

LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

Introduction.....	84
1 Préalable : une conception basée sur les droits fondamentaux....	86
2 L'impact de la pauvreté sur la santé.....	87
3 L'accès aux soins de santé : obstacles et propositions.....	91
3.1 L'accessibilité financière.....	92
3.1.1 Les dépenses de soins de santé.....	92
3.1.2 Les informations sur les coûts.....	96
3.2 L'offre de soins de santé primaires	97
3.3 Les mesures prises pour accroître l'accessibilité	99
3.3.1 L'assurance soins de santé obligatoire.....	99
3.3.2 Le maximum à facturer.....	101
3.3.3 Le régime du tiers payant	103
3.3.4 Le dossier médical global	105
3.3.5 L'intervention majorée	106
3.3.6 Le système du forfait	106
3.4 L'aide médicale urgente	107
4 Deux partenaires parmi tant d'autres	109
4.1 Les mutualités	109
4.2 Les CPAS.....	111
5 La formation des prestataires de soins	114
6 La connaissance et l'évaluation.....	115
Annexe : liste des participants à la concertation.....	117
Bibliographie	119

Traduit du néerlandais

Introduction

Ce chapitre a été rédigé à partir des résultats de la concertation avec des associations dans lesquelles des personnes pauvres prennent la parole et avec des partenaires jouant un rôle dans le domaine de la santé.

Deux phases peuvent être distinguées dans la concertation :

- 1^{ère} phase : celle menée pendant la recherche sur l'accessibilité des soins de santé (du 1^{er} mars 2000 au 28 février 2003) et incluant le forum du 14 décembre 2002.

La recherche sur l'accessibilité des soins de santé est une initiative prise par la Conférence interministérielle de l'intégration sociale, dans le prolongement du Rapport Général sur la Pauvreté. Cette évaluation a été confiée par le ministre des Affaires sociales au département de médecine générale et des soins de santé primaires de l'université de Gand. Le Service a servi de plate-forme de concertation entre les associations¹ et l'équipe de recherche pour le volet qualitatif de la recherche². Des obstacles à l'accès aux soins de santé ont été identifiés à l'aide d'entretiens avec ces associations. Ils ont été exposés à d'autres acteurs concernés par le système de santé (travailleurs de terrain, collaborateurs de responsables politiques, chercheurs...) lors du forum du 14 décembre 2002 et les participants aux groupes de travail ont élaboré des propositions de recommandations politiques. Toutefois, par manque de temps, la procédure à suivre pour arriver à un consensus n'a pas pu être appliquée aux conclusions du forum et aux recommandations politiques résultant de la recherche au sein des associations et du forum.

¹ Voir annexe.

² La recherche sur l'accessibilité des soins de santé comprend plusieurs recherches partielles. Les associations et le Service ont uniquement participé au volet qualitatif dont les résultats finaux sont repris dans le rapport partiel n° 4 intitulé «Toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede», Gent, 2003. N.B. : ce rapport existe uniquement en néerlandais. Les différents rapports de recherche (disponibles en néerlandais uniquement) et les conclusions du forum peuvent être consultés à partir du site web du Service : <http://www.luttepauvrete.be/publicationsservicerecherche.htm>

- 2^{ème} phase : après la recherche, trois rencontres ont été organisées entre juin et octobre 2003 pour compléter les résultats de la recherche.

La recherche ne s'est en effet pas penchée sur deux points prioritaires aux yeux des associations, à savoir la nécessité d'une optique axée sur les droits fondamentaux et d'une approche transversale³. Elle n'avait pas non plus pu étudier en détails certaines mesures récentes. Citons le maximum à facturer, la «taxe» à payer aux services d'urgence, les restrictions en kinésithérapie et la récente loi sur les droits du patient. La poursuite de la concertation s'est donc avérée souhaitable. Le Service a organisé trois réunions pour ce faire. Outre des représentants d'associations dans lesquelles des personnes pauvres prennent la parole, des représentants d'organisations d'aide aux personnes et d'organisations actives dans le secteur de la santé y ont participé⁴. Des acteurs importants, comme les mutualités et les CPAS, seront invités dans la concertation à un stade ultérieur.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce chapitre, de donner un aperçu exhaustif des obstacles et des mesures prises depuis le premier rapport bisannuel du Service⁵. Nous présentons ci-après l'expérience de terrain récoltée pendant la concertation menée après la parution de ce premier rapport. Un certain nombre de recommandations au monde politique sont formulées en se basant sur cette connaissance. Comme les résultats de la recherche et du forum sont publiés, ce chapitre traitera surtout des résultats de la deuxième phase de la concertation.

La majeure partie de la concertation ayant porté sur l'accessibilité des soins de santé, ce thème occupe à nouveau une place de choix dans le présent chapitre.

³ Pour la conception basée sur les droits fondamentaux : voir point 1. Pour l'approche transversale : voir point 2.

⁴ Voir liste en annexe.

⁵ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2001 : 131 – 166.

1 Préalable : une conception basée sur les droits fondamentaux

Les associations refusent d'exclure a priori certaines catégories de la réflexion sur le droit à la protection de la santé. La protection de la santé est en effet un droit fondamental⁶. Le simple fait d'appartenir à l'humanité garantit ce droit. Les participants aux réunions sont d'accord avec cette approche universaliste. Ils ont souligné l'importance de mesures universelles et cité l'exemple de la couverture maladie universelle (CMU) système français, dont l'objectif est de donner à chacun la possibilité d'avoir recours aux soins⁷. Les personnes ne relevant pas du système général (personnes sans papiers, prisonniers...) doivent se contenter de pratiques locales qui sont moins transparentes et augmentent le risque d'arbitraire. Leur droit fondamental est difficilement voire pas du tout respecté.

La recherche sur l'accessibilité des soins de santé n'a pas vraiment aidé à connaître la situation des personnes sans abri⁸ et a exclu de son champ d'étude les allochtones, les réfugiés politiques et les illégaux.⁹ Pour les associations et le Service, c'est inacceptable étant donné que le législateur lui-même adopte une approche basée sur les droits fondamentaux dans l'accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté¹⁰.

⁶ Voir annexe du premier rapport bisannuel.

⁷ L'association Médecins sans frontières trouve cette loi positive. ALERTE (un réseau de quarante fédérations et associations nationales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion) et ATD Quart Monde trouvent aussi que cette loi constitue une avancée importante dans le domaine de l'accès au droit à la protection de la santé. Il faut néanmoins encore y apporter des corrections. Voir : ALERTE, 2002 et ATD Quart Monde, 2002.

⁸ Toegankelijkheid in de gezondheidszorg, 2003/4 : 74-75.

⁹ Ibid. : 122.

¹⁰ Accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté, signé le 5 mai 1998 et approuvé par tous les parlements (M.B. du 16 décembre 1998 et du 10 juillet 1999). <http://www.luttepauvrete.be/accordcooperation.htm>

2 L'impact de la pauvreté sur la santé

Pendant la concertation, il a été rappelé à plusieurs reprises que la pauvreté touchait durement la santé.

Témoignage de Monsieur Hindaoui Mohamed Ghyas d'ATD Quart Monde, lors du forum du 14 décembre 2002 :

«(...) le logement est important. La plupart des maladies de nos enfants viennent des mauvaises conditions de vie dans lesquelles nous vivons. Il vaudrait donc mieux trouver des solutions avant de tomber malade. Mes enfants souffrent de maladies à répétition car ils vivent dans un logement où il y a différents problèmes. Nous vivons dans quatre pièces où les murs sont abimés par l'humidité. J'ai fait des photos pour appuyer la demande de logement social. Pour chauffer cet appartement, nous n'avons qu'un point de chauffage, un convecteur au gaz. Dans les autres pièces, il n'y a pas de cheminée. D'autre part, les châssis sont vieux et à vitrage simple. Quand il y a du vent, les rideaux bougent même lorsque les fenêtres sont fermées et la pluie s'infiltré lorsqu'il pleut. Il y a eu aussi pendant longtemps un problème avec l'eau chaude. Le chauffe-eau était très vieux et ne chauffait presque plus. Le propriétaire ne voulait pas l'admettre, pourtant on avait souvent des odeurs de gaz. C'était dangereux. J'ai fait venir un spécialiste qui m'a confirmé qu'il fallait le changer. Après beaucoup de temps et de demandes, le propriétaire a finalement donné un autre vieux chauffe-eau qu'il avait pu récupérer chez un cousin. Avec les deux, j'en ai fabriqué un qui fonctionne. Il m'a fallu à peu près deux ans et demi de vie dans cet appartement avant d'obtenir cette amélioration. (...)»

Différents facteurs influencent la santé¹¹ :

- les conditions de vie, qui sont directement liées au statut social déterminé par le salaire et le niveau d'instruction : la qualité du logement, de l'alimentation, les conditions de travail... ;

¹¹ Pour un inventaire exhaustif, nous vous renvoyons à De Spiegelaere, M., 2003 - 2004.

- *Les facteurs diminuant la résistance globale aux maladies* : le stress, l'angoisse, la perte de confiance en soi, le manque de soutien social... ;
- *Les comportements influencés par les conditions de vie* : le tabagisme, l'alcoolisme, les grossesses d'adolescentes... La plupart de ces comportements dits «à risques», observés dans des milieux socialement défavorisés, sont en fait une tentative de réponse aux problèmes auxquels les personnes sont confrontées. Plus elles sont pauvres (financièrement, socialement et culturellement), moins elles ont le choix entre différentes possibilités pour soulager leurs souffrances (physiques et psychiques). Fumer, boire, chercher refuge aux urgences etc. apparaissent alors comme les seules solutions.
- Divers obstacles à l'accès aux soins de santé (voir point 3).

Les participants à la concertation font remarquer que des conditions de vie décentes et des relations sociales intéressantes sont essentielles à une bonne santé. Ils soulignent l'importance de la *prévention primaire pour des aspects «non médicaux»* qui vise une amélioration des conditions de vie. Dans le cadre de cette prévention, il s'agit surtout de mener une *politique intersectorielle* créant les conditions d'une bonne santé, à savoir un revenu suffisant, un logement salubre...¹².

La *prévention médicale* par le biais du système de santé contribue aussi au maintien d'une bonne santé. Elle consiste à vacciner, dépister certains maladies etc. Les problèmes suivants ont été relevés :

- De nos jours, les structures de première ligne ne font pas assez de prévention et ce, pour de multiples raisons. La prévention n'est pas suffisamment valorisée dans les programmes de formation des médecins. Le paiement à la prestation n'incite pas non plus à recourir à la prévention, en particulier parmi les personnes aux revenus modestes. En effet, pour elles qui, quand elles sont malades, ne peuvent pas payer le médecin, consulter un praticien juste pour «vérifier que tout va bien» ou pour demander un conseil est un luxe. Prévoir un autre mode de paiement pourrait favoriser l'intégration de la prévention dans la médecine générale. On pense au système du

¹² A propos de ces conditions, voir la relecture de la Charte d'Ottawa par Deschamps, 2003.

forfait ou au régime du tiers payant.

- Dans certaines circonstances, la prévention peut encore accroître les inégalités sociales. Divers motifs sont cités pour expliquer ce phénomène :
 - Les conseils prodigués lors des campagnes de prévention, comme manger des fruits et des légumes cinq fois par jour, faire du sport régulièrement, etc. ne sont pas toujours adaptés aux moyens financiers des personnes pauvres et ils ne peuvent pas toujours être appliqués si les conditions de vie sont difficiles.
 - L'impact des programmes de dépistage est directement lié à la possibilité de recourir aux soins de santé curatifs. Or, celle-ci est déterminée par le statut social. Le fossé existant entre les soins préventifs et curatifs neutralise les bénéfices des soins préventifs gratuits.
 - L'éducation à la santé profite surtout aux personnes qui ont les moyens et les capacités de maîtriser leur environnement et de modifier leurs comportements de la manière prescrite. Elle accroîtra les inégalités de santé si aucune mesure n'est prise pour fournir des moyens aux plus pauvres.
 - On part généralement du principe que chaque personne est responsable de son état de santé. En matière de prévention, cette responsabilité individuelle peut engendrer des sentiments de culpabilité et de crainte, surtout chez les personnes qui vivent dans des conditions telles qu'elles n'ont pas la maîtrise de leur vie et de leur environnement¹³. Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé a notamment pour fonction de «créer des «environnements supportifs» permettant aux personnes d'acquérir la maîtrise de leur vie¹⁴. Les participants à la concertation demandent que l'école soit un lieu privilégié pour la prévention, que des activités physiques et régulières y soient proposées aux enfants, qu'une alimentation saine y soit servie et que des programmes d'éducation à la santé soient menés...¹⁵

¹³ Le risque de culpabilisation, de stigmatisation et d'exclusion se renforce au fur et à mesure que l'individualisme, associé à la responsabilisation, augmente dans une société. (Léonard, 2003).

¹⁴ Voir Deschamps, 2003 : 318 – 319.

¹⁵ Voir Service, 2001 : 151.

Les participants à la concertation trouvent important que toute option politique prenne en compte l'impact des mesures préconisées sur la santé de la population. Trois propositions parmi beaucoup d'autres ont été faites :

- étudier l'impact du programme décennal de «revitalisation des quartiers» de la Région bruxelloise sur la santé des habitants du quartier¹⁶ ;
- Etudier les effets de la régularisation des personnes sans papiers sur la santé. Une telle étude permettrait également de rassembler des informations sur la santé des personnes non régularisées ;
- Etudier les effets des mesures de mise à l'emploi comme l'article 60 (auprès du CPAS) ou le travail en ALE sur la santé.

+

- Prendre systématiquement en considération, dans les politiques sociales, économiques, éducatives, etc. le lien entre pauvreté et santé..
- Stimuler l'utilisation d'une approche transversale pour la politique visant à promouvoir la santé et à créer des «environnements supportifs».
- Evaluer les projets concrets destinés à améliorer les conditions de vie afin de connaître l'impact de ces projets sur la santé des personnes concernées.
- Les volets «prévention» et «soins curatifs» doivent être harmonisés et la collaboration entre les différents niveaux de pouvoir doit être améliorée vu le morcellement institutionnel des compétences.
- Pour que les programmes de dépistage soient efficaces, un suivi doit être assuré et les soins doivent être accessibles.
- Faire de l'école un lieu privilégié pour la protection et la promotion de la santé.

¹⁶ Il s'agit d'un programme de développement du quartier qui part de l'analyse des besoins par les habitants eux-mêmes. Ce sont surtout le logement et l'aménagement du territoire qui font l'objet d'attention.

3 L'accès aux soins de santé : obstacles et propositions

«Ce qui me révolte, c'est qu'on s'occupe d'abord des papiers, puis du malade».

«J'ai un minimum de 20 euros à payer moi-même chaque mois pour les médicaments. Comme je n'ai qu'un équivalent de minimex ce n'est pas facile. Lorsque je décompte mon loyer et mon électricité, il ne me reste même plus 250 euros pour vivre. Il m'est bien sûr impossible de consulter d'autres médecins ou d'autres hôpitaux que ceux agréés par le CPAS car je ne pourrais pas les payer».

(Témoignages de ATD Quart Monde au forum sur la pauvreté et la santé du 14/12/2002).

Bien qu'en Belgique, le système de santé soit étendu et l'assurance soins de santé accessible, des hommes, des femmes et des enfants n'ont toujours pas accès à ces soins au moment où leur état de santé le requiert. Paradoxalement, ce sont justement les personnes dont la santé est la moins bien protégée à cause de leurs conditions de vie non conformes à la dignité humaine (voir point 2) qui ont le plus difficilement accès aux soins de santé.

Divers obstacles en entravent l'accès. Ils se situent tant dans le système de santé (voir point 2) qu'en dehors de ce système. Les problèmes relatifs au système de santé se posent du côté de l'offre (l'aide apportée) et de la demande (le demandeur).

Ø Du côté de l'offre :

- Obstacles financiers (coût élevé des soins de santé et des médicaments, système de remboursement des frais médicaux...);
- Difficultés liées à la législation et la réglementation (problèmes relatifs à l'assurance soins de santé obligatoire et l'assurance complémentaire, au maximum à facturer...);
- Problèmes liés à l'organisation (absence de surveillance médicale après l'hospitalisation ou de suivi, problèmes administratifs...);
- Obstacles relatifs à une aide ou un service spécifique (problèmes

concernant l'aide apportée par le CPAS, les mutualités...);

- Ø Du côté de la demande :
 - Sentiments d'infériorité, de honte, de crainte... ;
- Ø Problèmes liés à la relation entre le prestataire et le demandeur
 - Ils concernent la communication et l'échange d'informations entre le prestataire et le demandeur.

Une seule et même personne peut être confrontée à un ou plusieurs problèmes pendant une période plus ou moins longue.

Pour un inventaire détaillé des obstacles à l'accès aux soins de santé, nous vous renvoyons aux résultats de la recherche ainsi qu'aux conclusions du forum.

3.1 L'accessibilité financière

3.1.1 Les dépenses de soins de santé

L'enquête de santé de 2001 a montré que les frais médicaux grevaient le budget de 29 %¹⁷ des ménages belges environ. Dans la catégorie de revenus la plus basse, ce pourcentage s'élève à 68%. 9 % des ménages belges ont dû reporter une consultation médicale ou l'achat de médicaments au cours de l'année précédant l'enquête de santé belge pour raison financière (20 % à Bruxelles et 23 % dans le cas de familles monoparentales). La proportion des ménages qui se plaignent de devoir reporter des soins de santé pour des raisons financières était la même en 2001 qu'en 1997. A Bruxelles, par contre, ce pourcentage a augmenté (Institut scientifique de la santé publique, 2002).

D'autres facteurs, liés au système de soins de santé, alourdissent les difficultés financières :

- L'avance des frais : il s'agit d'un problème crucial, surtout dans les hôpitaux. Ainsi, des personnes sont encore refusées par certains hôpitaux : *«Il y a quelques mois, mon mari devait aller à l'hôpital pour*

¹⁷ Nous pouvons supposer que ce chiffre est plus élevé vu la sous-représentation des plus pauvres. Voir point 6.

faire contrôler ses blessures au pied. Il fallait d'abord payer une avance à la réception. Comme nous ne pouvions pas le faire, ils nous ont envoyés au service social. Celui-ci ne nous a pas autorisés à aller chez un médecin. Je suis allée moi-même voir le médecin qui a affirmé que le contrôle était nécessaire. La santé passe avant l'argent, a-t-il dit.» (Centrum Kauwenberg, 2003 – notre traduction). Selon les participants à la concertation, certains hôpitaux auraient établi une «liste noire» de mauvais payeurs. Certaines personnes ne savent pas à l'avance si l'hôpital les acceptera ou pas. Le système de paiement étalé est considéré comme positif mais cela signifie, il est vrai, que le revenu mensuel diminue encore.

Après avoir consulté un prestataire, les patients doivent s'adresser à leur mutuelle pour se faire rembourser les frais. Comme actuellement la plupart des mutualités effectuent le remboursement sur un compte bancaire, les patients ne reçoivent pas l'argent immédiatement. Or, les personnes vivant dans la pauvreté comptent souvent sur cette somme pour acheter les médicaments prescrits.

- Le non-remboursement de certaines prestations et certains médicaments : l'intérêt du patient ne semble pas toujours être pris en compte quand il s'agit de décider d'accorder un remboursement ou pas. Certains médicaments dont l'efficacité et l'utilité sont pourtant prouvées, comme les analgésiques, ne sont pas remboursés. Tous les médicaments destinés à traiter les souches multirésistantes de tuberculose ne sont pas remboursés. Il est pourtant de notoriété publique que la tuberculose touche surtout les populations pauvres. En ce qui concerne les soins, l'accord du gouvernement fédéral de juillet 2003 prévoit d'élargir la gamme de soins remboursables, par exemple en matière de dentisterie, de kinésithérapie pour certaines pathologies. La pilule est remboursée aux jeunes depuis octobre 2003.
- Le montant du ticket modérateur : pour les personnes à bas revenu, l'assurance obligatoire ne couvre pas suffisamment les dépenses de soins de santé nécessaires. Des prestations spécifiques telles la dentisterie, l'accompagnement psychologique et l'achat de fournitures comme des lunettes sont reportées voire annulées vu leur

coût élevé.

Les frais d'hospitalisation sont trop importants : à la quote-part personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation¹⁸ s'ajoutent le forfait pour les médicaments (0,62 euro par jour), les médicaments non remboursables (catégorie D), des suppléments d'honoraires, des suppléments pour le matériel...

Le montant des tickets modérateurs a encore augmenté entre l'année 2000 et mai 2003¹⁹, surtout dans le secteur des médicaments.

Des mesures d'économie engendrant un surcoût pour les patients ont récemment été prises.

Ø *Le système de remboursement de référence* : le 1^{er} juin 2001, les pouvoirs publics ont introduit un nouveau système de paiement pour encourager la prescription de médicaments meilleur marché (les médicaments génériques). Le ticket modérateur à charge du patient est considérablement réduit quand le médecin prescrit un médicament générique mais s'il s'agit d'un médicament de marque, le patient devra payer davantage. Depuis l'entrée en vigueur de ce système, le patient débourse 6% de tickets modérateurs en plus. «Ce surcoût global, relativement limité pour le patient, dissimule toutefois un certain nombre de situations individuelles qui pourraient être préoccupantes. Ainsi, par exemple, depuis le 1^{er} janvier 2003, un nombre non négligeable de patients diabétiques se voient imposer un ticket modérateur de 26 % (qu'ils aient ou non droit à l'intervention majorée) pour un médicament de catégorie A vital et donc censé être gratuit.²⁰(...) La prescription conservatrice du corps médical mène à des surcoûts facilement évitables pour une grande partie des patients souffrant d'affections chroniques et «semi-chroniques» (dépression, hypertension, maux intestinaux)» (Mutualités socialistes, septembre 2003)²¹.

¹⁸ Ce prix varie en fonction de la durée de l'hospitalisation et de la catégorie à laquelle appartient le bénéficiaire.

¹⁹ Nous nous basons sur des informations fournies par Van Winckel, H., Alliance des mutualités chrétiennes, 20 juin 2003.

²⁰ En outre, le médicament utilisé pour mesurer la glycémie n'est toujours pas remboursé.

²¹ Les mutualités chrétiennes ont aussi calculé qu'à cause du système de remboursement de référence, le patient devait déboursé davantage pour des médicaments. (Diels, 2002 in : Beck, Vanroelen, Louckx, 2002).

Ø *Les mesures relatives à la kinésithérapie* : le système de remboursement a profondément changé depuis le 1^{er} mai 2002. Les pathologies sont réparties en trois catégories pour lesquelles un nombre de séances normalement remboursées est fixé. On craint que les patients souffrant «d'affections moins graves» doivent arrêter un traitement améliorant leur état de santé ou payer beaucoup plus.

Ø *Les mesures relatives aux services d'urgences* : pour décourager le recours aux urgences, les services d'urgence peuvent demander le paiement d'un ticket modérateur supplémentaire de 12,50 euros depuis le 1^{er} mars 2003. Cette «amende» pénalise véritablement les personnes pauvres.

Comme les deux mesures précédentes, cette mesure d'économie a été instaurée sans consultation préalable des personnes vivant dans la pauvreté. Aucune recherche n'a été menée pour connaître les raisons incitant ces personnes à se faire soigner aux urgences. Les hôpitaux et les responsables politiques considèrent qu'il s'agit d'une utilisation inadéquate des urgences.. Les services d'urgence ont fait l'objet de nombreux échanges que nous résumons ci-dessous :

- Diverses raisons poussent les personnes vivant dans la pauvreté à se faire soigner aux urgences : le manque de services de soins de santé primaires proches et accessibles en permanence, le fait que les soins ne doivent pas être payés immédiatement, leur évaluation du caractère urgent d'une maladie, la crainte de mal faire, surtout quand il s'agit de leurs enfants (les parents ne veulent prendre aucun risque quand la santé de leur enfant est en jeu par crainte du placement), la nécessité de se faire soigner en urgence parce qu'elles ont sans cesse reporté la visite chez le généraliste, la difficulté, pour les personnes sans abri, d'appeler un médecin de garde à l'aide de leur GSM à carte... Souvent, le service des urgences est vu comme un refuge, le seul endroit où rester au chaud. Dans certains hôpitaux, un nombre limité de personnes peuvent rester dans la salle d'attente chaque nuit. Les urgences remplissent aussi une fonction d'accueil. En cas de crise généralisée où il n'est même plus possible d'établir une distinction entre un problème médical, psychologique ou autre, les urgences peuvent soulager l'angoisse en prêtant une assistance immédiate.

- Comme le recours aux urgences peut être motivé par divers facteurs, la question est de savoir si ce ticket modérateur modifiera le comportement des personnes pauvres (d'autant plus que dans certains hôpitaux, cette «amende» est facturée et donc payée ultérieurement). Même le ticket modérateur a un effet dissuasif, on peut se demander si ces patients détournés des urgences ont recours à la première ligne ou si, par contre, ils doivent reporter les soins. Tout cela doit faire l'objet d'une évaluation.
- Un certain nombre d'hôpitaux organisent une consultation de généralistes au sein des urgences. Il y aurait lieu de tirer des enseignements de ces initiatives.

+

- Continuer à élargir la gamme de prestations remboursables.
- Sensibiliser les prescripteurs à la problématique des frais médicaux et du coût des médicaments.
- Evaluer l'impact des mesures d'économie sur l'accessibilité des soins de santé et l'état de santé des personnes pauvres. Plus spécifiquement, étudier l'impact du ticket modérateur à payer aux urgences sur les personnes vivant dans la pauvreté. Sont-elles incitées à recourir aux services de soins de santé primaires ?
- Ne pas prélever de ticket modérateur supplémentaire aux urgences tant qu'aucune mesure n'a été prise pour offrir des structures de première ligne qui soient accessibles et assurent une garde (le week-end et la nuit).

3.1.2 Les informations sur les coûts

Les personnes pauvres doivent consentir beaucoup d'efforts pour trouver les informations qu'elles souhaitent sur la santé et les soins de santé et les comprendre. Il arrive que les informations ne soient pas disponibles, qu'elles soient incomplètes ou inadaptées.

Le manque d'informations est vécu comme un obstacle important à l'accès aux soins.

- La distinction entre assurance soins de santé obligatoire, assurance

complémentaire, assurance libre et cotisation au Fonds de réserve n'est pas claire²².

- Face à l'évolution, la complexité et le manque de transparence de la réglementation, l'assuré social se sent impuissant, démuné de moyens pour faire valoir ses droits (l'obtention de l'intervention majorée, du forfait pour les maladies chroniques, de l'application du dossier médical global...).
- Les hôpitaux doivent informer les patients, avant leur hospitalisation, de tous les coûts qui leur seront facturés mais il est difficile d'avoir à l'avance une idée claire de tous les coûts inhérents à l'hospitalisation. La facture de l'hôpital est difficile à comprendre et est en outre envoyée tardivement (quelques mois après l'hospitalisation).

Les professionnels ne disposent pas toujours des informations nécessaires pour aider le patient à faire respecter ses droits.

3.2 L'offre de soins de santé primaires

Dans les quartiers pauvres, l'offre d'infrastructures de première ligne accessibles est insuffisante : il n'y a pas assez de généralistes, de maisons médicales, ... C'est une des raisons pour lesquelles beaucoup de personnes se rendent aux urgences pour se faire soigner. Les malades doivent aussi pouvoir appeler un médecin de garde la nuit ou le week-end sans devoir payer trop cher sinon ils risquent de ne plus pouvoir acheter les médicaments prescrits.

Il est essentiel qu'existent dans le quartier des services pouvant accueillir rapidement et correctement les personnes dont la santé est minée par la pauvreté et le stress.

Le généraliste coordonne les soins prodigués au patient et lui fournit les informations nécessaires. La relation de confiance avec le généraliste est

²² L'assurance libre est celle contractée par les indépendants pour la couverture des petits risques ; les cotisations à l'assurance complémentaire couvrent divers avantages et services offerts par les mutualités (et agréés par l'Office de contrôle des mutualités) ; la cotisation annuelle au Fonds de réserve est une cotisation personnelle demandée par les mutuelles à leurs membres dans le cadre de leurs responsabilités financières.

importante pour tous les patients et en particulier pour les patients pauvres. Ces derniers recherchent en effet un médecin auprès de qui ils se «sentent bien», à qui ils osent demander des explications et aussi dire qu'ils n'ont pas compris... Cette relation privilégiée peut toutefois ne pas être conciliable avec la politique de santé des CPAS, le patient n'ayant par exemple pas le libre choix du praticien.

Les associations rassemblant des personnes pauvres et les services concernés citent les maisons médicales comme un exemple d'infrastructure de soins de santé primaires accessible. Ils soulignent que les maisons médicales axent leur travail sur le quartier, sont financièrement accessibles et sont attentives à la question de la promotion de la santé. Elles adoptent une approche interdisciplinaire. Des critiques sont néanmoins émises : le risque de dualisation des soins de santé existe étant donné que les maisons médicales attirent un public-cible pauvre, l'offre est trop réduite et mal répartie géographiquement,...

+

Rendre plus accessibles les soins de santé primaires par diverses mesures :

- supprimer le maximum d'obstacles financiers via la réduction du ticket modérateur,
- offrir des services de garde bien organisés et accessibles,
- inciter les médecins généralistes à aller travailler dans les quartiers plus défavorisés,
- accorder un meilleur soutien aux maisons médicales, sous la forme d'une prime d'installation par exemple,
- évaluer le fonctionnement des maisons médicales en vue de généraliser leurs caractéristiques positives aux cabinets des généralistes.

3.3 Les mesures prises pour accroître l'accessibilité

La recherche menée sur la base d'entretiens dans les associations a permis de dresser une liste d'obstacles relatifs aux instruments destinés à accroître l'accessibilité des soins de santé (voir le rapport de recherche et les conclusions du forum).

Pendant la concertation qui a suivi la recherche, des mesures ont fait l'objet d'une discussion (plus approfondie).

3.3.1 L'assurance soins de santé obligatoire

L'objectif de la réforme du système d'assurance qui a pris cours le 1^{er} janvier 1998 est d'accroître la couverture des soins de santé en supprimant le paiement du droit d'entrée, le stage d'attente (sauf cas exceptionnels) et en dispensant certaines catégories de bénéficiaires du paiement des cotisations personnelles obligatoires à l'assurance soins de santé.

L'extension de l'assurabilité a constitué un indéniable progrès. Cependant, certaines personnes ne sont toujours pas couvertes par l'assurance soins de santé obligatoire. Il s'agit :

- de personnes qui peuvent être des assurés sociaux mais qui, à cause d'une accumulation de défaillances et de problèmes (par exemple des problèmes liés aux conditions d'accès comme l'affiliation à une mutuelle), n'ont pas ou plus accès au système de santé. Parfois, le remboursement des soins de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire est refusé aux personnes ne payant pas l'assurance complémentaire à la mutuelle mais cette pratique est illégale²³ ;

²³ L'affiliation à une mutualité suppose l'adhésion à ses statuts qui sont rédigés par l'assemblée générale des membres et déterminent les conditions d'accès aux avantages et services de l'assurance complémentaire (soins à domicile, lunettes). Sur la base de ses statuts, la mutuelle peut donc exclure un affilié s'il n'a pas payé la cotisation complémentaire. Par contre, il arrive que le remboursement de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soit refusé aux personnes n'ayant pas payé la cotisation à l'assurance complémentaire, alors que ces personnes ne sont pas exclues de la mutualité pour autant. Cette pratique est illégale étant donné qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 (coordonnée par la loi du 14 juillet 1994), les mutualités ont pour mission d'appliquer à leurs affiliés l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- de personnes qui sont en séjour irrégulier en Belgique ou se trouvent dans une situation précaire bien qu'étant en séjour régulier. Elles n'ont pas accès à l'assurance obligatoire²⁴. Le cas des personnes ne possédant pas de permis de séjour légal est régi par l'arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente mais son application posant divers problèmes (par exemple en matière de continuité des soins), elles en sont souvent réduites à faire appel à des organisations non gouvernementales ;
- d'indépendants confrontés à des problèmes financiers qui ne paient plus leurs cotisations d'assurances sociales et ne sont donc pas assurés pour les gros risques. Vu leurs difficultés financières, ils ne souscrivent pas non plus à une assurance privée pour les petits risques
- La prise en compte de l'adresse de référence auprès d'un CPAS garantit en principe aux personnes sans-abri l'accès à l'assurance soins de santé. Sur le terrain cependant, nombre d'entre elles ont souvent relaté des difficultés à obtenir cette adresse, liées aux conflits de compétence entre CPAS. C'est la raison pour laquelle un dispositif permettant de trancher rapidement ces différends a été mis en place : lorsque deux ou plusieurs CPAS estiment ne pas être compétents territorialement , le Ministre de l'intégration sociale détermine, dans un délai de cinq jours, le centre qui doit intervenir à titre provisoire²⁵.

Des dépenses de santé croissantes et une couverture insuffisante des soins par l'assurance obligatoire incitent davantage de personnes à contracter une assurance privée. Entre 1995 et 2000, le nombre de personnes couvertes par une assurance privée est passé de 2,5 millions à 4 millions²⁶. Des participants à la concertation ont attiré l'attention sur les dangers d'une privatisation croissante des soins de santé qui se ferait au

²⁴ Il s'agit des étrangers en possession de l'annexe 35 (un document spécial de séjour), des étrangers en possession d'un ordre de quitter le territoire prolongé ou d'une déclaration d'arrivée prolongée, des personnes régularisées qui attendent leur inscription au registre national et des personnes cohabitant dans le cadre d'une relation durable (voir le site web du «Medisch Steunpunt Mensen zonder Papieren : <http://www.medimmigrant.be>).

²⁵ Art. 382 de la loi-programme du 24 décembre 2002 (M.B. du 31 décembre 2002) et circulaire du 08 avril 2003.

²⁶ Source : Brochure sur l'assurance soins de santé de l'Association Professionnelle des Entreprises d'Assurances, s.d.. Le développement des assurances privées sape le principe de solidarité en vigueur au sein du système de santé.

détriment des personnes les plus vulnérables économiquement.

+

- Etendre l'assurabilité aux personnes en situation de séjour précaire;
- Ouvrir l'assurance obligatoire pour les petits risques aux indépendants ;
- Se mettre activement à la recherche des personnes qui, alors qu'elles ont droit à l'assurance soins de santé obligatoire, n'ont pas ou plus accès au système de santé classique. C'est la tâche de la Banque Carrefour²⁷ en collaboration avec les organismes assureurs et les CPAS.
- Poursuivre l'élargissement de la gamme de soins remboursables.

3.3.2 Le maximum à facturer

Le maximum à facturer est un système fondé sur le principe suivant : dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un bénéficiaire excèdent un plafond bien déterminé (variable en fonction du type de MAF applicable), l'intéressé se voit rembourser l'entièreté de sa quote-part personnelle.

Il a été instauré pour offrir à des personnes fragilisées financièrement par la maladie une protection plus importante agissant plus rapidement²⁸. Il est calculé sur la base de la catégorie sociale de l'ayant droit, de l'âge²⁹ ou du revenu du ménage. Il pallie aux limitations des mesures spéciales comme l'intervention majorée et la franchise sociale et fiscale, dont certains groupes étaient d'office exclus. Songeons aussi, par exemple, aux personnes souffrant d'affections chroniques et leurs familles, ainsi que pour les familles à revenu modeste appelées à consentir fréquemment voire constamment des frais médicaux.

²⁷ La Banque Carrefour de la sécurité sociale, en abrégé Banque Carrefour, agit comme un moteur d'échanges de données électroniques entre les institutions de sécurité sociale qui restent responsables de l'enregistrement et de la gestion des informations. Il n'y a donc aucun enregistrement centralisé de données personnelles à la Banque Carrefour.

²⁸ Exposé des motifs – Projet de loi portant modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

²⁹ Dans la mesure où le maximum à facturer en fonction de la catégorie sociale n'est pas d'application, il peut être octroyé aux enfants de moins de 16 ans pour autant que les dépenses consenties pour cet enfant s'élèvent à 650 € au moins.

Dans son rôle de garde-fou contre des frais médicaux trop élevés, le maximum à facturer constitue une prévention efficace de l'exclusion sociale due aux problèmes de santé. Des difficultés majeures empêchent néanmoins des personnes de bénéficier d'une protection suffisante. C'est le cas pour des malades souffrant d'affections chroniques qui doivent encore déboursier trop pour des médicaments qui, bien qu'étant importants pour eux, ne sont pas remboursés³⁰. La concertation menée par le Service a mis en lumière des obstacles empêchant les personnes vivant dans la pauvreté de bénéficier d'une protection efficace.

- *Problèmes relatifs à la « hauteur » du plafond annuel :*

Le plafond le plus bas est actuellement de 450 euros, c.-à-d. que les personnes appartenant à la catégorie de revenus la plus basse doivent payer 450 euros de tickets modérateurs avant d'être protégées par le plafond de ticket modérateur. Le plafond est passé de 371,84 euros à 450,00 euros lors de la transition de la franchise sociale au maximum à facturer.

Cette mesure ne produit ses effets qu'a posteriori : il faut d'abord payer un certain montant en tickets modérateurs. Ce n'est qu'une fois ce montant atteint que le patient est exempté de ces derniers. Par conséquent, il se peut que, faute de revenus suffisants, les personnes reportent les soins médicaux et n'atteignent donc pas ce plafond.

- *Problème relatif à la prise en compte des prestations :*

Le système du maximum à facturer tient uniquement compte des prestations et médicaments remboursables. Or, nombre de frais ne sont pas remboursés par l'assurance soins de santé et n'entrent dès lors pas en ligne de compte pour le maximum à facturer, comme les médicaments de catégorie D (les analgésiques par exemple), la quote-part personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 91^{ème} d'admission dans un hôpital général et du 366^{ème} jour

³⁰ Il s'agit par exemple de médicaments appartenant à la catégorie D qui ne sont pas remboursés et n'entrent pas en ligne de compte pour le maximum à facturer. Or ils sont souvent vitaux pour les malades chroniques. Voir : *Vlaams Patiëntentplatform, Bemerkingen Maximumfactuur, 2003.*

d'admission dans un hôpital psychiatrique, les frais de séjour en habitation protégée, les suppléments d'honoraires que peuvent facturer certains prestataires de soins, les prothèses de la hanche, les stimulateurs cardiaques, une valvule cardiaque...

- *Problème des avances :*

Même quand le plafond est atteint, il faut continuer à avancer les frais qui seront remboursés ultérieurement. Beaucoup de personnes ne sont pas au courant de ce système de remboursement.

L'accord gouvernemental fédéral de juillet 2003 prévoit d'élargir le champ d'intervention du maximum à facturer, entre autres pour les indépendants dans le cadre d'une assurance obligatoire contre les petits risques, ainsi que pour les coûts de matériel et des hospitalisations de longue durée, et par l'extension jusqu'à dix-huit ans du maximum à facturer pour les enfants.

+

- Améliorer le système du maximum à facturer : abaissement du plafond, meilleure couverture des frais, étalement des paiements (paiement sur base mensuelle et non annuelle par exemple), etc.
- Favoriser des mesures complémentaires : mesures relatives au régime du tiers payant, aux maisons médicales et aux CPAS notamment (voir plus loin).

3.3.3 Le régime du tiers payant

Ce système s'attaque au problème des avances de frais, problème d'autant plus grave que les revenus sont faibles. Les associations estiment qu'il pourrait résoudre les problèmes de paiement dans le secteur des soins ambulatoires, à savoir chez le généraliste, le dentiste, le spécialiste... En outre, il entraîne moins de problèmes administratifs pour les patients.

Seule une très petite minorité de praticiens applique ce système³¹. Les prestataires de soins estiment la procédure administrative trop lourde.

Des mesures doivent être prises pour que les médecins puissent appliquer cette réglementation de manière aisée. L'utilisation de la carte SIS pourrait y contribuer. Mais pour ce faire, les médecins doivent disposer d'un lecteur de cartes adapté. Les lecteurs peuvent être installés progressivement, la priorité étant accordée aux praticiens ayant introduit une demande pour appliquer le régime du tiers payant, médecins non affiliés à une maison médicale compris. Si le budget le permet, il faut viser la généralisation des lecteurs de cartes pour éviter la dualisation entre médecins «pour les pauvres» et ceux «pour les riches».

Des propositions visant à élargir le champ d'application du régime du tiers payant ont été faites mais sur le terrain, on observe des pratiques restrictives. Certains participants dénoncent le refus d'appliquer le régime du tiers payant à certaines prestations techniques dans les hôpitaux, ce qui est illégal. Le coût élevé de ces prestations et le sous-financement des hôpitaux sont les arguments invoqués pour justifier cette décision.

Le régime du tiers payant a récemment été refusé à des chômeurs de longue durée et à certaines personnes handicapées dans le secteur ambulatoire³². En réponse aux réactions suscitées par cette attitude, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a promis de revoir cette réglementation. La question de l'amélioration de l'application du régime du tiers payant figure à l'ordre du jour du dialogue sur la santé lancé par le Ministre.

³¹ Selon certains participants à la concertation, cela concernerait 4% des traitements ambulatoires et 2 % des prestataires seulement.

³² Les catégories de personnes pouvant bénéficier du régime du tiers payant sont énumérées à l'article 6 § 2, 4° à 7° de l'A.R. du 10 octobre 1986 récemment modifié par l'A.R. du 4 mars 2003 (M.B. du 10 octobre 1986).

+

A long terme : généraliser le régime du tiers payant à tous les traitements ambulatoires.

A court et moyen termes : encourager les généralistes à appliquer le régime du tiers payant, notamment en introduisant progressivement les lecteurs de cartes SIS.

3.3.4 Le dossier médical global

Il a été généralisé : depuis mai 2002, toute personne disposant d'un dossier médical global voit le ticket modérateur réduit de 30% lors d'une consultation chez le généraliste. La pratique montre en effet que les patients doivent souvent raconter leur histoire à chaque intervenant, qu'il n'y a pas de communication entre les différents intervenants et qu'un même examen est effectué à plusieurs reprises car les résultats ne sont pas transmis. L'intérêt du dossier général et centralisé est donc avéré .

Des problèmes se posent cependant quant au dossier médical global : cette possibilité n'est pas suffisamment connue des patients, l'ayant droit doit introduire une demande et avancer l'argent³³ et enfin, demander le prolongement de son dossier. Vu leurs conditions de vie, les personnes sans abri itinérantes peuvent plus difficilement bénéficier de cette mesure.

Davantage de dossiers médicaux globaux sont ouverts en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles³⁴. Il serait intéressant de connaître la cause de ces disparités régionales pour en tirer des enseignements.

La procédure de prolongation du dossier médical global devrait être

³³ Le patient doit actuellement payer 13,06 €. Ce montant est intégralement remboursé par la mutuelle mais dans ce cas aussi, le problème de l'avance des frais se pose (voir point 3.1.2.). Ce montant forfaitaire doit être payé chaque année. Toutefois, le patient peut demander d'appliquer le régime du tiers payant.

³⁴ Selon une enquête des mutualités chrétiennes, en octobre 2002, 40% de leurs membres possédaient un dossier médical global en Flandre contre 14% en Wallonie et 12% à Bruxelles. Une enquête des mutualités socialistes et des données des mutualités libérales confirment cette tendance. (Source : De Kock, C., E-santé, 22-07-03, sur la base d'une enquête des mutualités chrétiennes).

simplifiée à partir du 1^{er} janvier 2004³⁵. Au cours de l'année 2004, un groupe de travail composé de représentants des organismes assureurs et de médecins généralistes étudiera les problèmes du dossier médical global.

+

- Evaluer le dossier médical global en répondant à la question suivante : «Le système actuel contribue-t-il à l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé, y compris pour les plus pauvres, et à l'amélioration de la qualité des soins ?»

3.3.5 L'intervention majorée

Depuis le 1^{er} juillet 1997, l'intervention majorée a été élargie progressivement à de nouvelles catégories de bénéficiaires³⁶. Ce système connaît des limites :

- des critères d'âge et de durée d'indemnisation pour les chômeurs, ce qui peut entraîner le report des soins ;
- la durée d'octroi du revenu d'intégration (au cours des 12 mois précédant la demande : 3 mois de manière continue ou 6 mois continus ou non) ;
- la catégorisation des bénéficiaires (à revenus équivalents, deux personnes peuvent faire l'objet d'un traitement différent selon leur statut)
- L'intervention majorée n'est pas octroyée d'office : l'assuré doit s'adresser à sa mutualité et prouver qu'il est dans les conditions requises en ce qui concerne son statut et ses revenus.

3.3.6 Le système du forfait

Ce système implique la signature d'un contrat entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale. La mutuelle paie directement à la

³⁵ Voir l'accord de la commission nationale médico-mutualiste du 7 juillet 2003 relatif à la simplification et au prolongement du dossier médical global.

³⁶ Ces catégories sont : les bénéficiaires du revenu d'intégration et de l'aide sociale équivalente à celui-ci ; les titulaires de la garantie de revenu aux personnes âgées (ancien revenu garanti aux personnes âgées), d'une allocation octroyée aux personnes handicapées ; les enfants bénéficiaires des allocations familiales majorées ; les chômeurs indemnisés depuis un an et âgés de plus de 50 ans.

maison médicale une somme mensuelle fixe par personne concernée : le forfait. La formule stimule le recours aux infrastructures de première ligne en garantissant une accessibilité financière maximale. Elle suppose l'existence d'une relation de confiance entre le demandeur et le prestataire.

Les centres utilisant ce système sont peu nombreux. En outre, les personnes sans abri itinérantes peuvent difficilement bénéficier de ce système étant donné qu'elles se déplacent. Il arrive aussi que des demandeurs d'emploi ou des bénéficiaires du revenu d'intégration suppriment leur inscription auprès d'une maison médicale travaillant au forfait car ils pensent ne plus avoir droit à ce système.

Une évaluation approfondie du forfait avait déjà été demandée dans le premier rapport du Service. Une étude est actuellement réalisée avec le soutien du comité de l'assurance de l'INAMI mais elle porte uniquement sur la détermination du montant forfaitaire.

+

- Evaluer le système du forfait pour connaître son impact sur l'accessibilité du système de santé.

3.4 L'aide médicale urgente

En ce qui concerne l'aide médicale urgente fournie par les CPAS aux étrangers en séjour illégal en Belgique³⁷, les remarques suivantes ont été formulées :

- l'application de cet A.R. provoque un certain nombre de problèmes étant donné que les patients et les services concernés le connaissent mal ;
- il faut attendre longtemps pour qu'une décision soit prise ;
- le patient éprouve une appréhension envers le CPAS.

Il faut signaler qu'il existe aussi des mineurs d'âge étrangers qui ne reçoivent pas l'aide médicale urgente.

³⁷ A.R. du 12 décembre 1996 (M.B du 31 décembre 1996).

En vue d'une meilleure application de l'A.R., le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et le Point d'appui médical pour personnes sans papiers proposent de créer un cadre légal clair assorti d'une procédure administrative simplifiée. Les informations et la réglementation seraient portées à la connaissance des acteurs concernés, à savoir les CPAS, les centres d'accueil, les initiatives locales d'accueil (ILA), les infrastructures hospitalières et le personnel (para)médical, par le biais d'un site web et d'une circulaire compréhensible et coordonnée.

Les personnes en situation de séjour précaire ou sans statut de séjour doivent aussi avoir accès aux institutions psychiatriques et autres infrastructures de soins.

Les participants soutiennent ces propositions car elles répondent à la préoccupation de n'exclure personne (conception basée sur les droits fondamentaux).

+

- Amélioration de l'A.R. relatif à l'aide médicale urgente par la création d'un cadre légal clair assorti d'une procédure administrative simplifiée.
- Faire en sorte que l'A.R. relatif à l'aide médicale urgente couvre les soins de santé mentale.

4 Deux partenaires parmi tant d'autres

4.1 Les mutualités

Les mutuelles sont un acteur important du système de santé. Elles sont actives dans trois domaines : elles gèrent l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, elles jouent un rôle dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire et enfin, elles offrent aide, informations, accompagnement et assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, social et psychique. (Vandevelde, C. et Bergamini, S., 2002 : 16). Elles peuvent aussi créer leurs propres infrastructures de santé comme des hôpitaux, des services de soins à domicile... On attend d'elles qu'elles servent les intérêts des assurés sociaux, collectivement et individuellement.

«La mutuelle fait beaucoup mais nous ne le savons pas toujours» disent les personnes vivant dans la pauvreté (Centrum Kauwenberg, 2003 - notre traduction). Selon les participants à la concertation, les informations sur les services offerts par les mutualités, les modalités de remboursement, les activités des mutuelles etc. sont insuffisantes. D'après certains, l'offre n'est pas toujours adaptée aux besoins.

Les mutualités risquent de perdre leur rôle social : elles sont en effet contraintes d'accomplir de plus en plus de tâches administratives. Signe de cette évolution, les mutuelles jouent moins le rôle d'agent d'informations et de service de proximité. Auparavant, elles étaient une source d'informations facilement accessibles mais comme les remboursements aux guichets disparaissent et que le nombre de permanences diminue, elles remplissent moins cette fonction.

Il est plaidé pour que les mutualités se mettent rapidement et activement à la recherche des affiliés qui ne sont plus en règle avec l'assurance soins de santé obligatoire et régularisent la situation. Toutefois, les mutuelles ne peuvent pas toujours assumer cette tâche, entre autres parce qu'elles

ne disposent pas des informations nécessaires³⁸. C'est pourquoi la collaboration entre les différents acteurs impliqués, à savoir la banque carrefour de la sécurité sociale, les organismes assureurs, les CPAS etc. s'impose.

La plupart des mutualités exigent le paiement d'une cotisation complémentaire. Or, les personnes pauvres éprouvent régulièrement des difficultés à payer ces cotisations et les CPAS ne les prennent pas toujours en charge. Les personnes pauvres dénoncent le fait que parfois les prestations couvertes par l'assurance obligatoire ne leur sont pas remboursées³⁹. Cette pratique a des conséquences dramatiques étant donné qu'une personne qui n'est pas en ordre d'assurance complémentaire n'obtient pas le remboursement des prestations couvertes par l'assurance obligatoire. Plusieurs participants à la concertation ont attesté cet abus. Il avait d'ailleurs déjà été dénoncé dans le premier rapport bisannuel du Service (Service, 2001 : 144).

Des problèmes se posent en matière de remboursement : remboursement retardé du fait qu'il est effectué sur le compte bancaire, manque d'informations sur le remboursement⁴⁰. Des participants à la concertation dénoncent le fait qu'au lieu de leur rembourser les prestations, certaines mutuelles utilisent cet argent pour rembourser les dettes.

En ce qui concerne la défense des intérêts, les associations insistent pour que les mutuelles offrent à leurs affiliés la possibilité de jouer un rôle actif dans le secteur de la santé, en leur donnant droit au chapitre en matière de politique de santé et en veillant à ce que leur voix soit entendue. Les assurés sociaux doivent être considérés comme des partenaires plutôt

³⁸ En effet, lorsque le droit aux soins de santé est acquis, un droit annuel est accordé sur la base d'une année de référence, quelle que soit la situation présente du titulaire. L'année de référence correspond à la deuxième année civile qui précède le début de l'année au cours de laquelle le droit est acquis. En clair, une personne a droit à des prestations de santé en 2003 sur la base de son assurabilité en 2001. Ainsi une personne qui est devenue demandeuse d'emploi en 2001, qui n'a pas droit aux allocations de chômage et qui ne dispose d'aucun autre revenu, peut ne plus être en ordre sans que la mutualité le sache.

³⁹ Voir plus haut : point 3.3.1 et note de bas de page n° 22.

⁴⁰ Ici se pose la question de l'efficacité de la «Charte de l'assuré social» pour les personnes vivant dans la pauvreté. Cette charte octroie en effet le droit à l'information aux assurés.

que comme des membres à assister.

4.2 Les CPAS

Le CPAS joue un rôle résiduaire en faveur des personnes qui sont confrontées aux limites de la sécurité sociale et n'ont pas accès ou seulement de manière limitée aux soins de santé. Malgré les avancées en matière d'accès aux soins de santé pour tous, les CPAS demeurent un acteur incontournable.

L'article 1 de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976 stipule 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».

Pour que chacun puisse mener une vie conforme à la dignité humaine, l'accès aux soins de santé doit être garanti à tous.

L'article 60 § 5 de cette loi déclare que : «Si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, il (le CPAS) l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle, et à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité⁴¹. Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé».

Cet article est important. Une des premières missions du CPAS consiste donc à vérifier si une personne est couverte par une assurance pour les soins médicaux.

L'article 57 § 1, al. 2 de la loi organique précise que : «(...) le centre public d'aide social 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.»

Généralement, les CPAS appliquent cet article en délivrant à l'usager une carte médicale et/ou pharmaceutique. Grâce à celle-ci, il peut, pendant une durée limitée, se rendre chez un médecin ou un

⁴¹ La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est un organisme d'utilité publique qui doit accepter toute demande d'affiliation de la part d'un assuré social et garantir à cette personne le respect de ses droits pour autant qu'elle remplisse les conditions requises. Pour certains participants, le fait que la caisse auxiliaire ait des bureaux dans peu d'endroits constitue un problème de taille.

pharmacien gratuitement ou à faible prix. Certains CPAS utilisent aussi le réquisitoire ou garantie de paiement pour des cas bien précis. Ce document permet à l'usager de se faire soigner gratuitement tout en offrant au prestataire de soins la garantie du paiement par le CPAS.

Bien qu'ils fonctionnent sur un mode résiduaire, de plus en plus de CPAS doivent jouer un rôle dans le domaine des soins de santé alors qu'ils disposent de trop peu de moyens.

Les pratiques diffèrent considérablement d'un CPAS à l'autre, chaque CPAS adoptant une approche spécifique en ce qui concerne les soins de santé. Ainsi les patients devant faire appel au CPAS sont soumis à leur arbitraire. Les CPAS interprètent aussi de manière très variée l'obligation d'affiliation à l'assurance maladie invalidité⁴².

Vu ces grandes disparités en termes de pratiques, il est nécessaire que le ministre compétent définisse clairement les responsabilités et les obligations des CPAS en matière d'accès aux soins de santé et accorde aux CPAS les moyens financiers requis.

Signalons l'heureuse initiative des CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale en vue de l'harmonisation des pratiques : ils ont dressé une liste conjointe de médicaments remboursables par le CPAS⁴³. Il s'agit d'une liste minimale. Il semblerait toutefois qu'en pratique, des problèmes se posent encore.

Par ailleurs, les personnes qui doivent s'adresser au CPAS pour avoir accès aux soins de santé risquent de perdre différents droits énoncés dans la loi relative aux droits du patient⁴⁴.

Citons le droit du patient à choisir librement le praticien⁴⁵. Les personnes qui font appel au CPAS doivent souvent renoncer au libre choix tant du médecin traitant que du pharmacien et de l'hôpital. Les praticiens

⁴² A ce sujet, voir : Service, 2001 : 146.

⁴³ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles - Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad, Résumé de la table ronde «Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne», 13 juin 2002 – Parlement bruxellois.

⁴⁴ 22 août 2002 – Loi relative aux droits du patient (M.B du 26 septembre 2002). Voir également De Boe, F., 2002.

⁴⁵ L'article 6 stipule que «le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.»

éprouvent une certaine réticence à travailler pour le CPAS, à cause des tracasseries administratives, des paiements tardifs... Les pharmaciens et les médecins sont dès lors favorables à la signature d'une convention avec le CPAS. Des problèmes peuvent se poser en matière de continuité des soins, en cas de déménagement par exemple. Des cas de violation du secret médical sont aussi mentionnés : ainsi en est-il lorsque les membres du conseil de l'aide sociale se penchent sur un dossier pour prendre une décision.

+

- Octroyer aux mutualités et aux CPAS les moyens requis pour remplir intégralement leurs missions relatives au droit à la protection de la santé.
- Prendre des mesures pour éviter que les mutualités refusent d'octroyer les remboursements dus en vertu de l'assurance obligatoire aux affiliés qui n'ont pas payé la cotisation à l'assurance complémentaire.
- Pour remédier aux grandes différences de pratiques, il est proposé que le ministre compétent définisse clairement les responsabilités et les obligations des CPAS en matière d'accès aux soins de santé.
- Prendre des mesures pour que tous les CPAS garantissent la continuité des soins, le respect du secret médical et le libre choix du praticien.

5 La formation des prestataires de soins

Un fossé sépare le monde des personnes défavorisées de celui des prestataires de soins, ce qui pose beaucoup de problèmes dans le secteur des soins de santé. Prendre des mesures en matière de formation des prestataires de soins peut aider à surmonter ces obstacles. Lors de leur formation de base, les futurs praticiens doivent recevoir des informations sur la pauvreté, apprendre à travailler avec les personnes en situation de précarité et être informés des mesures rendant les soins de santé accessibles (maximum à facturer, régime du tiers payant, aide médicale urgente ...). Dans le cadre de la formation continuée, l'accréditation peut stimuler l'intérêt pour la connaissance de la pauvreté. Il est préférable de concevoir le cursus en collaboration avec les associations de terrain.

Il est important que l'approche soit multidisciplinaire. «On pourrait très bien imaginer que des responsables de CPAS expliquent aux étudiants en médecine les problèmes qu'ils rencontrent, les solutions qu'ils mettent en oeuvre; que des sociologues enseignent en faculté de médecine, dans les écoles d'infirmières la problématique des représentations sociales...» (A propos de l'évaluation santé, 2003 : 14).

+

- La connaissance de la pauvreté et des mesures favorisant l'accessibilité des soins
 - doivent être incorporées à la formation de base des prestataires
 - doivent être stimulées par le biais de l'accréditation dans le cadre de la formation continuée.
- Une élaboration du cursus en collaboration avec le terrain s'impose.

6 La connaissance et l'évaluation

Lors de la recherche sur l'accessibilité des soins de santé, des clignotants permettant de signaler en permanence les problèmes en matière d'accessibilité ont été proposés (De Maeseneer, 2003 : deelrapporten 2 en 3). Pour étudier si les plus pauvres ont aussi accès aux soins de santé, il faudrait au préalable se demander dans quelle mesure ces derniers sont représentés dans les banques de données utilisées pour cette analyse.

- le résumé clinique minimum (RCM) relatif aux hospitalisations comporte des rubriques destinées aux codes sociaux définissant la situation sociale du patient. Cependant, elles ne sont généralement pas complétées. Dès lors, le RCM n'est pas un instrument efficace pour suivre l'évolution des différences de santé en matière de consommation de soins.
- Les enquêtes sur la base d'échantillons présentent les limites suivantes :
 - parce que les personnes très pauvres ne représentent qu'un faible pourcentage de la population totale, elles figurent en trop petit nombre dans les échantillons pour constituer une catégorie spécifique. Elles sont donc couplées à une autre catégorie de personnes moins pauvres. Les caractéristiques de la population la plus pauvre n'apparaissent dès lors pas dans l'analyse statistique ;
 - les personnes les plus pauvres ont davantage tendance que d'autres à ne pas répondre à une enquête, ce qui introduit un biais dans la composition finale de l'échantillon qui reprend les personnes effectivement interrogées. Dans le cas de l'enquête menée par l'Institut scientifique de santé publique, cette tendance à ne pas répondre est accentuée parce que l'enquête est longue et difficile, elle comporte en outre un questionnaire à compléter ce qui constitue un obstacle pour les personnes illettrées.

L'Institut scientifique de santé publique qui est chargé de l'enquête de

santé quadriennale se préoccupe de la représentation dans les banques de données. Il souligne que comme l'échantillon est confectionné à partir du registre national, les personnes sans abri n'ayant pas d'adresse officielle ne sont pas reprises. Des raisons pragmatiques sont aussi invoquées pour expliquer que certains ménages «spécifiques» sont exclus tels les prisonniers (Institut scientifique de santé publique, 2002 : 10 – 11).

Un groupe de travail dans lequel siègent aussi des représentants de publics fragilisés pourrait chercher des méthodes pour accroître la participation des plus démunis aux enquêtes. Cette enquête pourrait aussi être réalisée à partir d'un échantillon plus grand de personnes vivant dans la pauvreté, personnes sans abri comprises. Il serait alors possible de tirer des conclusions valables quant à cette catégorie et d'effectuer une comparaison avec le reste de la population⁴⁶.

Cette problématique de sous-représentation dans les banques de données concerne non seulement la composition de ces banques de données mais aussi la nature des informations collectées. Les informations rassemblées dans les banques de données laissent parfois de côté des aspects essentiels de la pauvreté. En effet, une politique de santé basée sur une telle connaissance de ceux-ci aura davantage de chances d'être plus efficace. Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale peut jouer un rôle en tant que plate-forme de concertation.

Dans un autre registre, il est proposé d'étudier l'impact sur la santé de mesures prises dans d'autres domaines. A cet égard, trois pistes très concrètes ont été formulées à la section 2.

- | |
|--|
| <p>+</p> <ul style="list-style-type: none">• Améliorer la représentation des plus pauvres dans les banques de données. |
|--|

⁴⁶ Sur la problématique générale de la représentation des personnes pauvres dans les banques de données, voir : Adriaensens, G., Passot, L. et Peña-Casas R., 2003.

Annexe : liste des participants à la concertation

Première phase de la concertation

Universiteit Gent - Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (Université de Gand - Département de médecine générale et des soins de santé primaires)

Six associations :

- ATD Quart Monde
- Comme chez nous, membre du Front commun des sans abri
- Front commun des sans abri
- De Keeting
- De Willers, membre du Réseau flamand de lutte contre la pauvreté
- De Poort, membre du Réseau flamand de lutte contre la pauvreté

Seconde phase : la concertation élargie

- Association des Maisons d'Accueil et des services d'aide aux sans-abri (A.M.A. asbl)
- ATD Quart Monde
- CELOPS - Centre local d'observation et de promotion de la santé
- Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
- Centrum Kauwenberg
- Comme Chez Nous
- De Keeting
- De Willers vzw
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones
- Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté
- Front commun des sans abri
- Kind en Gezin

- L'urgence sociale et le relais social
- Luttes Solidarités Travail - LST Andenne
- Médecins sans frontières
- Medisch steunpunt mensen zonder papieren (Point d'appui médical pour les personnes sans papiers)
- Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles Capitale
- ONE - Office de la naissance et de l'enfance
- Pharmaciens sans frontières – Pharmaccess
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Solidarités Nouvelles Bruxelles
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
- Vereniging voor Wijkgezondheidscentra

Bibliographie

- Adriaensens G., Passot L., Peña-Casas R. (2003), « La sous-représentation des personnes pauvres dans les banques de données », in : *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2, pp. 377-396.
<http://www.armoedebestrijding.be/publications>
- Alerte (Quarante fédérations et associations nationales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion) (2002), *Bilan associatif de la politique de lutte contre l'exclusion telle qu'elle a été initiée par la loi d'orientation de juillet 1998 et le programme d'action de juillet 2001*.
http://perso.wanadoo.fr/atd.mery/docu/eval_bil_fin.rtf
- ATD Quart Monde (2002), *Evaluation de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Synthèse de l'évaluation*, Paris.
- Beck M., Vanroelen C., Louckx F. (2002), *Sociale breuklijnen in de gezondheidszorg*, VUB Press, Brussel.
- Centrum Kauwenberg (2003), *Documents du groupe de travail santé*, document non publié.
- Collectif des associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté, avec le soutien du Service (2000). *A propos de l'évaluation santé. A l'intention du Ministre des Affaires sociales, Frank Vandenbroucke*.
<http://www.luttepauvrete.be/publications>
- Collectief van de vereniging partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent (2003), « IV: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede », in: De Maeseneer J. (dir.), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Gent. (uniquement disponible en néerlandais)
<http://www.luttepauvrete.be/publicationsservice>
- De Boe F. (2002), « Le libre accès de tous à des soins de qualité », in : *Ethica Clinica*, 27 septembre, pp. 29-32.
<http://www.luttepauvrete.be/publications/ethicaclinicasep2002.pdf>
- De Kock C. (2003), « Près d'un Belge sur quatre dispose d'un DMG », in : *E-santé.be*, 22 juillet.
<http://www.e-sante.be>
- De Maeseneer J. (dir.) (2003), "I: Literatuuroverzicht. II: : Secundaire analyse van bestaande databanken. III: Analyse van nieuwe databanken. V: : Acties om de toegankelijkheid te verbeteren. Samenvattend rapport", in: *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezond-

heidszorg, Universiteit Gent, Gent. (uniquement disponible en néerlandais)

<http://www.primarycare-ghent.org>

- Deschamps J-P. (2003), « Une 'relecture' de la charte d'Ottawa », in : *Santé publique*, vol. 15, n° 3, pp. 315 – 325.
- De Spiegelaere M. (2002), « Prévention médicale = Promotion de la santé », in : *Revue Quart Monde*, n° 184, novembre, pp. 39-41.
- De Spiegelaere M. (2003-2004), *Médecine sociale*, SPUB 008, 4^e Doctorat en médecine – MED7, ULB.
- Gouvernement fédéral (2003), *Une Belgique créative et solidaire : du souffle pour le pays. Déclaration gouvernementale et accord gouvernemental*.
- Institut Scientifique de la Santé Publique, Section épidémiologie (2002), *Enquête de santé par interview. Belgique 2001*, Bruxelles.
<http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/fr/index.htm>
- Léonard C. (2003), « La responsabilisation: une conséquence logique de l'individualisme », in : *La Revue Nouvelle*, avril, pp. 68-73.
- Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren,
<http://medimmigrant.be>
- Mutualités socialistes, Direction études (2003), *Etude sur les impacts financiers du système de remboursement de référence*, Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles, Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad (2002), *Résumé de la table ronde « Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne »*, Parlement bruxellois, 13 juin.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2001), *En dialogue, six ans après le Rapport Général sur la Pauvreté : Premier rapport bisannuel*, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, Bruxelles.
<http://www.luttepauvrete.be/rapportbisannuel.htm>
- Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances (s.d.), *Brochure: L'assurance soins de santé complémentaire. La protection financière de votre santé*.
http://www.upea.be/pdf/brochure_soins_de_sant%E9.pdf
- Vandenvelde C., Bergamini S. (2002), *L'accès aux soins de santé : un droit pour tous. Un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française*, Commission Communautaire Française, Bruxelles.
<http://www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/soins.PDF>
- Vlaams Patiëntenoverleg (2003), *Bemerkingen maximumfactuur*, document non publié.