il est coincé. Il y a une perte d'espérance, d'élan. J'espère qu'il sera accepté, mais je crains qu'il soit à jamais marqué par ce parcours... ».

« Que de la famille soit présente ou pas en Belgique, les vécus variés du parcours d'exil de ces primo-arrivants, le travail acharné pour faire vivre sur un seul salaire plusieurs membres d'une famille en Belgique et éventuellement d'autres membres restés au pays, 10h par jour ou en cumulant deux boulots différents, a parfois séparé les couples ou les parents. La situation des jeunes femmes avec enfant s'étant séparées d'un partenaire/mari et ayant réalisé leur exil toute seule et toujours difficile à stabiliser. Les histoires d'exils, les séparations durables souvent au sein de la fratrie rendent la stabilité affective précaire et sont la cause de nombreux mal-être qu'il est

parfois difficile de décoder. Dans ces conditions, j'ai eu par exemple une prise en charge psychologique d'une grossesse plutôt ardue ».

Les conséquences psychologiques liées aux passages dans les centres fermés en Belgique sont très fréquents : promiscuité, intimidations, incertitude sur l'avenir en sont les ressorts. Pour certains, le trajet d'immigration aboutit à un déclassement social difficile à vivre. Une partie des migrants font, chez eux, partie de la classe moyenne supérieure, chose que l'on ignore souvent en imaginant que ce sont les moins favorisés dans leur propre pays qui cherchent à le quitter. Or il faut énormément de ressources personnelles et de capacités de débrouillardise pour se mettre sur le chemin de la migration. Arrivés ici, ils « dégringolent »; ils mettent du temps à s'en remettre, à renoncer à l'espoir de remonter, d'être considérés. Voici quelques exemples : un pharmacien en Irak, qui suit ici des cours de français en compagnie d'analphabètes ; une femme, ingénieure en Russie, qui travaille dans une blanchisserie – elle a dû renoncer à reprendre des études et a finalement abandonné toute idée de progression sociale.

Ces trajets ont un impact, non seulement sur l'état de santé, mais aussi sur la manière dont une personne réagit face à ses problèmes de santé. Cette réaction est parfois indéchiffrable et même si le médecin en perçoit l'importance, il peut se retrouver très démuni :

« Je pense à un monsieur tchetchène de 60 ans, régularisé. Il ne parle pas français, j'utilise toujours un interprète. Parcours douloureux, sans doute police, militaires... il n'a pas voulu en parler. Sa plainte se situe au niveau des poumons, il a mal au thorax. On a fait tous les examens, envoyé chez spécialistes : rien aux poumons. Mais on a trouvé un problème de rythme cardiaque et prescrit des anticoagulants. On lui a bien expliqué mais probablement l'idée de 'liquéfier le sang' est incompréhensible ou inaudible, insupportable... Et il restait fixé sur ses poumons, il a pris ses médicaments de manière aléatoire, n'a pas fait ses contrôles ; au point que j'ai demandé au cardiologue s'il n'était pas plus dangereux de le traiter que de laisser les choses en l'état... J'ai essayé de savoir un minimum de son histoire mais il doit avoir un passé d'interrogatoires, il a dû raconter son histoire plusieurs fois dans d'autres contextes, notamment pour être accepté en Belgique. Je n'ai pas réussi à créer un lien suffisant pour qu'il puisse parler de lui, de cette grande douleur qu'il y a au fond et qu'il situe sur les poumons. Je pense que son trajet lui a laissé un besoin essentiel, insatiable, celui d'être reconnu comme victime. L'interprète, c'est très bien... mais je ne crois pas que cela permette de raconter son histoire, c'est une question

de moment, de relation, un rapport à l'expression... C'est très difficile de sortir de ça ».

« Je reçois une jeune femme tchetchène qui a subi des sévices, elle a été régularisée à cause de son état. Elle somatise, s'automutile... Elle vient toujours avec une série de plaintes et une demande de médicaments pour chacune d'elle. Son rapport au corps est très perturbé ».

« Les personnes les plus âgées sont aussi particulièrement vulnérables. Même si elles reçoivent des aides financières (privées ou publiques) ou pratiques, elles restent plus souvent isolées sans possibilité d'apprendre la langue, sans pouvoir circuler facilement dans la ville. Elles sont presque prisonnières de leur culture d'origine dans un monde qui leur est tout à fait étranger. Si elles nécessitent des soins chroniques par des suivis au long cours chez plusieurs professionnels différents, la coordination, les adaptations de traitement, les discussions à propos de la nécessité d'un traitement lourd (dialyse par exemple) ou d'une chirurgie sont toujours biaisées. Les aides qu'elles trouvent dans leur communauté ou les professionnels de santé ne prennent pas ou n'ont pas le temps de s'occuper d'elles. Il y a souvent des décisions arbitraires, des trous dans les explications, des incompréhensions ».

Afin d'aborder ces problèmes de santé compliqués des MME, une approche intégrale se focalisant autant sur l'aspect physique que psychique et socio-économique, s'impose. Une collaboration multidisciplinaire, comme c'est le cas dans les maisons médicales, facilite cette approche intégrale. En plus des médecins généralistes, des infirmiers et des kinésithérapeutes, nombreux centres disposent également de la possibilité de renvoyer un patient vers un psychologue et/ou un assistant social au sein du même centre.

L'approche ne peut se focaliser uniquement sur l'individu, mais doit également se concentrer sur des groupes spécifiques de MME. Ainsi, il est primordial de souligner l'importance de la sensibilisation à l'apprentissage de la langue (via par exemple les Huizen van het Nederlands, ou les diverses associations proposant des cours à Bruxelles et dans la Région wallonne, et qui sont souvent financés dans le cadre de l'Education permanente ou de la Cohésion sociale).

On ne peut pas se limiter à des « soins réactifs », on doit également envisager les « upstream causes » d'une maladie et d'un mal-être. Comme la solitude forme une partie importante du problème, les maisons médicales en Flandre,

à Bruxelles et en Région wallonne se concentrent essentiellement sur une stratégie qui vise à renforcer la cohésion sociale au niveau du quartier. Une des actions concrètes est l'organisation de cours pour apprendre à rouler à vélo, pour adultes et jeunes, ce qui renforce la mobilité, incite à plus bouger et contribue à la cohésion sociale. Quand des problèmes spécifiques apparaissent au sein de groupes particuliers, une approche « community-oriented primary care » peut s'avérer utile.¹⁷²

« Au sein de notre maison médicale nous avons été confrontés à une épidémie de gale chez un groupe MRM. Une visite à domicile nous a révélé que l'épidémie était liée aux conditions de vie : plusieurs matelas dans des squats étaient utilisés simultanément par des habitants pour dormir, ce qui a causé une propagation rapide de l'épidémie. La collaboration entre les généralistes, les infirmiers, les assistants sociaux et un promoteur de santé a rapidement conduit à une approche qui a permis à tous les acteurs concernés d'être systématiquement traités. Grâce à la coopération des pharmaciens, nous avons eu suffisamment de pommade pour traiter cette affection cutanée. Quand les réserves ont été épuisées, une collaboration avec le service de santé de Gand et la fédération des médecins généralistes a garanti un approvisionnement suffisant. Des dépliants en plusieurs langues ont été en même temps diffusés pour expliquer l'origine, l'extension et le traitement de la maladie. De cette façon l'épidémie fut maîtrisée avant la rentrée scolaire en septembre. L'état du logement de ce groupe a été abordé afin de résoudre les causes sous-jacentes de l'épidémie ».

3. Difficultés d'accès aux soins

3.1 Difficultés liées à la communication et différences culturelles

La communication, déjà abordée ci-dessus, est un élément majeur dans la relation de soins en médecine générale, et les problèmes de langue sont un frein important, non seulement à l'accessibilité, mais aussi à la qualité des soins : « la prestation de soins avec des populations ne parlant pas une des langues nationales génère des difficultés et des risques importants dans la décision médicale, dans la qualité de soins et dans l'alliance thérapeutique. En Belgique, cette situation est gérée de manière hétérogène et insatisfaisante. Bien que certains hôpitaux disposent de médiateurs interculturels facilitant l'interprétariat, cette ressource fait défaut dans de nombreux services ambulatoires » (Etude E-Health).

172 R. RHYNE, R. BOGUE, G. KUKULKA et H. FULMER, *Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century*, Washington, American Association for Public Health, 1998.

Depuis 1999, le SPF Santé Publique finance en effet la présence de médiateurs interculturels dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques. Une évaluation faite au début de la mise en place des médiateurs culturels en hôpital soulignait certaines difficultés montrant que ce dispositif n'allait pas de soi : « dans la plupart des hôpitaux, le nombre des interventions des médiateurs reste faible. Certes, le fonctionnement même de l'hôpital ne facilite guère l'organisation et la planification de ces interventions. Mais, surtout, il semble que beaucoup de prestataires de soins minimisent l'importance des obstacles linguistique et culturel et soient extrêmement réticents à l'arrivée de médiateurs, ressentie comme une intrusion et comme une remise en question de leurs compétences, de leurs pratiques voire de leurs privilèges »¹⁷³. **Bien sûr ces difficultés se sont probablement atténuées depuis, notamment grâce à la mise en place de formations pour le personnel hospitalier au sujet du travail avec les médiateurs interculturels.**

Tout récemment, nous avons entendu le médiateur général (compétent pour toute plainte relative aux soins, quelle que soit l'origine du patient) d'un hôpital universitaire signaler que les médiateurs interculturels parlent essentiellement turc et arabe, ce qui ne couvre donc pas l'ensemble des besoins en termes linguistiques. Ces médiateurs sont par ailleurs débordés, ainsi que les médecins, obligés de plus en plus à enchaîner les consultations qui sont courtes. Dans ce contexte, l'intervention d'un médiateur culturel, aussi impliqué et compétent soit-il, n'est pas sollicitée lorsqu'il n'y a pas de problème médical grave, d'incompréhension évidente, ou de divergence exprimée – tous ces cas peu visibles où le patient ne comprend pas très bien mais n'ose pas le dire, croit avoir compris, cherche après coup des éclaircissements dans son entourage.

Ce même intervenant estimait par ailleurs que, si beaucoup de patients ne parlent pas turc ou arabe, ils n'ont qu'à venir avec un proche capable de traduire. Cette considération peut sembler évidente au premier abord ; mais on peut toutefois, au contraire, estimer qu'un pays d'accueil a le devoir d'organiser le recueil d'informations le plus efficient possible pour pouvoir donner au migrant la meilleure réponse possible – une question d'humanité autant que de coût-efficacité, la mauvaise compréhension pouvant entraîner des erreurs dans le suivi du traitement – avec une aggravation nécessitant des coûts plus importants... Or, signalent les soignants de maisons médicales, l'intervention d'un proche chargé de traduire lors d'une consultation est loin de garantir la

173 H. VERREPT, A. PERISSINO et A. HERSCOVICI, *Médiation interculturelle dans les hôpitaux*, Cellule de Coordination Médiation interculturelle, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, août 2000. Cité par A. CHERBONNIER, Bruxelles Santé Dossier > Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier.

qualité de la relation thérapeutique. En outre la traduction par un enfant peut profondément bouleverser les positions dans une relation parent-enfant et la question de la confidentialité est posée.

Le SETIS¹⁷⁴ propose par ailleurs des interprètes, dans un très grand nombre de langues. Les soignants rencontrés en maison médicale y font régulièrement recours, le financement étant assuré en général non par le patient mais par l'institution – sans réticences, car « cela nous évite des consultations récurrentes et inutiles ».

Le rôle de ces interprètes est unanimement loué : ils font plus que traduire, ce sont des passeurs culturels. Ils sont assez disponibles même pour une consultation par téléphone. C'est plus difficile d'en faire venir un le jour même, ou dans l'urgence mais là « on se débrouille ; on gère l'immédiat, et les gens ne viennent que plus tard avec les problèmes compliqués ».

Ce recours implique une certaine organisation : il faut prendre rendez-vous avec l'interprète, et dès lors parfois retarder la consultation en fonction de ses disponibilités. Par ailleurs, certains patients instables, spécialement ceux qui présentent les plus grandes problématiques de souffrance psychique, ne se présentent pas le jour dit, et il faut tout recommencer...

« Il est simple de demander une aide au SETIS, soit par téléphone soit en demandant le passage d'un(e) interprète. Mais dans le feu de l'action, il arrive rarement que je le fasse au premier contact. En effet, soit il faut d'abord écouter (comprendre, deviner ?) les plaintes aiguës qui justifient la consultation médicale et prennent le dessus dans le discours du patient, soit il faut simplement signer le réquisitoire pour la demande d'une carte de santé AMU au CPAS ce qui peut être fait rapidement sans rentrer dans le détail des besoins médicaux. De toute manière la compréhension de la problématique de santé de la personne et son exploration demandera toujours au moins 3 ou 4 consultations à moins de la recevoir d'emblée pendant 4 heures ! La première consultation se termine donc toujours par la fixation d'un rendez-vous de suivi. Ces rendez-vous se feront tantôt avec ou tantôt sans interprète, celui-ci sera tantôt une connaissance ou un parent (ou enfant !) ce qui est loin d'être idéal tantôt un interprète semi-professionnel du SETIS, ce qui est toujours une source de grands remerciements de la part du patient à la fin de la consultation ».

174 In Vlaanderen: Babel of provinciale/stedelijke tolkinitiatieven.

Lorsqu'ils envoient un patient vers une consultation spécialisée ou des examens en hôpital, les soignants prévoient l'intervention d'un interprète du SETIS si la langue de leur patient n'entre pas dans les compétences des médiateurs interculturels de l'hôpital. Toutefois cela ne va pas de soi : il faut prévoir, insister, et ce n'est pas toujours bienvenu.

Il n'est donc pas évident d'utiliser le SETIS, et les médecins de maisons médicales estiment que c'est encore plus difficile dans une pratique solo – où il est sans doute aussi plus difficile d'assumer le coût afférent. A leur connaissance, les médecins solos utilisent peu ce service, plus demandé par les maisons médicales/wijkgezondheidscentra et les associations. Ce qui constitue bien évidemment un problème majeur en termes d'accessibilité aux soins.

Le besoin d'interprètes, de médiateurs interculturels est important, d'autant plus que, comme le soulignent les auteurs de l'étude E-Health, « la nécessité de recourir à un médiateur interculturel ne diminue pas avec l'augmentation de la durée de séjour » (NIERKENS *et al.*, 2002). En effet, confirment les soignants interrogés dans les maisons médicales, la communication est parfois plus difficile avec les gens qui parlent plus ou moins bien français :

« On croit qu'ils comprennent et finalement, je fais souvent moins d'efforts avec eux qu'avec ceux qui ne comprennent visiblement pas... Mais ce n'est pas toujours adéquat : ils disent oui à tout ; si j'ai un doute je repose des questions, et alors je vois que leurs réponses ne sont pas cohérentes. En fait ils ne comprennent pas bien mais ils ne le disent pas ».

Les patients peuvent bien sûr venir avec une personne proche capable de traduire, et souvent ils le font. Mais ce n'est pas toujours la meilleure solution :

« J'ai eu un grand-père marocain qui avait rejoint sa famille ici ; il vient régulièrement avec son petit-fils mais un jour j'ai eu le sentiment qu'il fallait sortir de la famille, au moins une fois. J'ai demandé un interprète : il a raconté toute sa vie ! ».

« Avec un interprète je suis plus explicite... je dis souvent 'qu'est-ce que vous avez compris ?' car quand les gens parlent un peu français ils ne disent pas qu'ils n'ont pas compris, ils disent 'oui oui' par politesse ou par honte... ».

« J'ai une patiente de 70 ans, une vraie 'dame', qui a de la classe. Elle est afghane, chrétienne, et ne parle pas français. Son fils traduit. Elle veut à tout prix que je prenne sa tension chaque fois. J'en ai marre mais je ne peux

pas refuser, pas chaque fois... Je me demande souvent quelle est son histoire, j'aimerais avoir un autre contact, une autre compréhension... mais j'aurais l'impression d'être irrespectueux, intrusif. Et comme c'est le fils qui traduit, cela me paraît encore plus délicat ».

« J'ai une patiente congolaise, qui parle très mal français, elle a une phlébite à la jambe ; je dois prendre RV moi-même pour la radio, et l'infirmière doit passer tous les jours faire la piqûre car cette personne a peu de mobilité et puis ce serait trop difficile à expliquer, pour être sûr qu'elle le fasse bien, elle ne pourrait pas le faire elle-même ».

« Il y a aussi les jeunes filles marocaines ramenées du pays pour se marier ici. Elles ont souvent un blocage au niveau des relations sexuelles. J'en ai reçu une récemment, amenée par le mari, la belle-mère – des gens que je connais bien, que je suis depuis longtemps. La jeune femme ne parle pas français, les autres traduisent mais ils sont dans une position particulière, et elle est effarouchée ; c'est son premier contact avec un médecin belge, il s'agit de questions intimes, abordées avec des personnes impliquées... ce n'est pas possible ».

« L'interprète, c'est intéressant surtout quand les plaintes sont diffuses, ce qui est souvent le cas. Et le contact est différent : quand il y a un interprète je parle au patient, quand c'est quelqu'un de la famille qui traduit, c'est à lui que je parle, et au fond, le patient 'disparaît' un peu ... Le contact est tout différent, finalement plus personnalisé avec un interprète, car celui-ci n'interfère pas comme le fait un proche. Quand on patauge, interroger avec l'interprète fait que la personne dit des choses qu'elle ne dirait pas devant un membre de sa famille ».

L'incompréhension peut avoir des conséquences graves :

« J'ai vu une dame qui ne parle pas français, elle vit en centre ouvert et va se marier avec un Belge. Elle a eu un problème gynéco, a subi une hystérectomie car il y avait un cancer du col ; mais elle n'a pas compris que l'opération était liée à un cancer et ne s'est pas fait suivre depuis l'opération, en 2011 ».

Dans quelques maisons médicales on a choisi d'embaucher un médiateur interculturel, qui connaît la langue et la culture d'un groupe MME qui forme une partie importante de la patientèle du centre. Le médiateur interculturel a plusieurs rôles : interprète, intermédiaire culturel en fournissant des explications dans des situations où on suspecte que des facteurs socioculturels aient

une influence, assistant pour prendre les rendez-vous si le patient est renvoyé (par exemple à l'hôpital ou à la mutuelle), médiateur entre les soignants, les collaborateurs du projet et le patient lors de l'organisation d'activités de promotion de la santé et l'orientation vers ces activités. Les soignants considèrent la collaboration avec les médiateurs interculturels comme un soutien générant une meilleure qualité des soins et une plus grande efficacité.

Vignette 1 :

Dans la situation suivante, le médiateur interculturel a fait plus que juste rompre la barrière linguistique entre le prestataire de soin et le patient. Il m'a aussi aidé à rompre une barrière culturelle avec un homme turc de 56 ans qui venait me consulter. Le pneumologue venait de lui dire qu'il souffrait d'un cancer avancé avec un mauvais pronostic. Le médiateur interculturel m'a expliqué que l'expérience du cancer dans la communauté turque diffère considérablement de celle en occident : le mot cancer est un mot sensible qui est encore synonyme de mort. La famille joue un grand rôle dans les soins apportés au patient atteint d'un cancer et elle aime être informée en premier afin 'd'épargner' le patient. Ces informations m'ont permis d'aborder la conversation de manière plus délicate ».

Vignette 2:

Une femme turque de 80 ans qui souffrait d'une maladie grave (tumeur à l'œil) habitait chez une de ses filles. Bien qu'un infirmier et un kinésithérapeute venaient quotidiennement, la fille s'occupait malgré tout d'une grande partie des soins de sa mère. Bien qu'elle se rendait compte que les soins devenaient difficiles pour elle et qu'elle pensait ne plus être en mesure de s'en charger et qu'il vaudrait mieux l'amener dans une maison de repos, elle éprouvait beaucoup de honte envers son entourage. Elle craignait que les gens pensent qu'elle ne soit pas une bonne fille, parce qu'elle ne pouvait s'occuper elle-même de sa propre mère. Dans leur culture les personnes âgées ne sont pas placées dans une maison de repos. Jusqu'au moment où le médiateur interculturel a raconté qu'en Turquie, il y avait également des maisons de repos. Elle a ainsi montré des vidéos de vieux Turcs dans des maisons de repos tant en Turquie qu'en Belgique. Le médiateur culturel a aidé cette famille à dépasser un seuil pour prendre une décision, et jusqu'à présent personne de cette famille ne le regrette ».

Dans la littérature on trouve également que l'utilisation d'un interprète crée une importante plus-value¹⁷⁵:

- l'augmentation de la qualité des soins ;
- la diminution des problèmes de communication ;
- le patient est mieux renseigné ;
- une utilisation plus équitable des soins ;
- de meilleurs résultats cliniques ;
- une plus grande satisfaction des patients ;
- probablement plus rentable à long terme.

Ces effets sont plus évidents avec des interprètes professionnels en comparaison avec les interprètes « *ad hoc* ».

Tous ces exemples et bien d'autres, montrent que l'accès à des soins de qualité nécessite, d'une part une grande disponibilité de la part du soignant, une capacité à prendre du recul avec ses propres points de repère, du temps pour instaurer un climat de confiance et de proximité, une compréhension de ce qui peut se jouer lorsque le patient est accompagné d'un proche avec qui il a des interactions particulières dont il s'avère souvent difficile de percevoir toutes les nuances – d'autant plus que ce proche a parfois des échanges avec le patient sans assurer de traduction pour le médecin, qui perd ainsi une partie des informations et du sens de ce qui se joue. L'application éventuelle d'une politique de diversité, avec une attention particulière pour les soins sensibles au contexte culturel, est déterminante dans la mesure où l'aide est aussi accessible aux MME. Cela demande d'avoir d'un côté les moyens (financiers et pratiques) pour collaborer avec des interprètes/médiateurs interculturels, mais de l'autre côté également un soignant conscient et engagé. Accorder plus d'attention à cet aspect lors de la formation des soignants serait par exemple une des conditions pour le réaliser.

3.2 Difficultés liées à la compréhension du système de soins

En dehors de la relation thérapeutique proprement dite, une bonne communication est nécessaire pour que le patient comprenne le fonctionnement du système de santé en Belgique. A nouveau, il s'agit avant tout d'une question de niveau d'instruction : d'une manière générale, les patients peu instruits, par exemple les Belges issus du quart-monde, ont également des difficultés dans ce domaine. Ce qui est cependant spécifique aux MME, c'est qu'ils ont une

175 Bischoff *et al.*, « What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland », *BMC Health Service Research*, 2010, 10, p. 248.

autre référence qui est le système de santé existant dans leur pays d'origine. Il faut alors prendre le temps d'expliquer ce système aux MME, avec des interprètes/médiateurs interculturels. Il leur faut parfois un certain temps d'adaptation, mais si l'accueil et le dialogue permettent de construire une relation de confiance, cela peut se résoudre.

« Pour les patients africains la maison médicale est perçue comme un dispensaire, mais dans mon expérience, ça leur convient et cela n'entame pas notre crédibilité. Il faut du temps pour leur expliquer la place des soins de santé primaires en Belgique, mais ils finissent par utiliser le système à bon escient. Je dirais même que le recours au spécialiste en direct est moins fréquent chez les étrangers que chez les Belges de niveau socio-économique équivalent ; parce qu'ils tiennent particulièrement à la proximité, à la relation de confiance, et qu'ils craignent d'être mal reçus si cela ne passe pas par nous. Certains croient même qu'ils sont obligés de passer d'abord par ici ».

« Dans certains pays (en Afrique, dans les pays de l'Est), la première ligne n'existe pas, elle se résume à des dispensaires 'pour les bobos': les problèmes sérieux se traitent à l'hôpital... mais quand le lien est créé, ils passent par nous plus que les Belges – même pour un problème grave, que je réfère tout de suite à l'hôpital. Une fois que le lien est créé il est très fort, très important ».

« Les Brésiliens ont une notion claire de la prévention et de l'échelonnement, c'est plus facile avec eux, et ils sont vite fidélisés ».

« Parfois ils ne comprennent pas bien le système de paiement : pourquoi 6 euros la nuit alors qu'en journée c'est 1 euro ? C'est encore plus difficile à comprendre s'ils ont eu affaire à un autre médecin de garde qui ne pratique pas le tiers payant... ».

« Là, nous sommes face à une très grande diversité, parce que nous recevons des patients venus de pays très différents. Comment connaître leurs représentations, l'expérience qu'ils ont dans leur pays ? Le mieux, c'est de leur demander comment ça se passe chez eux, ce qu'ils auraient fait face au problème qu'ils viennent présenter. On peut ainsi comprendre petit à petit dans quelle place ils nous mettent... mais cela prend du temps, il faut aussi créer une relation de confiance pour trouver une réponse à ce type de question ».

Certaines personnes complètent le recours au médecin par d'autres ressources. Elles le taisent parfois mais lorsqu'elles en font part, le médecin doit

montrer une grande ouverture pour comprendre ce qui se joue sur ces autres scènes, et pour situer la place dans laquelle le patient le met :

« J'ai une patiente congolaise de 65 ans, régularisée, elle vient à la MM depuis 4 ans. Elle est arrivée seule, je ne connais pas son parcours, elle n'a pas d'attaches familiales ici. Elle surinvestit le monde médical, il y a autour d'elle un carrousel de médecins spécialistes, elle n'y comprend rien ... Elle fréquente aussi une église pentecôtiste. Là, il y a des pratiques de guérison magique (exorcisme, imposition des mains, prières collectives de délivrance), qu'il ne faut pas confondre avec des pratiques traditionnelles, c'est très différent. C'est une magie moderniste, qui se démarque des pratiques traditionnelles en ce sens qu'elle est plus manichéenne, elle gomme la complexité, l'ambivalence ; dans la pratique traditionnelle, il faut négocier avec de nombreux djinns qui ont tous leur spécificité ; dans les pratiques de l'église pentecôtiste, il y a une opposition plus nette entre 'le bon' et 'le méchant'... ».

Quelle position cette patiente me donne-t-elle par rapport à ces pratiques ? Elle sait qui je suis, ce que je propose. En fait, parler du guérisseur c'est un moyen de parler du psychosomatique sans y toucher, sans faire intrusion dans ce domaine réservé ... c'est une approche non allopathique des soins ».

Non seulement la complexité du système de soins en Belgique semble un facteur majeur freinant l'accès aux soins ; cette complexité provoque des manques dans le suivi médical. Un travail d'information adapté à chaque public est nécessaire, et l'attitude des soignants joue un rôle à cet égard. Il est important que les intervenants prennent le temps d'expliquer le fonctionnement des services existants, de comprendre avec quelles représentations la personne arrive, de créer une relation de confiance telle qu'elle puisse poser des questions, d'y répondre de manière claire et compréhensible... En réalité, beaucoup d'éléments favorisant l'accès à la santé reposent sur l'ouverture et la disponibilité des soignants, leur capacité à considérer la personne dans sa globalité.

Cela montre à nouveau l'importance d'adopter une attitude adaptée et une approche intégrale. Des assistants sociaux dans les maisons médicales/wijkgezondheidscentra sont confrontés chaque jour à des patients qui ne trouvent pas les moyens d'accéder à certains services à cause d'un manque de connaissance du système de santé. Ils doivent ainsi offrir le soutien nécessaire et faire attention à renforcer l'autonomie du patient.

Voici le témoignage d'un assistant social comme exemple de difficulté à trouver l'information correcte, qui montre bien qu'une mauvaise information due à la complexité du système peut nuire à l'accès aux soins pour une personne :

« Un médecin généraliste me demande de vérifier pourquoi un garçon de 8 ans n'est pas en règle avec la mutuelle depuis un certain temps. J'appelle la personne à contacter pour son dossier, la grand-mère. La grand-mère me raconte qu'elle est au courant et qu'elle est en train d'arranger cela. Elle me dit qu'il n'est plus en règle parce qu'il n'a pas de parents. La grand-mère aimerait devenir tutrice et le tribunal de la jeunesse doit examiner le dossier. J'essaie d'obtenir de plus amples informations et j'appelle le CPAS pour voir s'ils pouvaient faire quelque chose pour le moment. Vu que le garçon réside légalement, ils ne peuvent pas faire grande chose. Seulement si les frais médicaux s'avèrent trop élevés ils peuvent s'y charger. J'appelle le service social du tribunal de la jeunesse. Ils m'expliquent que la situation est compliquée. Le garçon a bien des parents, mais ils sont divorcés. Depuis, la grand-mère s'occupe de lui. La tutelle est réglée mutuellement, mais n'est pas reconnue. Le tribunal de la jeunesse doit encore s'exprimer là-dessus. Il habite chez la grand-mère, mais ne peut pas être enregistré sur sa carte de mutuelle, car elle n'est pas la tutrice officielle. Il devrait être domicilié chez sa mère, mais sa mère ne veut pas. La situation avec le père n'est pas encore claire pour le tribunal de la jeunesse. Le tribunal explique qu'il n'a pas l'autorité pour régler la situation auprès de la mutuelle. Je décide d'inviter la famille pour éclaircir la situation. La grand-mère vient avec le garçon. Il s'avère que le garçon est un enfant adultérin. Il est né dans un mariage donc il a reçu le nom de famille de son père officiel, mais non biologique. Le couple s'est séparé pendant la grossesse, mais officiellement ils sont encore mariés. Le père officiel est resté dans le pays d'origine. Le père biologique n'a jamais reconnu son enfant officiellement, mais il l'a élevé comme étant son propre enfant, avec la mère en Belgique. Entre-temps la relation avec la mère s'est terminée. La grand-mère apparaît être la mère du père biologique. La mère ne pouvait plus s'occuper du garçon, donc il a aménagé chez sa grand-mère. La grand-mère souhaite que la tutelle soit officialisée par le tribunal de la jeunesse. Il est néanmoins difficile de prouver leur relation puisque son fils n'a jamais pu reconnaître le garçon car la mère était encore mariée officiellement avec le père officiel. Entre-temps le garçon n'a pas de mutuelle. Il ne peut pas être enregistré sur la carte de mutuelle de sa grand-mère, parce qu'il n'existe pas de lien de parenté officiel. Il ne peut pas non plus être enregistré sur la carte de sa mère, parce qu'ils n'habitent pas à la même adresse, ni sur la carte de son père officiel, puisqu'il habite dans le pays d'origine. Et pas non plus sur la carte

de son père biologique, car il n'a jamais reconnu son fils. Le lien de parenté avec la grand-mère est très difficile à démontrer, ce qui fait que le dossier au tribunal de la jeunesse est à l'arrêt depuis un certain temps. Seulement si la grand-mère devient la tutrice officielle, le garçon peut être enregistré sur sa carte de mutuelle. Cette procédure peut encore durer longtemps.

J'appelle la mutuelle pour vérifier si le garçon même peut ouvrir une carte de mutuelle. Le garçon est à présent inscrit sans liens familiaux. Il ne peut pas être en règle avec la mutuelle étant donné qu'il est mineur et par conséquent n'a pas le droit de s'affilier. La mutuelle explique qu'il faut attendre jusqu'à ce que le tribunal se soit prononcé sur la tutelle.

J'ai discuté ce cas lors de la délibération multidisciplinaire. Nous avons décidé de rendre la consultation gratuite pour le garçon. J'ai invité la grand-mère pour un entretien et j'ai de nouveau éclairci la situation. En raison des problèmes de langue et de la complexité de la situation ce n'était pas évident. Nous avons donc arrêté la conversation et avons pris un nouveau rendez-vous avec un interprète. Cet entretien s'est relevé plus efficace. Il était important pour la grand-mère que quelqu'un ait pu lui expliquer et clarifier la situation, parce qu'elle n'y comprenait plus rien. J'ai parcouru toutes les solutions possibles en détail avec elle. A cause des relations compliquées avec les membres de la famille, la grand-mère ne pouvait rien faire. Elle a choisi d'attendre la prononciation du juge de la jeunesse. Elle se sentait soulagée d'avoir finalement compris pourquoi le garçon n'avait pas le droit de s'affilier auprès de la mutuelle.

Huit mois plus tard la grand-mère nous a informé qu'elle est devenue la tutrice officielle du garçon, ce qui lui a permis d'inscrire le garçon sur sa carte ».

Une telle approche intégrée ne peut se réaliser qu'au travers une collaboration structurelle entre les différents secteurs de bien-être et de santé. Le gouvernement reconnaît et plaide cette importance, mais dans la pratique peu de choses ont été faites ces dernières années.

Mis à part l'engagement et la compétence des soignants pour informer les gens au sujet du système de santé, les gouvernements (locaux) et les mutuelles jouent aussi un rôle important dans la sensibilisation de toutes les couches de la population, indépendamment de leur origine, et se doivent d'exploiter ce rôle pleinement.

3.3 Difficultés liées aux problèmes financiers et à l'accueil des services de soins

Ainsi, les soignants de maisons médicales/wijkgezondheidscentra ont bien souvent le sentiment d'être le dernier recours pour des personnes particulièrement défavorisées, vulnérables. La plus grande accessibilité financière, grâce à l'application du système de paiement forfaitaire et le régime du tiers payant de ces structures fait qu'elles drainent souvent ce public. Un autre élément qui semble augmenter la fréquentation en maison médicale des publics fragilisés est le sentiment de ce public de ne pas être bien accueilli ailleurs. Il ne faut pas oublier qu'en situation de pénurie de médecins, ceux qui exercent ne sont pas enclins, à moins d'un investissement particulier, à donner la priorité à des patients qui demandent une ouverture, du temps, une disponibilité particulière.

Le système de paiement forfaitaire, qui permet aux patients de consulter gratuitement, est basé sur la solidarité, les soignants (et donc aussi la maison médicale) sont financièrement indépendants par rapport au nombre de consultations qu'ils font et peuvent par conséquent consacrer plus de temps à certains patients. La maison médicale applique également une obligation d'acceptation éliminant toute forme de sélection de risque. Cette forme de financement global facilite l'insertion du personnel encadrant pour le soutien des soignants. Le personnel de l'accueil dans les maisons médicales garantit un accueil de qualité avec une attention particulière pour les patients d'origine étrangère.

Il faut noter qu'à côté du financement forfaitaire, certaines maisons médicales travaillant avec le système à l'acte s'organisent de manière à ce que le coût des soins ne soit pas un obstacle (tiers payant, éventuellement consultation gratuite, prescription de génériques...).

A travers des projets visant les médecins généralistes solos et menés par la Fédération des maisons médicales et la SSMG dans le cadre de l'asbl Promotion Santé en Médecine Générale, nous constatons d'ailleurs la nécessité de sensibiliser, d'impliquer et d'outiller les médecins vis-à-vis des publics très défavorisés. Il ne s'agit pas ici des MME, mais par exemple de familles belges du quart monde, rencontrées par ces médecins. Les difficultés constatées dans le cadre de ces projets ne peuvent qu'être renforcées lorsqu'à la pauvreté s'ajoute la dimension MME. Dans certains cas, le chemin à parcourir semble très long.

En ce qui concerne spécifiquement les MME, les soignants interrogés constatent une réticence voire un mauvais accueil de la part de certains mé-

decins généralistes ou dans les structures hospitalières. Ces constats peuvent être :

- indirects : « Très souvent les gens se confondent en remerciements, d'une manière incroyable, quand on les reçoit simplement normalement, sans rien faire de plus que ce que nous faisons avec tous les patients... alors je ne peux pas m'empêcher de me demander ce qu'ils ont vécu ailleurs – un refus, du rejet, une expression d'énervement, un manque de communication, de considération... ».

« Ils me disent 'merci d'être gentil' alors que je les traite simplement de manière humaine ; par exemple, je demande quand ils auront la carte SIS, je vois quels médicaments sont prioritaires s'ils ne savent pas tous les acheter... mais pour eux ça sort de l'ordinaire, manifestement ils ne sont pas habitués à cela ».

- directs : « Je reçois souvent des gens envoyés par le Centre XXX : ils se sont fait renvoyer car ils n'ont pas de quoi payer. A première vue c'est plus lié au niveau socio-économique qu'à la nationalité... mais en fait, ce centre accepte des Belges sans sous, les étrangers sont beaucoup plus souvent rejetés ».

« Le CPAS de notre commune, à Bruxelles, semble réticent à nous mettre sur sa liste car on est trop à gauche, on risque d'amener trop de patients ! ».

« J'ai eu un patient bénéficiaire de l'AMU, presque aveugle, je l'ai envoyé en ophtalmologie à l'hôpital X ; le médecin estimait l'opération nécessaire, le CPAS a accepté... mais l'hôpital a refusé ».

« Certains de ces patients sont 'difficiles, lourds', pour des raisons diverses... Ils arrivent chez nous car manifestement certains médecins se débarrassent des patients lourds ».

« Dans les réunions de garde, c'est clair que les médecins de garde sont agacés par nos patients – les cas psy, les pauvres, les étrangers qui sont souvent pauvres et psychologiquement fragiles. Cela crée des tensions avec la MM. Ce week-end j'ai été appelée par une famille africaine, dont l'enfant avait une forte fièvre. Les parents avaient appelé la garde, le médecin leur a dit par téléphone : 'si vous n'avez pas 60 euros je ne viens pas'. Pour une autre famille, le médecin de garde est venu mais a demandé 28 euros 'car je viens d'une autre commune' (mais ce médecin fait partie de notre rôle de garde).

Un tel montant ne correspond à rien, et en plus il a demandé deux vignettes de mutuelle... Face à de telles attitudes, les patients ne comprennent pas la logique du système, c'est aussi ce qui les amène à la garde des hôpitaux car là ils ne paient pas tout de suite ».

On le voit dans ces exemples, certaines attitudes rapportées peuvent être liées autant à la précarité socio-économique qu'à l'origine des patients. Mais, bien qu'il soit difficile de dissocier vraiment ces deux aspects, l'origine des patients apparaît comme un facteur surdéterminant, et est, d'après nos observations, ressenties comme tel par les patients concernés surtout lorsque leur parcours pour arriver à obtenir un statut légal a été émaillé de méfiance, d'arbitraire et de non considération.

Les soignants observent certains retards des soins chez les patients MME ; ils soulignent que ces retards sont liés, tout comme chez les patients belges précarisés, à de faibles revenus. En effet, même si, généralement, la consultation en médecine générale est accessible, certains patients craignent de ne pas pouvoir payer les médicaments, les examens spécialisés voire les opérations qui s'avèreraient nécessaires. Ils ont donc tendance à reporter la consultation, dans l'espoir que la situation s'améliore naturellement, ou dans une certaine résignation face à la douleur.

3.4 Difficultés de type administratif

D'autres difficultés d'accès sont d'ordre plus administratif et, une fois encore, pas spécifiquement liées à l'origine du patient : « J'ai un patient qui émarge au CPAS (non AMU) que je suis depuis 10 ans. Il a déménagé et fait la demande à son nouveau CPAS pour les médicaments. Celui-ci a refusé parce que la prescription émane d'un médecin qui n'est, forcément, pas dans sa liste ; mon patient doit changer de médecin. Continuité des soins... ».

L'obstacle administratif présenté dans cette situation paraît absurde pour le médecin qui la rapporte. On peut imaginer que cette situation soit incompréhensible pour le patient et contraire à ce qu'il a pu percevoir comme acquis dans le rapport thérapeutique qu'il a connu jusqu'ici – c.-à-d. l'importance de la continuité des soins, de la relation thérapeutique. Comment dès lors peut-il ne pas percevoir l'organisation des soins comme aléatoire, sans balises sécurisantes ?

D'autres exemples concernent les personnes ayant eu un statut illégal qui, suite à l'expérience d'un système peu clair et peu lisible, laisse probablement

des traces après la régularisation – chez le patient, mais aussi chez le médecin et dans la relation thérapeutique :

« Le fonctionnement du CPAS ou de FEDASIL est compliqué, difficile à comprendre : les réquisitoires de soins, variables suivant le lieu des soins (hôpital 'du CPAS') et le coût des soins (kinésithérapie, lunettes, chirurgie), le remboursement des médicaments, la périodicité des renouvellements, les hôpitaux autorisés. Quand on n'a pas fait cela assez tôt, car on n'a pas réussi à coordonner la venue de l'interprète avec celle du patient qui n'a pas compris ou a oublié la date du rendez-vous, ou que la consultation est surchargée que l'on ne téléphone pas au SETIS ou que le SETIS est fermé ou sans interprète, on expose la personne à des retards/reports de soins. En effet, les aides de proximité sollicitées par les primo-arrivants sont erratiques : l'un ou l'autre proche sert d'interprète mais parfois, comme c'est le cas de certains de mes patients, ce proche connaît mieux le néerlandais que le français, alors l'hôpital choisi est l'UZ-VUB qui malheureusement n'est pas reconnu par le CPAS. Les factures s'en suivent... ».

« Depuis 2012, les citoyens de l'Union européenne qui s'installent en Belgique dans le cadre du travail n'ont pas droit à l'aide sociale du CPAS pendant les trois premiers mois de leur séjour (à compter dès la délivrance de l'annexe 19). Quant aux demandeurs d'emploi cela vaut jusqu'à ce qu'ils ont trouvé effectivement un emploi. A présent, dans les villes, beaucoup de nouveaux citoyens de l'Union européenne avec une annexe 19 sont demandeurs d'emploi. Pendant cette période, ils ne peuvent pas s'affilier auprès d'une mutuelle belge, la majorité n'a plus une affiliation légitime dans le pays d'origine et ils ne peuvent pas faire recours au CPAS pour intervenir dans les frais médicaux. Ils doivent donc payer tous les frais médicaux eux-mêmes. Cela pose un problème pour de nombreuses familles, d'autant plus qu'elles n'ont souvent pas de revenus. Les enfants en sont les plus grandes victimes. Ils vont à l'école ici, mais doivent rester longtemps chez eux (souvent illégitimes) à cause de maladies (surtout pendant l'hiver avec le froid). Les gens repoussent souvent leur besoin de soin ou sont examinés gratuitement comme dans notre maison médicale ».

Rappelons aussi ce qui a été évoqué ci-dessus à propos des médiateurs inter-culturels et de l'interprétariat : limitation des langues disponibles au sein des hôpitaux, réticences de ceux-ci à accepter des interprètes extérieurs, faible utilisation des interprètes du SETIS par les médecins généralistes solos. Nous voulons de nouveau souligner l'importance de la collaboration entre les différents services de bien-être et de santé.

Aujourd'hui les CPAS des villes/communautés appliquent chacun leur propre système pour octroyer une intervention financière. Une plus grande unification des pratiques entre les différents CPAS pourrait éliminer beaucoup de confusion, autant pour les soignants comme pour les patients qui sont contraints à faire un recours au CPAS.

Les mutuelles devraient aussi veiller à simplifier l'information, par exemple en ce qui concerne le statut Omnio. Beaucoup de patients ne connaissent pas ce statut, ou trouvent que la procédure est complexe. Un travailleur social peut informer les patients, mais il serait plus simple que ce statut soit octroyé automatiquement aux ayants droit.

4. Conclusion

Les problèmes de santé vécus par les MME sont fortement liés à leur vulnérabilité sociale, dont les soignants peuvent tenter d'atténuer les effets mais qu'ils ne peuvent pas résoudre, ce qui entraîne pour eux un sentiment d'impuissance, d'épuisement et souvent d'indignation. Ces sentiments sont renforcés de manière générale chez les intervenants de première ligne (médico-psychosociaux) par le fait qu'eux-mêmes se sentent insuffisamment considérés et soutenus.

Les problèmes psychosociaux sont lourds, liés à des trajets parfois extrêmement difficiles, peu verbalisés, face auxquels les soignants sont relativement démunis – d'autant plus que les circonstances de vie sont souvent peu favorables à une « métabolisation » de ce vécu.

On le voit dans les cas évoqués, le suivi de ces patients demande une grande ouverture au soignant – dépassant largement les compétences médicales proprement dites : « Ça va quand on partage un peu, sur la musique, la culture, je demande chaque fois comment on dit bonjour dans leur langue, ils sont contents... J'ai suivi une formation sur la santé mentale en contexte social, cela m'a été extrêmement utile : j'ai pu retrouver un intérêt dans la consultation – c'est parfois tellement lassant d'entendre toujours les mêmes problèmes, sans avoir vraiment de solution à apporter ...; mais là, grâce à toutes ces réflexions, j'ai pu apprendre à décoder ce qui se joue, à dépister les ressources. Je suis passé d'une 'confusion désarmante' à une 'complexité stimulante' ».

Le problème qui semble croissant vis-à-vis de l'accès aux soins, c'est que cette disponibilité ne se retrouve pas chez l'ensemble des intervenants, ceux qui veulent prendre en charge ces patients ont le sentiment de devoir pallier les

réticences, les rejets exprimés par leurs confrères – du premier et du deuxième échelon – vis-à-vis des publics les plus vulnérables. La réflexion sur l'accès aux soins des MME engage donc à des réflexions plus larges concernant l'adaptation et l'engagement de l'ensemble du système de soins face aux inégalités de santé.

Les professionnels ayant pour mission d'accueillir des publics vulnérables sont de plus en plus précarisés eux-mêmes, avec le risque croissant de subir les effets de politiques néolibérales opposées à leur conception du soin et de l'accompagnement, ainsi qu'à leur besoin personnel de stabilité et de cohérence : des intervenants précarisés pour des publics précarisés.

G. LEBLANC¹⁷⁶ évoque ainsi les dérives de l'accompagnement : du mode compassionnel (où l'intervenant se substitue à l'autre), le risque est de passer progressivement à un « empowerment » de type néolibéral : « vous êtes en capacité de vous débrouiller... débrouillez-vous », dans un contexte où les institutions échouent à développer des « structures auditives adéquates », et oublient quelque peu que leur rôle est aussi de « prendre soin ».

La pratique reposant sur la collaboration en équipe pluridisciplinaire dans une structure accessible proche de la population apparaît comme une condition favorable à cette prise en charge, ainsi qu'une bonne collaboration entre les échelons de soins. La relation de confiance, la qualité des soins peuvent s'établir à travers un ensemble de dispositifs, d'attitudes et de compétences reposant tant sur l'accueillant que le travailleur social, le médecin, l'infirmière... (avec parfois des professionnels qui parlent une ou plusieurs autres langues) Ce travail en équipe permet aussi l'échange face à des problématiques lourdes.

Une collaboration s'impose au niveau du quartier, avec toutes les personnes concernées, notamment les services d'intégration pour les minorités ethnoculturelles, afin d'améliorer les conditions de vie et de logement des MME. Une « concertation locale de bien-être » impliquant tous les acteurs locaux pourrait constituer un bon moyen. De cette façon un problème pourrait rapidement être identifié permettant un suivi avec la création « d'un diagnostic de communauté » et de la mise en place d'une collaboration entre tous les acteurs : le CPAS, les organisations, les maisons médicales, les cercles de médecins généralistes, les services de soins à domicile, les écoles, la police locale, la mutuelle...

176 G. LEBLANC, *Dedans dehors, la condition d'étranger*, Seuil, 2010.

Il faut souligner qu'au-delà des personnes dont il est question dans cet article, les centres de santé visent à fournir des soins de qualité à l'ensemble de la population et n'ont pas une approche sélective, catégorielle, des différents sous-publics qui les fréquentent. Nous sommes dans tous les cas attentifs à certaines spécificités qui peuvent faire obstacle à l'accessibilité (administrative, financière, culturelle, linguistique...) des soins et donc au droit à la santé pour tous. Cependant notre modèle des soins de santé – globale, intégrée, communautaire, pluridisciplinaire, basée sur l'échelonnement et sur la participation active des patients – n'est pas réservé aux publics vulnérables mais est reconnu comme bénéfique à la santé de tous.

Au-delà d'une amélioration des systèmes et des pratiques au niveau des services de santé, la problématique des MME interpelle bien évidemment, comme c'est toujours le cas dès que l'on aborde les inégalités sociales face à la santé, l'ensemble des politiques relatives aux déterminants de la santé (travail, logement, environnement physique et culturel, etc.).

F. Les femmes et les enfants en situation précaire

Résumé

Outre l'accès limité à l'emploi et aux ressources, la discrimination, les violences faites aux femmes ainsi que le manque de pouvoir de décision sur leur propre santé sont autant d'inégalités de genre qui ont une influence sur leur santé (OMS 2008).

Les femmes en situation précaire (sans-abri, demandeurs d'asile, sans papiers, primo-arrivants etc.) sont plus particulièrement exposées à un faible suivi de grossesse, à un accès restreint à la prévention, à la violence sexuelle et aux mutilations sexuelles. Ces femmes, en ce compris les personnes en séjour précaire, ont plus souvent des grossesses non désirées, fréquentent moins les consultations prénatales, sont plus souvent victimes de violence entre partenaires et utilisent moins souvent des mesures préventives. L'accès à l'information est également un facteur d'inégalité significatif puisque l'on constate qu'une partie de la population n'y a pas accès ou l'exploite difficilement, notamment à cause de la barrière linguistique.

Pour lutter contre ces inégalités de santé, il faut promouvoir un accès universel à la santé reproductive et sexuelle, et plus particulièrement pour les populations vulnérables : c'est-à-dire un accès à la planification familiale et à la contraception mais également la réduction des violences contre les femmes et des mutilations génitales grâce à l'accès à l'information et à des services appropriés.

1. Introduction

Dr Kathia VAN EGMOND, Coordinatrice Médicale des Projets Belges, Médecins du Monde

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est un bien précieux pour tout homme et pour toute femme et elle joue un rôle important dans le bien-être physique, social et mental de tout être humain.

Elle implique une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de mener une vie sexuelle satisfaisante et de disposer de la liberté de décider du moment et de la fréquence des relations. Elle donne donc à la femme le droit de jouer le rôle ancestral qui lui est dévolu dans un respect et une sécurité totale, au moment de sa vie où elle le souhaite : celui de mère, de séductrice, de partenaire aimante, de femme indépendante...

Plus encore, la santé sexuelle et reproductive ouvre la voie à l'émancipation et à l'égalité entre hommes et femmes. Une carrière professionnelle n'était pratiquement pas envisageable pour les femmes à une époque où il n'existait pas d'accès à la contraception et où le droit à l'autodétermination sur la descendance était pratiquement considéré comme un péché mortel.

D'un autre côté, rien n'est plus fragile que la santé sexuelle et reproductive d'un être humain, en particulier dans les groupes les plus vulnérables.

Quelques exemples :

- 40 % de toutes les femmes ayant subi un avortement dans les centres d'avortement belges sont d'origine allochtone ;
- les réfugiés et les femmes sans titre de séjour légal, les femmes sans-abri, les personnes handicapées (mentales)... sont plus souvent victimes de violences sexuelles ;
- chaque année, au moins trois millions de fillettes – principalement africaines – courent le risque d'une mutilation génitale féminine (MGF). La migration vers l'Europe n'empêche pas pour autant cette problématique et le risque de MGF.

L'accès à des soins adéquats sur le plan de la SSR semble toutefois inversement proportionnel au niveau de précarité. Quelques chiffres de Médecins du Monde (Mdm) illustrent cette distorsion :

- une enquête menée auprès des femmes roms de Bruxelles nous apprend que plus de la moitié des femmes ne désirant pas d'enfant n'avaient pas accès à un moyen de contraception efficace ;
- 59 % des femmes vulnérables venues consulter dans les centres européens de Mdm n'avaient pas accès à des soins prénataux et 47 % d'entre elles ont bénéficié de ces soins à un stade avancé de leur grossesse.

Les raisons pour lesquelles cet accès aux soins est si difficile sont détaillées dans le chapitre qui suit.

En résumé, nous pouvons dire qu'il existe, d'une part, des obstacles importants qui empêchent les personnes confrontées à des questions ou des problèmes sur le plan de leur SSR de s'adresser aux services d'aide, tels que la crainte et la honte, la pauvreté, l'ignorance et le manque de connaissance...

D'autre part, l'offre des services d'aide n'est pas suffisante.

Les personnes travaillant dans le secteur des soins de santé semblent en effet toujours avoir des difficultés à parler de sexualité, à prononcer des mots comme pénis, vagin, pénétration, fellation... à aborder les relations et les vio-

lences conjugales... et ont souvent peur que cela ne porte atteinte à la relation de confiance

Un autre obstacle important est le **morcellement** de l'offre dans les services d'aide. Ce morcellement est encore plus prononcé pour la santé sexuelle et reproductive que pour les autres services de soins de santé.

Cela ressort d'ailleurs de l'articulation du présent chapitre. Aucun thème n'a dû être plus scindé que celui-là, et tous les thèmes touchant à la SSR et aux services existants (tels que le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)...) sont loin d'avoir été abordés.

Il existe pratiquement un service différent, voire même plusieurs services pour chaque problème de SSR.

Une femme enceinte vulnérable peut par exemple s'adresser à un point d'appui prénatal. Toutefois, en cas de complications et pour les échographies, il faut souvent avoir accès à un gynécologue. L'accouchement se passe généralement à l'hôpital.

Une femme qui a été la victime d'un viol peut recevoir un kit PEP dans les hôpitaux ayant un centre de référence pour le SIDA afin de réduire le risque de transmission du virus HIV, mais cela doit se faire dans les 72 premières heures. Elle doit se rendre à la police pour déposer plainte. Pour l'aide juridique, elle peut notamment s'adresser à une maison de justice. Si la femme est confrontée à une grossesse non désirée, elle peut s'adresser à un centre pour l'avortement, à une clinique IST pour une infection sexuellement transmissible. Il existe encore divers services et organisations comme les services d'aide aux victimes et SOS Viol qui apportent de l'aide aux victimes de violences.

Inutile de s'étendre sur le fait qu'il est loin d'être évident pour les hommes et femmes vulnérables – qui ne connaissent pas le système et ne connaissent pas la langue et/ou séjournent illégalement dans le pays et/ou n'ont pas d'assurance-maladie... – de trouver la voie menant au service d'aide le plus indiqué.

Bon nombre de services sont par ailleurs surchargés et la plupart des services SSR sont payants et onéreux. Pour les femmes vivant dans la pauvreté, la contraception est par exemple souvent impayable. Les grossesses non désirées sont plus fréquentes pour elles. L'interruption de grossesse pose également un problème financier pour une femme sans assurance-maladie. Les conséquences finales pour l'homme et la société seront toutefois beaucoup plus lourdes sur tous les plans... que le prix coûtant d'une politique préventive correcte et accessible.

Une offre intégrale et accessible de services SSR fait actuellement défaut en Belgique. Plus particulièrement pour les villes ayant proportion importante de groupes vulnérables, il faut des centres où les personnes défavorisées peuvent s'adresser gratuitement pour résoudre n'importe quelle question relative à leur santé sexuelle et reproductive – qu'il s'agisse d'éducation sexuelle, de dépistage et de prévention IST, de grossesse (non désirée), de contraception ou de pilule du lendemain, de violences sexuelles et/ou conjugales, de crainte de cancer... Et où ces personnes pourront obtenir directement une réponse à leurs questions de la part de professionnels du secteur médical, social, juridique ou psychologique ou être redirigées et accompagnées vers un autre service d'aide approprié.

Idéalement, une telle offre globale de soins de santé sexuelle et reproductive devrait faire partie des soins de santé de première ligne.

Nous rêvons de la création de centres « global health » dans les grandes villes, qui proposeraient des services SSR et même de santé mentale en plus de soins curatifs de première ligne...

Dans cette attente, on pourrait éventuellement créer – par analogie avec les « Huizen van het Kind » – des « Huizen voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid » et/ou faire évoluer les centres de planning familial existants dans cette direction.

Il y a en tout cas assez de matière à réflexion pour les prochaines Tables rondes...

En tout état de cause, nous espérons que – comme pour la politique internationale de développement – la santé sexuelle et reproductive pour les groupes en situation précaire reste un point d'attention et qu'elle devienne une plus grosse priorité dans le cadre de la politique de santé publique belge et régionale.

2. Accès à l'information, au dépistage, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

2.1 Le planning familial, vecteur d'accès aux soins de santé ?

Céline ORBAN (Fédération des Centres de Planning Familial des FPS)
et Axel RAIDÀ (Fédération Laïque des Centres de Planning Familial)

2.1.1 Le secteur « planning familial » : état des lieux

Qu'est-ce qu'un centre de planning familial (CPF)? Qu'y fait-on ? Combien y en a-t-il ? Et pourquoi existent-ils ? Tour d'horizon du secteur.

Dans les années 1950, les femmes n'avaient pas accès à la contraception. Pour mettre fin à une grossesse non désirée, elles devaient subir des avortements clandestins, dans des conditions dangereuses, mettant en jeu leur santé et parfois même leur vie. C'est dans ce contexte que certains médecins décident de créer les premiers centres de planning.

Répartis en Wallonie et à Bruxelles, on compte aujourd'hui 106 CPF. Chacun d'entre eux¹⁷⁷ est affilié à une fédération. Il y en a quatre en tout : la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF), la Fédération des Centres de Planning et de Consultation (FCPC) et la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF des FPS).

Les CPF ont pour missions de préparer à la vie affective, relationnelle et sexuelle (VRAS) ainsi que d'informer et d'aider concrètement sur tous les aspects de celle-ci. Pour ce faire, ils organisent des consultations psychologiques, juridiques, médicales (essentiellement gynécologiques), sociales et des animations en milieu scolaire et extrascolaire. Les CPF proposent également un accueil, qui est un premier contact sans rendez-vous et gratuit, où chacun peut trouver réponse à ses questions. A travers leurs publications et leurs animations, ils travaillent sur les représentations, les idées reçues, les stéréotypes de genre et tentent de les déconstruire. Le planning familial est aussi un lieu où l'on peut se procurer la pilule du lendemain, un test de grossesse, des préservatifs, etc. Enfin, certains centres pratiquent l'interruption volontaire de

177 A part la free Clinic et le Planning Familial du CPAS de Braine-le-Comte

grossesse. Leurs thématiques d'action concernent donc tout ce qui a trait à la vie relationnelle, affective et sexuelle (VRAS): adolescence, contraception, grossesse, avortement, plaisir, violences entre partenaires, etc.

2.1.2 Les CPF : des structures de soins indispensables

La vie affective et sexuelle nous concerne tous. Et pourtant, on constate que 20 % des jeunes parmi les 2^{èmes}, 3^{èmes} et 4^{èmes} secondaires n'ont jamais participé à des animations VRAS lors de leur parcours scolaire¹⁷⁸. Par ailleurs, les attaques contre les droits sexuels et reproductifs se multiplient. Les manifestations anti-avortement en sont un exemple. Et la sexualité fait encore l'objet de nombreuses idées fausses¹⁷⁹: « La pilule protège des infections sexuellement transmissibles (IST) », « le stérilet, ce n'est pas pour les jeunes », « on peut utiliser un préservatif plusieurs fois » etc. Ce constat confirme l'importance de renforcer l'accès aux soins de santé et d'améliorer l'accès à l'information. De par leur fonctionnement, les centres de planning familial sont des vecteurs incontournables d'une bonne santé sexuelle et affective.

Des prix démocratiques

Les prix en CPF sont démocratiques et peuvent toujours être adaptés à la situation financière de la personne. En aucun cas, le prix ne sera un frein. En Région wallonne, une limite légale a été fixée à environ 20¹⁸⁰ € maximum pour le prix des consultations individuelles, hors consultations médicales. Concernant ces dernières, certaines CPF appliquent le tiers-payant. Les patients paient donc le ticket modérateur directement. Ce système a en outre l'avantage d'assurer la confidentialité des échanges, dans la mesure où le remboursement de la prescription se fait directement vers le centre. Relevons également que la pilule du lendemain est gratuite dans tous les centres, que les IVG coûtent environ 3,60 €¹⁸¹ et que le coût des tests (dépistages IST, grossesse, etc.) reste très abordable.

178 RENARD K., PIETTE D.: « Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique: Enquête qualitative », Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2003.

179 « Contraception: Que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception: Etat des lieux », Dossier de presse, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, juin 2007.

180 Ceci est un moment de base qui est indexé chaque année.

181 Si la personne est en ordre de mutuelle.

Une équipe pluridisciplinaire

Comme expliqué ci-dessus, les CPF proposent différents services : médicaux, psychologiques, sociaux, juridiques etc. Grâce à un travail de collaboration et de partage au sein des équipes de CPF, chaque personne est considérée dans sa globalité et pourra trouver des réponses à ses multiples questions auprès d'une seule structure. Cela lui permet en outre de ne pas multiplier les déplacements et les frais. Une même problématique peut donc être abordée sous des angles différents.

Des lieux chaleureux

Les CPF sont des structures extra-hospitalières, à l'ambiance chaleureuse, ouvertes à tout public (quel que soit l'âge, le sexe, l'origine, les convictions...) et dont les horaires sont relativement larges (avec des heures d'ouverture en soirée et le week-end). Généralement, ils se trouvent dans des endroits faciles d'accès en transports en commun.

Les méconnaissances du public en matière de VRAS, la paupérisation de la population, les multiples remises en question du droit à l'IVG... sont autant de confirmations de l'importance des CPF. En assurant une accessibilité financière aux soins de santé sexuelle, les centres de planning familial constituent des vecteurs essentiels de la santé et du bien-être de chacun. Mais pas seulement. Par leur atmosphère chaleureuse, leur ancrage de terrain et leur dynamique pluridisciplinaire, ils favorisent également l'accessibilité sociale et culturelle aux questions de vie affective et sexuelle.

2.1.3 Les enjeux du secteur

Dans un contexte marqué par de multiples mutations sociales, économiques, sociétales, institutionnelles et internationales, le secteur du planning familial est confronté à un certain nombre de menaces et de défis. Quels sont-ils ?

Pénurie de médecins généralistes et perte possible de l'agrément

Cette pénurie croissante est un phénomène largement connu. Nous pensons qu'elle se remarque encore davantage dans les secteurs ambulatoires de l'action sociale et de la santé étant donné qu'une génération de médecins ayant un profil plus « militant » est aujourd'hui à la retraite ou sur le départ. Certaines de nos structures éprouvent aujourd'hui de grandes difficultés à engager des généralistes, à plus forte raison formés à l'IVG. Il en résulte qu'à moyen terme,

L'offre de services pourrait devenir insuffisante. A ce jour, seul le Département de Médecine Générale de l'ULB, en collaboration avec le GACEHPA¹⁸², propose aux étudiants et assistants motivés une formation à la pratique de l'IVG sur trois années. Cette offre de formation est largement insuffisante. Il est urgent que d'autres universités s'impliquent dans ce cadre.

De plus, un certain nombre de nos médecins travaillant à titre principal ou exclusif en planning familial ne répondent plus aux critères d'agrément en médecine générale fixés par l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010¹⁸³. Sans le maintien de cet agrément, ils pourraient perdre tout moyen d'exercer leur métier et leurs compétences spécifiques. Ceci ne serait évidemment pas sans conséquence sur l'accessibilité des services dans un contexte de pénurie de généralistes.

Problématique des maisons médicales au forfait

Le nombre de maisons médicales pratiquant le modèle au forfait est en expansion croissante. Ce modèle de santé intégrée n'est pas sans conséquences pour notre secteur. Les patients sont en principe obligés de faire réaliser leurs consultations de médecine générale dans la maison médicale d'affiliation.

Lorsque le CPF pratique le tiers-payant dans le cadre d'une consultation de médecine générale liée à la santé sexuelle et reproductive (petite gynécologie, dépistage, etc.), il doit s'assurer que le patient n'est pas affilié à une maison médicale. Ou connaître la maison médicale d'affiliation pour demander le remboursement de la consultation à cette dernière. Ces informations sont difficiles à obtenir de la part du patient qui, parfois, ignore sa situation exacte (ex : jeunes filles affiliées à la maison médicale des parents). En conséquence, faute de les obtenir, certains CPF exigent le paiement intégral de la consultation (ce qui nuit à l'accessibilité des services). Ou prennent le risque de ne pas se faire rembourser (ce qui cause un tort significatif à leur financement). Plus fondamentalement, se pose le problème de la confidentialité. Le fait de signifier à une maison médicale qu'un patient a consulté en planning familial et, à plus forte raison, de lui faire rapport de la consultation (pour une contraception ou une IVG par exemple) est souvent une chose que le bénéficiaire souhaite précisément éviter.

182 Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement.

183 Ceci vaut également pour des secteurs comme l'aide aux toxicomanes, les consultations ONE, etc.

Convention IVG INAMI, mesure contraception jeunes : quel avenir dans la Belgique fédérale ?

L'accord de gouvernement « papillon » prévoit un transfert de compétences aux entités fédérées, dont celui d'une série de conventions INAMI de rééducation fonctionnelle¹⁸⁴. La convention IVG n'est pas *stricto sensu* une convention de rééducation mais elle y est assimilé. Elle n'est par ailleurs pas mentionnée dans l'accord mais la logique des transferts de compétences implique qu'elle pourrait l'être lors d'une prochaine réforme de l'état. Or on sait parfaitement que les montants transférés en matière de politiques sociales et de santé ne couvriront pas l'entièreté des besoins, singulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Il s'agira donc d'être vigilant en ce qui concerne un accès égal à l'IVG si l'on devait un jour parler d'un tel transfert. Une incertitude similaire concerne la mesure (dite « Mesure Demotte ») permettant la gratuité des contraceptifs en pharmacie pour les moins de 21 ans en ordre de mutuelle.

Une meilleure accessibilité pour des publics particuliers

Un constat s'impose : notre secteur est peu en contact avec des publics extrêmement précarisés (Sans domicile fixe, sans-papiers, demandeurs d'asile, etc.). Ces publics ne connaissent pas nécessairement l'offre de services existante. Des collaborations accrues devraient être envisagées avec les acteurs de terrain, tant concernant les consultations que l'EVRAS. Signalons par ailleurs que la procédure d'aide médicale urgente (AMU) est lourde et parfois très mal appliquée par les CPAS. C'est un frein majeur, en particulier concernant l'interruption volontaire de grossesse, dont le coût est évalué à plus ou moins 450 €¹⁸⁵.

Autre constat : nos structures sont peu accessibles aux personnes en situation de handicap, que ce dernier soit physique ou mental. Il s'agira à l'avenir d'améliorer l'accessibilité « physique » des CPF pour les personnes à mobilité réduite mais aussi de développer de nouvelles compétences, de nouveaux réseaux et de nouveaux outils spécifiques pour tous les types de handicap.

Enfin, mentionnons l'accessibilité en ce qui concerne les publics LGBT¹⁸⁶. Historiquement centrés sur la santé sexuelle et reproductive des femmes hétérosexuelles, les CPF « visibilisent » très peu l'accueil de ces personnes. Ici aussi, il s'agit de développer des outils et des compétences spécifiques.

184 Il s'agit de conventions de revalidation conclues entre l'INAMI et tous les établissements d'un même secteur, relatives à une problématique donnée: diabète, maladies respiratoires, troubles mentaux et neurologiques, etc.

185 Hors intervention de la mutuelle

186 Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres.

Généralisation de l'EVRAS¹⁸⁷ en Fédération Wallonie-Bruxelles

Dès 2008-2009, les gouvernements des trois entités fédérées concernées par les matières liées à l'EVRAS (Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'Enseignement obligatoire, la Promotion de la Santé et l'Égalité des Chances ; Wallonie et COCOF¹⁸⁸ pour le planning familial) s'étaient engagés à généraliser rapidement les modules d'animations en EVRAS dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. A ce jour, et malgré des avancées significatives (comme l'inscription de l'EVRAS dans le décret définissant les missions de l'école en juillet 2012 ou la création de dix points d'appui EVRAS dans les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS)), cet objectif est loin d'être rempli. En effet, toutes les écoles (en particulier dans les sections techniques et professionnelles) ne sont pas touchées. Pour le secteur du planning familial, il s'agit pourtant d'un enjeu majeur en termes d'information des jeunes et de promotion de la santé sexuelle et reproductive.

Résurgences « anti-choix » au niveau européen

Enfin, nous marquons notre plus vive inquiétude en ce qui concerne les tendances conservatrices ou réactionnaires en matière de droits sexuels et reproductifs au niveau européen, principalement en relation avec la pratique de l'IVG.

2.1.4 Recommandations

Face à ces enjeux, menaces et défis, nous émettons les recommandations suivantes :

- Inclusion de la formation aux techniques d'interruption volontaire de grossesse dans le cursus de base de médecine des différentes universités belges francophones;
- Solution, au niveau fédéral, à la problématique de la perte possible de l'agrément en médecine générale;
- Maintien de la convention INAMI relative à l'IVG au niveau fédéral;
- Vigilance par rapport aux discours « anti-choix » au niveau européen;
- Généralisation réelle de l'EVRAS sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles;
- Politiques régionales (Wallonie et COCOF) de soutien à l'accessibilité des services rendus par les centres de planning familial pour les personnes à

187 Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

188 La COCOF est la Commission Communautaire Française.

- mobilité réduite, présentant une déficience intellectuelle ou un handicap sensoriel;
- Meilleure application des procédures d'aide médicale urgente par les CPAS au niveau communal.

2.2 Soins périnataux aux femmes vulnérables : problèmes et recommandations

Hanan BEN ABDESLAM, collaboratrice à l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan

2.2.1 Accès à la contraception

Etude

En 2006, l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan a étudié les besoins des femmes (enceintes) vulnérables à Bruxelles, sur base d'une revue de la littérature et d'un inventaire des besoins des hôpitaux et organisations bruxellois. Il en est ressorti que les femmes (enceintes) en situation précaire ont surtout besoin d'informations sur la contraception.

Des rapports¹⁸⁹ mettent en évidence que les chiffres des avortements sont les plus élevés à Bruxelles (une femme sur quatre à Bruxelles).

Une étude¹⁹⁰ montre que 40 % de toutes les femmes ayant subi un avortement dans les centres d'avortement belges sont d'origine allochtone.

Avortement

En 2011, l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan fit réaliser sa propre étude de la littérature en collaboration avec la KULeuven. Cette étude tentait de mettre en évidence l'influence du recours à la contraception sur le pourcentage d'avortements allochtones, pour pouvoir offrir des soins préventifs plus adaptés à l'avenir. Il a été confirmé que les femmes allochtones courent un risque significativement plus important de subir un avortement. C'est en grande partie dû au manque connaissances en matière de contraception et à

189 Rapport de la Commission nationale d'évaluation pour l'interruption de grossesse (2007).

190 *Etude: De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen*, Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, KULeuven, 2004.

une mauvaise application du moyen de contraception (en comparaison avec les femmes autochtones)

Ce sont donc surtout des facteurs socio-économiques, culturels et religieux qui ont un effet négatif sur l'utilisation des moyens de contraception par les femmes allochtones. Cela vaut aussi pour les femmes autochtones vulnérables qui évoluent dans de mauvaises conditions socio-économiques. Ces facteurs sont à l'origine d'un risque accru d'avortement. A Bruxelles-Capitale, ce groupe de femmes a besoin d'être mieux informé et de bénéficier d'un accompagnement préventif ciblé. Des études européennes pointent un problème identique récurrent parmi la population allochtone subissant des avortements.

Pauvreté

Une récente étude de l'Universiteit van Antwerpen OASeS confirme que des personnes d'origine étrangère vivent dans une pauvreté «hallucinante». C'est de cette manière que l'annuaire « Armoede en sociale uitsluiting » du groupe d'études de la pauvreté OASeS décrit les chiffres de la pauvreté pour les personnes d'origine étrangère. Le risque de pauvreté est le suivant : 12 % pour les Belges, 18 % pour les personnes originaires d'Europe du nord-ouest, 22 % pour les Européens du sud (Espagne), 33 % pour les Turcs et 54 % pour les personnes d'origine marocaine. Ce chiffre est encore plus criant pour les personnes sans-papiers, atteignant 95 % (DIERCKX, D., VRANKEN, J., COENE, J. et VAN HAARLEM, A. [red.], *Armoede en sociale uitsluiting*, Acco, Leuven, 2011).

La pauvreté se manifeste tant dans le domaine du logement que par des moyens financiers insuffisants avec toutes les conséquences que cela implique, notamment sur la santé (reproductive).

Allochtones

L'étude de la littérature réalisée par la KULeuven à la demande de l'Expertise-centrum Kraamzorg Volle Maan a livré plusieurs résultats :

- le nombre de personnes subissant un avortement augmente à Bruxelles, le cœur de l'Europe ;
- les femmes allochtones courent un risque significativement plus élevé d'avoir recours à l'avortement ;

- le recours à la contraception est nettement inférieur chez les femmes allochtones subissant un avortement que chez les mêmes femmes autochtones ;
- une proportion significative des femmes allochtones n'utilise aucune forme de contraception ou le fait d'une manière erronée, ce qui accroît le risque d'avortement.

Nous pouvons en tirer quelques conclusions essentielles :

Il y a une différence importante dans l'utilisation d'un moyen de contraception entre les nouvelles arrivantes et les jeunes femmes allochtones établies, généralement de deuxième génération. Chez les nouvelles venues, l'ignorance joue un rôle important en raison de la mauvaise situation socio-économique dans laquelle bon nombre de ces femmes se trouvent. Les femmes allochtones établies ont généralement acquis ces connaissances et utilisent souvent un moyen de contraception. Mais elles ne l'utilisent pas toujours correctement.

Des considérations culturelles et/ou certaines convictions religieuses ont, dans bon nombre de cas, une influence sur l'utilisation d'un moyen de contraception par ces femmes (PEETERS, F. et BEN ABDESLAM, H., *“Inzichten in het contraceptieel gedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad : Hart van Europa”*, 2011).

Le dossier « Rondetafel kwetsbare Migranten » (*de Sensoa, Hivsam et ICRH, 2011*) contient également des informations intéressantes.

Le rapport de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse donne des informations détaillées sur le nombre de femmes et de jeunes filles allochtones qui ont subi un avortement dans notre pays. Une étude réalisée auprès des patientes des centres d'avortement de Flandre et de Bruxelles (Vissers, 2004) montre que 40 % des femmes qui ont subi un avortement sont d'origine allochtone. 80 % de ce groupe sont constitués de nouvelles venues.

Chez les moins de 20 ans, nous observons une très grande différence entre la Flandre et Bruxelles au niveau des chiffres de l'avortement : en Flandre, 4 jeunes filles sur 1000, et 11 sur 1000 à Bruxelles. Cette différence est imputable au pourcentage de non-Belges qui est supérieur à Bruxelles par rapport à la Flandre.

Connaissances

D'autres acteurs soulignent également la nécessité de fournir plus d'informations de base sur la contraception, comme sa disponibilité et son coût (dont le remboursement). Les moyens de contraception font l'objet de nombreuses confusions en ce qui concerne la manière de les utiliser ou leur influence à plus long terme sur la santé. Cela s'inscrit dans le cadre d'une méconnaissance générale de son propre corps, de sa fertilité et de sa grossesse. Une grossesse non planifiée/non désirée est un motif fréquent de consultation. La demande d'avortement n'est pas souvent formulée explicitement car elle est encore mal perçue (d'un point de vue culturel).

En témoignent quelques citations tirées de la première phase de test du projet « Femmes (enceintes) vulnérables à Bruxelles » au cours de laquelle 94 femmes en situation précaire ont été interrogées en 2009, à Bruxelles, en vue d'une évaluation de leurs réponses :

« On ne m'a jamais parlé de cela quand j'étais jeune. On m'a seulement dit que je devais me tenir éloignée des garçons quand j'avais mes règles. Plus je vieillissais, plus je me pose de questions à ce sujet ».

« Mes parents pensent que je ne suis pas sexuellement active et on n'en parle donc pas à la maison, le sujet est tabou ».

« Je n'utilise plus aucun moyen de contraception, sinon le sang s'accumulerait dans mon corps et ça provoquerait une hémorragie cérébrale ».

Le rapport d'évaluation des premières formations – dispensées par l'Expertisecentrum Volle Maan à cinq organisations bruxelloises touchant des femmes (enceintes) en situation précaire – comprend un volet quantitatif et un volet qualitatif. Ce dernier confirme plus particulièrement qu'il y a encore beaucoup à faire dans le domaine de la diffusion d'informations sur la santé reproductive.

La partie qualitative a en effet permis de constater que :

- l'ignorance et les mythes ont une influence sur l'utilisation d'un moyen de contraception ;
- la plupart des participantes ont reçu des informations sur la contraception par leur entourage et cercle d'amis ;
- tant la première que la deuxième génération prétend ne pas avoir été suffisamment informée par le médecin de l'ensemble de l'offre et des possibles effets secondaires ;

- tout le monde trouvait que les hommes devaient aussi être sensibilisés
- la plupart des personnes trouvent que les moyens contraceptifs sont chers mais indispensables.

Il y a donc un manque flagrant d'informations exactes !

Conclusion

Toutes les recherches et revues de la littérature confirment le manque flagrant d'informations sur la contraception et la très grande valeur préventive d'une bonne information. Les femmes vulnérables vivent dans des conditions de pauvreté (financière et matérielle) et sont isolées. L'ignorance et les tabous culturels les rendent plus vulnérables encore. Elles sont souvent contraintes à donner la priorité à leurs besoins de base quotidiens (manger, boire et se loger) au détriment de leur propre santé sexuelle et reproductive, avec toutes les conséquences que cela implique. Elles restent le plus longtemps possible dans l'isolement et ne viennent souvent demander de l'aide que trop tard.

Plusieurs chercheurs comme Loeber (2003), Rademakers *et al.* (2005), Decoodt *et al.* (2009) soulignent que les tabous, mythes et traditions culturels peuvent nuire à la santé sexuelle et reproductive de migrants (vulnérables). Le tabou autour de la sexualité peut empêcher une demande de contraception, la réalisation d'un test VIH ou la dénonciation d'un acte de violence (liée à l'honneur). Il empêche également d'aborder des sujets comme l'avortement.

Les besoins des migrants vulnérables concernant leur santé sexuelle et reproductive doivent être situés par rapport à leur bagage culturel. Le tabou entourant la sexualité a souvent été cité dans ce cadre. Tant les professionnels que les personnes de ce groupe cible ont indiqué qu'il est difficile de parler de contraception, d'avortement, de vie sexuelle, de grossesse chez l'adolescente, de virginité, de circoncision/d'excision, du VIH et d'homosexualité. Les migrants n'en parlent pas avec leur partenaire ou la famille et le pas à franchir pour obtenir de l'aide est important. Il est difficile de parler avec un étranger d'un sujet intime et tabou. Cela vaut également pour les femmes occidentales. L'attitude des migrants à l'égard de la fertilité et de la contraception est en grande partie influencée par leur culture. Dans certaines cultures, l'avortement est un thème délicat alors qu'il est plus facile d'en parler dans d'autres. Les relations homme-femme sont différentes dans chaque culture, ce qui est souvent source de confusion sur le comportement que l'on attend d'eux dans les relations entre hommes et femmes. Les convictions culturelles et religieuses s'affrontent. Il existe d'autres convictions et conceptions sur le ma-

riage, la grossesse, l'allaitement et la sexualité (*Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" de Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011*).

Beaucoup de migrants manquent d'informations en raison de leur situation de migrant et du tabou (culturel) qui empêche de parler de sexualité. Les professionnels et eux-mêmes indiquent qu'ils ont une connaissance insuffisante de leur corps, de la fertilité, des moyens de contraception et des infections sexuellement transmissibles. Ils sont souvent perturbés par les règles sexuelles et les usages, ce qui fait que la dénonciation de violences sexuelles est souvent délicate et qu'ils peuvent difficilement accepter la prostitution ou la transsexualité ouverte. Ils souhaitent également plus d'informations sur le divorce. Certains migrants indiquent qu'ils souhaitent de plus amples informations sur des aspects spécifiques. Les femmes africaines veulent ainsi en savoir plus sur ce qu'elles doivent faire après une excision et où elles peuvent passer un test VIH. Les personnes vivant avec le VIH veulent savoir si elles peuvent encore avoir des enfants. Le groupe cible indique dans ce cadre vouloir obtenir des informations via différentes sources (*Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" de Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011*).

2.2.2 Accès aux soins prénataux et postnataux

Les chiffres ne mentent pas. Bruxelles connaît une morbidité et une mortalité périnatales élevées et chez les femmes vulnérables et chez les enfants vivant dans une grande pauvreté.

L'égalité dans la santé périnatale représente un gros défi, en particulier parce que la vie d'un fœtus est déterminante pour sa santé d'adulte.

Les femmes vulnérables ont un accès insuffisant à nos soins de santé parce qu'elles ne savent pas comment ils se présentent. La barrière linguistique ne facilite pas les choses.

Quelques exemples pratiques et concrets sont étayés par des recherches.

En raison de leur pauvreté socio-économique et en l'absence d'un réseau vers lequel se tourner, ce groupe cible se replie dans son isolement et ne donne aucune priorité à la santé reproductive. Cela entraîne des grossesses non désirées avec mauvais suivi et/ou interruption de grossesse.

Dans ce groupe cible, le suivi de la grossesse intervient souvent tardivement, ce qui accroît le risque de complications (diabète, prématurité, hémorragies,

éclampsie, IST, malformations congénitales...) et/ou de décès de la mère et/ou de l'enfant. Les complications sont généralement complexes parce qu'elles n'ont pas été décelées à temps ou préventivement en raison d'un mauvais suivi de la grossesse.

Les femmes sans sécurité sociale (mutuelle) font partie du lot. Même si elles sont suivies par un hôpital du CPAS, le problème consiste à les atteindre suffisamment tôt pour suivre leur grossesse à temps pour pouvoir leur prodiguer les soins médicaux nécessaires lorsque c'est encore possible. Les soins postnataux posent également problème. Les soins à domicile après l'accouchement constituent un gros problème chez les personnes sans-papiers. Les prestataires de soins de première ligne ne sont pas payés et ne continuent donc pas à suivre ce groupe cible.

Ces femmes vulnérables sont souvent victimes de dépressions et de problèmes psychiques en raison de leur situation socio-économique et de leur isolement. L'offre permettant de venir en aide à ce groupe cible spécifique est également réduite, avec toutes les conséquences que cela implique comme la violence entre partenaires et vis-à-vis des enfants, et un faible niveau de confiance/d'image de soi, ce qui entraîne à son tour des problèmes comportementaux...

La nouvelle « politique des triplés » qui ne permet pas d'offrir des soins gratuits a des répercussions sur les personnes défavorisées. Les soins périnataux prodigués par les services d'aide familiale doivent être payés. Ce groupe cible est donc à nouveau isolé dans ce cadre.

2.2.3 Recommandations

Information

L'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan avait l'expérience concrète du besoin de diffusion d'informations tenant compte de la culture des groupes cibles vulnérables. Sur le terrain, il y avait un besoin concret de développer du matériel spécifique pour le groupe cible et de recueillir des informations de base adéquates pour les accompagnants des séances de formation. C'est la raison pour laquelle l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan a introduit une demande de projet auprès de la Commission communautaire flamande (VGC) pour le développement d'une valisette d'information et d'un manuel étayés scientifiquement.

Collaboration

Une meilleure collaboration entre praticiens et gestionnaires permet une collecte plus rapide des signaux en provenance du terrain et, si nécessaire, de dégager des moyens pour apporter une réponse adéquate. Les écoles supérieures et les universités peuvent jouer un important rôle d'étude dans ce cadre et jeter un pont entre les gens de terrain et les autorités.

Influences

Des études réalisées dans différents pays concordent sur les constats suivants : le taux élevé d'avortements et le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes filles et femmes allochtones d'Europe, le besoin d'informations préventives pour contrer l'ignorance et les tabous, l'influence des traditions culturelles sur la santé sexuelle et reproductive et l'impact de la pauvreté sur la manière de faire les bons choix.

Prévention

Des moyens suffisants pour mener une campagne permanente devraient permettre aux acteurs de la santé et aux accompagnateurs de groupes cibles spécifiques de travailler préventivement.

Accessibilité

Les autorités devraient organiser une structure pour offrir aux groupes cibles défavorisés qui n'y ont pas accès des soins de santé accessibles, plus spécifiquement des soins pré- et postnataux.

Kind en Gezin essaie d'atteindre les groupes cibles vulnérables mais n'obtient que peu de résultats. On atteint plus facilement ce groupe cible en partant de son propre environnement afin d'établir un lien de confiance et de référer ensuite à Kind en Gezin ou à d'autres médecins, etc. Plusieurs organisations telles que Médecins du Monde (qui procure une assistance médicale aux plus démunis) ou le Centre périnatal de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles (qui reçoit en consultation des mères vulnérables sans distinction grâce à l'asbl Aquarelle) font du bon travail. Mais un manque de moyens empêche ces organisations d'apporter une réponse à toutes les demandes.

Remboursement

Il faudrait mettre en place un système prévoyant le remboursement aux prestataires de soins de première ligne à domicile, comme les sages-femmes, les infirmiers et les médecins de famille, pour les soins qu'ils prodiguent aux groupes cibles vulnérables qui n'ont pas de droits à la sécurité sociale ou au CPAS.

Nous espérons que l'Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan a pu contribuer à améliorer les soins périnataux pour les femmes vulnérables.

2.3 Entretien avec les collaboratrices du Dr Willy Peers Centrum vzw à Anvers (Marijke VAN DER GUCHT, Katrijn VANGEEL)

Pouvez-vous brièvement décrire le centre et son rôle ?

Notre centre d'avortement se charge de la consultation avant l'intervention, de l'avortement proprement dit et du contrôle. Nous travaillons avec des collaborateurs psychosociaux et des médecins. L'examen préliminaire consiste en un premier entretien avec un collaborateur psychosocial portant sur le choix et l'impact psychosocial éventuel du choix, et sur la décision. Des informations sont données sur la procédure, l'intervention et la contraception.

Après un délai d'attente légal de six jours, la femme peut, si elle le souhaite, revenir pour subir un avortement. Un rendez-vous de contrôle a lieu deux semaines plus tard. Après l'avortement, les femmes peuvent, si elles le souhaitent, obtenir un suivi psychologique gratuit consistant en maximum cinq rendez-vous. Si un accompagnement de longue durée est nécessaire, nous les envoyons à d'autres instances. Nous travaillons dans le réseau Luna, avec des centres à Oostende, Gent, Hasselt, Antwerpen et Bruxelles. En dehors de notre réseau, il y a également un centre indépendant à Lokeren et un centre rattaché à l'hôpital Erasmus d'Antwerpen.

Quel est le plus gros obstacle concernant l'avortement ?

La situation financière des personnes sans-papiers constitue souvent le plus gros obstacle. Un avortement coûte 460 EUR. Si vous n'avez pas d'assurance-maladie, cela peut constituer un obstacle pour certaines femmes vulnérables. Si vous avez une assurance-maladie, vous ne payez que le ticket modérateur qui s'élève à 1,72 EUR pour l'examen préliminaire et à 1,72 EUR pour l'intervention. Les personnes pour lesquelles ces frais constituent vraiment un

obstacle n'ont pas l'argent pour venir jusqu'ici et nous n'avons pas d'idée précise de leur nombre. Nous n'avons pas de service social pour elles ici et elles doivent aller au CPAS.

Beaucoup de personnes sans-papiers viennent-elles au centre ?

Oui, nous avons certainement trois à quatre clients par semaine. Elles reçoivent généralement des soins médicaux urgents. Leur nombre est en augmentation.

Dans quel délai une aide médicale urgente peut-elle être obtenue pour un avortement ?

Les CPAS considèrent l'avortement de manière distincte, ils savent que cela doit aller vite et ils essayent de simplifier les choses. Ce n'est toutefois pas si simple et l'enquête sociale prend du temps. Il faut malgré tout quelques semaines pour que le CPAS puisse réellement donner une réponse, souvent un mois au moins. Les femmes ne veulent cependant souvent pas attendre et elles ne font pas appel à l'aide médicale urgente. Elles essayent d'obtenir elles-mêmes l'argent. Nous disons souvent qu'elles peuvent attendre un peu mais il n'est pas évident sur le plan psychologique de poursuivre la grossesse dix semaines lorsqu'elle n'est pas désirée. C'est un gros problème. Si l'aide médicale urgente pouvait être obtenue plus rapidement, beaucoup plus de femmes pourraient y recourir.

Pour quelles raisons l'aide médicale urgente est-elle refusée ?

Lorsque les personnes ont un revenu ou s'il ressort de l'enquête sociale qu'elles disposent de moyens financiers suffisants. Mais je pense que cela pose moins problème pour les illégaux parce qu'ils disposent de l'aide médicale urgente. Le problème se pose plus pour les Européens qui n'ont pas d'assurance-maladie. Il faut du temps pour que leurs papiers (p. ex. carte SIS ndt supprimée au 1/1) soient en ordre et ils doivent aussi avoir du travail, ce qui n'est souvent pas le cas. Les Européens n'obtiennent pas facilement le statut de réfugié.

Cela diffère également d'un CPAS à l'autre. De l'aide médicale urgente a par exemple été refusée récemment par un CPAS parce qu'une femme était enceinte pour la deuxième fois. Nous ne sommes pas d'accord avec ce principe, le fait que vous ayez ou non une assurance-maladie ne peut pas déterminer le nombre d'avortements que vous pouvez subir.

Que se passe-t-il pour les femmes (sans-papiers) qui arrivent trop tard pour un avortement ?

Lors de la première consultation, nous pouvons les renvoyer vers un centre des Pays-Bas où l'avortement est possible jusqu'à 22 semaines. Le prix varie de 500 EUR et 1.000 EUR. Nous avons environ 3 % de cas par mois dans notre centre.

Pensez-vous que les femmes sans-papiers sont suffisamment informées de leurs droits concernant l'accès aux soins ?

Je ne pense pas qu'ils soient bien connus. Elles reçoivent beaucoup d'explications et de papiers dans une langue étrangère. En réalité, nous l'ignorons en partie parce que les gens ne trouvent tout simplement pas la voie menant à notre centre.

Quelles autres barrières entourent l'avortement ?

La pression sociale, la pression de la famille et probablement aussi des barrières culturelles font que les femmes ne viennent pas jusqu'à nous et que l'avortement se déroule encore souvent en secret. Il est également possible que des femmes préfèrent payer elles-mêmes l'avortement parce qu'elles ont peur d'être considérées comme illégales en raison de l'aide qu'elles reçoivent du CPAS. Les femmes qui ont une assurance-maladie décident parfois de tout payer elles-mêmes parce que l'avortement et la grossesse non désirée restent fortement tabou et sont source de honte.

L'offre de services qui existe autour de l'avortement est-elle suffisante en Flandre ?

Il y a suffisamment de centres d'avortement en Flandre. Il faudrait par contre mieux faire connaître nos centres auprès des autres centres médicaux, des centres psychosociaux, des CPAS, etc. de sorte que les personnes puissent arriver chez nous plus facilement.

Avez-vous encore des remarques ou recommandations concernant l'accès aux soins et à l'avortement en particulier ?

L'action du CPAS et la dispensation de l'aide médicale urgente doivent être simplifiées. La procédure doit également être plus rapide. Il faut aussi dire clairement que l'aide prodiguée pour un avortement est indépendante du statut d'une personne.

3. Accès aux soins pré et post-nataux et suivi des enfants

3.1 La santé des futures mères, des nouveau-nés et des femmes enceintes vue à travers l'angle d'approche de l'ONE

Direction Médicale, Direction Etudes et Stratégies, ONE

Résumé

La mission de l'ONE est de veiller au meilleur intérêt de l'enfant à partir d'une action de prévention de la santé au sens large. Pour ce faire, son action s'appuie sur les parents qui sont les premiers éducateurs des enfants. La mission d'accompagnement vise à renforcer les compétences parentales, les potentialités et les ressources de la famille plutôt que de se centrer sur les risques et les défaillances ; sans pour autant négliger ceux-ci. Historiquement, elle constitue la première mission développée par l'ONE.

En 2012, 16.400 futures mères et 160.000 enfants de moins de 6 ans ont fréquenté une structure de l'ONE, pour un total de 55.000 naissances. Fort de cette large couverture du terrain de la prévention par de multiples équipes médico-sociales locales, d'une évaluation permanente à travers sa Banque de Données Médico-Sociales, ainsi que de l'apport de la Direction Etudes et stratégies, l'ONE est en mesure d'avancer différents constats.

Le lecteur trouvera, au travers de cet article, un condensé des principaux axes d'actions que l'ONE développe afin de garantir la meilleure prévention possible dans le champ de l'accompagnement médico-social des futures mères, des femmes enceintes et des nouveaux nés. Il y trouvera également quelques points de repères, étayés de statistiques, relatifs aux inégalités sociales de santé émergentes ou consolidées et encore trop souvent présentes.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance est l'organisme officiel de référence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française de Belgique) pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité.

La mission de l'ONE est de veiller au meilleur intérêt de l'enfant à partir d'une action de prévention de la santé au sens large. Pour ce faire, son action s'appuie sur les parents qui sont les premiers éducateurs des enfants.

La mission d'accompagnement vise à renforcer les compétences parentales, les potentialités et les ressources de la famille plutôt que de se centrer sur les risques et les défaillances ; sans pour autant négliger ceux-ci.

Que recouvre la fonction « accompagnement » de l'ONE ?

La fonction « d'accompagnement », c'est-à-dire de suivi médico-social, est historiquement la première fonction développée par l'ONE. En effet, la loi du 5 septembre 1919 qui fonde l'Œuvre Nationale de l'Enfance, est le résultat de multiples initiatives. Celles-ci se sont développées localement, dès le début du XX^{ème} siècle et particulièrement pendant la guerre 1914-1918 dans un souci de protection de l'enfance et de lutte contre la mortalité infantile, notamment par une aide alimentaire et des conseils d'hygiène. A l'époque, nombre de ces initiatives portaient d'ailleurs le nom de « Goutte de lait ».

Aujourd'hui, outre la promotion de la visite préconceptionnelle, l'ONE propose dans le cadre de ses activités médico-sociales **préventives**, des consultations prénatales (dans 26 sites), une première rencontre post-accouchement avec les parents et le nouveau-né dans toutes les maternités francophones de la FWB et des consultations pour enfant dans toutes les Communes de la FWB (dans 615 sites et 6 cars sanitaires). Près de 1000 médecins indépendants, gynécologues, pédiatres, généralistes ainsi que des sages-femmes collaborent avec l'ONE en consacrant une partie de leur temps de travail à la réalisation de ces consultations médicales.

Les familles suivies bénéficient également, selon leurs besoins, d'un accompagnement par un travailleur médico-social (TMS) de l'ONE pendant la grossesse, à la maternité et pendant les 6 premières années de vie de l'enfant. Le TMS rencontre les familles lors des consultations médicales, d'entretiens dans les locaux, de visites à domicile ou d'activités collectives diverses organisées par chaque structure locale dans le cadre de « Projets Santé Parentalité ». A cette occasion, le TMS peut fournir des explications relatives à la grossesse, donner des informations visant à préparer les parents à l'arrivée de l'enfant, régler en coordination avec le réseau certains problèmes sociaux en lien avec la future naissance, soutenir les familles dans leur rôle de parent. Ainsi, en 2012, 16.400 futures mères et 160.000 enfants de moins de 6 ans ont fréquenté une structure de l'ONE, pour un total de 55.000 naissances.

Depuis 1985, l'ONE agrée et subventionne des équipes pluridisciplinaires appelées « Equipes SOS enfants ». Leur rôle est d'intervenir dans les situations de maltraitance, d'abus sexuel ou de négligence grave pendant la grossesse et chez tout enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Ces équipes, composées d'assistants sociaux, de psychologues, de médecins et de juristes sont actuellement au nombre de 15, elles couvrent l'ensemble du territoire de la FWB.

Progressivement, et particulièrement au cours des années 1970-1980, l'ONE a également développé un second pilier d'action. Il s'agit de l'accueil du jeune enfant pendant la période 0-3 ans et, plus récemment début des années 2000, l'agrément des initiatives d'accueil extrascolaire pour les 3-12 ans. Dans ce cadre, l'ONE a développé un suivi médical préventif des enfants de moins de 3 ans ainsi qu'un suivi de la santé de la collectivité dans toutes les structures d'accueil collectif non occasionnel.

La santé des futures mères et des jeunes enfants : le constat ONE.

Fort de cette large couverture du terrain de la prévention par de multiples équipes médico-sociales locales, d'une évaluation permanente à travers sa Banque de données médico-sociales, ainsi que de l'apport de sa Direction Etudes et Stratégies, l'ONE est en mesure d'avancer différents constats.

La consultation préconceptionnelle

Alors que de multiples études¹⁹¹ démontrent l'énorme intérêt de la mise en place de mesures de prévention en période préconceptionnelle (dépistages, vaccination, supplémentation, sevrages), la prise de conscience de ces notions tant par le grand public que par les professionnels de santé reste trop faible. Si l'ONE a été, et reste, un important moteur de diffusion de ces messages¹⁹², la réalisation concrète de ces consultations ne relève pas actuellement de ses missions mais plutôt de celles des médecins traitants, des gynécologues privés, des maisons médicales, des centres de planning.

Pourtant, dès cette période, les prémices des inégalités sociales de santé s'installent déjà. En effet, actuellement, la plupart des consultations préconcep-

191 *Preconception care and preconception health*, program and abstracts, First european congress, Bruxelles, 6-9 octobre 2010, one.be.

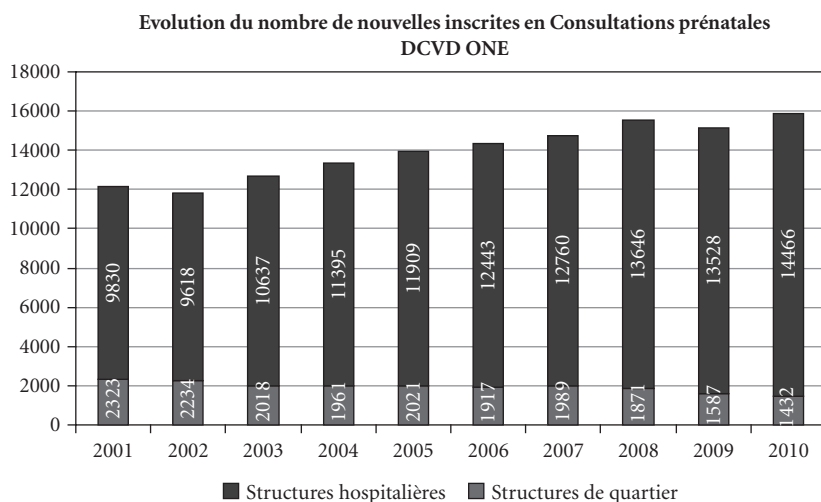
192 P. DELVOYE, *La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles*, Bruxelles, Ed. ONE, 2011.

tionnelles sont réalisées à la demande de patientes déjà sensibilisées et bien informées.¹⁹³

Lors d'une enquête réalisée auprès de 1562 femmes en Fédération Wallonie Bruxelles¹⁹⁴, nous avons pu mettre en évidence que les femmes sans instruction ou d'instruction inférieure consultent, de manière générale, moins en préconceptionnel (17 %) en comparaison avec les femmes d'instruction de niveau supérieur qui consultent plus (38 %).

Le suivi prénatal

Pour des raisons historiques et budgétaires, la répartition géographique des consultations prénatales n'est pas homogène. Celles-ci sont majoritairement implantées en province du Hainaut (38 %), Liège (18 %) et à Bruxelles (39 %)¹⁹⁵, dans des quartiers défavorisés ou dans des hôpitaux publics. Avec une couverture qui approche 30 % des futures mères, l'ONE enregistre une augmentation constante du recours à ces consultations gratuites.¹⁹⁶



193 « Show your love » la nouvelle campagne de promotion de la santé préconceptionnelle aux Etats-Unis. Gilles Ceysens^a et le Collège des Conseillers Gynécologues et Sage-femme de l'ONE, 2013, Gunaïkeia

194 Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012

195 Banque de Données médico-sociales de l'ONE, données 2009

196 Rapport annuel ONE 2011, source Direction des Consultations et Visites à domicile, p 31

L'analyse du profil socio-économique des futures mères qui fréquentent les consultations prénatales de l'ONE montre que **la population qui les fréquente se distingue de l'ensemble des femmes accouchées par une série de caractéristiques de vulnérabilité**¹⁹⁷:

- **Les futures mères de moins de 20 ans** y sont proportionnellement, près de **4 fois plus importantes** : 8,7 % entre 2006 et 2009 pour 2,6 % dans l'ensemble de la population des nouvelles accouchées.
- **Les futures mères isolées** atteignent 7,3 % pour 3,6 % de la population générale soit **le double**.
- **Seul un peu plus d'un tiers** d'entre elles ont une **occupation professionnelle**.
- **13 %** n'ont pas atteint le niveau d'étude secondaire inférieur.
- En ce qui concerne la nationalité d'origine de ces femmes enceintes, **2/3 sont belges, le dernier tiers d'origine étrangère**. Parmi ces dernières, originaires de quelque 140 pays différents, 45 % sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans dont 13 % depuis moins de 1 an.
- **¼** des femmes enceintes suivies fument.
- En 2009, **8 %** de ces femmes n'avaient **pas de couverture en soins de santé**, cette proportion est presque trois fois plus importante à Bruxelles.
- On constate un **suivi tardif de la grossesse** particulièrement chez les femmes de moins de 20 ans qui sont encore 35 % à ne pas avoir consulté à la 12^{ème} semaine de grossesse.

Malgré ces caractéristiques statistiques défavorables, selon les données dont nous disposons (données concernant l'issue de la grossesse pour $\frac{3}{4}$ des « volets prénatals » reçus), **les indicateurs de santé des nouveau-nés semblent légèrement meilleurs** (pour le taux de petits poids de naissance 7,0 % et pour la prématurité 7,1 %) **que celui de la population générale**. On peut donc considérer, sur base de ces résultats, que les consultations prénatales jouent un rôle fondamental de protection médico-sociale de la grossesse vis-à-vis des populations les plus démunies.

Le séjour à la maternité

Actuellement, les TMS de l'ONE sont présentes dans toutes les maternités francophones de Belgique (Région Wallonne et Bruxelles). Elles y rencontrent les jeunes parents et posent les bases du suivi préventif du nouveau-né.

197 Rapport 2010 Banque de données Médico-sociales, ONE, D/ 2011/74.80/84, Comment évolue la population des femmes enceintes suivies à l'ONE, p 209-210

Elles sont donc aux premières loges pour observer l'augmentation rapide des sorties précoces de la maternité. Si ce phénomène est général en Europe, se justifie en partie sur le plan médical et est apprécié par une partie de la population des nouvelles mères, il interpelle particulièrement en Belgique par le fait que l'organisation du suivi précoce à domicile (essentiellement par des sages-femmes) est majoritairement laissée aux acteurs privés locaux (services hospitaliers, sages-femmes indépendantes).

L'ONE s'est inquiété de cette situation et a confié à L'Ecole de santé publique de l'ULB, à l'Agence Intermutualiste (A.I.M.) et au Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité (GIP) en 2012-2013 une analyse de la situation. Les résultats de cette recherche¹⁹⁸, actuellement en cours de finalisation, ne sont pas encore publiés. Néanmoins, il apparaît déjà que si le phénomène de la sortie précoce¹⁹⁹ se limitait en 2010²⁰⁰ à 1 mère sur 10, parmi celles-ci une femme sur quatre n'a bénéficié d'aucun suivi médical (médecin et/ou sage-femme) extra-hospitalier dans les 6 semaines qui ont suivi son retour à domicile.

Cette étude met également en évidence des inégalités sociales de santé en la matière puisque les sorties précoces seraient plus fréquentes parmi les femmes bénéficiant du statut BIM²⁰¹ que parmi celles qui n'en bénéficient pas (14,7 % vs 9,1 %).

Au vu des données très fouillées que va produire cette étude début 2014, il importerait que l'ensemble des professionnels de santé en charge du suivi des accouchées et des nourrissons se coordonnent pour organiser un suivi optimal et non discriminant de cette population.

198 Recherche ADELE, Accompagner le retour au domicile de l'enfant et sa mère: organiser les liens et évaluer, recherche actuellement en cours, N. MOREAU, M. RUTTIENS, N. REGUERAS, J. GUILLAUME, R. VANDER Linden, S. ALEXANDER, P. HUMBLET, ESP ULB, AIM, GIP

199 Séjour en maternité de moins de trois jours si accouchement par voie basse et moins de 5 jours si césarienne

200 Analyse des données de 2010 de l'Agence Intermutualiste (A.I.M.)

201 Statut BIM: BIM = intervention majorée pour les soins de santé. Ce code est le meilleur marqueur d'inégalité sociale disponible dans les données de l'Agence Inter mutualiste. La proportion de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM serait plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,3%) qu'en Communauté Flamande (8,8%). Cette proportion serait la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale (22,7%) et la moins élevée dans la province du Brabant wallon (7,7%). Données de l'Agence Intermutualiste, Recherche ADELE encore en cours.

Par ailleurs, toujours selon l'enquête réalisée²⁰², les femmes seules ont tendance à sortir plus précocement de la maternité. Elles sont 26 % contre 14 % des femmes vivant en couple au moment de l'accouchement. Le niveau d'instruction influence la durée du séjour. Les femmes avec un niveau d'instruction équivalent au primaire restent significativement moins longtemps (18 % restent moins de 4 jours contre 14 % des autres femmes). À l'inverse, les femmes avec un niveau d'instruction plus élevé sont plus nombreuses à rester 6 jours (9 % contre 6 % des autres femmes).

Le suivi médico-social de l'enfant

Les Consultations pour enfants de l'ONE sont ouvertes à tous. Le travail des équipes médico-sociales s'organise autour de trois axes complémentaires :

Médical (préventif) : surveillance (à des moments clés) régulière de la santé par un médecin pédiatre ou généraliste, sur base des recommandations du Guide de médecine préventive de l'ONE. Il effectue un examen clinique approfondi, procède aux vaccinations prescrites par le calendrier vaccinal en CFWB, suit l'évolution des indicateurs de santé de base, et s'intéresse au développement psychique de l'enfant, ainsi qu'aux interactions familiales et aux liens entre parents et enfant(s).

Psychosocial : soutien à la parentalité et promotion de la santé par les TMS à l'occasion d'entretiens individuels à la consultation ou à domicile ainsi qu'organisation de séances collectives destinées aux parents (sur base d'une analyse des besoins) basées sur une analyse des besoins des familles qui fréquentent chaque consultation via, le cas échéant, des collaborations avec les partenaires du réseau.

Éducatif : diffusion des connaissances dans le domaine de la prophylaxie, de l'éducation des enfants, de la psychologie, valorisation des compétences parentales, etc.

Dans ce cadre, les informations de la Banque de données médico-sociales de l'ONE lui permettent, à partir d'indicateurs standardisés, d'évaluer et de suivre la bonne réalisation des programmes de santé préventive.

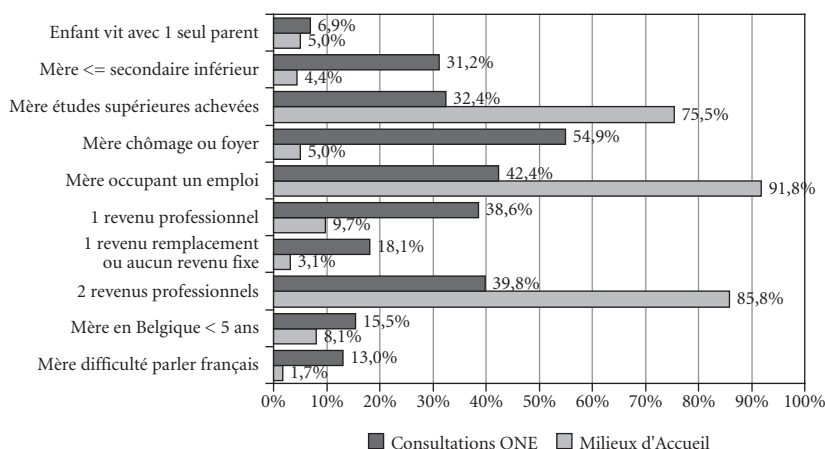
Elles permettent, par exemple, d'observer un profil bien distinct entre les usagers des Consultations et ceux des milieux d'accueils. Dans le premier cas,

202 Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012.

les familles utilisatrices des consultations sont globalement issues de milieux plus défavorisés et présentent plus de signes de vulnérabilité que celles ayant recours aux milieux d'accueil.

Ceci illustre l'importance de la complémentarité entre les deux piliers majeurs de l'ONE que sont les secteurs de l'Accompagnement et de l'Accueil.

Type de population fréquentant les consultations ONE et les milieux d'accueil lors du bilan de santé à 9 mois²⁰³



Ainsi, dans la population qui fréquente les consultations pour enfants, on constate notamment que 30 % des mères n'ont pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur ; que près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer ; que près de 18 % des familles vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe ; que 15 % des mères sont « primo-arrivantes » ; et qu'une mère sur dix a des difficultés à parler le français.

A travers différents indicateurs, la BDMS permet de mettre en évidence des inégalités sociales de santé. Le rapport 2006-2007 de la BDMS²⁰⁴ y a d'ailleurs consacré un large chapitre, qui montrait notamment un lien significatif entre le niveau d'études de la mère et la durée de l'allaitement maternel, l'excès pondéral, les caries dentaires ainsi que le développement du langage. Pour

203 BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006-2009 cumulés.

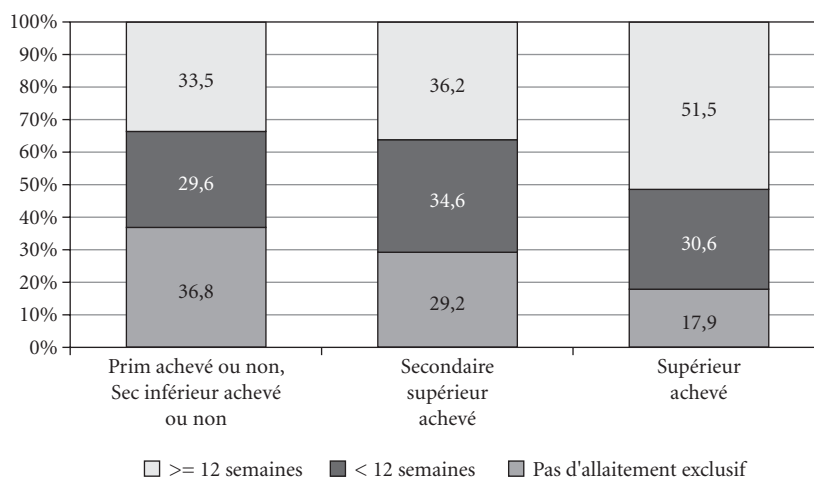
204 Rapport ONE de la Banque de données médico-sociales de l'ONE 2006-2007, les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois, MC MAUROY, M SOMMER, M. LIÉGEOIS, S NDAME EBONGE, 2009, p 143-157.

chacune de ces variables, le fait d'avoir un faible niveau d'études était significativement relié aux résultats les moins favorables.

Ces constats ont amené l'ONE à développer à partir de 2011, deux importantes recherches-action sur la santé bucco-dentaire et le langage du jeune enfant dont les résultats seront publiés début 2015.

Les deux extraits suivants illustrent ces constatations.

Durée de l'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007²⁰⁵



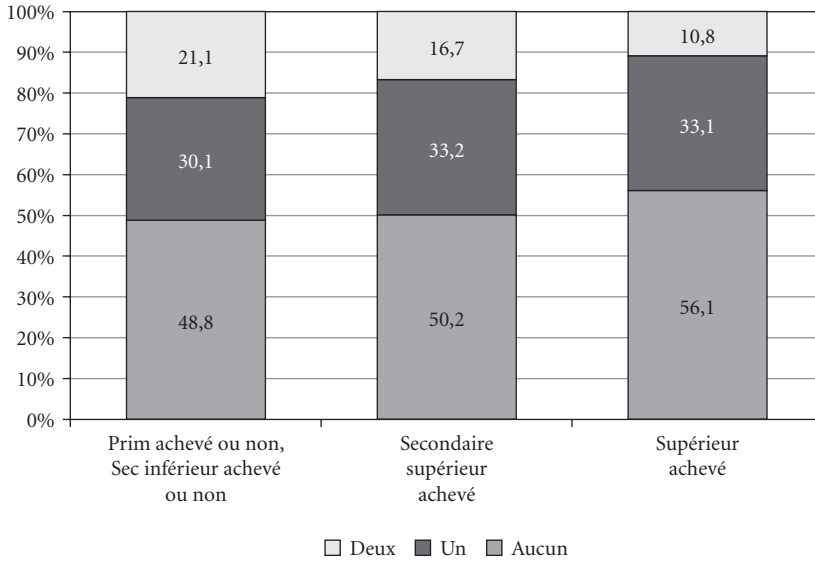
Une évaluation du retard de langage²⁰⁶ des enfants à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007 sur base de deux critères : l'emploi du « je » et la construction d'une phrase de 3 mots.²⁰⁷

205 BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006 et 2007 cumulés

206 On a considéré qu'un enfant a un retard lorsqu'il ne réussit pas les 2 indicateurs de développement du langage testés à 30 mois: « l'enfant construit une phrase de 3 mots » et « l'enfant utilise le « je » dans sa langue maternelle

Le « score aucun » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard à 30 mois. Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du « je » à 30 mois. Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps à l'âge de 30 mois.

207 BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2006 et 2007 cumulés

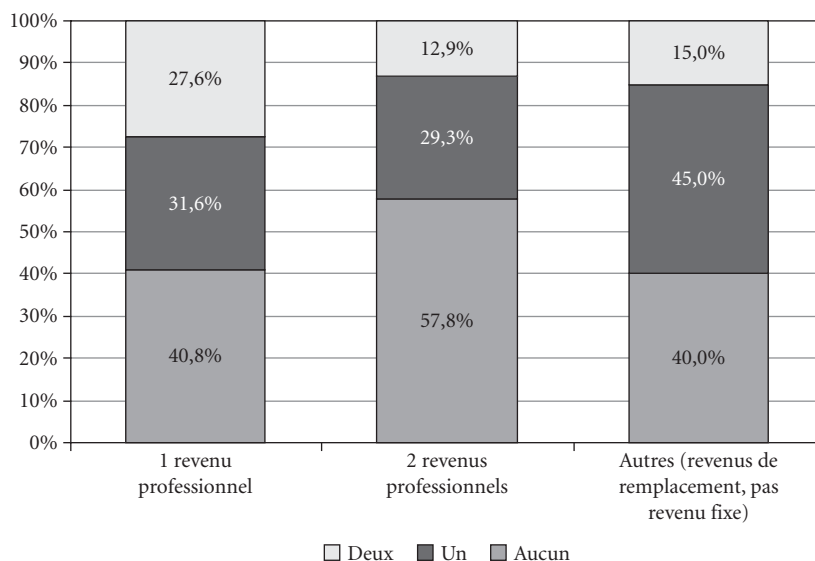


Comme pour le niveau d'études des parents, le revenu familial a également un effet significatif ($p < 0,05$) sur le risque de retard de langage. Diverses études indiquent que ces retards sont particulièrement fréquents chez les enfants de familles défavorisées sur le plan économique et qu'un statut socio-économique faible est associé à un nombre inférieur d'expériences favorables à l'acquisition du langage à l'âge préscolaire (Rowe 2005, Hoff 2003²⁰⁸). Dès le début, ces enfants présentent un retard de leurs capacités langagières. En particulier leur vocabulaire, qui se développe jusqu'à quatre fois plus lentement que celui de leurs pairs plus favorisés sur le plan économique (Feldman 2000)²⁰⁹.

208 HOFF E., « The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech » in *Child Development*, 2003, 74 (5): 1368-1378.

209 FELDMAN HM., DOLLAGHAN CA. *et al.*, « Measurement properties of the MacArthur communicative development inventories at ages one and two years » in *Child Development*, 2000, 71 (2): 310-322.

BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2008 et 2009 cumulés



L'ONE, un acteur important dans le suivi de la santé de l'enfant mais complémentaire des autres acteurs de santé.

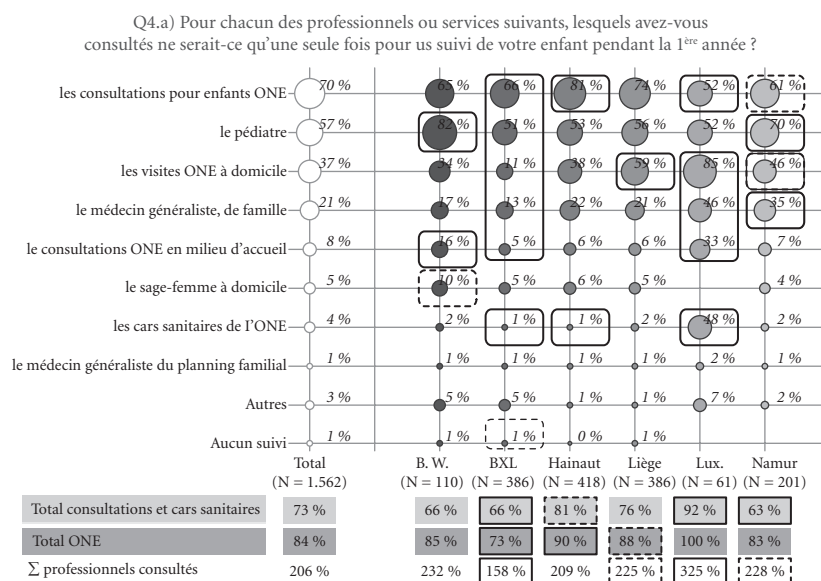
En 2011-2012, l'ONE a été maître d'œuvre d'une vaste recherche rétrospective (1562 mères résidant en CFWB interrogées au départ d'un échantillon tiré de manière aléatoire à plusieurs degrés sur base du registre national.). Celle-ci était consacrée au parcours psycho-médico-social de la femme enceinte et de son bébé pendant sa première année de vie^{210 211}.

Un biais est cependant à noter dans cette étude : les familles des enfants ne figurant pas dans le registre National (notamment les sans-papiers) ainsi que les familles refusant de répondre aux questionnaires (notamment par incompréhension de la langue) ont été exclues de facto. Il serait fondamental de leur consacrer une étude spécifique.

210 Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012.

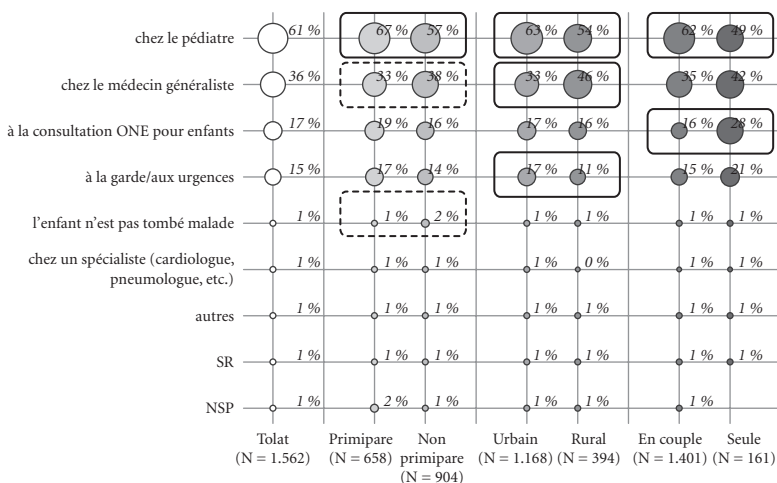
211 Un biais est cependant à noter dans cette étude: les familles des enfants ne figurant pas dans le registre National (notamment les sans-papiers) ainsi que les familles refusant de répondre aux questionnaires (notamment par incompréhension de la langue) ont été exclues de facto. Il serait fondamental de leur consacrer une étude spécifique.

Cette étude montre que pendant leurs 12 premiers mois, presque tous les enfants ont reçu au moins un suivi médical (99,4 %). En moyenne, 2 organismes ou professionnels différents ont effectué ce suivi. Les principaux intervenants sont les consultations pour enfants de l'ONE (70 %), qui devancent le pédiatre privé (57 %), les visites à domicile de l'ONE (37 %) et le médecin généraliste (21 %).



Par contre, lorsque l'enfant est malade, c'est majoritairement le pédiatre (61 %) ou le médecin généraliste (36 %) qui seront consultés. Bien que l'ONE signale clairement qu'elle n'intervient pas lorsque l'enfant est malade et que sauf cas de force majeure des traitements n'y sont pas prescrits, le recours à l'ONE quand l'enfant est malade est signalé dans 17 % des cas. Le recours aux urgences hospitalières vient ensuite dans 15 % des cas avec un taux de 21 % chez les femmes élevant seules leur enfant.

Q4.1) Pendant la première année de votre enfant, lorsque votre enfant est/ était malade, où effectuez-vous/ avez-vous effectué son suivi médical ?



Cette même étude pointe d'autres types d'inégalités sociales pouvant avoir des retombées sur le bien-être de la mère et, par assimilation, de l'enfant.

Le niveau d'instruction influence clairement le taux d'activité des femmes. De fait, les femmes de niveau d'instruction supérieur sont nettement plus nombreuses à travailler (81 % au mois 0) que celles sans instruction ou de niveau d'instruction inférieur (25 % au mois 0) et de niveau d'instruction secondaire (48 % au mois 0), ce que nous observons aussi bien en début de grossesse qu'en fin de grossesse.

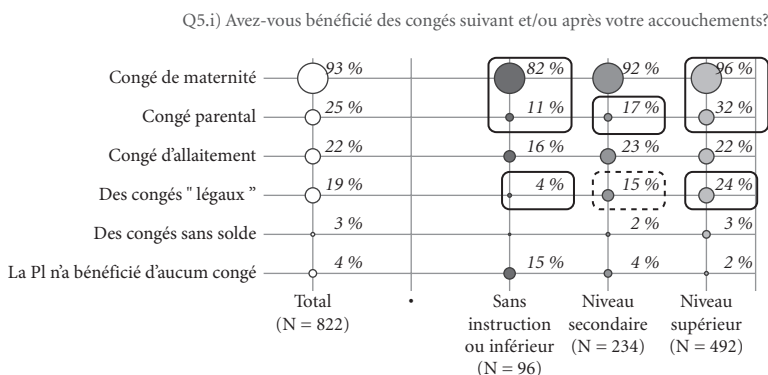
De plus, nous observons que les travailleuses de niveau d'instruction supérieur possèdent généralement un régime de travail plus long que les autres travailleuses.

En effet, un plus grand nombre de femmes de niveau d'instruction supérieur détient un contrat à temps plein (64 %) en comparaison avec celles sans instruction ou de niveau d'instruction inférieur (14 %) et de niveau d'instruction secondaire (28 %).

Les mamans d'un niveau socio-économique supérieur bénéficient plus fréquemment de congés, tous types confondus, que les mamans d'un niveau inférieur ou sans instruction.

Parmi les mamans sans instruction ou de niveau inférieur, 82 % ont bénéficié du congé de maternité, 11 % d'un congé parental et 16 % de congé d'allaitement.

Parmi les mamans de niveau d'instruction supérieur, 96 % ont bénéficié du congé de maternité, 32 % d'un congé parental et 22 % de congé d'allaitement.



Enfin, signalons encore que 7 % des mamans de notre échantillon vivent leur grossesse sans conjoint et que 10 % des mamans (1 femme sur 10) sont seules pendant la première année de leur enfant.

Conclusions

Que ce soit au travers des bilans de santé réalisés dans le cadre de la BDMS ou lors des différentes enquêtes et recherches que nous avons réalisées, nous constatons que de nombreuses inégalités sociales de santé persistent.

L'expérience des jeunes enfants à la maison est essentielle à leur bon développement. Les parents ayant davantage de ressources (scolarisation, revenus,...) sont plus en mesure d'offrir à leurs enfants des expériences d'apprentissage positives.

Il est ainsi prouvé que les différentes difficultés dans le développement psychomoteur de l'enfant présentes au début de la scolarisation interfèrent sur le parcours scolaire ultérieur et le taux de réussite.

Les interventions et les mesures préventives dans les familles doivent dès lors cibler les divers facteurs impliqués dans l'acquisition des compétences et comportements et ce, suffisamment tôt dans le développement de l'enfant.

L'accès à l'information est également un facteur d'inégalités significatif. Malgré les efforts consentis par les professionnels de terrain pour s'ajuster de plus en plus aux besoins des familles, force est de constater qu'une partie de la population n'a pas accès aux documents informatifs, ou du moins les exploite difficilement. Les analphabètes fonctionnels et les primo arrivants constituent des cibles à risque de déficit d'information évident. Il est dès lors important qu'un effort soit consenti par les services afin de rendre l'information accessible à tous les parents.

Selon le rapport annuel 2010 de l'ONE, en Fédération Wallonie-Bruxelles, seulement 28 % des enfants de moins de trois ans vont régulièrement dans un milieu d'accueil. L'accès à un milieu d'accueil de qualité pour tous constitue également un facteur important dans la lutte contre les inégalités.

Enfin, les partenariats effectifs entre tous les acteurs favorisent une meilleure connaissance des besoins des familles et impulsent une dynamique de réseaux favorable à la réduction des inégalités.

3.2 Entretien avec l'asbl Aquarelle (Michel Deguedre, Martine Vanderkam, Linda Doeraene)

Pouvez-vous me décrire brièvement votre structure ? En quoi le suivi des femmes enceintes vulnérables est-il particulièrement important ?

C'est une asbl qui fait partie du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Saint-Pierre et qui a pour but d'offrir un service médico-psycho-social périnatal à une population de femmes enceintes ou ayant accouché, sans sécurité sociale et issues de l'immigration. On travaille vraiment en interdisciplinarité. Le but est d'éviter la prématurité et la morbidité liées aux maladies pendant la grossesse. La meilleure façon est d'assurer un suivi de grossesse le plus tôt possible et ce suivi est d'autant plus important quand on cumule des critères de vulnérabilité. De plus ces femmes ont souvent une histoire très difficile de mariage forcé, de mutilation sexuelle, de rejet de la famille, de viol etc. Et à cela s'ajoutent évidemment les faibles revenus. Ces femmes sont psychologiquement très fragilisées, ce qui a un impact sur la grossesse.

Quelles sont les raisons qui empêchent certaines femmes de profiter des services de santé prénatale ?

Le problème se pose pour les mamans qui n'entrent pas dans les critères de l'AMU. Il s'agit de mamans venant d'arriver sur le territoire belge et encore considérées comme touristes ou venant de pays faisant partie depuis peu de l'union européenne. Le problème se pose également pour les Roms. Certains

CPAS vont prendre en compte leur grande précarité et d'autres vont leur demander de retourner dans leur pays parce que là, les frais seront pris en charge. Mais ces familles préfèrent rester en Belgique estimant y être mieux soignées et entourées. Parfois la CAAMI rembourse les frais à hauteur de ce qui aurait été remboursé dans le pays d'origine... mais un accouchement coûte plus cher ici. Pour certaines, il n'est pas possible de payer cette différence. Et puis, tu ne sais jamais comment les choses vont se passer. Une complication lors de l'accouchement, un séjour au centre néonatal pour le bébé entraînent vite des frais pas possibles.

Depuis le 1^{er} juillet 2013, certains CPAS proposent aux familles avec mineurs en situation irrégulière d'aller dans un « centre de retour » géré par l'Office des étrangers. Si la future mère refuse, elle doit introduire un recours par le biais d'un avocat au tribunal du travail. Tout cela prend beaucoup de temps et est fort aléatoire. Les frais de l'accouchement seront alors à charge de la jeune mère sans ressources.

On a aussi des mamans qui ne voient pas l'intérêt d'un suivi prénatal. C'est clair qu'il y a de l'éducation à faire. Quand elles viennent d'arriver en Belgique, elles sont souvent préoccupées par d'autres choses, comme la recherche d'un logement etc., ce qui fait que certaines arrivent en fin de grossesse sans avoir eu de suivi correct. La barrière linguistique, le manque de connaissance de nos structures sont également des obstacles à un bon suivi.

Certaines vivent vraiment comme des petits oiseaux sur des branches. Elles dorment deux nuits par ci, deux nuits par là... et ça devient compliqué d'avoir des rendez-vous, d'être là à l'heure, etc. Toutes ces choses conditionnent leurs vies... c'est pour ça que nous sommes très souples dans nos rendez-vous.

L'aspect financier est-il un obstacle aux soins prénataux ?

Il existe les consultations prénatales gratuites de l'One et de Kind en Gezin mais à mon sens pour ce genre de population, elles sont un peu débordées. Le problème se pose surtout pour celles qui n'ont pas l'AMU et qui ne savent pas payer les examens médicaux.

L'AMU ne permet pas le remboursement des médicaments. Tout est compliqué et diffère d'un CPAS à l'autre. Certaines femmes ont l'AMU et la carte médicale qui leur permet le remboursement des médicaments, d'autres pas. Quand je reçois une future maman pour la première fois, sans AMU, la TMS de l'ONE fait appel au fond ONE pour les prises de sang et les échographies,

mais actuellement ce fond intervient moins facilement. Une TMS à la retraite travaille depuis peu à Aquarelle, elle accompagne certaines mamans dans leurs démarches administratives. Aquarelle prend en charge le coût de certains médicaments pour les femmes les plus démunies. Il est évident que la situation administrative irrégulière la future mère peut être un obstacle à un suivi correct de la grossesse.

Quels sont les problèmes d'accès aux soins postnataux ? (contraception, suivi des cicatrices etc.) Certaines femmes refusent-elles les soins postnataux ? Pourquoi ?

Ici, il n'y a pas de soucis parce nous allons voir toutes les mères et leur bébé dès qu'ils quittent la maternité et en général cela ne pose pas de problèmes.

Certaines refusent parce qu'elles n'en voient pas la nécessité, mais c'est rare. D'autres sans domicile fixe sont plus difficiles à rencontrer et puis elles ont souvent d'autres priorités, ne fût-ce que les démarches à faire une fois que le bébé est né. Parfois nous leur donnons rendez-vous à l'hôpital.

Pour la contraception, nous sommes parfois confrontés à des refus. Beaucoup de femmes préfèrent prendre la pilule mais le problème, c'est qu'il faut pouvoir la payer et c'est rarement pris en charge par le CPAS. Le stérilet, nous le payons, et on essaye de faire en sorte qu'il soit posé durant la consultation postnatale. Le problème, avec l'aide médicale urgente, c'est qu'elle s'interrompt souvent juste après la naissance du bébé et du coup la contraception n'est plus prise en charge. Certaines mamans ont une carte médicale du CPAS et pourront plus facilement avoir la contraception. C'est vraiment du cas par cas. On peut dire, oui, que l'aspect financier peut être un obstacle à la contraception.

Avez-vous des idées de bonnes pratiques ou de recommandations ?

Il faut absolument que les CPAS uniformisent leurs pratiques. Il faudrait que ce soit clair que toute femme enceinte vivant dans une grande précarité ait droit à la prise en charge financière de son suivi anténatal, des médicaments, de son accouchement et de sa contraception. L'idéal serait que la consultation de l'ONE pour les suivis de grossesse sans gros problème travaille en réseau avec la maison médicale du quartier pour le volet curatif et une structure avec un magasin-resto-vestiaire social pour les plus démunis. Les transports en communs sont chers, l'accès à un réseau d'aide de quartier serait plus facile

pour les bénéficiaires qui seraient mieux entourés par des professionnels travaillant la main dans la main avec les CPAS.

3.3 Soutien prénatal des femmes enceintes vulnérables

Kind en Gezin

Les maternités, les centres de santé de quartier, les gynécologues, les médecins de famille, les sages-femmes... prennent souvent des initiatives pour soutenir avec qualité les femmes enceintes vulnérables et réduire les barrières (langue, culture, finances). A ce moment-là, les femmes enceintes ont toutefois déjà franchi le pas qui les sépare de l'aide. Kind en Gezin a un service spécifique, facile d'accès, pour les femmes enceintes vulnérables et leur partenaire. Par « Femmes enceintes vulnérables » on entend par exemple les futurs parents qui vivent dans la pauvreté, les femmes enceintes qui ne se font pas ou pas assez suivre médicalement, les futurs parents ayant des problèmes d'addiction, les adolescentes enceintes, les femmes enceintes socialement isolées, les femmes enceintes ayant un statut de séjour précaire ou qui vivent dans l'illégalité. L'infirmier régional et/ou l'aidant aux familles (*gezinsondersteuners*) de Kind en Gezin proposent ainsi un accueil et un accompagnement psychosocial accessible. Ils donnent des informations et des conseils via des consultations et des visites à domicile, ils apportent un soutien, renvoient vers d'autres organismes, modèrent et travaillent sur le réseau informel.

Les quinze équipes «INLOOP» (*Integraal Laagdrempelig OpvoedingsOndersteuningsPunt*) subsidiées par Kind en Gezin dans les quartiers défavorisés des villes flamandes et de la Région de Bruxelles-Capitale sont également très accessibles et constituent souvent une passerelle vers un accompagnement médical prénatal. Elles organisent des animations pour les (futurs) parents concernant l'éducation et les soins à apporter à leur enfant. Si nécessaire, elles peuvent également assister les familles par un soutien individuel, par une médiation et par un renvoi accompagné. Afin d'améliorer l'accessibilité des services, en particulier pour les familles défavorisées, elles organisent une fonction d'accueil. On collabore et/ou renvoie souvent à d'autres prestataires d'aide ou services comme les CPAS, Centres publics d'action sociale, les Centres pour les problèmes d'alcool et autres drogues, les services d'aide à domicile et d'aide familiale.

Kind en Gezin propose également un accompagnement médical gratuit mais uniquement via les six points d'appui prénataux (3 à Antwerpen, 1 à Mechelen, 1 à Bruxelles et 1 à Gent). Les clients y sont activement orientés vers le secteur des soins médicaux comme la maternité, le centre de santé de quartier, un cabinet médical de groupe, le médecin de famille, le gynécologue. Les femmes enceintes sont dirigées vers d'autres organismes pour les examens spécialisés comme l'échographie ainsi que pour l'accouchement. Si nécessaire, une solution est recherchée pour l'accessibilité financière aux soins. Dans les endroits comptant beaucoup de familles vulnérables, Kind en Gezin assure un service psychosocial en collaboration avec les maternités, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les autres partenaires.

Le rapport « Kind in Vlaanderen 2010 (Kind en Gezin, page 137) montre que 95 % des femmes enceintes se font accompagner avant la naissance par un gynécologue, 4 % tant par un gynécologue que par un médecin de famille, 0,5 % par une sage-femme, 0,2 % uniquement par un médecin de famille, 0,1 % par les points d'appui prénataux de Kind en Gezin. Moins de 0,1 % des femmes enceintes n'a pas bénéficié d'un accompagnement médical en 2010.

3.4 Entretien avec le Dr Tine CORNELISSEN, médecin au centre d'appui prénatal Kind en Preventie d'Anvers

Pouvez-vous décrire la structure et le rôle du point d'appui prénatal d'Anvers ?

Le point d'appui prénatal offre un premier accueil aux femmes enceintes vulnérables qui ne peuvent pas s'adresser au secteur classique pour des raisons diverses. L'objectif est de les renvoyer vers le circuit régulier au départ du point d'appui. Cela peut parfois se faire immédiatement, alors que le suivi d'autres cas passe presque totalement par le point d'appui. Ce suivi ne comprend que les tâches que peut également accomplir un médecin de famille, donc pas les échographies ou les accouchements.

L'équipe est composée d'une infirmière sociale ou de sages-femmes et éventuellement d'un aidant aux familles, employés par Kind en Gezin, ainsi que d'un médecin qui est employé par une administration organisatrice, dans mon cas l'asbl Kind en Preventie. Kind en Gezin subsidie l'administration organisatrice et détermine le contenu du travail pour les consultations des enfants, c'est défini de manière limitée pour les consultations prénatales.

Si le point d'appui prénatal est une belle initiative, j'ai malgré tout quelques remarques à formuler.

Le fait que l'on ait différents employeurs est source de frictions concernant la répartition des tâches, les responsabilités, le contenu du soutien et le travail en réseau. La construction n'est pas très flexible, ce qui limite les possibilités d'amélioration et les avantages pour les patients. Il n'y a actuellement aucun accord sur les responsabilités et la répartition des tâches. Au niveau interne, il n'y a que peu de concertation entre les différents points d'appui et l'équipe même, ce qui explique qu'il peut y avoir vraiment beaucoup de variations entre les consultations et les différents points d'appui. Prenons l'exemple du vaccin contre la grippe qui est conseillé à toutes les femmes enceintes : dans certains bureaux, ce point est abordé d'office avec les femmes enceintes et le vaccin est administré si nécessaire ; d'autres bureaux ne le font pas. Selon le bureau, le service presté est donc différent.

En raison d'un travail en réseau insuffisant et sans de bons accords avec les partenaires, comme les hôpitaux et les CPAS, le point d'appui n'offre pas de garantie d'accès aux soins de santé réguliers. Les femmes enceintes n'aboutissent pas plus rapidement ou plus facilement dans le circuit régulier. La responsabilité du médecin est très grande étant donné que l'accès n'est pas non plus assuré en cas de complication pendant la grossesse. Le prénatal n'est actuellement qu'une aide de base et un soutien psychosocial gratuits, aucun assistant social n'est présent. Les infirmiers ou aidants aux familles n'accompagnent pas les clients à l'hôpital, au CPAS... lorsque c'est trop difficile. Ils ne peuvent faire que des consultations ou des visites à domicile.

Y a-t-il des initiatives qui sont prises pour améliorer l'accès aux soins ?

Au cours de l'année 2013, l'une des équipes «INLOOP» d'Anvers a lancé une animation spécifique à destination des femmes enceintes, en collaboration avec le centre d'expertise De Kraamvogel. La « Platform kwetsbare zwangereen » a été créée en 2012. Elle regroupe des travailleurs individuels de la santé et des organisations locales telles que Médecins du Monde, le Kraamvogel, les écoles supérieures, les centres de santé de quartier et le centre d'intégration De8. Il met les femmes enceintes vulnérables plus en avant et négocie avec le CPAS d'Anvers pour améliorer l'accès aux soins. Depuis août 2013, il y a des accords avec le CPAS pour rendre le renvoi plus accessible et pour améliorer la collaboration dans ce cadre. Quelques hôpitaux collaborent également plus pour améliorer l'accès.

Pour quelles raisons certaines femmes ne recourent-elles pas aux soins prénataux ?

Les raisons peuvent être très diverses. L'un des principaux obstacles est l'aspect financier, tant chez des personnes ayant une assurance/garantie médicale que chez celles qui n'en ont pas. Le suivi de la grossesse dans les points d'appui de Kind en Gezin est gratuit, mais les frais de laboratoire, les frais pour les échographies et l'accouchement sont à charge des patients. Toutes les femmes enceintes ne sont pas prises en considération pour toute forme de remboursement. Pensez aux citoyens européens avec ou sans assurance dans leur propre pays, aux nouveaux habitants qui sont occupés à régler leur affiliation à la mutualité, aux illégaux, etc. Ils doivent assumer eux-mêmes les frais du suivi et de l'accouchement. Ces frais peuvent être considérables.

Les autres obstacles sont le manque de connaissances sur la manière de se mettre en ordre ou celui de se rendre au CPAS. Quelques exemples : à l'hôpital, la règle du tiers payant n'est pas ou difficilement applicable, tout le monde ne connaît pas bien la règle du tiers payant ou n'ose pas toujours la demander au médecin de famille. S'ils n'ont pas de garantie médicale, les patients d'Anvers doivent payer un acompte (100 EUR) pour voir le médecin à l'hôpital. C'est le triple du prix d'une consultation. Il n'est actuellement pas possible d'en discuter. Un acompte est également demandé pour l'accouchement, parfois de 1.000 EUR. Cela effraie les gens, en particulier dans le cas d'un soin planifié comme une césarienne, et de ce fait, ils postposent parfois le soin avec des complications ultérieures à la clé.

Vignette : Maria

Maria a déménagé des Pays-Bas et est occupée à régulariser son affiliation à la mutuelle. En raison de problèmes médicaux, elle devrait se rendre à l'hôpital mais elle n'est pas en mesure de payer. On se consulte avec le gynécologue pour savoir si cela peut se faire avec notre encadrement. Maria ne dit pas toujours tout par peur qu'on l'envoie malgré tout à l'hôpital. Elle ne sait pas très bien où en est sa couverture par la mutuelle : l'agent de quartier doit encore passer et il faudra encore 2-3 mois avant qu'elle soit définitivement inscrite et puisse s'affilier à une mutualité. Tout rentre finalement dans l'ordre quelques jours avant son accouchement. Il apparaît par la suite qu'elle avait plus de problèmes médicaux qu'elle n'a probablement pas osé déclarer plus tôt.

Observez-vous des obstacles culturels dans l'accès aux soins périnataux ?

Oui, et ce, sur plusieurs plans comme la langue, mais même si ces personnes parlent le néerlandais, la langue peut parfois encore être une difficulté. Le langage corporel peut parfois aussi être interprété différemment. Un autre obstacle est la connaissance de son propre corps et des changements qui interviennent lors de la grossesse, cela s'explique parfois par d'autres raisons. Si l'on ne peut pas poser correctement ses questions, cela peut entraîner une mauvaise interprétation des conseils, un défaut de prise des médicaments... Souvent, sa propre santé n'est pas prioritaire pour la personne. Si de bonnes explications sont données, elle en comprend l'importance et suit les conseils. Les personnes en charge de l'aide ont souvent aussi des préjugés et prédisent le comportement parce qu'il y a des différences culturelles. C'est le cas si l'on présume que les personnes ne comprendront pas et que l'on ne donne donc aucune information.

D'autres obstacles sont les différentes formes de soins de santé dans les autres pays : les patients ne connaissent que les soins de santé dans leur propre pays et ont parfois plus ou moins confiance dans les soins de santé belges. Il y a bien entendu des différences culturelles sur le plan de l'alimentation, de la manière dont la grossesse est vécue, de la religion (ex. ramadan et grossesse)... que vous ne pouvez pas toujours apprendre mais que vous finissez par connaître au fil du temps. Il est important d'en être toujours conscient et d'essayer de s'en souvenir pour les patients suivants.

Pensez-vous que les femmes sans-papiers sont suffisamment informées de leurs droits en matière d'accès aux soins ?

Elles ne sont pas toujours bien informées. Les personnes en charge de l'aide ont parfois aussi des difficultés à comprendre toutes les règles et conditions. Parfois, les personnes en charge de l'aide ne vont même pas renvoyer par exemple à un CPAS, parce qu'elles pensent que cela ne donnera pas de résultat. Il faudrait plus de clarté en la matière. Il n'y a pas non plus de service social qui peut régler ces questions pour le point d'appui prénatal. Beaucoup de choses se disent aussi, correctement ou non, au sein d'une communauté. Il est actuellement très difficile de motiver les gens à aller au CPAS. Les amis, la famille... disent qu'ils ne recevront quand même pas d'aide. Mais cela dépend de la situation, et il est effectivement possible que certaines personnes ne soient pas prises en considération. Il y a parfois aussi la crainte de se faire arrêter par la police si l'on va au CPAS.

Les démarches administratives font également obstacle à l'accès aux soins. Il n'est pas toujours évident de savoir vers qui il faut se tourner, ou de savoir quelle est la situation exacte du patient. Il n'est possible d'envoyer les personnes directement au bon endroit qu'en les interrogeant suffisamment, ce qui n'est pas non plus toujours facile pour le patient. Il faut souvent attendre et poser beaucoup de questions auxquelles on n'obtient pas toujours de réponse.

Certaines femmes quittent-elles l'hôpital trop tôt pour des raisons financières ?

Oui. A Anvers, si elles n'ont pas de couverture médicale, elles sont purement et simplement mises à la porte de l'hôpital après quelques heures sans aucune forme d'accompagnement ultérieur, comme une sage-femme qui vient à domicile. Si elles sont suivies par le point d'appui prénatal, c'est l'un des thèmes que nous abordons. Nous essayons qu'elles accouchent en polyclinique mais avec une sage-femme par la suite. Le travail en réseau est également important ici, il est toujours intéressant qu'une sage-femme soit disponible pour ce groupe cible. A cet effet, nous entretenons une bonne collaboration avec le centre d'expertise De Kraamvogel qui nous soutient dans le cadre de ces renvois.

Certaines femmes refusent-elles les soins prénataux ou postnataux ? Pourquoi ?

Je suppose que certaines femmes refusent les soins prénataux, mais nous ne les voyons pas toujours. Les patientes sont parfois négligentes. L'avantage du point d'appui est qu'il se donne la peine de rechercher la personne en cas de rendez-vous manqué, par exemple par une carte d'invitation, un appel téléphonique ou éventuellement une visite à domicile.

Certaines femmes refusent surtout les soins postnataux immédiatement après l'accouchement. On sous-estime souvent l'importance d'un contrôle effectué par une sage-femme le lendemain d'un accouchement en polyclinique. Il faut parfois une véritable force de persuasion. Et cela fait aussi parfois l'objet d'un refus. Lors du suivi après, par exemple, une césarienne, il arrive également que des femmes ne viennent pas à leur rendez-vous.

Le placement d'un stérilet n'est pas non plus toujours évident, cela se fait sur rendez-vous et coûte cher. L'achat d'un moyen de contraception dépend de l'importance que l'on y attache. Cela reste un point sensible. J'essaie de prescrire les pilules les moins chères pour avoir plus de chances que les patientes continuent à les prendre. Dès que les patientes sont convaincues de l'utilité de la contraception, elles sont souvent disposées à en payer le prix.

Avez-vous d'autres recommandations concernant l'accès aux soins prénataux et postnataux ?

Même si j'ai plus spécialement esquissé la situation à Anvers, les problèmes et obstacles existent aussi ailleurs. Il y a actuellement un très large éventail d'organisations qui travaillent autour des femmes enceintes vulnérables mais il n'y a pas d'unité. Il n'y a que peu de concertation entre les différents acteurs.

Il me semble donc important que tous les partenaires se réunissent autour d'une table lors de la recherche de solutions pour ce groupe cible, comme c'est le cas de la plate-forme « Femmes enceintes vulnérables ». Il me semble que nous avons actuellement besoin à Anvers d'un point d'appui prénatal bien structuré dans lequel les services essentiels suivants seraient prévus : accompagnement prénatal des femmes enceintes, accompagnement social, amélioration de l'accessibilité des hôpitaux, accompagnement postnatal. Cela pourrait éventuellement être complété par des sessions de groupe et par exemple par le lancement d'un fonds de soutien pour les clients.

Dans le cadre de l'organisation, il est important d'enregistrer les données sociales (problèmes, obstacles...) et que les données relatives à la santé soient anonymisées. Très peu de données chiffrées sont actuellement connues, ce qui rend difficile l'évaluation de l'ampleur d'un problème. C'est la raison pour laquelle une organisation uniforme donne la possibilité aux niveaux politiques local et fédéral, mais aussi à l'autorité flamande, d'avoir une image claire des problèmes, obstacles... et la possibilité de suggérer d'éventuelles solutions s qui ne peuvent pas toujours être adoptées dans le contexte de notre ville.

3.5 Accès à un soutien familial préventif

Kind en Gezin

D'après les chiffres de Kind en Gezin, 10,45 % des enfants ont vu le jour dans une famille défavorisée en 2012 en Flandre. La pauvreté a aussi une couleur. Plus de cinq enfants sur dix nés dans une famille défavorisée ont une mère qui n'est pas de nationalité belge²¹².

Kind en Gezin cherche à éliminer ou à prévenir les éventuels risques pour la santé et les différences de traitement parmi les enfants en situation précaire en assurant un service de qualité aux familles socialement vulnérables dans le

²¹² http://www.kindengezin.be/img/Kind_in_Vlaanderen_2012.pdf.

cadre d'une vision claire et en veillant à ce que les parents se sentent soutenus²¹³. Dans le service assuré, Kind en Gezin est particulièrement attentif aux familles menacées d'exclusion ou qui vivent dans l'exclusion et qui ont un mauvais accès à des biens socialement très appréciés comme un travail, des revenus, un logement, une école et des soins de santé. Une grande attention est accordée au fait que les difficultés auxquelles sont confrontées les familles socialement vulnérables ne se situent pas dans un seul domaine. Des problèmes sont souvent apparus sur plusieurs plans. Cela signifie qu'il faut que le service assuré soit attentif aux besoins dans tous les domaines de la vie. C'est la raison pour laquelle il est activement collaboré avec d'autres organisations.

Avec ses services, Kind en Gezin tend à assurer un **service universel** et plus de 90 % des familles font appel aux soins préventifs de Kind en Gezin. Ce taux élevé de pénétration n'est toutefois pas atteint de lui-même. Il existe de nombreux fossés entre familles allochtones et défavorisées et le service assuré. Il ne s'agit pas seulement d'un fossé en matière de connaissances, d'aptitudes, de sentiments ou de forces entre les deux mondes, mais aussi d'un fossé structurel de participation.

Kind en Gezin investit constamment pour combler ces fossés et réduire les obstacles. Cela consiste notamment en ayant un **encadrement documenté** pour les personnes sur le terrain, en améliorant les connaissances sur la pauvreté, l'exclusion et la migration par la formation, et en prévoyant des interventions. Il convient par ailleurs de développer et de mettre en œuvre des méthodes et instruments adéquats comme des interprètes, du matériel iconographique et du **matériel pictographique**, notamment Kind in Beeld » sur la santé²¹⁴.

Depuis 1993, Kind en Gezin travaille également avec des « experts de vécu ». Il s'agit de collaborateurs qui connaissent la pauvreté, l'exclusion sociale, la migration pour les avoir vécues. Les **experts de vécu** en pauvreté et les collaborateurs interculturels assument la fonction d'aidant aux familles. Ils le font de concert avec les infirmiers régionaux de Kind en Gezin. L'objectif de la fonction consiste donc à travailler en liaison avec les familles socialement vulnérables dans le cadre du soutien préventif aux familles. Kind en Gezin veut ainsi créer le plus d'opportunités possibles pour les enfants de ces familles et pour soutenir les parents dans la réalisation de leur projet familial.

213 <http://www.kindengezin.be/img/Visietekst-werken-met-MKG.pdf>.

214 <http://www.kindengezin.be/brochures-en-rapporten/brochures>.

Dans leur travail de liaison, les aidants aux familles assument des tâches spécifiques comme la réflexion, la déculpabilisation, la médiation, le signalement, le soutien pratique, l'interprétariat et le renvoi accompagné. Le soutien du projet familial constitue l'essentiel du travail des aidants aux familles. Les expériences et les connaissances des aidants aux familles aident à comprendre des familles qui sont elles-mêmes dans la même situation, et sert à combler le fossé existant. Les liens indispensables sont ainsi rétablis. Pour ces familles, les aidants aux familles constituent des points de contact très identifiables, qui connaissent leur environnement de vie et leur 'langue'. Ils réduisent ainsi activement les obstacles menant à notre service.

Kind en Gezin collabore aussi étroitement avec Fedasil et la Rode Kruis Vlaanderen pour toucher les familles avec jeunes enfants dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, et ce, avec une offre d'aide préventive de qualité aux familles. Des consultations et des visites à domicile sont ainsi organisées parfois même dans certains centres, ce qui accroît l'accessibilité. Le fonctionnement est harmonisé et si nécessaire corrigé en partant de la collaboration entre Kind en Gezin et les organisateurs des centres d'accueil (Fedasil et Rode Kruis Vlaanderen). Une concertation se fait sur une base régulière et des accords sont passés à divers niveaux, par exemple sur les vaccinations, la demande d'interprètes, le suivi médical des enfants...

3.5.1 Nouvelle politique : Huizen van het Kind

Avec tous ses partenaires, Kind en Gezin veut renforcer le soutien préventif aux familles dans les « Huizen van het Kind »²¹⁵ pour tous les (futurs) parents avec enfants et jeunes. Il faut arriver à une offre multidisciplinaire locale de services avec des infirmiers, des médecins, des éducateurs, des sages-femmes, des organisations de bénévoles... Dans ce cadre, Kind en Gezin veut faire de ses bureaux de consultation une valeur sûre pour aider les parents à s'y retrouver dans l'offre d'autres acteurs.

Les Huizen van het Kind sont actuellement encore en plein développement. Trois projets pilotes sont en cours en Flandre et diverses organisations et instances ont pris des initiatives pour collaborer avec des partenaires locaux. Les Huizen van het Kind s'adressent à *toutes* les familles. Idéalement, elles doivent pouvoir s'y rendre avec n'importe quelle demande relative aux enfants et à leur famille et/ou elles peuvent s'y adresser pour un besoin déterminé (p. ex.

²¹⁵ <http://www.huizenvanhetkind.be>.

un endroit pour laisser jouer les enfants en toute sécurité, un endroit pour rencontrer d'autres parents, un endroit où pouvoir parler).

Pour venir en aide aux futurs parents et familles avec enfants et jeunes vulnérables, les Huizen van het Kind peuvent partir de différentes bonnes pratiques et méthodes disponibles. Elles font en sorte de rendre l'offre utilisable et accessible aux familles socialement vulnérables afin qu'elles puissent également avoir accès aux connaissances ainsi qu'à l'offre qui est généralement considérée comme « universelle », mais qui ne l'est pas dans la réalité, en raison d'une différence initiale sur le plan des chances, des connaissances et des valeurs... Il s'agit notamment de méthodes comme la mise en place d'un fonctionnement reposant sur la participation des utilisateurs, la collaboration avec des experts de vécu dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale et d'autres figures de liaison, la présence de travailleurs de proximité (*outreaching*), celle des organisations qui touchent déjà des familles socialement vulnérables (et qui ont souvent déjà une offre adaptée) et la diffusion de l'offre universelle destinée à ces familles via ces organisations et/ou de détecter les obstacles dans cette offre « universelle » via ces organisations...

Dans le cadre de l'inégalité dans le domaine de la santé, il y a peut-être plus de bénéfices à réaliser si l'on touche aussi les familles dès le stade de la grossesse et si on peut les orienter vers les soins de santé réguliers et d'autres services. C'est assurément le cas des femmes enceintes vulnérables. Renforcer ce soutien aux femmes enceintes peut avoir un ancrage très local en association avec les partenaires des Huizen van het Kind.

4. Prise en charge des violences sexuelles

4.1 Difficultés rencontrées dans l'accessibilité aux soins pour les personnes victimes d'une agression sexuelle

SOS VIOL

Les personnes qui ont été victimes d'une agression sexuelle sont meurtries à la fois dans leur chair mais aussi psychologiquement. Les soins nécessaires dans ce contexte peuvent concerner à la fois le corps (traitement préventif des IST, pilule du lendemain, traitement des blessures, plaies, contusions physiques,...), mais aussi les symptômes psychologiques (troubles du sommeil,

angoisse, reviviscences traumatiques, idées dépressives et suicidaires,...) qui témoignent de la souffrance psychique des victimes.

Dans le cadre de notre pratique au sein de l'asbl SOS VIOL, nous constatons que l'accès aux soins médicaux et/ou psychologiques peut être entravé voire empêché pour plusieurs raisons d'ordres différents.

1) Les conséquences du traumatisme. Les victimes d'agression sexuelle développent fréquemment un **sentiment de honte et de culpabilité** suite à l'événement traumatique. Dans ce contexte, **oser parler n'est pas aisé**. Les victimes doivent faire face à différentes **peurs** : la peur de ne pas être crue ou d'être jugée, de ne pas être comprise, celle d'être poussée à devoir déposer plainte, peur de devoir répondre aux questions et d'évoquer les faits avec l'angoisse que cette démarche ravive le traumatisme et sa douleur. Tous ces éléments concourent à complexifier la démarche de consulter médecin ou de rencontrer un psychologue.

Par ailleurs, cet événement peut également modifier :

- **la relation à autrui** : comment arriver encore à faire confiance à un autre être humain et s'en remettre à lui pour panser ses blessures physiques ou psychiques ?
- **la relation à leur propre corps** : comment réussir à investir, à soigner ce corps alors qu'il a été maltraité, nié, violé ? Pour certaines victimes, faire la démarche de prendre soin d'elles est contradictoire par rapport à leur ressenti. En réaction au viol (mécanismes de défense), les victimes peuvent désinvestir ce corps. Le corps est alors désincarné, déserté, mort ou relégué à l'état de déchet.
De plus, la hantise de devoir se dévêtir, ou de devoir subir des examens invasifs, intrusifs peut suspendre, arrêter toute perspective de consultation médicale.

2) Dans certains cas, une mauvaise expérience (parole ou question teintée de jugements) avec un proche (famille, amis, conjoint) ou un professionnel (médecin, gynécologue, psychologue, policier,...) a pour effet d'**inhiber le processus de prise de parole** (définitivement ou temporairement) de la personne. Nous profitons de cet espace pour souligner l'**importance du premier accueil** fait à la parole de la victime. Dans ce contexte, il semble primordial que les acteurs de terrain soient sensibilisés et formés spécifiquement à ce type d'accueil au vu des enjeux majeurs qu'il revêt pour le devenir des victimes. Le risque pour les victimes est de s'emmurer dans le silence et d'accroître leur isolement.

- 3) La démarche de consulter pour les victimes qui connaissent leur agresseur (membre de la famille, ex-conjoint, conjoint, amis, connaissances,...) peut être entravée par la peur de modifier un « équilibre familial », par la difficulté à faire face à des sentiments contradictoires...
- 4) Dans le cadre du suivi des personnes demandeuses d'asile, nous constatons que lorsque celles-ci ne sont plus prises en charge par une structure d'hébergement telle que le centre Fedasil ou la Croix-Rouge, ou lorsque leur demande est déboutée, elles ne bénéficient plus de la possibilité de poursuivre le traitement thérapeutique en cours (ex.: trajet en train non couvert), ou de pouvoir recevoir des soins médicaux (sauf via l'asbl Médecins du monde).

4.2 Violence liée au genre et violence conjugale : contribution de l'International Center for Reproductive Health (ICRH)²¹⁶

Ines KEYGNAERT, An-Sofie Van PARYS et Els LEYE

4.2.1 Importance du problème

La violence sexuelle est une notion vaste qui recouvre une multitude de faits comme les relations sexuelles imposées pendant le mariage et les relations avec d'autres partenaires, le viol par des inconnus, le viol systématique pendant des conflits armés, les attouchements sexuels non souhaités et les avances sexuelles (tels que des actes sexuels en échange d'une promotion professionnelle ou scolaire), l'abus sexuel d'enfants, la prostitution imposée, la traite des êtres humains, le mariage des enfants et autres pratiques traditionnelles nuisibles comme les mutilations génitales féminines.

Les données disponibles indiquent que, dans le monde, une femme sur trois est victime de violence sexuelle ou physique de la part de son partenaire, ou de violence sexuelle d'une personne autre que son partenaire²¹⁷.

Les informations existant pour la Belgique montrent que la violence sexuelle est également un problème fréquent chez nous, qui est encore trop souvent

216 International Centre for Reproductive Health, un centre d'étude rattaché à la Faculté de médecine de l'Université de Gent et placé sous la direction du Prof. Marleen Temmerman.

217 WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013): Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO reference number: 978 92 4 156462 5.

méconnu. Une première étude sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes a été réalisée en Belgique en 1988²¹⁸. Dans une deuxième étude datant de 1998 cela a été étendu aux hommes et dix ans plus tard, en 2008, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes a coordonné une nouvelle grande étude sur les expériences de femmes et d'hommes à propos de la violence liée au genre²¹⁹. Des interviews téléphoniques réalisées auprès de 2.014 personnes majeures nous ont appris que 5,6 % des femmes interrogées et 0,8 % des hommes ont été confrontés à des attouchements ou relations sexuels imposés/non souhaités après l'âge de 18 ans. Avant l'âge de 18 ans, ces pourcentages s'élevaient même respectivement à 8,9 % pour les femmes et à 3,2 % pour les hommes. La grande majorité de la violence sexuelle avant 18 ans a été commise par une personne de l'entourage proche ou par des membres de la famille, en particulier s'il s'agit de victimes féminines.

Sexpert, une récente enquête de population à grande échelle sur l'expérience de la sexualité en Flandres, montre qu'une femme sur cinq et un homme sur dix a fait l'expérience d'une ou plusieurs formes de comportements sexuels transgressifs avant l'âge de 18 ans. Après 18 ans, cela concerne une femme sur 7 et un homme sur 40²²⁰.

L'ICRH a mené une étude détaillée sur la violence en partant de trois optiques spécifiques :

Violence pendant la grossesse

Roelens *et al.* (2008)²²¹ ont démontré – en interrogeant par écrit 537 femmes enceintes de Flandre orientale – que 26,7 % des femmes ont un jour été confrontées à de la violence physique et/ou sexuelle. Une femme sur cinq (22,3 %) a un jour été victime de violence physique, tandis qu'une sur dix

218 VANDEWEGE, R., R. Bruynooghe et S. Opdebeeck (1988). Ervaringen van vrouwen met fysiek en seksueel geweld - preventie en gevolgen. Rapport bestemd voor de staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke emancipatie, Brussel: INBEL; Bruynooghe, Noelanders et Opdebeeck, Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen; COCKX, R. (2009). Mïet SMET: drie decennia gelijkheidsbeleid, Brussel: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, pp. 90-92.

219 J. PIETERS, *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle*, Bruxelles, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2010.

220 <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/3376/sabine-hellemans-sgg-20130208.pdf>

221 K. ROELEN, H. VERSTRAELEN, K. VAN Egmond et M. TEMMERMAN, M., « Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 137, n° 1, 2008, 37-42.

(11,2 %) a un jour été victime de violence sexuelle et il s'agissait d'un viol pour plus de la moitié d'entre elles.

L'étude de Jeanjot *et al.* (2008)²²² – au cours de laquelle 200 femmes ayant accouché récemment ont été interrogées – a donné des résultats similaires. 22 % des femmes ont, un jour dans leur vie, été victimes de violence domestique et 11 % ont indiqué avoir été confrontées à de la violence domestique pendant leur grossesse. Dans plus de la moitié des cas, l'auteur était le (ex-)partenaire.

L'étude à grande échelle de la prévalence de la violence en Belgique – réalisée par Pieters *et al.* (2010)²²³ – a confirmé l'importance du problème et a montré que 7,1 % des femmes interrogées avaient été confrontées à de la violence grave entre partenaires pendant la grossesse. Ces chiffres correspondent aux constats faits dans d'autres pays où la prévalence de la violence conjugale durant la grossesse varie de 3% à 30%²²⁴.

*Violence sexuelle contre des réfugiés, des demandeurs d'asile et des personnes en séjour illégal*²²⁵

Les réfugiés et les personnes en séjour illégal sont très souvent confrontés à différentes formes de violence, dans leur pays d'origine et/ou pendant leur trajet migratoire. Des études menées en Belgique et aux Pays-Bas²²⁶ ont montré qu'une majorité des réfugiés a également été confrontée à diverses formes de violence après son arrivée en Europe. La violence émotionnelle-psychique est la plus fréquente avec 62 %, suivie par la violence sexuelle (56,6 %) et la violence physique (47,3 %). La violence socio-économique (33,7 %) est égale-

222 I. JEANJOT, P. BARLOW et S. ROZENBERG, « Domestic violence during pregnancy: Survey of patients and Healthcare providers », *Journal of Womens Health*, vol. 17, n° 4, 2008, 557-567.

223 J. PIETERS, *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, op. cit.*

224 DEVRIES, K. M., KISHOR, S., JOHNSON, H., STÖCKL, H., BACCHUS, L.J., GARCIA-MORENO, C., & WATTS, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170. doi: 10.1016/s0968-8080(10)36533-5. TAILLIEU, T. L., & BROWNRIDGE, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav*, 15(1), 14-35. doi: DOI 10.1016/j.avb.2009.07.013. JAMES, L., BRODY, D. & HAMILTON, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence & Victims*, 28(3), 359-380.

225 I. KEYGNAERT, « Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland », in E. LEYE et M. TEMMERMAN, *Vrouwen onder druk: schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*, Tiel, Lannoo Campus, 2010, 69-88 (chapitre 4).

226 Projet de recherche participatif « Hidden Violence is a Silent Rape » (2006-2008, International Centre for Reproductive Health, Universiteit Gent).

ment fréquente et il s'agit souvent de services qui ne sont pas obtenus comme par exemple des soins et des médicaments ou de l'exclusion sur la base de la situation de séjour ou de l'origine.

Dans environ 30,7 % des cas rapportés, le (ex-)partenaire de la victime est l'auteur des violences. Cette même étude montre que les prestataires d'aide professionnels sont aussi souvent des auteurs. Il semble ainsi que, dans 23,2 % des cas, la violence a été commise par des collaborateurs du centre d'accueil ou du CPAS, de la police, des enseignants, des employeurs ou par les autorités. Dans près d'un cinquième des cas, l'auteur n'était pas connu de la victime.

Mutilations génitales féminines (MGF)

Les mutilations génitales féminines (MGF) comprennent toutes les interventions sur les organes génitaux externes des femmes (et jeunes filles) à des fins non thérapeutiques (*cf.* encadré). En Belgique, depuis 2001, toute personne qui a pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de MGF est punissable aux termes de l'article 409 du Code pénal. Malgré cela, la véritable importance des mutilations génitales féminines en Europe et en Belgique est de plus en plus visible.

Typologie selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008)

Le type 1 ou clitoridectomie consiste en l'ablation du prépuce soit le repli de peau qui entoure le clitoris, avec ou sans ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris.

Le type 2 ou excision consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Le type 3 ou infibulation consiste en le rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les petites lèvres et/ou les grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris.

Le type 4 reprend toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

Une étude de prévalence menée en 2010, montre qu'en Belgique, le nombre de femmes et de filles venant de pays à risque MGF a été évalué à 22840, dont 6250 ayant potentiellement effectivement subi des MGF et environ 1975 filles courant un risque de MGF²²⁷.

227 DUBOURG D, RICHARD F, LEYE E, NDAME S, ROMMENS T, MAES S. ESTIMATING the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug;16(4):248-57. doi: 10.3109/13625187.2011.579205. Epub 2011 May 11.

4.2.2 **Conséquences de la violence**

Les victimes de violence sexuelle sont surtout confrontées à des suites émotionnelles et psychologiques comme la dépression, l'anxiété, le laisser-aller, la prise de médicaments ou de drogues, le stress, les troubles du sommeil et de l'appétit. Les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les victimes de violence, surtout chez les victimes féminines de violence physique, et quatre fois plus fréquentes chez les femmes victimes de violences sexuelles avant 18 ans²²⁸. Les victimes ont également plus souvent recours à un accompagnement psychologique.

Des conséquences socio-économiques telles que la perte d'un emploi et un retard scolaire sont aussi mentionnées. Les conséquences peuvent être physiques comme lors de blessures nécessitant parfois une hospitalisation, des pertes de conscience, des pertes de sang, l'épuisement, des problèmes cardiaques, des problèmes gastro-intestinaux, une perte de poids et des contusions. Il ne faut pas non plus oublier que certaines victimes de violence ne sont plus en mesure de parler de ce qui leur est arrivé parce que la violence leur a été fatale. Un cinquième des victimes signale aussi des problèmes sur le plan de la santé sexuelle et reproductive comme des dysfonctionnements sexuels, une grossesse non désirée, une fausse couche ou une contamination HIV.

Les conséquences des mutilations génitales féminines peuvent également être graves et varient de complications immédiates (p. ex. douleur intense, hémorragie, choc et infections) à des conséquences à long terme (p. ex. kystes, infections chroniques, complications d'accouchement, syndrome de stress post-traumatique).

4.2.3 **La demande d'aide**

Les hommes parlent moins souvent avec des tiers des violences qu'ils ont subies, en comparaison avec les femmes (68,7 %, contre 81,7 %). C'est d'autant plus vrai quand il s'agit de violence entre partenaires et de violence sexuelle à l'encontre de mineurs d'âge. Une plainte n'est déposée par les victimes de violence que dans une minorité des cas : 13,9 % des victimes féminines et 9,8 % des victimes masculines font une déclaration à la police, quel que soit l'auteur. La violence commise par la famille est la moins dénoncée (6,2 %), tandis que la violence entre partenaires (17,9 %) et la violence commise par des inconnus (21,1 %) sont relativement les plus déclarées.

228 J. PIETERS, *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle*, op. cit.

L'étude de Roelens *et al.* (2008) montrait également que seule une très petite minorité de victimes féminines de violence sexuelle (6,6 %) demandait des soins à un médecin de famille, un gynécologue ou un service d'urgences²²⁹.

4.2.4 Barrières à l'aide

Au niveau des victimes

Le projet de recherche participatif « *Verborgen Zorgen* » pour la prévention de la violence sexuelle et liée au genre contre des femmes avec ou sans titre de séjour en Belgique (2009)²³⁰ a notamment étudié quelles sont les barrières qui font obstacle à l'accès à l'aide. Seule un peu moins de la moitié des victimes de violence liée au genre semble chercher de l'aide auprès d'un service d'aide officiel.

Un tiers des victimes ne semble pas être véritablement en demande d'aide et certaines femmes n'ont pas envie de donner des détails à des prestataires de soins par sentiment de honte, de culpabilité, par timidité, par crainte des conséquences en cas de divulgation des violences... Il est étonnant que près de la moitié des victimes déclarent que l'auteur de la violence les a empêchées d'aller chercher de l'aide. Près de 60 % ont en outre peur d'aggraver la violence en cas de dénonciation ou de faire l'objet de contre-accusations de la part de l'auteur. La crainte de perdre les enfants (68 %) et la peur de disloquer la famille (60 %) semblent beaucoup plus fortes que la crainte de perdre le partenaire même (26 %). Pour plus de la moitié des victimes, la peur de sombrer dans la pauvreté et/ou de ne plus avoir de logement constitue une importante barrière pour s'adresser aux services d'aide.

Les femmes ayant le statut de réfugiée ou de demandeuse d'asile et les femmes en séjour illégal indiquent que le fait de ne pas avoir de titre de séjour valable et la peur d'un renvoi constituent des obstacles importants pour s'adresser aux divers services d'aide. Les différences linguistiques et culturelles, la peur de ne pas être comprise, le manque d'argent, les longues listes d'attente dans les services d'aide et la méconnaissance de l'offre d'aide ont également une influence.

229 K. ROELENS, H. VERSTRAELEN, K. VAN EGMOND et M. TEMMERMAN, «Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study», *op. cit.*

230 I. KEYGNAERT, K. VAN EGMOND, N. EL MAHI et M. TEMMERMAN, *Wetenschappelijk rapport Verborgen Zorgen*, ICRH Ugent, 2009, 5-11.

Au niveau de l'aide

Les victimes ne sont pas les seules à avoir des difficultés à parler de(s) la violence(s) subie(s), les prestataires de soins connaissent également cette hantise. Une étude menée auprès de gynécologues a montré que la majorité d'entre eux désapprouvent l'idée d'une investigation systématique concernant la violence entre partenaires chez tous les patients, en partie par « crainte d'offenser le patient »²³¹. Diverses études indiquent au contraire que la plupart des femmes n'ont aucune objection à ce que le prestataire de soins leur pose des questions ou analyse la violence. Même si les victimes n'osent souvent pas parler spontanément de la violence, des questions posées par le prestataire de soins contribuent (peuvent contribuer) à abolir la barrière.

S'ajoute à cela que les prestataires de soins ont souvent une connaissance insuffisante de la violence liée au genre et de la législation y relative. Cela va de pair avec la prise en compte insuffisante de symptômes souvent spécifiques et une sous-estimation du problème. Les gynécologues estiment que la violence intime entre partenaires ne concerne que 0,5 % de leurs patientes, alors que les chiffres exacts oscillent probablement entre 5 et 10 %²³². L'étude de Roelens *et al.* (2006) a montré qu'un manque de connaissances et d'aptitudes concernant l'approche de la violence entre partenaires et un manque de connaissance des possibilités de renvoi constituent aussi d'importantes barrières pour les gynécologues qui dépistent (voudraient dépister) la violence de manière systématique. Il n'existe (toujours) pas de directives ou de politique spécifique concernant la violence liée au genre pour aider les prestataires de soins ou elles ne sont pas suffisamment connues d'eux.

Des prestataires d'aide indiquent aussi que des barrières linguistiques et culturelles peuvent faire obstacle à des soins adéquats. Des gynécologues flamands semblent par exemple ne s'occuper que rarement de prévention des mutilations génitales féminines (MGF) avec pour raison essentielle des problèmes de communication, des barrières linguistiques ou le respect pour la culture de la femme²³³. Des prestataires d'aide négligent parfois aussi de déclarer des MGF

231 K. ROELENS, H. VERSTRAELEN, K. VAN EGMOND et M. TEMMERMAN, « A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium », *BMC Public Health*, vol. 6, n° 238, 2006.

232 A. VAN PARYS, K. ROELENS et M. TEMMERMAN, « Zwangerschap en partnergeweld », in *Handboek Familiaal Geweld*, 5^e éd., Bruxelles, Politeia, 2013.

233 E. LEYE, I. YSEBAERT, J. DEBLONDE, P. CLAYES, G. VERMEULEN et M. TEMMERMAN, « Female Genital Mutilation: Knowledge, Attitudes and Practices of Flemish Gynecologists », *Eur. J. for Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 13, n° 2, 2008, 182-190.

parce qu'ils ne veulent pas contrevenir aux traditions culturelles d'une communauté étrangère ou parce qu'ils ont peur de se voir étiqueter «racistes»²³⁴ ²³⁵.

Témoignage (Tiré de Vrouwen onder Druk²³⁵)

Un gynécologue reçoit en consultation une femme soudanaise qui vient d'accoucher. La femme lui explique qu'elle a été «ouverte» par un autre gynécologue juste avant l'accouchement, mais que ce même gynécologue ne voulait pas la refermer après l'accouchement. Selon elle, il est d'usage dans sa culture d'avoir un beau vagin fermé, et elle dit encore que son mari tenait à ce qu'elle soit refermée comme avant l'accouchement. Le gynécologue écoute ses explications et décide de satisfaire la demande de la dame en partie parce la femme avait déjà été excisée et qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de retirer des organes génitaux, en partie pour éviter que la dame s'adresse à des exciseuses traditionnelles qui pourraient lui occasionner plus de dommages encore.

4.2.5 Recommandations

Les obstacles existants ne pourront être éliminés que par des efforts principalement des autorités et des services d'aide, mais aussi par ceux de la société. Afin de faciliter l'accès à l'aide, il faut travailler avec des services d'aide facilement accessibles à tous, avec une offre plus vaste, du personnel compétent et des facilités pour les personnes parlant une autre langue. Il est également important d'améliorer les connaissances, de diffuser des informations et de permettre de parler plus facilement de la violence liée au genre tant au niveau des services d'aide que de manière générale.

La formation médicale devrait accorder une plus grande attention à la violence liée au genre et à la manière d'aborder les différences et sensibilités socioculturelles. Afin d'optimiser les soins et la prévention, il faut rédiger plus de directives, de politiques et de protocoles pour le traitement et la prise en charge des diverses formes de violence liée au genre. Dans ce cadre, il est important que les établissements de soins et les services d'aide forment régulièrement leur personnel et leur apportent un soutien lors de leur utilisation.

Les répondants de l'enquête participative «Hidden Violence is a silent rape» pointaient comme principale recommandation l'accessibilité des soins de santé pour tous, y compris pour ceux qui sont en séjour irrégulier. Ils ont

234 E. LEYE, J. DEBLONDE, J. GARCÍA-ANÓN, S. JOHNSDOTTER, A. KWATENG-KLUVITSE, L. WEIL-Curiel et M. TEMMERMAN, « An Analysis of the Implementation of Laws with Regard to Female Genital Mutilation in Europe », *Crime Law Social Change*, vol. 47, 2007, 1-31.

235 E. LEYE et M. TEMMERMAN, *Vrouwen onder druk: schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*, op. cit.

insisté sur l'importance d'offrir des services fiables, et notamment d'aide psychologique, aux réfugiés, aux demandeurs d'asile et aux sans-papiers²³⁶. Les répondants du projet de recherche *Verborgen Zorgen* considèrent l'autorité comme le canal le plus efficace pour réduire les obstacles menant à l'aide. En résumé, ils proposent les mesures politiques suivantes :

- Améliorer l'offre d'aide par des centres plus nombreux et plus faciles d'accès, assurer un service gratuit ou très peu onéreux, garantir la sécurité et l'anonymat, faire appel à des experts de vécu...

« Plus de services dans le quartier pour qu'il soit plus facile de s'y rendre ».
« Plutôt accompagner la personne qu'essayer de la "sauver" ».

- Etre attentif aux belges parlant d'autres langues avec des dépliants en plusieurs langues, suffisamment d'interprètes et/ou de médiateurs interculturels dans les services d'aide...
- Sensibiliser l'opinion publique sur l'ampleur et l'importance du problème de la « violence liée au genre » dans notre société et reconnaître/identifier les signaux.

« Ecouter (!) ce que nous disons et ne pas penser qu'ils doivent toujours donner des "conseils" ».

- Améliorer les connaissances sur les services d'aide disponibles pour l'assistance sur le plan médical, social, policier et/ou juridique, surtout auprès des belges parlant d'autres langues.
- Mieux faire connaître les droits des victimes et les possibilités juridiques, et ce, de manière simple et claire.
- Simplifier la charge de la preuve en cas de violence psychique et émotionnelle et garantir une intervention rapide des services de police et services juridiques.
- Lutter contre la pauvreté, assurer l'autodétermination des femmes sur les moyens financiers et combler le fossé financier existant entre les genres.
- Impliquer les jeunes et les hommes dans la prévention de la violence liée au genre par des campagnes de sensibilisation à l'école (sur la drogue et l'alcool, la violence liée au genre et les comportements inadéquats, l'égalité homme/femme).

236 KEYGNAERT I, VETTENBURG N & TEMMERMAN M (2012): Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands, *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, DOI:10.1080/13691058.2012.671961.

4.3 Entretien avec la prestataire d'aide Begga Van de Velde du Slachtofferhulp Brussel et avec la collaboratrice à l'accueil, coach bénévole et collaboratrice Diane Bruneel du point de contact 1712.

Pouvez-vous décrire brièvement l'organisation et son rôle ?

Slachtofferhulp est destinée aux victimes et témoins d'infractions comme le vol, l'effraction, l'agression, le viol, la violence (entre partenaires), le stalking et les accidents de la circulation. Les ayants droit de victimes de meurtre, d'accident fatal de la circulation, et même de suicide, peuvent s'adresser à nous. Nous travaillons avec une équipe multidisciplinaire composée d'orthopédagogues, d'assistants sociaux, de criminologues, d'un juriste et d'une équipe de bénévoles formés. L'aide offerte est gratuite, et l'offre est sans engagement. Nous nous adressons tant à des adultes qu'à des jeunes et des enfants. Slachtofferhulp relève du CAW (CPAS en Flandre). Nous faisons partie d'une offre plus large d'assistance aux victimes, au même titre que l'aide apportée aux victimes par la police et à l'accueil des victimes au niveau du parquet. Même si on le pense souvent, il n'est pas nécessaire de d'abord déposer une plainte à la police ou au parquet pour bénéficier de l'aide aux victimes : tout le monde peut s'adresser à nous. Notre travail est basé sur quatre piliers. Il y a d'abord l'accompagnement psychosocial ; les victimes peuvent venir chez nous pour parler et ce, dans le cadre de l'ensemble de l'offre destinée aux personnes étant dans la même situation. Le pilier suivant est constitué par les conseils et informations juridiques. Si une victime de violence entre partenaires veut, par exemple, déposer une plainte, nous parlons ensemble de ce que cela implique, de la manière de procéder et de la façon dont cela va se dérouler. Nous pouvons accompagner la victime pour déposer une plainte à la police. Un autre pilier est le soutien pratique.

Nous accompagnons par exemple les victimes au parquet, à une audience, nous traduisons le jargon des avocats pour les personnes. Pour continuer avec l'exemple de la violence entre partenaires, si la personne ne veut pas rester avec le partenaire et recherche un logement de secours, nous pouvons apporter un soutien à la personne dans ce cadre. Le dernier pilier est la référence. Si nous ne pouvons pas apporter l'aide adéquate, nous référons les victimes et les y préparons lorsqu'elles bénéficient déjà d'un suivi chez nous depuis quelque temps.

Comment les victimes arrivent-elles chez vous ?

La police, les médecins de famille, les hôpitaux, les écoles, le CAW ou d'autres services peuvent renvoyer les victimes et témoins vers Slachtofferhulp. C'est déjà le cas, mais cela pourrait se faire mieux encore. De plus en plus de personnes établissent aussi directement un contact avec nous, ou c'est une personne de leur entourage qui s'en charge. De manière générale, les victimes ne sont toutefois pas demandeuses d'aide, c'est la raison pour laquelle nous nous positionnons dans une optique d'*outreaching*, nous faisons souvent le premier pas pour établir le contact. Ceci, moyennant l'accord de la personne qui demande de l'aide. Nous avons débuté une campagne de sensibilisation et sommes étonnés de voir combien nous sommes méconnus des services d'aide et des citoyens. Notre nom est peut-être connu mais pas toujours notre action. Beaucoup de prestataires d'aide pensent en effet que les victimes doivent avoir déposé une plainte avant de pouvoir obtenir de l'aide de notre part. Nous devons indiquer à tout le monde que nous existons, les changements dans les services d'aide sont énormes, nous sommes occupés en permanence par la sensibilisation et le travail en réseau. Nous organisons ainsi des présentations de nos services auprès d'autres organisations, il est important que les gens nous connaissent, voient qui est derrière Slachtofferhulp.

La plupart des victimes connaissent-elles la voie menant à l'aide ou ont-elles besoin de beaucoup d'encadrement ?

Nous essayons de faire connaître notre offre de toutes les manières possibles, par ex. en sensibilisant d'autres services ou en clarifiant notre offre via notre site web. Nous sommes donc contents lorsque des victimes ou leur entourage prennent elles-mêmes l'initiative de nous contacter, qu'une plainte ait été déposée ou non. Nous entendons souvent que des personnes sont renvoyées d'une structure à une autre et en ont assez. Il est souvent préférable d'entreprendre des démarches pour elles ou avec elles. En guise de soutien, sans ergoter, nous travaillons à leur émancipation. Nous étudions leur problème et le clarifions. Nous pouvons orienter les victimes non seulement sur le plan juridique mais aussi assurément sur celui de l'aide.

Dans ce cadre, nous examinons aussi toujours comment nous pouvons faciliter l'étape suivante menant à l'aide, ou lors de l'aide. Par exemple en examinant avec la victime à qui elle peut faire appel dans son propre réseau pour obtenir de l'aide ou en l'accompagnant dans un service d'aide, ou en établissant un premier contact avec un service pour cette personne. Il arrive rarement que nous disions : 'voilà le numéro de téléphone, appelez ce service'.

Les victimes sont-elles généralement aiguillées correctement dans le cadre de l'aide ?

Nous constatons qu'il y a encore beaucoup de pain sur la planche sur ce plan, lors du coaching et de la formation offerts par Slachtofferhulp à toute personne qui est en contact avec des victimes de par sa profession, comme la police, le personnel hospitalier et les médecins de famille. Nous avons déjà collaboré à des formations au cours desquelles nous apprenons aux médecins de famille comment reconnaître les signaux de la violence intrafamiliale et comment faire prendre en charge les personnes. Dans ce cadre, la violence, en particulier au sein d'une famille ou d'une relation, est toujours fort taboue – même parmi les prestataires d'aide. Pour pouvoir renvoyer, vous devez d'abord pouvoir parler du problème. Mais la honte, la peur et les hésitations constituent des barrières pour les prestataires d'aide de la même manière que pour les victimes. Ils ont souvent peur de parler de soupçons de violence en imaginant que ce n'est pas vrai. Si un médecin n'engage pas la conversation et si le patient n'ose pas parler, il peut arriver dans des cas extrêmes qu'une victime de violence ne se voie prescrire que des vitamines pour lutter contre 'sa fatigue'. Une référence adéquate est impossible parce que la véritable raison n'a pas été abordée. Il n'est pas facile pour les victimes d'être renvoyées lorsqu'elles sont habituées à un prestataire d'aide. Il n'est pas toujours évident de se lâcher mutuellement, en particulier si vous ne savez pas ce qu'il va se passer dans la suite de l'aide. Il existe par ailleurs une certaine concurrence entre divers services d'aide puisque tous reçoivent des subsides provenant de la même enveloppe. Il est parfois possible que les offres se chevauchent. A cet égard, la carte sociale n'est pas toujours bien connue des prestataires d'aide. Le secteur social est soumis à des changements qu'il n'est pas toujours facile de suivre. En 2011, les autorités ont ainsi donné pour mission de créer un point de contact pour la violence intrafamiliale mais, deux ans plus tard, il a une fois encore été intégré à un autre point de contact. Ce n'est pas seulement source de confusion pour les citoyens, ça l'est également pour les services d'aide. L'offre d'aide est souvent morcelée. Même au sein des services d'assistance aux victimes, il y a des problèmes de références et nous remarquons que nous perdons ainsi des personnes, par exemple à cause des longues listes d'attente pour recevoir l'assistance.

Avez-vous des recommandations pour améliorer l'accès à l'assistance ?

Les autorités devraient mener une politique structurelle, cohérente et continue avec une vision à long terme. Et pas une année ceci, une année cela, comme c'est souvent le cas actuellement. C'est un peu comme si aujourd'hui

une personne a une idée qui est considérée comme bonne et est mise en œuvre, mais qu'une autre personne a ensuite une nouvelle idée et que tout est à nouveau modifié. En tant que prestataire d'aide, vous pouvez uniquement assister, subir et faire de votre mieux... Le secteur n'est que peu impliqué dans la planification, on écoute peu la base. Il faut plus de transparence.

G. Santé Mentale & Exclusion Sociale

Sébastien ALEXANDRE et Patricia SCHMITZ (SMES-B)

Résumé

A la difficulté de leurs situations sociales, les personnes les plus précaires cumulent fréquemment des problématiques d'ordre administratif, physique et psychique. Les problématiques de santé mentale, particulièrement, s'avèrent largement fréquentes au sein du public grandement précarisé, puisqu'on y estime à 30 % la prévalence de troubles psychotiques.

Les trous de la sécurité sociale et l'organisation sectorielle des politiques sociales et de santé compliquent leur accès à l'aide et aux soins, la plupart des dispositifs classiques ne prenant en charge qu'une dimension de leur vulnérabilité.

Des initiatives précieuses et innovatrices, mais précaires, telles que celle du SMES-B œuvrent à la prise en charge globale de la personne précarisée. A cette occasion et sachant que la précarité prend des formes multiples et intriquées, le SMES-B remet en question l'organisation sectorielle de l'aide et du soin à l'égard des plus précaires, et promeut des pratiques intersectorielles, à l'intersection du social et de la santé mentale.

1. Lorsque le cumul des précarités complique l'accès aux soins de santé mentale ?

1.1 Des précarités complexes et intriquées

Dans nos villes surtout, mais aussi dans l'espace rural, des personnes cumulent une situation de grande exclusion sociale et des troubles médico-psychologiques. On le voit particulièrement bien sur le territoire bruxellois, dans les espaces publics tels que les bouches de métro et les « no man's land » urbains. On le voit aussi dans des structures à (très) bas seuil d'accès, comme les abris de nuit, les urgences d'hôpitaux, les maisons d'accueil...

Ces maisons d'accueil et les services sociaux en général disent voir se détériorer l'état de santé mentale de leur public grandement précaire. Nous ne parlons pas forcément de diagnostic précis, puisque ces personnes n'ont souvent pas d'accès à des services spécialisés. Nous parlons pourtant bel et bien de ces femmes et de ces hommes affublés de « maladie mentale »: schizophrènes, paranoïaques, mélancoliques, ou encore présentant des troubles liés à l'usage de substances (drogues illicites et licites, comme l'alcool), usage presque systématique en raison de la pression d'un environnement hostile. Nombre d'entre

eux auront subi quelque traumatisme psychiatrique ou physique et présenteront des troubles dépressifs et anxieux plus ou moins chronifiés.

L'habitant de la rue a en effet été emporté dans une spirale pernicieuse. Le seul point commun qu'on puisse trouver entre tous les sans-abri, c'est cette accumulation de difficultés qui s'enchaînent dans un long processus. Chaque difficulté rencontrée, si elle n'est pas surmontée, est porteuse de nouveaux problèmes auxquels il devient de plus en plus difficile de faire face. L'individu, émoussé par les obstacles, épuise les ressources auxquelles il peut faire appel. La fragilité appelle la fêlure, la fêlure amène à la cassure.

Par la complexité et l'intrication des problématiques, le sans-abrisme dépasse le manque de logement. Permettre à une personne d'avoir un « chez soi » est loin de résoudre l'entièreté du problème. L'absence de logement, c'est en effet aussi l'absence de domiciliation et la difficulté d'accès à l'aide sociale et aux mutuelles. Si des solutions existent, comme par exemple l'adresse de référence, ce ne sont souvent que des pis-aller, des bricolages bancals avec lesquels sans-abri et aidants sont occupés à longueur de journées. L'absence de logement, c'est aussi un univers social difficile à construire, dès lors que le « chez soi » et l'intime n'existent pas et que les relations de la rue peuvent y être aussi précaires que l'existence. L'absence de logement, c'est aussi une plus grande immuno-déficience à toutes sortes de problèmes de santé, par manque d'hygiène, de confort, de repos, d'équilibre alimentaire, etc. Ces carences mènent forcément à des problématiques physiques, et l'espérance de vie des personnes à la rue est inférieure de plusieurs dizaines d'années à celle de la population globale.

Mais elles amènent aussi une fêlure, on l'a dit. Une cassure. Des problématiques de santé mentale. Ou alors, ces problématiques de santé mentale génèrent les précarisations et les chutes à la rue. De la poule et de l'œuf, l'important n'est pas d'en connaître l'origine, mais d'en percevoir le cumul.

Car donc, un sans-abri cumule fréquemment ses difficultés sociales, avec des troubles d'ordre mental, des consommations de produits psychotropes, ou encore des complications somatiques. Si les professionnels témoignent d'une prévalence de plus en plus grande de troubles psychiatriques au sein de la population sans-abri, il peut s'agir de difficultés réactionnelles aux situations de grande pauvreté, de précarité et d'exclusion prolongée. Il peut aussi s'agir de difficultés causales. L'essentiel est que c'est la loi du quotidien, dans les dispositifs d'aide et de soins s'adressant à cette population. C'est aussi la règle dans d'autres dispositifs, plus généralistes, mais tout autant dépourvus par rapport aux situations de précarités sociale et mentale.

Patrick DECLERCK, auteur du livre *Les naufragés – Avec les clochards de Paris*²³⁷, a sans doute donné une description des plus anthropologiques de la population des sans-abri. Il décèle chez elle une souffrance tellement profonde, qu'elle en est presque intra-utérine, complètement innée. En réponse à une insupportable angoisse, la personne s'effondrerait, s'autodétruirait, dans la rue, dans l'alcool, dans certaines drogues, et dans d'autres remèdes anxiolytiques, en vérité.

Le profil de la personne sans-abri n'est donc pas univoque : la grande vulnérabilité sur le plan du logement cache des problématiques multiples et intriquées, générant souvent des spirales de précarisations. Les réponses ne sont alors pas aisées. Il ne suffit pas de mettre des lits à disposition de personnes à la rue, ni de les accueillir dans des hébergements d'urgence, là où ils ne peuvent être « chez eux ». Il ne suffit pas d'agir à l'égard des personnes qui sont déjà à la rue. Trop souvent, la réponse est émotionnelle, médiatique et prend la forme de quelques lits en plus. Trop souvent, elle se restreint à l'urgence et au curatif, comme si la perte de logement n'était ni prévisible, ni évitable. Trop souvent, elle est trop spécialisée ou pas assez adaptée. Trop souvent, elle est laissée à l'initiative du secteur de l'action sociale qui se heurte alors aux cloisons séparant les niveaux de pouvoir et les problématiques prises en charge.

1.2 Des prises en charge psychiatriques éminemment complexes

Dans le dialogue constant que le SMES-B (Santé Mentale & Exclusion Sociale – Belgique) mène avec le champ de l'aide et du soin à l'égard des plus précaires, il est largement fait état de cette brisure chez les personnes sans-abri. Cette brisure rend forcément l'aide et le soin d'autant plus difficile, puisqu'elle s'accompagne fréquemment du déni de la maladie physique ou psychiatrique, non seulement parce que les personnes sans-abri sont toutes occupées prioritairement à la satisfaction des besoins primaires, mais aussi à cause des conditions propres aux troubles psychotiques. Les professionnels de la santé mentale sont par conséquent évités et rejetés.

Ce n'est toutefois pas l'apanage de la grande précarité. C'est déjà observable dans la population liant les deux bouts bien que constamment sur le fil, frôlant les multiples chutes du quotidien.

Cela a forcément des conséquences sociales, notamment en termes de logement : l'accès et le maintien dans le logement privé mais aussi social, ne sont pas toujours aisés si le trouble psychiatrique entraîne des problèmes d'hygiène ou des troubles et des conflits de voisinage.

237 P. DECLERCK, *Les Naufragés: Avec les Clochards de Paris*, Pocket, 2003.

Le syndrome de Diogène qui a pris une place importante dans les débats et les interventions du secteur ces dernières années, en est un excellent exemple, puisqu'il se manifeste par une accumulation d'objets hétéroclites, parfois ramenés dans l'appartement en des amas tellement importants que le séjour même au sein du logement en devient compliqué. Il n'est pas rare qu'un travailleur social se soit résolu à aider la personne à faire le tri dans les objets accumulés. Ce syndrome s'accompagne d'une négligence parfois extrême de l'hygiène corporelle et domestique ; un déni de son état et une absence de toute honte ; un isolement social ; un refus d'aide concernant cet état ; une personnalité prémorbide, en l'occurrence soupçonneuse, astucieuse, distante, tendant à déformer la réalité.

Plus souvent, des hallucinations pourront entraîner des conflits de voisinage : l'entente de voix ou de bruits quelconques peut rapidement amener la personne à accuser son voisin d'être trop bruyant, voire de comploter. Ces difficultés se résolvent souvent par une solution radicale, à savoir l'expulsion de la personne de son logement.

Cela s'avère dramatique, lorsque cela concerne des personnes en risque de pauvreté, et le fait n'est pas rare, au sein des logements sociaux. Si les sociétés immobilières de logement social, ainsi que certaines agences immobilières sociales, disposent de ressources humaines compétentes pour ce qui concerne le suivi social de leurs locataires, ces professionnels peuvent rapidement se sentir dépourvus face à des problématiques davantage de l'ordre du trouble psychiatrique. N'ayant aucune prise sur un conflit de voisinage trop pollué et trop ancien pour être l'objet d'une médiation, l'expulsion s'avère être leur dernière solution, quand bien même ils la retardent au maximum. Le problème est que, si la personne s'avère vivre de manière précaire et constamment sur le fil, cette expulsion pourra la faire chuter dans des conditions de vie beaucoup plus difficiles.

Si des solutions peuvent être trouvées, telles que des interventions en amont des crises et des expulsions, cet exemple démontre l'importance et la rapidité de l'intrication des problématiques, entre situation administrative, accès à l'aide et aux soins, dont ceux relatifs à la prise en charge psychiatrique, à l'obtention d'un logement social et à d'autres encore.

Cela augure de réelles difficultés pour les travailleurs, impuissants devant la dégradation de personnes à la rue. La gestion de ces situations ne s'apprend plus dans les écoles, et ce quels que soient l'actualisation des cours et le professionnalisme des professeurs. On est là dans quelque chose de l'ordre du non

transmissible, si ce n'est entre les personnes ayant vécu de manière approfondie la confrontation avec ces problématiques. Il s'agit donc à nouveau de professions qu'on n'apprend plus sur les bancs des écoles, mais sur le tas, en prise directe avec le sujet, ces sujets mineurs et exclus de la société...

Car ces personnes souffrantes semblent avoir la très mauvaise habitude de résister, autant qu'elles le peuvent, à se laisser « transférer » vers les professionnels de la santé mentale. C'est comme si elles lâchaient difficilement la proie pour l'ombre, le soutien social pour l'aide psychologique. Dans ces déclinaisons-là, le passage d'un secteur à l'autre est alors toujours de notre fait professionnel, rarement du leur, occasionnellement seulement de leur demande.

C'est à la hauteur du drame de politiques sociales et de santé, pensées de manière sectorielle et où chaque acteur est amené à se cantonner à son petit lopin, son petit pré carré, son petit territoire d'intervention. C'est à la hauteur du drame de politiques publiques, pensées pour des publics particuliers, bien distincts, ne cumulant pas les problématiques : on a les sans-papiers d'un côté, les toxicomanes d'un autre, les sans-abri un peu plus loin, et d'autres encore, dans d'autres services répondant à d'autres agréments.

L'avantage, car il y en a, est que les politiques publiques peuvent alors développer une force de frappe impressionnante, pour ces publics particuliers. Oui, mais alors, qu'en est-il de la personne cumulant diverses problématiques ? Qu'en est-il de la personne précarisée d'un point de vue social *et* d'un point de vue mental. Car en vérité, les précarités contemporaines ne sont plus uniquement socio-économiques : elles sont aussi mentales, physiques, sociales, administratives... Autant la réalité est complexe, autant il faut user de mots polysémiques. L'encyclopédie en ligne Wikipedia définit la précarité comme « une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche », et se penche davantage sur diverses formes de précarité, telles que la précarité professionnelle, la précarité sociale, la précarité des conditions de vie, etc.

L'intrication des difficultés vécues par les plus précarisés n'est souvent pas prise en charge par des politiques généralistes. Ce sont des associations, extrêmement pertinentes, extrêmement novatrices, extrêmement diverses et souvent extrêmement précaires, qui vont au charbon et à la rencontre de ces personnes : de celles qui débordent dans nos rues et nos bouches de métro, mais aussi de celles bien cachées, bien discrètes dans des structures non agréées, dans des logements insalubres, dans des campings, dans des tentes, dans des voitures...

A la force de frappe de politiques publiques généralistes, vient en complément la flexibilité de milliers d'acteurs du social et de la santé, essentiels et cruciaux pour prendre en charge ceux qui ne répondent pas à une, mais à une multitude de problématiques.

1.3 Une Terra Incognita, un monde à explorer : l'intersection des pratiques

Quelques acteurs des secteurs du social et de la santé mentale se sont alors pris à rêver d'une rencontre professionnelle, concertante, régulière, vouée à l'exploration commune de ces marges, ou encore de ces bas de page dans lesquels s'accumulent ceux que les professionnels ont coutume de nommer les « cas difficiles » de ce no man's land pourtant bien habité.

Cet espace-frontière réunit des acteurs qui partagent une volonté de ne pas abandonner à la rue, à l'errance, ceux qui ne se laissent guère « enfermer » dans des « catégories » nosographiques conformes, sauf à la fameuse liste noire des réputés « intraitables ». Ils acceptent, ce faisant, de réformer, peut-être, leur conception de la « maladie mentale », à coup sûr les modalités d'entrée en contact et d'aide à ces personnes farouches et peu ou « mal » demandeuses de soins. Car, quand elles consentent à se fier à un interlocuteur, elles ont coutume d'adresser leur demande, ambiguë par essence, à ceux qui, de prime abord, ne sont pas en mesure d'y accéder ! Pis encore, elles tolèrent fort peu la référence à un supposé « spécialiste » : ne pas se laisser découper, pour ne pas voler en éclats, en tous les sens, au moindre risque d'intrusion douloureuse.

La clinique découlant de ces rencontres avec ces malades mentaux vivant aux confins de la cité présente une spécificité à nulle autre pareille. Mieux, des partages d'expériences entre les secteurs de la santé mentale et de l'aide sociale naîtront des espaces communs de nouvelles pratiques, des habitudes de « penser et agir de concert », des connivences au profit de clients un peu moins rejetés de part et d'autre de la frontière « psychosociale ».

La rencontre intense et cathartique des deux secteurs de la santé mentale et de l'aide sociale est à ce point fondatrice qu'ils n'auront de cesse de cultiver cette « croisée des chemins », car l'herbe s'avère plus verte à l'intersection.

1.4 Un exemple de pratique : le dispositif du SMES-B, interinstitutionnel, intersectoriel

C'est cette pratique intersectorielle que le SMES-B, récompensé par le Prix Fédéral 2010 de Lutte contre la Pauvreté, tente de généraliser. Le SMES-B consiste en un dispositif ouvert, en deux sens non pas antithétiques, mais bien synthétiques : vers la santé mentale et vers l'aide sociale. C'est un réseau, tout d'abord, parce que lieu d'échanges : informations, communications, transferts d'informations et publications sur le site Internet www.smes.be. Un réseau ensuite, parce que lieu de réflexions : rencontres, groupes de travail, débats, et arguments. Un réseau enfin, parce que lieu de partenariats horizontaux, asymétriques, voire fluctuants : logements sociaux, services de santé mentale, maisons d'accueil, et travailleurs de rue... et on en passe. Le SMES-B, dispositif réticulaire, donc... Mais dispositif centré sur trois « relais », points de départs et d'arrivées des liens multiples, croisés et décroisés, parfois ténus, mais que nous voulons toujours plus robustes.

Un relais clinique, tout d'abord, par la Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale. Car le problème à résoudre, c'est que les usagers auxquels nous pensons posent toutes leurs questions, montrent toutes leurs difficultés, à l'endroit même où ils sont, et non là où la cité et les professionnels aimeraient les voir posées ou montrées. Et, de même que certains dispositifs ont été développés pour permettre aux professionnels d'aller à leur rencontre afin d'établir un contact, un lien, une certaine alliance de travail, de même, l'évidence s'est imposée au SMES-B de ce que l'accès aux soins aux plus aliénés imposait une certaine mobilité, psychique et physique, entre les territoires des intervenants doublée d'une dimension de liaison entre eux. Mobile, la Cellule d'appui favorise donc la rencontre avec les professionnels dans leur lieu de travail et les usagers dans leur(s) lieu(x) de vie.

Toutefois, la Cellule d'appui n'est pas une antenne, ni une « ambulance » issue du secteur de la santé et qui interviendrait à l'appel du secteur social lorsqu'un usager serait « en perdition ». Elle est au contraire un dispositif venant compléter, autour de l'usager, et en contact avec lui, l'offre locale et actuelle : le *hic et nunc* socio-sanitaire mental propre à chaque usager, à chaque période de sa vie, et à chaque intervention. La Cellule d'appui construit, avec l'entière implication des professionnels impliqués, et cette fois avec l'usager, un scénario d'aide et de soins crédible pour toutes les parties. Elle aide à créer et maintenir dans le temps des liens entre les intervenants de toutes les instances

convoquées. Elle aide à créer un réseau sur mesure, excédant le temps de la crise, et redonnant ainsi à chacun une perspective sécurisante, au long cours.

Cette Cellule d'appui agit en deuxième ligne, en assumant une fonction de triangulation et de soutien aux travailleurs par la mobilisation et la valorisation de leurs ressources et de leurs compétences. Le soutien à l'utilisateur se fait donc au travers des professionnels « porte-parole/ressource de confiance ». Grâce à ce mode d'intervention, les travailleurs de première ligne, ainsi reliés et adossés à cet atelier mobile expérimentent des pratiques qu'ils n'avaient jusqu'alors qu'ébauchées (de trop loin ou trop peu de temps); ils ne sont plus seuls avec leurs questions et leurs craintes et ne travaillent plus sans filet ; ils peuvent enfin envisager de travailler cette situation dans le long terme, ensemble, même s'ils savent que ce terme sera probablement fractionné par l'histoire de l'utilisateur qui occupe leur intérêt.

La Cellule promeut enfin une sensibilisation accrue en santé mentale. L'objectif est d'augmenter les connaissances des travailleurs sociaux en la matière et d'induire une plus grande acceptation des problématiques de troubles psychiques, voire psychiatriques, par les institutions. Pour ce faire, la Cellule d'appui effectue des formations sur des thématiques en lien avec le travail des professionnels. Les séances de formation sont pensées comme des espaces de paroles où les travailleurs peuvent mettre en lien la théorie exposée avec ce qui se passe concrètement sur le terrain. La formation permet également de diffuser la philosophie de l'intersectorialité et le recours à des pratiques de réseau.

Les formations complètent les intervisions cliniques, moments de rencontre entre deux équipes : celle de l'institution demandeuse et celle des travailleurs de la Cellule d'appui. Les intervisions ont donc la particularité de réunir différents champs de compétences autour d'une situation particulière. Chaque équipe apporte ses connaissances et son expérience dans ses domaines d'action privilégiés. Ainsi, les moments d'intervision enrichissent la pratique de terrain de part et d'autre et permettent une ouverture vers d'autres types d'actions et de ressources.

En résumé, le relais clinique « Cellule d'appui », vise à :

- témoigner des impasses institutionnelles et (inter)sectorielles quant aux dispositifs d'aide et de soins ;
- développer et diffuser une clinique nouvelle, car intersectorielle, au sein de laquelle les intervenants se parent de l'adjectif « mobiles »: ils s'en vont travailler, poser leur modèle, sur le terrain des autres ;

- créer des espaces de rencontre et de créativité entre les différents secteurs et l’usager et mettre à jour des réponses concertées questionnant, voire bousculant, les pratiques pour les adapter à l’usager, et non le contraire ;
- éviter le morcellement de ce public marginalisé en autant d’intervenants, en créant des réseaux « sur mesure » pour une prise en charge globale et cohérente des personnes, quelles que soient leurs problématiques particulières ;
- favoriser la collaboration en mobilisant, sans s’y substituer, le réseau d’aide et de soins existant autour de la personne ;
- prévenir les situations de crise et d’exclusion, malgré la dérive sociale extrême et la discontinuité qui en découle et le cas échéant, assurer la prise en charge « en relais » le temps de (re)construire un réseau adapté ;
- *in fine*, faciliter l’accès à l’aide, aux soins, aux traitements, à l’hébergement et ainsi rendre effectifs des droits fondamentaux dont ces personnes sont particulièrement exclues.

Ce premier relais, clinique en l’occurrence, constitue le point de départ et d’arrivée de liens réticulaires, les connections se réalisant notamment avec un relais permettant le recul par rapport à la clinique : celui des interventions. L’intervision est une pratique classique des secteurs de l’aide sociale et de la santé mentale, elle l’est moins dans l’intersecteur socio-sanitaire mental.

Chaque mois, des groupes d’intervision réunissent quelques dizaines de professionnels des deux secteurs, et les invitent à penser ensemble leurs pratiques à l’adresse de ces usagers itinérants. Si l’intervision permet d’abord à l’intervenant de ne plus être seul à penser une histoire semblant excéder ses compétences, elle offre aussi aux pratiques de chacun une assise suffisamment large pour qu’elles s’autorisent des innovations.

En même temps que se partagent les habiletés, des liens se tissent qui fonderont, le moment venu, le support d’une intervention, d’une démarche, d’une véritable rencontre.

Les questions sont posées à chacun, en miroir : comment intervenir sans rompre le peu de liens laborieusement confectionnés ? Comment donner à l’usager rétif un statut de partenaire d’un projet de santé ? Comment soigner dans le lieu d’accueil, et/ou accueillir dans le lieu de soins ? Les groupes d’intervision, espace de travail permanent et propre à construire un discours, des représentations et des valeurs communes à propos de problématiques partagées, imposent la nécessité d’une *pratique d’intersection continuée*.

Cette nécessité est notamment portée au sein du troisième relais smessien : le relais réflexif, conscientisant, sensibilisant, et mobilisant les intervenants autour de grandes tendances problématiques. Il s'agit en l'occurrence des tables d'échange.

Si la Cellule d'appui est le lieu de l'intervention intersectorielle ; si l'intervention est le lieu réflexif alimentant les pratiques cliniques novatrices ; la table d'échange est le lieu de réflexion sur des phénomènes dépassant largement la clinique, mais l'influençant peu ou prou, selon la personne, sa période de vie et le moment même de l'intervention.

Ces tables d'échange sont des occasions de débats profonds, dépassant la clinique, mais à propos desquels les intervenants des secteurs concernés doivent se forger une opinion. Le sujet est pluriel, et on y étudiera, annuellement, aussi bien la pertinence et les limites des soins ambulatoires contraints, que les dilemmes posés par les structures d'hébergement non agréées.

Des structures d'hébergement non agréées, on en a traité en 2009 car, surtout à Bruxelles, alors que les places dans les structures d'accueil dûment agréées sont largement insuffisantes, d'autres lieux d'hébergement non agréés émergent et accueillent le même public très précarisé et en souffrance psychiatrique. Le secteur n'y est pas indifférent, mais carrément en dilemme : si, d'une part, ces structures n'offrent pas d'intervention à l'intérieur d'un cadre institutionnel et déontologique solide, et si certaines peuvent même prêter à de sérieuses réprobations quant aux règles d'hygiène, voire contractuelles avec leurs locataires, il n'en reste pas moins qu'elles satisfont, bon an mal an, un besoin primaire du public en question, en l'occurrence le logement. De cette table d'échange aura émergé un groupe de travail, visant à l'écriture de propositions législatives en la matière.

La table d'échange de 2010 s'est penchée sur la rencontre avec la personne sans-abri et ses problématiques de santé mentale. Et en 2012 et 2013, le SMES-B s'est penché sur les modalités et les difficultés propres à l'intersectorialité.

Ces phénomènes, ces tendances problématiques, posent de grandes questions, et les grandes questions mènent à de grands débats, auxquels sont conviés l'ensemble des acteurs de l'aide sociale et de la santé mentale. Une table d'échange est donc notamment basée sur ce qui ressort de la pratique des interventions de la Cellule d'appui mobile du SMES et des groupes d'intervention, mais envisagé sur un angle plus large.

La table d'échange constitue donc l'ultime relais de notre réseau, et le plus distant de la clinique, mais pas le moins déconnecté d'elle.

Et puis, il y a les projections. Car un réseau décloisonnant et évoluant dans l'intersecteur mouvant de l'aide sociale et de la santé mentale se doit d'être en permanente projection. Du point de vue méthodologique, les pratiques novatrices sont à soutenir et élargir ; du point de vue territorial, d'autres « zones » que celles investies par les sans-abri sont à investiguer ; et du point de vue du public, certaines populations nécessitent des interventions spécifiques, au moins à la marge.

La méthodologie de l'Outreach est, par exemple, déjà mise en pratique par la Cellule d'appui dans son quotidien. Elle consiste à aller vers la personne, tout en préservant les liens qu'elle entretient, peu ou prou, avec les institutions. Nous cherchons à présent à soutenir cette méthode, par des projets spécifiquement dédiés à cette intervention en amont et en prévention, avant que n'apparaisse la crise de la personne, ou le malaise du professionnel bloqué dans une intervention devenue inextricable. Nous cherchons même à rendre ce travail structurel, bénéficiaire de financements à durée indéterminée, permettant à la Cellule d'appui de sortir de la précarité dans laquelle elle est inscrite depuis plus de dix ans.

Du point de vue du territoire, le SMES-B s'est ouvert à la réalité des logements sociaux, dans un partenariat porteur avec le SASLS (Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux). Parce que si l'on pense l'exclusion sociale, non pas comme un état, mais comme un processus dynamique, force est de constater que des personnes fragilisées et précarisées, habitant en logement social, peuvent, au moindre accident de la vie, se retrouver en état d'exclusion. Et force est de reconnaître qu'une problématique de santé mentale peut rendre cet accident de la vie plus brutal et plus dommageable.

Ce partenariat avec le SASLS se décline particulièrement par le détachement d'une personne de ce service au sein de la Cellule d'appui ; à nouveau, le but est la percolation et l'interconnaissance, ici entre le SMES-B et les logements sociaux.

Et actuellement, le SMES-B est tout entier dédié à l'émergence d'un projet Housing First à Bruxelles et à la base du projet fédéral Housing First Belgium, permettant des prises en charge alternatives et directes de la rue au logement privé, pour des personnes sans-abri et connaissant des problématiques psychiatriques et d'assuétudes. Des personnes dont les précarités s'intriquent, à nouveau... C'est par l'intersection et l'innovation qu'elle sous-tend, que pourront être trouvées des réponses pertinentes aux précarités contemporaines, complexes et cumulées par essence.

1.5 Le projet « Psy 107 – Santé Précarité », une opportunité perdue ?

Comment dès lors penser l'accès aux soins de santé mentale, pour les populations les plus précaires ? Sans doute est-il opportun de réétudier rapidement l'histoire des réformes de la santé mentale, pour saisir l'opportunité, peut-être perdue, de la réinvention des soins à l'égard des plus démunis à l'occasion de la réforme belge : celle du « Psy 107 ».

Le Psy 107 prend place dans le large mouvement de « l'antipsychiatrie », né dans les années soixante, en Italie et en Grande-Bretagne. Ses premiers développements italiens furent notamment promus par Franco BASAGLIA, fervent partisan de la fermeture des asiles et de la prise en charge ambulatoire et qui révolutionna les soins dans l'institution de Gorizia, en bannissant les mesures de contention et en développant la thérapie institutionnelle qu'il avait pu observer dans la communauté thérapeutique de Maxwell JONES. Le principe fondateur des soins dans la cité était maintenant déterminé, et allait s'appliquer dans les prochaines réformes de santé mentale en Occident.

On sait en effet qu'en Europe, le nombre de psychiatres et d'infirmiers travaillant en santé mentale est beaucoup plus important qu'ailleurs dans le monde, y compris par rapport à l'Amérique du Nord. Ces chiffres s'avèrent encore davantage importants, si on s'intéresse aux cas de la France et de la Belgique, où les nombres de psychiatres, de lits et d'admissions par habitant s'avèrent parmi les plus élevés d'Europe. Les parts du budget de la santé, spécifiquement dédiées à la santé mentale, y sont aussi parmi les plus conséquentes, et ce alors que la France et la Belgique sont toutes deux prises dans des difficultés financières relativement importantes.

Lors de sa Conférence d'Helsinki, en 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé a donc établi les recommandations suivantes, à l'égard des soins en Europe :

- mise en place de services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité ;
- mise en place d'équipes spécialisées pour traiter les groupes sensibles dans leurs milieux. Ces services devraient être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ils devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile ;
- offre de services résidentiels ;
- offre de services de prise en charge des urgences, assurés par des équipes d'urgence mobiles ou rattachées aux hôpitaux ;

- promotion, prévention et information, quant aux problématiques de santé mentale et à l'offre de soins ;
- établissement de relations avec les services de santé primaire et les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux ;
- activités de recherche et de formation en santé mentale communautaire ;
- liaisons intersectorielles : santé, protection sociale, emploi, logement, justice, éducation, loisirs...

Au modèle hospitalo-centré du vingtième siècle, autour duquel se greffaient les secteurs ambulatoire, de santé primaire et les infirmiers psychiatriques, émerge donc un modèle beaucoup plus complexe et dispersé, multi-pôles, où l'équipe de santé mentale communautaire prend un rôle prépondérant en termes de coordination de soins. C'est elle qui se retrouve à l'intersection des prises en charge entre notamment le maintien à domicile, l'hospitalisation aiguë, la réinsertion sociale, l'offre résidentielle, le self-help, etc.

En France, les réformes de santé mentale ont dès lors été appliquées par la politique des secteurs : chaque secteur compte une multitude et une diversité de soins intégrés dans la cité, l'objectif fondamental étant de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, en le traitant à un stade précoce, et en assurant une postcure évitant les hospitalisations multiples. L'hospitalisation ne peut donc représenter qu'un temps de la prise en charge, des structures extrahospitalières devant prendre le relais, avec toutefois une même équipe assurant le travail intra et extrahospitalier.

Concrètement, cela impose de travailler ensemble et d'organiser les services, avec les médecins de famille, les familles et les proches et les usagers. Plus largement, cela exige même un large effort d'intégration dans la communauté de tous les services de psychiatrie, et plus spécifiquement du malade lui-même, devant être reconnu comme pleinement citoyen. La sensibilisation des élus locaux, en plus des habitants et des professionnels de soins, constitue un élément fondateur de la politique de soins en secteurs. L'organisation des soins de proximité adaptés, intégrés dans la cité, intersectoriels et liés à des actions d'information et de prévention locales, a alors un effet direct sur les facteurs de risque liés à la stigmatisation. Elle aide à l'accès et à la continuité des soins, et limite l'exposition des usagers à la victimisation, à l'exclusion et au repli.

La Belgique s'est aussi résolument placée dans la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale, et ce par la Réforme dite « de l'article 107 ». Cette réforme s'organise dans un contexte où le recours à l'hospitalisation sous contrainte est parfois jugé trop important. Il est en tout cas objectif de reconnaître que

le nombre d'hospitalisations psychiatriques par habitant y est plus conséquent que dans la plupart des pays occidentaux. On peut donc penser que cette réforme a encore une fois tout son sens, même si elle arrive de manière tardive.

Concrètement, elle s'organise par le gel de lits hospitaliers pour des patients chroniques : l'argent qui n'est plus alloué à ces lits est alors réinvesti dans des équipes mobiles, inscrites dans la cité, et ayant pour mission de développer les soins en ambulatoire.

Après le lancement d'un appel à projets en 2010, dix d'entre eux ont été retenus pour mettre en place la réforme dans différentes régions de Belgique. Chaque projet « Psy 107 » devait répondre aux cinq fonctions suivantes :

- activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic ;
- équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques ;
- équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ;
- unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;
- formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

La réforme « Psy 107 » vise donc à fournir une offre de soins en santé mentale au plus proche des besoins des personnes présentant des troubles psychiques en privilégiant l'aide apportée sur les lieux où résident ces personnes, dans un territoire donné. En fonction des acteurs en présence, il s'agit de diversifier et d'adapter l'offre aux besoins de cette population par la mise en réseau des ressources, l'adaptation optimale de celles-ci, l'intensification de certaines procédures et la mise sur pied de dispositifs innovants.

Les partenaires du projet de Réseau « Psy 107 Santé – Précarité » se sont emparés de cette réforme comme d'une véritable opportunité de répondre à des difficultés qu'ils rencontrent depuis longtemps dans la mise en place de « trajets de soins concertés » pour les plus vulnérables et les plus précaires, difficultés qu'ils tentent de résoudre malgré la précarité de leurs moyens. Pour la plupart d'entre eux, ils se connaissent, connaissent la qualité de leur travail respectif, et aussi leur limite. Cette réforme leur a permis d'espérer voir augmenter la qualité des soins et des aides qu'ils fournissent à un public peinant à trouver une réponse à leur demande.

Les partenaires ont choisi de concentrer leur attention sur la population extrêmement vulnérable et précarisée, pour laquelle le travail en réseau est vital dans les lieux mêmes où elle vit et où elle bénéficie des aides.

Il faut se rappeler qu'en ce qui concerne la santé mentale, le secteur hospitalier bruxellois se situe en deçà des normes de programmation et l'hospitalisation d'un patient, surtout en urgence, constitue un véritable parcours du combattant, même à partir des services d'urgences psychiatriques. Les listes d'attente sont la règle en ce qui concerne les admissions dans un lit psychiatrique et même, parfois, lorsqu'il s'agit d'un premier rendez-vous en service de santé mentale. Enfin, s'agissant de patients qui cumulent, en des cercles de plus en plus « vicieux », des problèmes d'exclusion sociale et des pathologies somatiques chroniques, l'expérience montre que leur adhésion à une prise en charge fondée sur des consultations sur rendez-vous régulier est très difficile à maintenir dans la durée, qu'il s'agisse du secteur de la santé mentale ou de la médecine générale et spécialisée. Les places en habitation protégée ou en maison de soins psychiatriques sont, quant à elles, proprement inaccessibles en un délai inférieur à un an.

Il n'est donc guère étonnant que nombre de ces patients se trouvent aujourd'hui, à Bruxelles, dans des lieux de vie à première vue inappropriés à leur état : hospitalisation pour raisons sociales, maisons d'accueil, agréées ou non, maisons de repos et de soins, voire même à la rue. Faute d'accès aux soins spécialisés, ils développent des tableaux que les professionnels de première ligne et généralistes ne peuvent prendre en charge, d'où le recours réitéré aux urgences.

Ces doubles ou triples diagnostics psycho-médico-sociaux s'auto-entretiennent et constituent des obstacles difficiles à surmonter sans l'intervention proactive, concertée et transversale de nombreux acteurs de secteurs voisins : santé mentale, toxicomanie, médecine générale et spécialisée, social, hospitalier et ambulatoire.

Ce sont ces acteurs qui se sont retrouvés dans le projet « Psy 107 Santé – Précarité », autour d'un constat fédérateur, en l'occurrence que l'accès aux soins de santé mentale (ambulatoires, en urgence, au long cours, en hospitalisation) est devenu très problématique pour les patients qui cumulent précarité sociale et/ou problèmes somatiques chroniques.

Ces difficultés tiennent autant aux caractéristiques des sujets et leurs pathologies complexes et chroniques, qu'à leurs conditions d'existence, leur exclusion sociale, leur non-couverture assurantielle, ou encore à des obstacles d'ordre institutionnel. Puisque des obstacles de nature sociale se conjuguent donc à des obstacles de nature psychique et des obstacles institutionnels, le projet « Psy 107

Santé – Précarité » a été le produit d'une réflexion menée par des acteurs coutumiers de se rencontrer autour de ces patients complexes mais aussi de penser sans complaisance les dysfonctionnements du système d'aide et de soins, et de tenter de produire des réponses innovantes pour pallier aux manques et aux impasses.

Malheureusement, le projet « Psy 107 Santé – Précarité » n'a pas convaincu les autorités, et ce principalement parce que le prisme posé sur les personnes précarisées, socialement et mentalement, détournait la réforme 107 de son objectif de s'adresser à la population générale. Si l'occasion a été donnée à ces partenaires de revoir leur projet, ils ont préféré conserver leur postulat, en l'occurrence le fait que toute disposition générale profite avant tout aux populations aisées ou à la classe moyenne, au détriment des plus précaires. Concrètement, s'il s'avère crucial que le recours en soins de santé mentale soit largement déshospitalisé, il est tout aussi nécessaire de penser aux populations les plus vulnérables. Pour chaque nouveau dispositif, ce sont eux qui restent sur le pas de la porte, en retrait et donc toujours en besoin. En termes d'accès à l'aide sociale et aux soins de santé, la discrimination positive s'avère la condition *sine qua non* pour que chacun jouisse d'un accès identique aux autres. C'est malheureusement l'enjeu que les partenaires n'ont pas pu suffisamment démontrer, à ceux qui portaient la réforme de la santé mentale en Belgique.

1.6 Le Housing First, une nouvelle opportunité...

Heureusement, d'autres opportunités existent de mises en réseaux de dispositifs sociaux et de santé autour des personnes grandement précaires. Si on peut réellement regretter que le secteur de la santé n'ait pas compris l'enjeu de la discrimination positive en santé mentale, on peut se consoler par d'autres opportunités existantes.

La principale d'entre elles est sans nul doute le Housing First. L'approche du Housing First propose une sortie immédiate de la rue par le logement permanent, sans passer par la case réadaptation. Le logement est ici considéré comme un droit fondamental pour tous et comme la condition première au rétablissement de la personne anciennement sans-abri ; il apporte une stabilité et une sécurité nécessaire qui permettent aux services travaillant autour de la personne d'être plus efficaces. Ce modèle ne se limite pourtant pas à fournir un logement : il met en place, sur mesure, un accompagnement adapté aux besoins de chaque personne. Les personnes sans-abri sont ici considérées comme capables de vivre dans un logement autonome, pour autant qu'un accompagnement adapté soit proposé.

Surtout, le Housing First appelle tout naturellement à la mise en réseaux de partenaires diversifiés, chacun pouvant répondre à une partie des problématiques vécues par des personnes cumulant et intriquant de multiples formes de précarités. C'est là que le Housing First peut éventuellement remplacer, un tant soit peu, la philosophie d'aide et de soins que nous n'avons pas pu appliquer dans le cadre de la réforme de la santé mentale.

Le SMES-B est en effet à l'initiative du projet Housing First Belgium et de son pendant bruxellois, Housing First Brussels. Expérience pilote de deux ans, le Housing First Belgium regroupe des tentatives de mises en place et des projets déjà bien assis de Housing First, dans différentes villes du pays. Dans le cadre du Housing First Brussels, spécifiquement dédié à une population cumulant sans-abrisme, trouble psychiatrique et assuétudes, c'est un partenariat fort qui est en train d'être mis en place, transcendant les frontières des secteurs en réunissant des dispositifs issus du travail de rue, de l'accueil du sans-abri, des centres publics d'action sociale, de la santé mentale, de la toxicomanie, de l'hospitalier, du logement social, et sans doute d'autres encore, à venir et à agréger.

L'opportunité est grande, donc, de réaliser un dispositif interinstitutionnel et intersectoriel, permettant de répondre au mieux aux besoins d'une population qui n'est pas seulement sans-abri, mais qui est aussi fréquemment atteinte de troubles psychiatriques, d'assuétudes, de problématiques somatiques, etc.

2. Conclusion

En Belgique, nous pouvons être heureux que l'accès aux soins de santé mentale soit largement démocratique. Le problème émerge toutefois du fait qu'à tout dispositif généraliste ouvert à tous, correspond un seuil d'accès pour les plus précarisés. Ainsi, si indéniablement, l'accès aux services de santé mentale est aisé pour la plupart d'entre nous, indéniablement aussi il est nettement plus complexe pour ceux qui cumulent d'importantes difficultés.

L'accès aux soins de santé mentale n'est donc pas seulement affaire d'actes et de forfaits, et de mise en ordre administrative. Il est aussi l'objet de seuils, souvent inconscients mais aux effets bien palpables. Parce que l'ouverture des services n'empêche pas que certains restent à la porte, il s'agit pour les professionnels de sortir de leurs bureaux, de sortir de leurs institutions, et même de sortir de leurs décrets, pour aller à la rencontre des plus démunis et des professionnels déjà présents à leurs côtés.

Les précarités s'élargissent, s'approfondissent et s'intriquent, et la réalité d'un fossé entre les dispositifs d'aide et de soins et la population la plus précaire saute aux yeux. Une réponse, centrale toutefois, doit consister en une réelle

discrimination positive, cette discrimination positive devant prendre des accents et des déclinaisons radicaux et humains, pragmatiques et idéaux.

Cette discrimination positive doit se traduire par de l'« outreach »: sortir de son institution, aller vers et ne plus attendre la personne précarisée. Renouveler sa rencontre avec elle.

Le programme peut être déstabilisant et vague ; aux yeux du SMES-B et d'acteurs proches de la précarité, il est pourtant le plus pragmatique qui soit...

Vignette clinique permettant de mieux appréhender la méthodologie de la cellule d'appui : Albert

En juin, un travailleur de rue d'un service bruxellois fait appel à la cellule afin qu'une rencontre s'organise concernant Albert, 53 ans, vivant en rue depuis 6 ans. La raison de cette demande porte sur l'inquiétude des travailleurs de rue à l'égard de l'état de santé très précaire de ce monsieur. En effet, il est très souvent ivre et présente des troubles de la mémoire à un point tel qu'il ne reconnaît pas les travailleurs qu'il voit pourtant fréquemment. L'objectif de cette intervention serait de trouver une solution d'hébergement avant l'arrivée de l'hiver.

Il est convenu de rencontrer Albert ensemble afin de travailler avec lui le fait d'intégrer une structure appropriée. Notre psychologue, accompagné d'un travailleur de rue, le rencontre donc en juillet. On peut le trouver à un endroit précis, au centre de la ville. Nous apprenons lors de cette rencontre qu'il dort parfois dans un centre d'accueil de nuit mais uniquement quand le personnel de ce centre le lui propose, jamais de sa propre initiative.

Quelque temps après, Albert est orienté via les urgences d'un hôpital dans une unité gériatrique où nous le rencontrons à nouveau, toujours accompagné d'un travailleur de rue. Les raisons de cette hospitalisation sont, en plus de son alcoolisme, son besoin de soins médicaux, notamment le traitement de la gale, ainsi que d'une série d'examen complémentaires qui révéleront qu'il a été victime de coups et blessures à plusieurs reprises.

Lors de cette entrevue, il semble perdu, sa notion du temps est altérée et il exprime son envie de quitter le service dans lequel il se trouve et ceci, le plus rapidement possible. Nous prenons alors contact avec l'assistante sociale de l'unité gériatrique et prévoyons avec elle la remise en ordre de sa mutuelle ainsi que de sa situation sociale globale. Un contact entre le médecin traitant de ce service et notre médecin psychiatre confirme l'état de santé fragile d'Albert. En effet, un retour en rue lui serait sans doute fatal. Une cure de désintoxication lui est proposée mais est très vite remise en question par son désir pressant de quitter l'unité. Une mesure de mise en observation est alors envisagée mais une erreur administrative empêchera cette mesure d'aboutir. Un deuxième essai n'est pas envisagé étant donné l'amélioration de l'état de santé général du patient.

Si l'équipe de l'unité nous communique qu'elle n'est pas en mesure de garder le patient plus longtemps contre sa volonté, alors que tous les soins médicaux nécessaires lui ont été prodigués, elle se montre néanmoins prête à l'admettre de nouveau si cela s'avère nécessaire.

La Cellule d'appui et l'assistante sociale de l'unité prennent alors contact avec une maison de repos. Nous proposons à Albert d'aller visiter cet endroit afin qu'il puisse nous donner sa réponse par la suite. En plus de cette visite, nous organisons un entretien entre le responsable de l'institution concernée, l'assistante sociale de l'unité gériatrique, le patient et nous-mêmes. Il nous montre d'emblée sa résistance à l'idée d'être enfermé. Ceci nous amène à renégocier un entretien ultérieur avec le responsable auquel viendront s'y adjoindre les travailleurs de rue. Finalement, il accepte de faire une période d'essai. Etant donné qu'il est très sensible au fait de pouvoir rester libre de ses allées et venues, nous avons négocié qu'il puisse effectivement quitter la maison de repos quand il le désirait dans les limites du règlement institutionnel.

Quelque temps plus tard, Albert est prié de quitter la maison de repos en raison de son comportement agressif. Après un court séjour en rue, il est de nouveau admis au sein de l'unité gériatrique dans laquelle il avait été hospitalisé auparavant mais où un règlement plus strict que lors de son précédent passage lui est imposé par l'assistante sociale (respect des horaires, gestion de son alcoolisme, etc.).

Pendant un certain laps de temps, notre service n'aura plus de contact direct avec lui. Les travailleurs de rue quant à eux, maintiennent ce lien.

En juin de l'année suivante, le patient sera vivement encouragé à quitter les lieux étant donné sa propension à ne pas respecter les règles de la maison. Il retourne donc dans la rue. En octobre qui suit, les travailleurs de rue font de nouveau appel à la Cellule d'appui car l'hiver approche et sa santé, qui s'était améliorée avec son hospitalisation, se dégrade fortement.

Quand nous le rencontrons alors, il ne se souvient ni de nous, ni des travailleurs de rue ; il apparaît inerte jusqu'à ne plus être capable de marcher. Notre psychologue décide de reprendre contact avec l'unité gériatrique qui refuse de le ré-hospitaliser et préconise un lieu plus adapté où le règlement serait plus souple. Une deuxième tentative auprès du médecin de l'unité est faite par le médecin-psychiatre de notre service. Il en ressort qu'Albert peut réintégrer l'unité mais à condition qu'il soit orienté par les urgences d'un hôpital général. Nous faisons part de cette donnée aux travailleurs de rue et nous nous voyons donc contraints d'attendre que le patient soit dans un état grave pour pouvoir faire appel aux urgences.

Durant l'hiver, une réunion s'organise entre la Cellule d'appui et les travailleurs de rue qui semblent avoir trouvé une structure privée plus adaptée à la personnalité et à la problématique d'Albert. Celui-ci accepte sans trop de difficultés d'intégrer cette pension mais ses importants troubles de la mémoire entraînent qu'il ne se souvient plus qu'il y est hébergé et donc n'y revient pas quand il part se promener. Ce sont les travailleurs de rue qui, à diverses reprises, le retrouvent en rue et tentent de le ramener dans son logement. De commun accord avec les travailleurs de rue, il est décidé que nous partagions la tâche de le retrouver et de le reconduire. Nous faisons le souhait qu'à la force de notre détermination, il finira par s'accrocher à cette structure et à en mémoriser l'adresse.

Par ailleurs, la cellule garantit à la structure d'accueil le suivi de ce patient tant à un niveau psychologique que médical. Nous prenons également contact avec son administrateur de biens afin d'avoir la garantie du paiement régulier de son hébergement.

En décembre, alors qu'il a de nouveau quitté le lieu qui l'accueillait, son responsable nous fait part des difficultés de l'équipe à travailler avec cet usager. Ses absences récurrentes pendant plusieurs jours, son alcoolisme ainsi que des problèmes de cohabitation, sont autant de facteurs qui expliquent que la pension où le patient vit demande à ce que celui-ci soit suivi psychiatriquement avant d'être réadmissible chez eux.

Les travailleurs de rue et la Cellule d'appui rencontrent alors les travailleurs de la pension afin de redéfinir leur suivi respectif. Pour nous, il faut faire preuve de plus de persévérance avant d'envisager d'exclure Albert à nouveau de cette structure. Cette dernière accepte de le reprendre et, pendant deux mois, le patient y reste de manière régulière et son état de santé s'améliore considérablement.

Le médecin-psychiatre de notre service le rencontre durant cette période, parvient à obtenir des renseignements anamnétiques inconnus jusqu'alors et lui prescrit des vitamines B.

Au début du mois d'avril suivant, nous apprenons par les travailleurs de rue qu'Albert a quitté la pension quinze jours auparavant. Un mois après cette « escapade », la structure nous informe qu'il est revenu. Ce sera la première fois qu'il réintègrera son logement de sa propre initiative.

Cette intervention sur le long terme a suscité chez nous des réflexions portant sur trois axes.

Tout d'abord, la question de la demande ressort de la vignette précitée. Albert, comme une grande partie des usagers de la Cellule d'appui, n'a, à la base, exprimé aucune demande. Celle-ci émanait clairement de l'équipe des travailleurs de rue qui a fait appel à notre service. À divers moments de ce suivi, les différents intervenants se sont heurtés au fait qu'il démontrait par ses actes que ce qui avait été mis en place n'était pas adapté à ses souhaits (ou possibilités) mais bien à ceux des professionnels. Dès lors, même s'il est clair que notre méthodologie de travail indique que nous n'intervenons que sur la base de la demande d'un professionnel, nous devons dans la plupart des situations

nous confronter au décalage entre les différentes demandes. Entre en jeu alors un travail à effectuer autour de ces demandes, qui consiste à faire se rencontrer les attentes et désirs éventuels de l'usager avec les inquiétudes et contraintes institutionnelles des travailleurs. Cette renégociation de la demande peut déboucher sur un remodelage partiel de celle-ci, voire à sa redéfinition complète. Cette problématique de la demande nous amène au second axe de notre réflexion, à savoir la question de l'urgence.

Il est évident que pour pouvoir cerner les attentes de l'usager, que celles-ci soient exprimées sous la forme d'une demande ou pas, il convient de créer une véritable relation avec celui-ci. Or, établir une relation authentique n'est envisageable que dans une perspective à moyen ou long terme, d'autant plus quand le partenaire de cette relation vit une précarité importante, avec toute la méfiance et la désillusion que cela implique.

Pourtant, il n'est pas rare que les professionnels fassent appel à nous quand ils se sentent eux-mêmes pris dans une certaine urgence. Urgence qui, dans le cas d'Albert nous a été exprimée à un niveau tant psychologique et social que médical. La difficulté avec cette notion d'urgence est qu'il n'existe pas de consensus permettant de la définir de manière unanime. Ce qui revient à dire que chaque secteur de travail avec lesquels nous collaborons appréhende l'urgence avec une logique qui leur est propre. Etant conscients de ce fait, nous avons choisi qu'au lieu de « coller » à cette urgence en agissant dans la précipitation, et ainsi risquer de ne pas tisser de lien avec l'usager, nous préférons prendre le temps de créer la relation, d'analyser les desiderata des différents protagonistes et d'élaborer un projet commun à ceux-ci et à notre service. Relativiser l'urgence est parfois la première étape à franchir avant d'entamer toute intervention.

Enfin, le dernier point sur lequel il nous apparaît indispensable de nous arrêter et dont le cas d'Albert en est une illustration, est celui du travail de collaboration entre professionnels. Loin d'être évident, le travail en réseau est pourtant essentiel pour parvenir à accompagner un usager de la manière la plus adéquate possible. Entre en ligne de compte la personne elle-même avec sa ou ses problématiques, son histoire, ses désirs ou non-désirs ainsi que chaque professionnel intervenant dans la situation donnée, avec sa philosophie de travail propre mais aussi celle de l'institution dont il émane. Sans oublier d'ajouter à ceci nos propres modalités de travail avec toutes les spécificités que cela implique. Pour parvenir à une cohérence dans tout ceci, nous avons jugé plus qu'utile de mettre en place des rencontres fréquentes entre les différents protagonistes gravitant autour d'une situation. Et, au-delà de ces réunions ciblées autour d'un usager, nous tentons de maintenir un contact régulier avec les institutions du réseau.

CHAPITRE 4

DISPOSITIFS, MESURES ET INITIATIVES FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS, À LA SANTÉ

A. Contexte	325
B. L'assurance-maladie	327
C. Conclusion	338

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et Leila MARON (Union Nationale des Mutualités Socialistes)

Résumé

En Belgique, toute une série de dispositifs existent pour favoriser l'accessibilité financière aux soins pour les personnes plus vulnérables. Il s'agit de mesures ciblées sur les ménages à faibles revenus, comme l'intervention majorée ou le tiers payant social, ou sur les ménages ayant des dépenses importantes en matière de soins, comme le maximum à facturer (MAF) ou le forfait de soins. Un travail a également été fait sur l'offre de soins et de services. Le système des maisons médicales en est un bon exemple. Il n'empêche qu'il faut encore aller plus loin pour permettre une accessibilité financière optimale pour chacun. On observe en effet qu'une frange importante de la population reporte leurs soins.

A. CONTEXTE

En Belgique, toute une série de dispositifs existent pour favoriser l'accessibilité financière aux soins pour les personnes plus vulnérables, du point de vue de leur revenu mais également de leur état de santé. Ainsi, pour les ménages à faibles revenus, deux mécanismes interviennent: l'intervention majorée et le tiers payant social. Pour les ménages qui accumulent des dépenses de soins de santé élevées et pour les malades chroniques, des dispositifs sont également prévus tels que le maximum à facturer et les interventions spécifiques pour les malades chroniques.

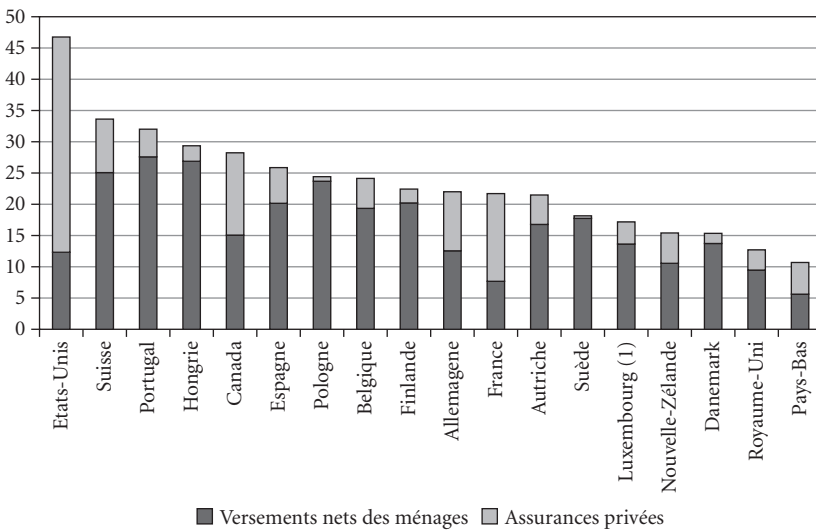
Au sein de l'assurance maladie obligatoire, ces mesures de sélectivité ont progressivement été introduites pour pallier au fait qu'elle ne couvre que partiellement les coûts en matière de santé (en moyenne 75 %), ce qui constitue un réel problème pour les populations plus vulnérables.

En outre, d'autres dispositifs prévoyant des avantages financiers pour le patient ont été mis en place tels que le dossier médical global et les maisons médicales au forfait ou encore d'autres mesures ayant pour objectif de maîtriser les prix et les suppléments facturés aux patients. Des mécanismes ont également été développés pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie tels que l'aide médicale urgente.

Malgré ces différents dispositifs et mesures, la part à charge du patient (ticket modérateur, suppléments et soins non pris en charge par l'assurance soins

de santé) reste élevée comparé à d'autres pays européens. Le patient paye, en moyenne, près de 25 % (versements nets et primes pour les assurances privées) des dépenses totales de santé (voir graphique ci-dessous). Cette part relativement importante a un impact sur la consommation de soins, surtout en temps de crise. En effet, après une augmentation continue des dépenses en matière de soins de santé²³⁸ ces dix dernières années (+3,8 % par an hors inflation), on observe un ralentissement de la croissance annuelle des dépenses à partir de 2010 (+1,6 % sur la période 2009-2012). Ce tassement est en partie lié à la crise économique qui a eu un impact négatif sur la consommation de soins.

Graphique : Versements nets des ménages et assurance privée en % des dépenses totales de santé, 2010



Source: Eco santé 2012

238 La principale cause de cette augmentation est la hausse des prix, aussi bien au niveau des honoraires et des salaires des prestataires de soins qu'au niveau de la technologie médicale. En outre, les possibilités de la médecine se multiplient et l'offre s'élargit. Chaque année, de nouveaux médicaments et de nouvelles prestations sont remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire et l'offre de soins se diversifie. Enfin, le vieillissement entraîne un besoin de soins de santé plus important et souvent prolongé. La forte augmentation des dépenses est donc une conséquence naturelle du développement économique.

B. L'assurance-maladie²³⁹

1. L'intervention majorée

L'intervention majorée (IM) permet à certaines catégories de bénéficiaires de payer des **tickets modérateurs inférieurs** (ou, autrement dit, d'être mieux remboursés) pour la plupart des soins médicaux (pour une hospitalisation, la consultation d'un médecin, les médicaments...). On parle également parfois de « régime préférentiel ». Les bénéficiaires de l'IM sont **également mieux protégés contre les suppléments hospitaliers**. On ne peut ainsi jamais demander de suppléments de chambre ou d'honoraires pour un séjour en chambre double ou en chambre commune. Les bénéficiaires de l'IM peuvent de plus bénéficier du maximum à facturer (MAF) social et de l'application du tiers payant. Au 31 décembre 2010, 1.768.000 assurés sociaux bénéficiaient de l'IM, soit 16,2 % de la population belge.

Nous pouvons identifier deux types de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

1. Les propriétés suivantes donnent automatiquement le droit de bénéficier de l'IM:
 - **revenu d'insertion ou soutien financier du CPAS** (3 mois ininterrompus ou 6 mois interrompus au cours d'une période de 12 mois consécutifs);
 - **revenu garanti aux personnes âgées (RGPA) ou garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)**;
 - **allocations aux personnes handicapées** (allocation de remplacement de revenu et allocation d'intégration ou d'aide aux personnes âgées)²⁴⁰;
 - les **mineurs étrangers non accompagnés (MENA)** bénéficiant du droit aux prestations de santé;
 - les **enfants atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %** (fixée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale).

239 [Http://www.inami.fgov.be/homefr.htm](http://www.inami.fgov.be/homefr.htm).

240 Dans le cadre de la réforme de l'IM au 1^{er} janvier 2014, les orphelins bénéficieront également automatiquement de l'IM. Par ailleurs, il est prévu que seuls les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées sans abattement sur les revenus du conjoint aient un droit automatique à l'IM. Ceux avec abattement sur les revenus du conjoint seront exclus du droit automatique à l'IM et transférés dans le groupe de bénéficiaires de l'IM avec un contrôle sur les revenus. La plupart de ces personnes risquent donc de perdre leur droit à l'IM. Des discussions sont actuellement en cours entre les mutuelles et la ministre de la Santé afin de trouver une solution à ce problème.

2. Les personnes suivantes peuvent faire appel à l'IM:

- les **catégories VIPO**, c'est-à-dire: veufs et veuves, invalides (après 1 an d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance maladie), pensionnés, orphelins;
- les **fonctionnaires qui atteignent la période de 1 an de disponibilité** (s'ils peuvent présenter une attestation délivrée par l'administration qui les emploie);
- les **résidents en Belgique (REB)** à partir de 65 ans;
- les **handicapés sans allocation**;
- les **chômeurs de longue durée** (au moins 1 an de chômage complet);
- les **familles monoparentales** qui sont composées d'un seul titulaire et des enfants à sa charge sur son carnet de mutuelle;
- les bénéficiaires d'une allocation de chauffage (fonds mazout catégories 2 et 3);
- les **membres d'une communauté religieuse** à partir de 65 ans.

Pour les personnes ci-dessus, une condition de revenus doit être remplie pour bénéficier de l'IM: le revenu familial imposable ne peut excéder, à la date du 1^{er} décembre 2012, 16.632,81 euros, majoré de 3.079,19 euros par personne supplémentaire dans le ménage.

2. **Le statut OMNIO**

Introduit depuis le 1^{er} avril 2007, il permet l'octroi de l'intervention majorée à des ménages à faibles revenus n'entrant jusque-là pas en considération pour l'IM. **Ce n'est pas un droit automatique: il faut le demander.**

OMNIO est un droit familial:

- lors de la demande du statut OMNIO, on prend en compte le **ménage de fait** le 1^{er} janvier de l'année de la demande. Par « ménage de fait », on entend la famille du registre national, c.-à-d. toutes les personnes qui vivent sous le même toit (même sans lien de parenté), sur la base des données du registre national des personnes physiques;
- les **personnes en situation de dépendance, les malades chroniques peuvent choisir de constituer une famille distincte** pour l'application du droit OMNIO pour une certaine année calendrier (ce qu'on appelle l'option « opting out »).

Pour bénéficier du statut OMNIO, le revenu familial brut imposable de l'année calendrier précédant l'année de la demande doit être inférieur, en 2013,

à 16.306,86 euros, augmenté de 3.018,84 euros par membre du ménage autre que le demandeur du statut.

La réforme de l'IM, prévue au 1^{er} janvier 2014, prévoit que les deux statuts (BIM et OMNIO) soient intégrés dans un statut unique: le statut BIM.

3. **Le tiers payant social**

On entend par régime du tiers payant, le mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement de l'organisme assureur (la mutuelle) auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. En d'autres mots, **le patient ne doit pas avancer les frais liés aux dépenses de santé**, il paie uniquement le ticket modérateur.

Normalement, un médecin ne peut pas appliquer le régime du tiers payant pour des consultations, visites et avis. Il y a toutefois des exceptions, c'est le régime du tiers payant social:

1. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée;
2. pour les personnes dont les revenus bruts imposables ne sont pas supérieurs au montant minimum de survie;
3. pour les bénéficiaires d'allocations familiales majorées;
4. pour les chômeurs complets indemnisés depuis 6 mois avec charge de famille ou isolés;
5. pour les bénéficiaires de soins médicaux en maison médicale;
6. en cas de situation occasionnelle de détresse financière;
7. en cas de décès ou pour des personnes dans le coma;
8. en cas d'admission dans un centre de santé mentale, dans un centre de planning familial ou centre d'accueil pour toxicomanes;
9. pour une admission dans un centre spécialisé dans les soins pour enfants, personnes âgées ou moins valides.

Depuis le 1^{er} juillet 2011, sont entrées en vigueur toute une série de modifications prévoyant une **simplification administrative et un remboursement accéléré pour les médecins généralistes**²⁴¹. Cette rapidité de paiement devrait favoriser l'application du tiers payant pour les patients avec de faibles revenus.

241 Ce nouveau régime prévoit que les mutualités paient dans les 30 jours suivant la date de réception d'un état récapitulatif bien spécifique.

En contrepartie, les médecins généralistes conventionnés se sont engagés à appliquer le tiers payant social pour toutes les prestations de consultations pour les personnes socio-économiquement défavorisées et ce à leur demande.

De plus, depuis le 1^{er} décembre 2011, les patients ayant droit à l'intervention majorée ne payent plus qu'un euro de ticket modérateur pour une consultation chez le généraliste (si pas de dossier médical global (DMG): + 0,50 euro).

Le tiers payant social constitue un réel outil d'accessibilité aux soins de première ligne. Une récente étude²⁴² a démontré que ce mécanisme améliorerait significativement l'accès à la médecine générale, en particulier pour une population jeune, davantage précarisée et plus malade. Cette population sous-consommerait des soins sans ce système. En 2010, 19 % des visites et 12 % des consultations étaient facturées en tiers payant social. En outre, l'engagement pris par les médecins généralistes conventionnés a eu un impact positif significatif sur l'application du tiers payant social. On est encore cependant bien loin d'une application systématique alors que la récente loi santé-accessibilité prévoit de rendre obligatoire le tiers payant social pour les BIM et les bénéficiaires du statut malade chronique²⁴³ dès le 1^{er} janvier 2015²⁴⁴.

4. Le maximum à facturer (MAF)

Sur la base de compteurs des tickets modérateurs (TM), le MAF a pour but de plafonner le montant total annuel en tickets modérateurs à payer par les ménages, et ceci en fonction de leurs revenus et/ou de leur statut. **Dès que la somme des tickets modérateurs payés pour les prestations de santé atteint un montant plafond, les honoraires officiels sont remboursés par la suite à 100 % pour les membres du ménage concerné.** En 2010, environ 1,1 million de personnes (réparties dans 610.000 familles) ont bénéficié d'un remboursement du MAF. Par rapport à la masse de TM (avant application du MAF), c'est une correction très partielle: de l'ordre de 8 à 9 %.

Nous pouvons distinguer:

1. le MAF social. Il concerne les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM et OMNIO), à l'exception des enfants avec des allocations fami-

242 J.-M. LAASMAN, L. MARON et J. VRANCKEN, *Le Tiers Payant Social: Pour quel accès aux soins*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012, p. 18.

243 Le statut malade chronique sera instauré dans le courant de 2013.

244 J.-M. LAASMAN, L. MARON et J. VRANCKEN, *Baromètre Tiers Payant Social 2012*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2013, p. 23.

liales majorées et des bénéficiaires de l'allocation d'intégration dont le partenaire, le cas échéant, dispose d'un revenu. Le **plafond de TM est fixé à 450 €**;

2. le MAF revenus. Il est accessible à tous et basé sur les revenus du ménage. Pour déterminer le plafond à appliquer, on considère le revenu imposable net du ménage (voir tableau ci-dessous);
3. le MAF pour les malades chroniques: depuis le 1^{er} janvier 2009, une diminution de 100 € peut être appliquée sur le plafond des tickets modérateurs si un membre du ménage a des tickets modérateurs d'au moins 450 € au cours **des deux années MAF N-1 et N-2**. Cela permet aux personnes dont l'état de santé entraîne des dépenses importantes en soins de santé de bénéficier plus rapidement de la prise en charge à 100 % du tarif officiel des soins concernés.

Plafonds de revenus imposables pour l'exercice 2013	Plafond TM
De 0 à 17.523,66 €	450 €
De 17.523,66 à 26.939,35 €	650 €
De 26.939,35 à 36.355,07 €	1.000 €
De 36.355,07 à 45.378,45 €	1.400 €
A partir de 45.378,45 €	1.800 €

Source: INAMI

Protection individuelle complémentaire:

- Enfants handicapés: **plafond TM = 450 €**
- Enfants < 19 ans: **plafond TM = 650 €**

Quels frais entrent en ligne de compte pour le MAF?

- Ticket modérateur pour les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres dispensateurs de soins;
- Ticket modérateur pour les médicaments des catégories A, B et C et pour les préparations magistrales (médicaments que les pharmaciens font eux-mêmes);
- Ticket modérateur pour les prestations techniques (par exemple, opérations, radiographies, examens de laboratoire, tests techniques, etc.);
- Quote-part personnelle dans le prix d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital général (entièrement) et dans un hôpital psychiatrique (seulement les 365 premiers jours);

- Quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments en cas d'hospitalisation;
- Alimentation entérale par sonde ou stoma pour les jeunes de moins de 19 ans;
- Matériel endoscopique et de viscérosynthèse;
- Marges de délivrance et de sécurité pour implants.

5. Les mesures en faveur des malades chroniques²⁴⁵

Outre le MAF pour les malades chroniques, l'assurance maladie prévoit également une série d'interventions spécifiques pour les malades chroniques.

5.1 Forfait de soins

- Le forfait de soins est accordé automatiquement par la mutualité aux patients répondant au moins à un des huit critères identifiant un problème de santé chronique (voir tableau ci-dessous).
- Il est également accordé si la somme des tickets modérateurs (les mêmes que ceux comptés dans le MAF) sur deux années consécutives dépassent 450 € pour les non-BIM et 365 € pour les BIM.

Intervention:

Montant du forfait	Attribué aux personnes qui satisfont à un ou plusieurs critères suivants
296,00 €	<ul style="list-style-type: none"> – Kinésithérapie pathologie lourde – Hospitalisation de longue durée (120 jours) ou hospitalisations fréquentes – Allocations familiales majorées
444,01 € (forfait majoré de 50 %)	<ul style="list-style-type: none"> – Allocations d'intégration aux personnes handicapées – Allocations pour l'aide aux personnes âgées – Droit à l'aide d'un tiers (AMI) – Droit à l'aide d'un tiers (loi du 27 juin 1969)
592 € (forfait doublé)	<ul style="list-style-type: none"> – Forfait soins à domicile (droit au forfait B ou C durant minimum 3 mois)

Source: INAMI

245 Les montants des interventions présentées dans cette section sont ceux en vigueur pour 2013.

5.2. Forfait d'incontinence

- Pour avoir droit à une intervention pour le matériel d'incontinence, le bénéficiaire doit, au cours des 12 mois qui précèdent la décision d'octroi de cette intervention:
 - pouvoir prétendre à une prise en charge des soins infirmiers donnant lieu au paiement des forfaits B ou C avec un degré d'incontinence de 3 ou 4 durant au moins quatre mois;
 - avoir plus de 3 ans;
 - être soigné à domicile (on exclut les bénéficiaires séjournant dans une institution de soins).

Intervention: 486,39 €.

Depuis le 1^{er} janvier 2012:

- *Une nouvelle intervention forfaitaire est prévue pour les personnes qui souffrent d'une forme intraitable d'incontinence urinaire, mais qui ne rentrent pas en ligne de compte pour le forfait incontinence préexistant du point de vue du critère de dépendance (forfait B ou C).*
 - *Intervention: 158,75 €.*
- Intervention forfaitaire pour les patients palliatifs à domicile: 638,29 € (maximum 2 fois).
- Intervention forfaitaire pour les patients dans un état végétatif persistant à domicile, maximum: 8.130,16 € par an (1^{er} versement correspondant à la moitié de l'intervention et ensuite, versement mensuel d'un montant qui correspond à 1/12 du forfait).
- Intervention forfaitaire pour les patients atteints du syndrome de Sjögren: indemnité mensuelle de 22,59 €.
- Intervention forfaitaire pour les frais d'alimentation particulière non remboursables pour les patients atteints de la maladie coeliaque: intervention maximale de 38 € par mois.
- Intervention forfaitaire pour les frais d'alimentation spéciale non remboursables pour les enfants atteints d'insuffisance rénale chronique: 30 € par mois.
- Intervention forfaitaire pour les patients atteints de plaies chroniques:
 - 0,25 € par conditionnement de pansement actif délivré par une officine ouverte au public (le solde est compté dans le MAF);

- intervention supplémentaire: trimestriellement un forfait d'intervention supplémentaire de 22,59 € par mois.
- Intervention pour les patients atteints de douleurs chroniques: intervention de 20 % dans le coût de certains antidouleurs (normalement non remboursés tels que le Dafalgan par exemple). Le solde est compté dans le MAF.

6. Le dossier médical global (DMG)

Le DMG rassemble toutes les informations médicales concernant le patient. Le médecin désigné par le patient est responsable de sa gestion. Il reçoit un honoraire pour cela, entièrement remboursé par l'assurance maladie.

Avantages pour le patient: Le patient qui ouvre un DMG chez son médecin traitant a droit à une réduction de 30 % sur les tickets modérateurs des consultations du médecin généraliste, au remboursement du supplément de 2 € pour le médecin généraliste de permanence dans son cabinet après 18h ainsi qu'au remboursement à 100 % d'une consultation annuelle de prévention auprès du médecin généraliste gérant son dossier médical global (uniquement pour les patients entre 45 et 75 ans). Enfin, l'ouverture d'un DMG est aussi une condition pour l'accès aux trajets de soins pour les patients diabétiques ou insuffisants rénaux. Bien que le DMG ait fortement progressé ces dernières années en Wallonie et à Bruxelles, il reste encore trop peu répandu par rapport à la Flandre (voir tableau ci-dessous).

Tableau: Evolution du taux de couverture DMG par Région, 2005-2011

Région	2005			2011			Evolution 2005-2011
	Population	Nb DMG	Pourcentage de patients avec un DMG	Population	Nb DMG	Pourcentage de patients avec un DMG	
Flandre	1.243.683	688.448	55 %	1.383.780	964.994	70 %	26 %
Bruxelles	325.256	80.084	25 %	372.102	148.623	40 %	62 %
Wallonie	1.207.522	282.739	23 %	1.305.709	565.058	43 %	85 %
Belgique	2.946.175	1.105.962	38 %	3.112.346	1.683.023	54 %	44 %

Source: LAASMAN, MARON et VRANCKEN (2012)²⁴⁶

246 J.-M. LAASMAN, L. MARON et J. VRANCKEN, *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012, p. 22.

7. Les maisons médicales au forfait

La médecine au forfait offre une première ligne de soins très accessible, en particulier pour les patients plus défavorisés sur le plan socio-économique: le patient ne paie pas de ticket modérateur, ni de supplément. Il a été montré²⁴⁷ que la proportion de patients BIM était plus importante dans les pratiques au forfait que dans les pratiques à l'acte et ce quel que soit le quartier d'implantation de la maison médicale. Par ailleurs, cette plus grande accessibilité n'est pas plus coûteuse globalement pour l'assurance maladie²⁴⁸. Au niveau du financement de la part de l'assurance maladie, il s'agit d'un forfait par capitation, c'est-à-dire par abonné, pour les prestations de médecine générale (consultations et visites), soins infirmiers et kinésithérapie. Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale, la mutuelle paye directement à la maison médicale une somme fixe (le forfait) tous les mois et par personne abonnée. Les maisons médicales au forfait connaissent une forte expansion ces dernières années (voir tableau ci-dessous).

Tableau: Evolution du nombre de maisons médicales, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
nombre de MM	59	67	71	80	88	99	110	119
nombre d'abonnés	122.870	143.294	155.913	164.739	188.787	221.708	239.635	250.075

Source: Rapport standardisé INAMI, 2012)

247 M. BOUTSEN et L. MARON, *L'accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011, p. 15.

248 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), *Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique*, KCE Reports 85B, 2008, p. 162.

8. Principales mesures prises limitant les prix et les suppléments dans le secteur des soins de santé

Aux côtés des différents dispositifs passés en revue précédemment, une série de mesures ayant pour objectif de maîtriser les prix et les suppléments facturés aux patients ont été mises en place ces dernières années.

Dans le secteur hospitalier, la facture du patient s'est stabilisée en moyenne. Elle a même sensiblement diminué pour les séjours en chambre commune et à deux lits: le patient paie aujourd'hui en moyenne le même prix qu'il y a 10 ans lors d'un séjour dans ce type de chambre²⁴⁹. C'est le résultat d'une politique menée depuis 2005 visant à protéger davantage le patient hospitalisé contre les suppléments dans les « chambres standards ». Par contre, les suppléments en chambre particulière continuent d'augmenter sensiblement d'année en année.

Dans le secteur du médicament, des mesures jouant sur les prix des médicaments ou favorisant les médicaments moins chers ont également été instaurées:

- depuis le 1^{er} juin 2001, le système de remboursement de référence encourage la prescription de médicaments moins coûteux avec pour conséquence que le ticket modérateur pour le patient est considérablement réduit lorsque le médecin ou dentiste prescrit un médicament générique ou une copie;
- à plusieurs reprises, l'écart minimum entre le prix des médicaments génériques et celui des originaux a été augmenté, cet écart atteignait 31 % en 2011 contre 16 % initialement;
- depuis le 1^{er} avril 2010, un prix maximal autorisé est appliqué aux médicaments repris dans le système du remboursement de référence;
- depuis le 1^{er} avril 2012, en cas de prescription sous dénomination commune internationale (DCI), le pharmacien doit obligatoirement délivrer une spécialité pharmaceutique appartenant au groupe de médicaments les moins chers et depuis le 1^{er} mai 2012, il en est de même pour les prescriptions d'antibiotiques et d'antimycosiques même si le médecin a précisé un nom de marque;
- etc.

249 L. MARON, J. VRANCKEN, M. VAN DUYNLAEGER, J. VANOVERLOOP et K. VERVOORT, *Baromètre hospitalier 2011*, Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012, p. 50.

Ces mesures ont eu un impact significatif sur les tickets modérateurs payés par les patients: en moyenne, le ticket modérateur par dose journalière de médicament s'est réduit de 30 % de 2006 à 2011 pour les médicaments délivrés dans les officines ouvertes au public. Elles ont également permis de générer des économies pour l'assurance maladie obligatoire qui ont été en partie réinvesties pour permettre le remboursement de médicaments innovants et orphelins dont les coûts sont très élevés.

Dans le secteur du **matériel médical** et des implants/prothèses en particulier, les coûts à charge du patient ont été limités par la fixation d'un prix maximum autorisé. La différence entre ce prix maximum et le tarif de remboursement – la « marge de sécurité » – est à charge du patient mais est prise en compte dans le maximum à facturer. Par ailleurs, cette marge de sécurité s'est sensiblement réduite pour certains implants (*cf.* prothèse de hanche notamment) suite à l'augmentation des tarifs de remboursement. Ces mesures ont porté leurs fruits: pour la première fois, la facture moyenne du patient pour le coût du matériel a diminué en moyenne de 4,6 % entre 2010 et 2011²⁵⁰.

C. CONCLUSION

L'instauration de différents dispositifs et les politiques de maîtrise des prix et des suppléments ont permis de limiter la facture du patient pour ses soins de santé. La part du financement privé des coûts de la santé n'a pas augmenté, malgré une forte croissance des dépenses et un contexte budgétaire difficile, en particulier depuis 2008. En outre, les politiques ciblées ont permis de réduire la facture pour certaines catégories de population (*cf.* ménages à faible revenu ou accumulant des dépenses de soins de santé élevées, etc.) et certains coûts de soins de santé (*cf.* coût chambre commune et à deux lits à l'hôpital, tickets modérateurs sur les médicaments, etc.).

Cependant, des problèmes subsistent:

- un coût à charge du patient qui reste globalement élevé en comparaison aux autres pays européens;
- une couverture insuffisante de l'assurance maladie obligatoire pour certains besoins tels que dans le domaine de la santé mentale, du matériel mé-

250 L. MARON *et al.*, 2012, *ibid.*

dical (*cf.* optique, appareils auditifs, aides à la mobilité...) et des implants, de certains soins dentaires, de médicaments non-remboursés importants dans le traitement de certaines pathologies chroniques;

- des frais élevés pour les patients séjournant en maisons de repos, souvent supérieurs aux revenus des résidents. Cette question est d'autant plus cruciale dans la perspective du transfert aux entités fédérées des compétences liées aux maisons de repos et des dotations y afférentes;
- des suppléments sur les honoraires ou sur le matériel médical élevés facturés au patient sans que celui-ci en soit informé correctement au préalable, avec de fortes variations en fonction des institutions et du prestataire de soins (les montants maximum de suppléments d'honoraires en chambre particulière varient, selon les institutions de soins, entre 100 % et 400 % de l'intervention INAMI), ayant pour conséquence que pour certains ménages mis devant le fait accompli, le séjour à l'hôpital peut déboucher sur des difficultés financières;
- le faible taux de conventionnement de certaines spécialités médicales, en particulier parmi les gynécologues (50 % de médecins non-conventionnés), les ophtalmologues (60 %) et les dermatologues (70 %), ayant pour conséquence que le patient ne peut plus s'adresser à un médecin conventionné pour ces disciplines dans certains arrondissements;
- du fait du manque de moyens publics, de plus en plus de voix s'expriment pour collaborer davantage avec le secteur privé, afin d'exploiter des nouvelles sources de financement. Le secteur commercial montre en effet de plus en plus d'intérêt pour les soins de santé. Son objectif est souvent de réaliser des profits, sans toujours prendre en compte les intérêts propres du patient, que ce soit en matière de soins ou d'accessibilité financière;
- un report de soins qui persiste, voire augmente, pour certaines catégories de la population en raison notamment d'une méconnaissance des mesures de la part des assurés sociaux et des professionnels de la santé alors que la législation se complexifie avec une multiplication de statuts et de droits, d'une difficulté à atteindre certains publics précarisés difficilement accessibles et réceptifs à l'information diffusée de manière proactive par les mutualités, etc.

Pour y répondre, il est dès lors indispensable de:

- diminuer la part à charge pour tous les belges, au-delà de la mise en place de mesures facilitant l'accessibilité financière aux soins;
- renforcer la couverture des coûts de certains besoins essentiels insuffisamment couverts par l'assurance obligatoire, de manière équitable et efficace;
- renforcer la régulation des prix et des suppléments pratiqués afin d'éviter qu'un meilleur remboursement ne se traduise par une augmentation de prix neutralisant l'effet escompté sur l'accessibilité aux soins et en empêchant le développement des assurances maladies privées commerciales laissant les « mauvais risques » aux acteurs publics ou privés non commerciaux débouchant à terme sur un système de santé à deux vitesses;
- mettre à disposition du patient une information « sur mesure » sur les coûts prévisibles et évitables en soins de santé, que ce soit au niveau des tarifs pratiqués par les différents prestataires de soins, le statut de médecin (conventionné ou non), les implications financières d'un traitement, d'une intervention, d'une hospitalisation ou d'un séjour en maison de repos;
- faciliter l'accès aux droits en soins de santé en:
 - simplifiant la réglementation relative à l'intervention majorée comme le prévoit la réforme de l'intervention majorée avec la création d'un statut unique pour début 2014. Le droit à l'intervention majorée sera accordé sur la base d'un avantage social (revenu d'intégration, etc.) ou sur la base d'un plafond de revenus mais il ne sera plus nécessaire de justifier d'une « qualité » (pensionné, veuf(ve)...). Par ailleurs, une détection « proactive » des ménages ayant un droit potentiel est envisagée du côté des mutuelles en collaboration avec l'administration fiscale, ce qui facilitera l'accès aux droits;
 - instaurant un statut de malades chroniques comme prévu dans le courant de l'année 2013 afin de permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques sévères de bénéficier automatiquement de certains droits spécifiques existants pour faire face à leurs frais de soins de santé (cf. MAF malades chroniques, tiers payant social) ou qui seront progressivement développés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé;
 - élargissant le droit au tiers payant social et facilitant son accès. L'application du tiers payant social sera rendue obligatoire à partir de 2015 pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du nouveau statut « affections chroniques ». Outre une meilleure accessibilité aux soins, cela se traduira par une simplification administrative importante pour les assurés sociaux.

CHAPITRE 5

CONCLUSIONS

Ri De RIDDER, Directeur général des services de soins de santé de l'INAMI

« Certaines vivent vraiment comme de petits oiseaux *sur des branches* ».

Les analyses et les témoignages présentés dans chaque chapitre de ce livre vert sont tous, à la fois, bouleversants et interpellants. Ils nous renvoient indubitablement à l'essai de Stéphane Hessel « Indignez-vous » largement consacré à l'exclusion sociale. L'exclusion, c'est quand des limites sont posées : « Jusqu'ici, pas plus loin ». Quand on parle de limites, on pense à l'identité et à sa propre préservation. Notre société, qu'elle soit belge ou européenne, a interprété la notion du « jusqu'ici » au sens très large. Nul n'en doute. Mais le livre vert s'attache largement au « pas plus loin », à ce qui dépasse la limite de notre solidarité. Que la solidarité ne puisse pas être illimitée, cela semble évident, tout comme le fait que la solidarité ne va pas nécessairement de soi.

Le défi est aussi et d'emblée une crainte. Un débat de société sur l'exclusion est-il possible ? Les limites peuvent-elles être dépassées sans mettre en péril sa propre identité ? Une solidarité sans limite est-elle envisageable dans certaines situations ? Au vu de plusieurs études récentes menées en Flandre, il semblerait plutôt que la solidarité soit interprétée de façon plus critique. L'enquête ISSP de 2011, commandée par le service d'étude du gouvernement flamand, révèle, par exemple, que pour 3 Flamands sur 10, l'accès aux soins de santé ne doit pas être garanti aux personnes n'ayant pas la nationalité belge. Une récente enquête de population du Professeur Elchardus sur la solidarité en Région flamande, pour le compte des mutualités socialistes, indique qu'une personne sur trois priverait de traitement vital les personnes âgées de plus de 85 ans plutôt que de compromettre leur propre liberté de choix.

L'INAMI célèbre, cette année, le cinquantième anniversaire de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, dont les principes ont été fixés à sa création : une protection universelle face aux risques de maladies, financée en fonction des moyens de chacun. Leur concrétisation ne s'est pas faite du jour au lendemain. Ainsi, ce n'est que depuis le 1^{er} janvier 2008 que les travailleurs indépendants jouissent d'une même protection totale que les salariés : jusqu'alors, ces travailleurs étaient uniquement assurés obligatoirement contre les 'gros risques' et devaient souscrire une assurance complémentaire s'ils souhaitaient être couverts pour les petits risques. Des réformes ont été menées jusqu'à aujourd'hui, pour améliorer l'accessibilité financière des personnes confrontées à des difficultés financières : l'interdiction de facturer des suppléments d'ho-

noraires dans des chambres à deux lits ou des chambres communes et le statut de malade chronique, lié à une extension du maximum à facturer pour les malades chroniques, sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013. Au 1^{er} janvier 2014, le régime préférentiel sera converti en un système unique basé sur les revenus du ménage, et dès 2015, les mutualités pourront activement identifier les ménages à faibles revenus et ainsi faire un grand pas en avant, en direction de l'octroi automatique du régime préférentiel. C'est également à partir de 2015 que le régime du tiers payant sera systématiquement appliqué aux titulaires préférentiels et aux malades chroniques.

L'intérêt de ces mesures est clairement souligné dans plusieurs chapitres. Sans mesures visant l'accessibilité financière, de nombreuses familles se retrouveraient dans la précarité, s'endetteraient pour leur santé ou devraient renoncer à des soins pour elles-mêmes ou leurs enfants.

La nécessité de poursuivre les mesures qui visent à assurer un accès universel, ressort également d'un certain nombre de signaux préoccupants, qui concernent les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé.

L'espérance de vie très inégale en bonne santé, en fonction du niveau d'ins-truction est peut-être la plus éloquente parce qu'elle offre une perspective très différente – en bonne santé ou malade et dépendant – en matière de vieillisse-ment de la population dans un Etat-providence. Les chiffres de l'enquête san-té de 2008 montrent que les personnes reportent leurs soins ou y renoncent, ce qui inquiète, tout comme le fait que de plus en plus de jeunes et de familles monoparentales y soient confrontés. Cela est lié à la crise économique-finan-cière, mais ne s'agit-il pas, en l'occurrence, également d'une crise sociale dans laquelle une inégalité de revenus croissante va de pair avec une augmentation du nombre d'enfants qui grandissent dans la pauvreté, un renforcement de la législation et une exclusion croissante, un déséquilibre croissant en termes d'information et une responsabilisation accrue, etc.?

Nombre de contributions illustrent la convergence complexe de facteurs qui entraînent une exclusion – dans plusieurs cas, à travers un mécanisme iné-luctable, une cascade d'événements qui font que la personne concernée n'est plus capable de s'en sortir seule sans assistance et se retrouve dans un état de dépendance totale : cette spirale destructrice aboutit à la perte de la dignité humaine, surtout lorsque la personne est 'hors normes'.

« Certains lieux comme la gare du Nord à Bruxelles sont partagés par 3 CPAS différents, et la personne va jusqu'à devoir expliquer devant quel escalier ou quel étage elle se trouve, sous peine de se voir refuser le droit à l'AMU... On demande depuis plus de 20 ans aux CPAS bruxellois d'appliquer des procédures plus uniformes et clairement définies. En vain ».

« Nous avons donc un système qui est considéré comme le plus complexe et le plus lourd au niveau administratif ».

Le plus frappant, dans ces histoires, c'est le rôle de nos systèmes eux-mêmes : l'exclusion institutionnelle illustrée clairement à l'aide des témoignages du combat des exclus sociaux face au 'système'. Dans sa terminologie technocratique ('no shows', SDF, etc.), mais plus encore dans sa méthode technocratique, l'approche compartimentée, on le voit, crée de nombreux trous dans notre filet de sécurité sociale. Comment se fait-il que des sans-abris soient refusés par des CPAS et n'aient pas l'occasion de se mettre en ordre d'assurance, en étant domiciliés dans un CPAS ? Combien faut-il finalement déboursier pour payer les nombreuses heures passées à chercher si on a frappé à la bonne porte ? Appelons cela les « frais de la surveillance des limites ». Fait-on encore preuve d'efficacité ? A quoi jouent les CPAS en se rejetant sans cesse la balle alors qu'en définitive l'Etat prend tout à sa charge, comme pour l'aide médicale urgente ? Comment expliquer qu'on refuse – peu importe la raison – une aide médicale aux personnes qui se trouvent sur notre territoire alors qu'elles en ont besoin, qu'on mobilise toute une administration pour se charger du contrôle, favorisant ainsi le risque d'affections contagieuses ou mortelles si aucun traitement n'est prodigué à temps ? Les exemples de témoignages de situations kafkaïennes à Bruxelles sont légion : « Trop is te veel », comme le disait un Bruxellois jadis. Mais la Région et la ville de Bruxelles ne sont-elles pas trop vite tenues responsables de cette problématique propre à une grande ville ?

Si l'on regarde la répartition par commune au niveau de la Belgique, on voit que 34 % des AMU sont octroyées par Bruxelles-Ville.

Ce qui frappe dans les différentes contributions, c'est l'approche positive qui se traduit par des « solutions systémiques » bien structurées. Ainsi dans le cadre du projet Mediprima, le système de la 'carte médicale' a été conçu comme une sorte d'application 'MyCareNet' très reconnaissable pour les dispensateurs de soins sur le plan administratif : le règlement des remboursements s'effectue à travers l'intervention d'une mutualité, en l'occurrence la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. On demande des solutions

structurelles qui collent le plus possible aux procédures et aux principes standardisés de notre assurance maladie obligatoire et de veiller, dans un certain nombre de situations, à ce que l'universalité puisse également devenir réalité, en faisant en sorte que des droits soient effectivement octroyés aussi.

Le travail sur mesure apparaît également comme une nécessité : risques spécifiques de contracter l'hépatite C, le HIV et le SIDA, la gale ; syndromes psychiatriques spécifiques résultant de persécution et de torture ; combinaison de problèmes psychotiques avec l'usage de stupéfiants et le fait de se retrouver à la rue ou simplement accès aux soins à des heures de travail inhabituelles.

« C'est à la hauteur du drame de politiques sociales et de santé, pensées de manière sectorielle et où chaque acteur est amené à se cantonner à son petit lopin, son petit pré carré, son petit territoire d'intervention. C'est à la hauteur du drame de politiques publiques, pensées pour des publics particuliers, bien distincts, ne cumulant pas les problématiques : on a les sans-papiers d'un côté, les toxicomanes d'un autre, les sans-abris un peu plus loin, et d'autres encore, dans d'autres services répondant à d'autres agréments ».

Les schémas traditionnels d'assistance ne sont pas taillés pour les patients qui sont refusés parfois simplement à cause de problèmes trop complexes ou qui parfois ne reçoivent pas l'aide qu'ils devraient faute de connaissances spécifiques. Certains hôpitaux, certains dispensateurs de soins (par exemple, dans les maisons médicales) sont ouverts à ces problèmes avec la collaboration de plusieurs organisations – souvent des ONG – qui s'occupent des problèmes de santé spécifiques de groupes exclus. Souvent, cela signifiera une reprise totale des soins parce que certains établissements et certains dispensateurs issus des soins traditionnels refusent d'assumer ces 'risques difficiles'.

« Le refus de soins de la part des prestataires eux-mêmes constitue aussi un obstacle aux soins pour les sans-abris. En effet, sur les 159 patients interrogés dans le cadre du Plan Hiver 2012/2013, 29 % déclaraient avoir été refusés dans une structure de soins durant les douze derniers mois ».

Les témoignages comportent aussi de nombreux signaux positifs : l'investissement, la patience, l'écoute, l'expertise, la persévérance de nombreux acteurs de l'aide sociale. Citons aussi des exemples positifs d'efficacité, comme les soins médicaux dispensés dans des centres pour demandeurs d'asile, l'assurabilité de demandeurs d'asile mineurs non accompagnés ou Mediprima. Mais il est également question de demande excessive, de manque de moyens et d'épuisement.

Peut-on faire mieux ?

Oui, si on examine la situation de façon rationnelle. Si nous osons, au-delà du débat sur la limite entre inclusion et exclusion, chercher une stratégie sensée faite de meilleures solutions pour une politique humaine, sans que les limites ne disparaissent. Une politique sensée, qui veille à ce que la société en général, certainement à terme, n'ait aucun avantage à faire payer la population par le biais de la santé. Il faut pouvoir 'inclure' les conclusions formulées par ce livre vert dans notre système de soins de santé, sans que cela ne soit perçu par la population comme 'une porte ouverte' aux 'chercheurs d'or'. Il n'est donc, en l'occurrence, pas question de remettre en question la législation en matière d'accès et de séjour, mais plutôt d'accès aux soins, d'exercice d'un droit humain, de compassion.

Certaines mesures peuvent être prises à court terme. La généralisation de l'assurabilité pour les mineurs d'âge, par exemple, ou encore le fait de reconsidérer les conséquences de l'exclusion de l'aide sociale sur l'accès aux soins pour les ressortissants européens, pendant les trois premiers mois de leur séjour.

L'importance de prendre à temps des mesures structurelles, comme le tiers payant obligatoire pour les titulaires préférentiels, est une évidence. Des améliorations peuvent encore être apportées aux mesures de protection financières existantes : ainsi, l'extension du Maximum à facturer à certains médicaments non remboursés est encore sur la table de discussion. Autres signaux : le seuil de ticket modérateur le plus bas actuel (450 EUR ou 350 EUR pour les ménages comptant un malade chronique) est trop haut pour les ménages aux revenus les plus bas. Il y a encore de la marge pour réduire les coûts pour les patients, par exemple en prescrivant ou en faisant prescrire systématiquement les médicaments équivalents meilleur marché ou en évitant des soins inutiles engendrant des frais inutiles.

Certaines mesures à court terme réclament un engagement politique fort : par exemple, le maintien de l'assurabilité pour les détenus et les internés ou l'inscription d'office des personnes sans-abris à l'assurance maladie quand les CPAS ne prennent pas leur responsabilité.

D'autres réformes peuvent encore être réalisées, mais elles demanderont peut-être plus de temps. Par exemple, la fusion des différents systèmes (Fedasil, aide médicale urgente, cartes médicales CPAS) en un système unique d'assistance médicale standardisé et informatisé, qui fait office, au moins pour les soins de première ligne, d'assurance de base (aucune enquête de besoin préalable, pas

de délai d'attente) et qui permet, après enquête sociale, les prestations supplémentaires via un système facilement utilisable pour tous les dispensateurs de soins. Il est évident que celui qui dispose des moyens, doit aussi contribuer à son assurance soins de santé.

Ces dernières années, l'INAMI a systématiquement prévu de financer des initiatives d'ONG pour les soins sur mesure dans des groupes cibles. Ces soins vont du dépistage anonyme d'affections sexuellement transmissibles à un accueil avec accompagnement médical de courte ou de moyenne durée. Au final, l'effort est modeste (4 millions d'euros sur un budget de plusieurs milliards). Mais c'est un signal social important : des moyens de l'assurance maladie peuvent être consacrés à des personnes confrontées à des difficultés en matière d'accès aux soins. Tous les domaines problématiques ne sont néanmoins pas assez couverts, comme les soins psychiatriques pour les personnes aux problématiques multiples.

« Nous osons rêver tout haut de la création de centres 'global health' dans les grandes villes, qui, outre les soins de première ligne curatifs, offrent une SRG, voire des soins de santé mentale... ».

Différentes contributions ont mis l'accent sur l'importance de l'information. Le manque d'informations sur la santé entrave fortement l'accès aux soins. Certaines contributions renvoient à l'importance d'experts du vécu et à l'expérience positive de la médiation culturelle dans les hôpitaux. Il est utile que l'assurance maladie investisse davantage en la matière : pour combattre l'inégalité des chances, les moyens doivent aussi être répartis de manière inégale. Les recommandations d'E-health (cf. Chapitre 3-e) sont à l'agenda politique interministériel : il est nécessaire de prendre, dès à présent, des décisions concrètes.

Une politique sensée implique également de pouvoir mener une politique en connaissance de cause. Il est important d'assurer une collecte de données adéquate et d'assurer le suivi d'indicateurs pertinents sur l'inclusion. Par crainte de la répercussion possible sur l'accès des soins d'un recours plus grand à des soins de santé transfrontaliers, un Observatoire de la mobilité des patients a été créé à la demande du Parlement. Il doit parfaitement être possible de prendre une initiative comparable pour l'accessibilité financière, culturelle et sociale de nos soins.

« Il est vraiment déplorable que presque 3.500 logements sociaux soient inoccupés ».

Pour conclure : l'exclusion du droit à la santé implique beaucoup plus que la simple exclusion de l'accès aux soins. La stigmatisation, la discrimination, la méfiance, les préjugés, une méconnaissance de l'exclusion rendent impossible toute participation à la société.

Le livre vert comporte des exemples concrets sur la façon dont une politique sociale inclusive, comme par exemple 'Housing first', peut offrir l'outil nécessaire à une réinsertion dans la société. Ce n'est qu'avec une sécurité minimale, à savoir un toit au-dessus de sa tête, qu'une perspective de meilleure santé peut commencer à se profiler. Ce dont nous avons besoin, c'est une politique d'inclusion dans tous les domaines : sensée, rationnelle, efficace et pertinente. C'est la question formulée à l'attention de nos dirigeants par nombre de personnes qui s'engagent – souvent à contre-courant – en faveur d'une société qui offre davantage de chaleur et d'espace. Les moyens à déployer ne sont pas colossaux : une bonne dose de courage politique et un leadership politique fort feront l'affaire.

RÉFÉRENCES

Chapitre 1 L'importance d'un accès aux soins

RÉSULTATS DES ENQUÊTES DE SANTÉ PAR INTERVIEW

BUZIARISST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., MIERMANS, P.J., SARTOR, F., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. ET VAN OYEN, H., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001. Synthèse*, Bruxelles, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, 2002, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/hisfr.pdf>.

DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. ET VAN DER HEYDEN, J., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004. Synthèse*, Bruxelles, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, 2006, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his04fr/hisfr.pdf>.

DEMAREST, S., LEURQUIN, P., TAFFOREAU, J., TELLIER, V., VAN DER HEYDEN, J. ET VAN OYEN, H., *La santé de la population en Belgique. Enquête de Santé par Interview, Belgique 1997, Résumé des résultats*, Bruxelles, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, 1998, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his.pdf>.

Vancorenland, « **Enquête de santé 2008 – Les inégalités de santé en guise de fil conducteur de l'enquête de santé 2008** », *MC-Informations*, 2010, 242, 17-26.

VAN DER HEYDEN, J., GISLE, L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S., HESSE, E. ET TAFFOREAU, J., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Synthèse*, Bruxelles, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, 2008, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r%C3%A9sultats%20principaux.pdf>.

SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

AVALOSSE, H., GILLIS, O., CORNELIS, K. ET MERTENS, R., « Inégalités sociales de santé en Belgique : des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données mutualistes », *Revue belge de sécurité sociale*, 2009, 1, 145-170, <http://>

- www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2009/btsz_01_2009_fr.pdf.
- BOSSUYT, N. ET VAN OYEN, H., Health Expectancy by socio-economic status in Belgium, Scientific Institute of Public Health, http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/inegalen/socineq_en.pdf.
- BOSSUYT, N., GADEYNE, S., DEBOOSERE, P. ET VAN OYEN, H., « Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium », *Public Health*, 2004, 118, 3-10.
- BOUTSEN, M. ET MARON, L., *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- BOUTSEN, M., LAASMAN, J.-M. ET REGINSTER, N., *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2006.
- COUFFINHAL, A., DOURGNON, P., GEOFFARD, P.-Y., GRIGNON, M., JUSOT, F., LAVIS, J., NAUDIN, F. ET POLTON, D., « Quelques expériences européennes », *Santé conjugulée*, 2007, 40, 42-52.
- DE WOLF, F. ET VANOVERLOOP, J., *Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- DURANT, M., *Inégalités sociales de santé – Fiche générale*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- Fondation Roi Baudouin, *Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent. Les plus instruits vivent plus longtemps, les moins qualifiés ne progressent pas*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2010.
- Fondation Roi Baudouin, Groupe de travail « Inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique, *Inégalités en santé – Recommandations politiques*, Bruxelles, 2007.
- GILLIS, O. ET MERTENS, R., « Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé », *MC-Information*, 2008, 231, 4-16.
- GILLIS, O. ET MERTENS, R., « Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens », *MC-Information*, 2008, 232, 3-14.
- GILLIS, O., « Programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé : analyse des cas anglais, néerlandais et suédois », *MC-Information*, 2008, 234, 3-16.
- LAASMAN, J.-M., MARON, L. ET VRANCKEN, J., *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012.

- LAASMAN, J.-M., REGINSTER, N. ET VRANCKEN, J., *Impacts financiers du remboursement de référence – Une actualisation 2009-2010*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- ROLAND, M., *Inégalités sociales en matière de santé*, Intervention au 3^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, Mons, avril 2008. Compte rendu dans : Barbier, C., « Les inégalités socio-économiques de santé », *Education Santé*, 2008, 238, 10-12, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1052>.
- SPIÈCE, C., *Inégalités sociales de santé – Fiche alimentation*, Bruxelles, Direction études, Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2001.
- Vandercammen, *La consommation des ménages à revenu modeste*, CRIOC, 2008. Disponible sur :
- WILLEMS, S., VAN DE GEUCHTE, I., IMPENS, J., DE MAESENEER, J., ALALUF, V., VAN NESPEN, I., MAULET, N. ET MICHEL ROLAND, M., « Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique », *Santé conjugulée*, 2007, 40, 25-34.

Chapitre 2 PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN DEHORS DU CADRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

A. Personnes en séjour irrégulier, sous visa et européens

- ATD Quart Monde Wallonie ASBL, « Professionnels de la santé, vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets : une interpellation de Quart-Monde », *Santé conjugulée*, juillet 2009, n° 49, pp. 24-31.
- BRAVEMAN, P. ET GRUSKIN, S., « Poverty, Equity, human rights and health », *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81, 539-45.
- Chauvin, P., Parizot, I. et Simmonnot, N., *Access to healthcare for undocumented migrant in 11 European countries*, Paris, Médecins du Monde European Observatory on Access to Health care, 2008, Survey Report, <http://www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf>.
- ENSOR, T. ET COOPER, S., « Overcoming barriers to health services access : influencing the demand side », *Health Policy Planning*, 2004, 19, 69-79.

- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA), *Migrants in an irregular situation : access to healthcare in 10 European Union Members States*, 2011.
- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA), *Fundamental Rights of migrants in an irregular situation in the European Union*, 2011.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, *Le système de santé belge en 2010*, KCE reports 138 B, 2010, http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=17946.
- HERMESSE, J. ET DE SPIEGELAERE, M., *Atelier Pauvreté et accès aux soins de santé* présidé par Monsieur le sénateur André Du Bus, Colloque sur la lutte contre la pauvreté du 14 octobre 2011, CPCP, Collection CEPES, avril 2012.
- Institut scientifique de Santé Publique, *Enquête santé par interview, Belgique 2008*, <http://iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/index4.htm>.
- « La Belgique, Hôpital du monde ? Y a-t-il un accès universel à la santé ? », *Migrations magazine*, n° 8, automne 2012.
- LADAVID, C., « Accessibilité à la santé », *Santé conjugée*, janvier 2009, n° 47.
- LORANT, V. ET BHOPAL, R., « Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health : Belgium 1 Scotland 4 », *European Journal of Public Health*, 16, 1-6.
- Médecins du Monde, *L'accès aux soins des plus démunis. Rapport d'activité des projets bruxellois*, 2010, https://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/RAPPORT_BRUXELLES_2010.pdf.
- Médecins du Monde, *Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012. An overview of the conditions of persons excluded from healthcare systems in the EU*.
- Médecins du Monde, *Rapport annuel 2009*, Bruxelles, CASO centre d'accueil, de soins et d'orientation, https://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/CASO_RA_2009-.pdf.
- Médecins sans Frontières, *Accès aux soins en Belgique : Rapport d'activité 2005*, 2005, http://www.msf-azg.be/uploads/tx_uwazg/belgique_rapport_2005.pdf.
- Mighealthnet, *Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale*, 2008, accessible sur : http://www.mighealth.net/be/index.php/Acc%C3%A8s_aux_soins_de_sant%C3%A9_pour_les_personnes_en_situation_ill%C3%A9gale.
- Observatoire de la santé et du social, Baromètre social, *Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2012, http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2012/barometre_social_2012.pdf.

- Observatoire européen sur l'accès aux soins de Médecins du Monde, « Il faut forger le respect et non la peur ». Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, 2007.
- ROMERO-ORTUNO, R., « Access to health care for illegal immigrants in the EU : should we be concerned ? », *European Journal of Health Law*, 2004, 11, 245-272.
- SARGUINI, L. ET LEGREVE, C., « L'accès aux soins : un problème que l'on croyait résolu... », *Cahier santé conjugulée*, n° 56.
- SPOEL, E., *L'accès aux soins pour une population socio économiquement défavorisée : situation du quartier de Bruxelles Centres en Belgique*, Mémoire, 2011.

C. Les personnes qui ne sont plus en ordre de mutualité.

- ANMC-Centres de service social, *Panorama social. Aperçu des dispositions fédérales, wallonnes et bruxelloises pour les personnes malades, handicapées, âgées et/ou à revenus faibles*, Bruxelles, Ed. Vanden Broele, 2013, 926 p.
- CHAOUI MEZABI, D., *Rapport d'observation des CPAS en matière de carte médicale*, Bruxelles, Université de Liège-SPP Intégration sociale, 2011, 28 p.
- INAMI, circulaire OA n° 2010/226 du 15 juin 2010.
- SPF Sécurité sociale, *Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*, Bruxelles, 2012, 622 p.

CHAPITRE 3 AUTRES TYPES DE BARRIÈRES LIÉES À L'ACCÈS AUX SOINS

A. Les personnes sans-abri

- ANDERSON, I., BAPTISTA, I., WOLF, J. *et al.*, *The changing role of service provision : barriers to access of health services for homeless people*, Bruxelles, FEANTSA European Observatory on Homelessness, 2006, disponible sur : http://feantsa.horus.be/files/transnational_reports/2006reports/06W3en.pdf
- FEANTSA, *The right to health is human right : ensuring access to health for people who are homeless*, Bruxelles, FEANTSA, 2006 Annual European

- Report, disponible sur : www.feantsa.org/IMG/pdf/belgium_health_report.pdf
- FEANTSA, *Health and homelessness : overcoming the complexities*, printemps 2011, disponible sur : <http://www.feantsa.org/spip.php?article133&lang=en>.
- HIVA, SCHOCKAERT, I. ET NICAISE, I., *Les conditions de vie des personnes sans-abris et sans chez soi et des personnes en séjour irrégulier : premiers résultats*.
- Médecins du monde Belgique, *Bilan Plan Hiver 2011-2012*, 30 août 2012.
- VERLINDE, E., VERDÉE, T., VAN DE WALLE, M., ART, B., DE MAESENEER, J. ET WILLEMS, S., *Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent*, BMC Health Serv Res. 2010 Aug 19 ; 10 :242. doi : 10.1186/1472-6963-10-242.

B. Les personnes ayant des problèmes de dépendance

- ALEXANDRE, S., « A la rencontre de la personne sans-abri : Complexité et intrication des précarités sociales et mentales », in Réseau SMES-B, *Table d'Echanges 2010 du Réseau SMES-B*, 2013. Disponible sur <http://www.smes.be>.
- EMCDDA, *2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*, Lisbonne, novembre 2012.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, « Harm reduction : evidence, impacts and challenges », in RHODES, T. et HEDRICH, D. (eds.), *Monographie scientifique No. 10 de l'OEDT*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2010. Disponible en anglais sur <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs>.
- GERKENS, S., MARTIN, N., THIRY, N., HULSTRAET, F. ET HÉPATITE, C., *Dépistage et Prévention. Health Technology Assessment (HTA)*, Brussels Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE Reports 173 B. D/2012/10.273/05.
- HUSSON, E., « Discontinuité des soins et passage difficile d'une institution vers une autre : les usagers de drogues à l'épreuve de la saturation et des modalités d'inclusion du réseau », *Santé Conjuguée, Assuétudes : un cheminement singulier et complexe dans la cité*, janvier – mars 2012, n° 59.
- MARTIN, L., « Vers un programme de housing first à Bruxelles », SMES-B, 2011, <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>.
- MASS DE BRUXELLES, *Etude de prévalence sur la co-morbidité psychiatrique des patients de la Mass*, 2007.

- MIMOUNI, H., KIRZIN, M. ET HUSSON, E., *Projet Riboutique, avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutte contre les assuétudes*, Bruxelles, 2012.
- Modus Vivendi et Service Publique Fédéral Justice, *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*, 2008.
- OEUVRAY, K., *Rester dépendant des institutions médicosociales*, in *Logiques sociales*, L'Harmattan, 2009.
- SLIMBROECK, A., *Recherche-Action Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux : Rapport final*, Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale et SMES-B, 2012. Disponible sur <http://www.smes.be>.
- VERHEUL, R., « Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders », *European Psychiatry*, 2001, 16, pp. 274-82.

C. Les travailleurs du sexe

- Rapports annuels Ghapro asbl, Pasop asbl, Espace P, Alias, Boysproject, Icar, Entre 2.
- Rapportage Testcentra voor sekswerkers in opdracht van RIZIV, période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2012, Alias – Espace P – Ghapro – Pasop.
- CORNELISSEN, T., SCHODTS, C., LEURIDAN, E. et VAN DAMME, P., *Epidemiologie van hiv en andere soi in het prostitutiemilieu in de provincie Antwerpen. Resultaten van een soi-screening door Ghapro vzw in 2009 (Epidemiologie van AIDS en Hiv-infectie in België. Toestand op 31 december 2012)*, WIV-ISP.
- VAN NUNEN, GRYSEELS et VAN HAL, *Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers*, Wilrijk, Universiteit Antwerpen, 2012.
- DECORTE, STOFFELS, LEURIDAN, VAN DAMME et VAN HAL, *Middelengebruik onder sekswerkers in België*, Universiteit Gent, 2011.
- VAN GELDER, P., *Kwetsbaar, kleurig en schaduwrijk. Jongens in de prostitutie : een verschijnsel in meervoud*, Amsterdam, Thela-Thesis, 1998.
- VAN GELDER, P., *Transgenders en prostitutie. Een Haagse nachttocht*, Utrecht, De Graff, 2008.
- VAN GELDER, P. ET VAN LIER, L., *Boys Online/Boys Offline. Seksuele dienstverlening door jongens/mannen (M\$M) in Den Haag*, 2009.
- WEST, D.J. ET DE VILIER, B., *Male Prostitution : Gay sex services in London*, Londres, Duckworth, 1992.
- WRIGHT, M.T., *Stricher und Stricherarbeit : Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis* et WRIGHT, M.T. (ed.), *Prostitution, Prävention und*

- Gesundheitsförderung : Teil 1, Männer. Aids Forum der Deutschen Aidshilfe*, Band 45, Berlin, Deutsche Aidshilfe, 2003.
- OPERARIO, D., SOMA, T., UNDERHILL, K. ET ACQUIER, J., « Sex Work and HIV status among transgender women. A systematic review and meta-analysis », *Immune Defic Syndr.*, vol. 48, n° 1, mai, 2008.
- VAN VEEN, M., GÖTZ, H., VAN LEEUWEN, P., PRINS, M. ET VAN LAAR, M., « HIV and Sexual Risk Behavior among Commercial Sex Workers in the Netherlands », *Arch Sex Behav*, 2010, 39, pp. 714-723.
- DIAS, S. ET GAMA, A., *Main findings PREVIH study*, Présentation Conférence PREVIH à Lisbonne, 25-26 mars 2013.

F. Les femmes et les enfants en situation précaire

- BEECKMAN, K., *Antenatale care in Brussels. Determinants of care trajectories*, Thèse VUB.
- DE SCHUYMER, L., *De Huizen van het Kind, een instrument voor lokale actoren in de ondersteuning van (aanstaande) gezinnen met kinderen en jongeren*, Bruxelles, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen (HIG), 2013.

Sites internet

- <http://statbel.fgov.be>: SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.
- www.inami.fgov.be: Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité.
- www.luttepauvrete.be: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.
- www.mi-is.be: SPP Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes.
- www.socialsecurity.fgov.be: SPF Sécurité sociale.

La Belgique est considérée comme un pays ayant une bonne protection sociale et un système de santé de qualité. Pourtant, pour une série de populations, on constate que l'accès aux soins est loin d'être toujours aussi évident. Pour des raisons administratives, financières ou autres, nombreux d'entre eux se voient obligés de renoncer à des soins ou de les postposer. Les personnes exclues des soins sont pourtant souvent celles qui en ont le plus besoin. Et malheureusement, leur nombre ne cesse de croître...

Ce livre vert est le témoignage des problèmes d'accès aux soins des publics les plus vulnérables en Belgique.

Au travers de différentes contributions et témoignages, provenant à la fois d'acteurs classiques de santé, mais également d'acteurs de terrain et de patients, il inventorie de manière générale les problématiques d'accès aux soins pour une série de populations spécifiques : ceux qui sortent du cadre de l'assurance obligatoire, les primo-arrivants, les sans-abris, les travailleurs du sexe, les personnes ayant des problèmes de dépendance, etc.

En quoi ces populations ont-elles des besoins en soins spécifiques et à quels obstacles sont-elles confrontées dans leur parcours de soins ? Suivant quel processus l'exclusion à la santé se construit-elle ?

Les mécanismes mis en place par les acteurs du système de santé pour lutter contre ces inégalités sont-ils efficaces ? De quelle manière notre système de santé peut-il s'adapter afin de mieux répondre aux besoins de santé des plus démunis de notre société ?

Par ces différentes contributions, ce livre vert nous rappelle avant tout que l'exclusion à la santé ne se limite pas aux seules difficultés d'accès au système de soins mais qu'elle intègre aussi, et surtout, les déterminants sociaux de la santé. L'absence de logement adéquat, la difficulté d'avoir une alimentation saine, le chômage, les mauvaises conditions de travail ou l'absence d'un entourage affectif stable sont autant de facteurs qui ont une influence bien plus déterminante sur la santé.