

## CONCLUSIONS FORUM 14/12/2002

Pauvreté et santé:  
obstacles dans l'accès  
aux soins de santé

Du vécu et de la recherche à la politique

Collectif des  
Associations  
Partenaires du  
Rapport Général sur  
la Pauvreté



Ministère Fédéral des  
Affaires Sociales, de la  
Santé Publique et de  
l'Environnement



Service de Lutte contre la  
Pauvreté, la Précarité et  
l'Exclusion Sociale



Département de Médecine  
Générale et des Soins de  
Santé Primaires

Avec le soutien  
financier de:



## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
Un Forum dans la foulée du Rapport Général sur la Pauvreté	5
Les mesures prises depuis le Rapport Général sur la Pauvreté	6
Dans quelle mesure les soins sont-ils actuellement accessibles?	7
<b>Evaluation de l'accessibilité aux soins de santé :</b>	
<b>Une étude participative avec des gens vivant dans la pauvreté</b>	<b>8</b>
Des informations sur la recherche	8
- L'objectif	8
- Les modalités de collaboration	8
La méthodologie et le déroulement de la recherche	9
Le traitement et l'analyse des données	9
Les résultats des entretiens en groupe focus	10
- A-t-on recours aux soins de santé?	10
- Des obstacles dans l'accès aux soins de santé	11
<b>Conclusions forum 14.12.2002</b>	<b>21</b>
Objectif	21
Procédure suivie	21
Groupe de travail 1: L'importance d'une communication et d'une information de qualité	22
- Information procurée par les autorités aux travailleurs de santé/patients	22
- Distribution des allocations	24
- Connaissance de la situation de vie du patient par les travailleurs de santé et les soignants	25
- Remarques	26
Groupe de travail 2: L'organisation du système de soins de santé de première et deuxième lignes entrave-t-elle l'accès ?	27
- L'organisation d'un système de soins de santé accessible	27
- Coordination entre les services	29
- Le rôle du CPAS	30

- La situation des sans-papiers, les gens qui n'ont pas de permis de résidence légale	31
- Remarques	31
Groupe de travail 3: Être malade coûte cher	33
- Considération générale	33
- Le maximum à facturer	34
- Le tiers payant	34
- Soins dentaires	35
- Hospitalisation et visite au service d'urgence	36
- Accessibilité financière – coordination des soins	37
- Remarques	38
Groupe de travail 4: L'importance de l'implication du groupe cible dans la politique de santé	40
Autres paroles recueillies dans les groupes de travail	42
<b>Conclusion générale</b>	<b>43</b>
Point de départ	43
Recommandations	45
<b>Allocutions des orateurs</b>	<b>46</b>
Introduction au Forum	47
Qu'est-ce que la pauvreté ? Que signifie vivre dans la pauvreté ?	51
Quelques réflexions sur la recherche	54
Discours de clôture	56

<b>Fiches de présentation des partenaires</b>	<b>67</b>
Département de Médecine Générale et des Soins de Santé Primaires	68
Le Collectif et les associations	70
- Le Collectif des associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté	70
- ATD Quart Monde / Bruxelles	70
- Comme Chez Nous / Charleroi	71
- DAK / Anvers	71
- De Poort / Grammont	72
- vzw De Willers / Willebroek	73
- vzw De Keeting / Malines	74
Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion Sociale	76

## INTRODUCTION

### UN FORUM DANS LA FOULÉE DU RAPPORT GÉNÉRAL SUR LA PAUVRETÉ

Le Rapport Général sur la Pauvreté est paru en 1994. Sur la base des conclusions de ce rapport, la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale, créée pour garantir le suivi politique du Rapport Général sur la Pauvreté, a chargé la Ministre des Affaires sociales de l'époque, Magda De Galan, d'évaluer l'accessibilité des soins de santé en vue de réduire les inégalités sociales. En octobre 1999, une concertation entre le Cabinet du Ministre des Affaires sociales, Frank Vandebroucke, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, a été organisée pour concrétiser cette mission. A la suite de cela, un projet de recherche a été confié au «Vakgroep Huisarts-geneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg» (Département de Médecine générale et des Soins de santé primaires) de l'Université de Gand en 2000.

L'objectif de cette recherche-évaluation était formulé comme suit : « (...) aider en permanence à formuler des propositions destinées à optimaliser l'accessibilité des soins de santé, à évaluer les mesures politiques du point de vue de l'accessibilité, à analyser les évolutions de la société empêchant ou favorisant l'accès aux soins de santé, tout cela en concertation avec le groupe cible ».

L'implication des associations où les personnes pauvres prennent la parole dans l'évaluation de l'accessibilité des soins de santé était donc explicitement inscrite dans la description de la mission. Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale a été chargé de concrétiser la collaboration avec les associations.

Le projet de recherche a duré 3 ans (du 01/03/2000 au 28/02/2003) et est composé de plusieurs parties, dont un volet qualitatif mené avec les associations. Les résultats de ce volet de la recherche servaient de point de départ au Forum.



Uit: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"  
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v.z.w.

## LES MESURES PRISES DEPUIS LE RAPPORT GÉNÉRAL SUR LA PAUVRETÉ

Depuis la parution du Rapport Général sur la Pauvreté en 1994, différentes mesures ont été prises pour améliorer l'accessibilité des soins de santé<sup>1</sup>, entre autres :

- *l'assurance maladie obligatoire* a été fondamentalement modifiée, dans le but de l'ouvrir à un nombre plus grand de personnes. Ainsi, quiconque est inscrit au registre des personnes physiques et n'a pas droit à l'assurance maladie en vertu d'un statut particulier (salarié, pensionné, chômeur...) est dorénavant couvert pour les frais médicaux, moyennant paiement d'une cotisation dont le montant varie en fonction des revenus, les personnes à faibles revenus payant une cotisation égale à zéro;
- *l'élargissement du statut préférentiel* ou « statut VIPO » par lequel davantage de catégories de personnes qui disposent d'un revenu (ne dépassant pas un montant déterminé) perçoivent un remboursement plus élevé des frais de santé ;
- l'introduction du système de *facture maximum*, lequel veut garantir à chaque ménage qu'il ne devra pas payer davantage qu'un certain montant pour les soins remboursables et nécessaires. Ce montant maximum dépend des revenus du ménage. La facture maximum est entrée progressivement en vigueur à partir du 1er janvier 2001. Elle remplace la franchise sociale et fiscale et sera encore complétée et affinée dans les prochaines années ;
- l'introduction de la *carte d'identité sociale SIS* qui simplifie beaucoup les formalités et rend possible la simplification de l'application de la réglementation relative au tiers payant ;
- la constitution d'un *dossier médical global* qui incite les patients à s'adresser autant que possible au même médecin, a également amené une diminution du ticket modérateur.

Pour les associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole, qui se réunissent au Service, plusieurs éléments de ces modifications sont particulièrement positifs :

- le fait que la généralisation de l'accès aux soins de santé a lieu à l'intérieur du cadre de la sécurité sociale. Le risque de faire glisser les soins aux plus démunis (que la sécurité sociale laisse passer entre les mailles de son filet) de l'assurance vers l'assistance a ainsi été évité ;
- la suppression des délais et stages d'attente ;
- la simplification (refonte des 5 régimes résiduels) ;
- la prise en compte de l'adresse de référence auprès d'un CPAS garantit aux personnes sans-abri l'accès à l'assurance soins de santé.

---

<sup>1</sup> Pour un aperçu des mesures, nous vous renvoyons au *Rapport d'avancement, suivi du Rapport Général sur la Pauvreté* (mars 2001), Ministère fédéral des Affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, Cellule Pauvreté. Vous pouvez aussi le consulter sur <http://www.antiracisme.be> (Cliquez sur Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale).

## **DANS QUELLE MESURE LES SOINS SONT-ILS ACTUELLEMENT ACCESSIBLES ?**

Malgré les nombreux efforts fournis pour promouvoir l'accessibilité des soins, des obstacles administratifs, financiers et socioculturels subsistent, surtout pour les personnes qui vivent dans la pauvreté lorsqu'elles veulent accéder aux infrastructures de soins. Différentes pistes peuvent être suivies pour identifier les obstacles à l'accès aux soins de santé.

On peut par exemple se baser sur des données chiffrées relatives à l'accessibilité des soins de santé en Belgique et sur des banques de données d'organismes assureurs, de l'INAMI etc. Ces données ne sont pas toujours suffisantes ou utilisables. D'où la nécessité d'études qualitatives complémentaires, parmi lesquelles des recherches impliquant les personnes concernées elles-mêmes.

En impliquant activement les personnes pauvres et en les faisant participer à l'évaluation de la politique, il est possible d'identifier les obstacles et de mener une politique plus efficace en matière d'accessibilité des soins de santé.

## EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE : UNE ETUDE PARTICIPATIVE AVEC DES GENS VIVANT DANS LA PAUVRETE

### DES INFORMATIONS SUR LA RECHERCHE

#### **L'objectif**

L'objectif était d'identifier les obstacles en matière d'accessibilité des soins de santé, à partir de ce que les personnes pauvres vivent et perçoivent. Comme les soins de santé ne sont qu'un aspect limité du vaste ensemble de données sociales, physiques et économiques déterminantes pour la santé d'un individu, la question centrale de la recherche a été formulée comme suit : « Quels sont les facteurs poussant les personnes ayant un état de santé donné à faire appel (ou non) aux prestataires de soins professionnels ? ».

#### **Les modalités de collaboration**

Le Service a été chargé de mettre au point la collaboration avec les associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole. Pour ce faire, un groupe de travail 'santé' a été constitué au sein du Service. Il comprend des associations membres du Collectif des associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté.

Le Département de Médecine générale et des Soins de santé primaires de l'Université de Gand a travaillé avec ce groupe pour la recherche. Concrètement, les associations suivantes membres du groupe de travail ont participé à la recherche : l'asbl De Keeting / Malines ; la maison de quartier De Poort / Grammont et l'asbl De Willers / Willebroek, toutes membres du Vlaams Forum Armoedebestrijding (Forum flamand de lutte contre la pauvreté) ; ATD Quart Monde / Bruxelles ; het Daklozen Actie Comité (DAK = Comité d'action des sans-abri) et Comme Chez nous/Charleroi (membre du Front commun des sans-abri).



## LA MÉTHODOLOGIE ET LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

La méthodologie utilisée était celle des entretiens en groupes focus. La nature d'un phénomène a été étudiée à l'aide de discussions de groupe approfondies. Pour garantir l'interaction entre l'équipe de recherche et le groupe cible, il fallait assurer un feed-back continu et l'implication du groupe cible. Dans le cadre de cette collaboration, il était important que le rythme des personnes vivant dans la pauvreté soit respecté et que les exigences méthodologiques de la recherche scientifique soient rencontrées.

La recherche comprenait cinq phases :

- les entretiens en groupe focus au sein des associations pour identifier les obstacles. De mai à décembre 2001, 21 entretiens en groupes focus ont eu lieu dans les différentes associations. Ces groupes focus comptaient au maximum douze personnes et au minimum quatre.
- la rédaction d'un premier rapport récapitulatif ;
- la discussion de ce rapport de synthèse et la préparation du Forum ;
- le Forum organisé le 14/12/2002 ;
- la publication d'un rapport final.

## LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Tous les entretiens en groupes focus ont été enregistrés sur cassette et décryptés. L'équipe de recherche a utilisé le logiciel QSR Nudist 5 pour l'analyse des entretiens décryptés. Celle-ci consiste à attribuer des codes significatifs à des portions de texte et à établir des liens structurels. Le résultat obtenu est un cadre conceptuel des différents éléments ayant été abordés pendant les entretiens. L'équipe de recherche a rédigé un texte martyr reprenant les résultats de cette analyse et l'a soumis aux associations pour discussion. Les partenaires (associations, Service et équipe de recherche) espèrent aboutir à un consensus sur ce texte au moyen d'un processus de 'feed-back' entre eux.

## LES RÉSULTATS DES ENTRETIENS EN GROUPE FOCUS<sup>2</sup>

### **A-t-on recours aux soins de santé ?**

Quand une personne a un problème de santé, elle peut essayer de le résoudre elle-même par l'automédication par exemple. Elle peut aussi faire appel à des personnes de son entourage direct – sa famille, ses voisins... - pour l'aider à résoudre ce problème. Elle peut également recourir aux services de professionnels, combinés ou non à l'automédication et/ou l'aide de l'entourage. La nature des soins exercera une influence sur l'état de santé : le problème de santé diminuera, s'aggravera ou ne changera pas. En fonction de cela, la personne se tournera ou pas vers une autre forme d'aide.

Le système de soins de santé est une source d'aide importante pour les participants rencontrant des problèmes de santé. Certains d'entre eux s'adresseront plutôt d'abord au médecin généraliste, d'autres ont tendance à se rendre plus vite aux urgences. Des soins sont toutefois régulièrement refusés à des patients. D'autres personnes ont décidé à un moment donné d'arrêter le traitement ou y sont contraintes par les circonstances. Certains participants reportent le recours aux soins prodigués par des professionnels ou décident de ne pas demander d'aide jusqu'à ce qu'une situation de crise les y oblige.

Dans les paragraphes qui suivent, nous allons traiter brièvement les éléments déterminant si une personne ayant un problème de santé va avoir recours aux soins de santé.

---

<sup>2</sup> Il s'agit ici d'un compte-rendu des principaux résultats de la recherche. Pour prendre connaissance des résultats complets et de davantage de détails, nous vous renvoyons au rapport de recherche. Une présentation des résultats de recherche sous forme de schéma est jointe au document de travail.

## Des obstacles dans l'accès aux soins de santé

Deux types d'obstacles peuvent être distingués : les obstacles contextuels et les obstacles spécifiques au système de santé.

### Obstacles contextuels

Les obstacles contextuels renvoient d'abord aux obstacles liés aux *conditions de vie* :

- *revenu* :  
la personne n'a pas de revenu ou celui-ci ne lui permet même pas de subvenir à ses besoins quotidiens.
- *emploi* :  
le revenu disponible du ménage dépend du fait d'avoir ou de trouver un emploi. Or pour beaucoup, il est souvent très difficile d'en trouver un.
- *logement* :  
Pour être en bonne santé, il faut habiter un logement de qualité. Or, bien souvent, cette condition n'est pas remplie à cause de problèmes financiers ou de la pénurie de logements disponibles à prix abordable.
- *enseignement, formation et éducation*:  
l'état de santé mais aussi le recours aux soins de santé sont déterminés par l'éducation et l'enseignement suivi. Une personne ayant reçu une instruction minimale éprouvera des difficultés à se retrouver dans le système de santé et à remplir les obligations administratives.
- *possibilité de se déplacer* :  
le manque de moyens de transport (une voiture personnelle, des transports publics de bonne qualité...) ou une mobilité réduite sont des obstacles de taille pouvant empêcher de se rendre dans une infrastructure donnée.



Uit: "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"  
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v.z.w.

Nous pouvons ensuite citer des obstacles liés à l'environnement social :

- la *place qu'une personne occupe dans le réseau social* peut exercer une influence. Le fait qu'une personne soit seule responsable de ses parents, d'un(e) époux(se) malade, d'enfants par exemple déterminera le choix de cette personne de se faire soigner ou pas.
- le *manque de réseau social solide* sur lequel une personne peut compter en cas de maladie ;
- *les réactions et les préjugés* à l'égard des personnes vivant dans la pauvreté.

## Obstacles relatifs au système de santé

L'accessibilité du système de santé est largement déterminée par la manière dont il est organisé. Citons tout d'abord les obstacles du côté de l'offre (les intervenants). Des difficultés peuvent aussi surgir du côté de la demande (le demandeur). Enfin des problèmes peuvent se poser dans la relation entre l'offre et la demande, empêchant ainsi une personne d'avoir recours aux infrastructures de soins.

### **A. Obstacles du côté de l'offre**

Dans les infrastructures, on note des obstacles inhérents à l'organisation des dites infrastructures comme l'absence de surveillance médicale après l'hospitalisation.

On peut aussi distinguer des obstacles financiers à l'accès aux infrastructures comme le paiement d'une avance lors d'une hospitalisation

Les obstacles en matière de législation et de réglementation renvoient aux difficultés liées à des réglementations spécifiques comme le maximum à facturer.

Enfin signalons les obstacles relatifs à l'aide et aux services spécifiques tels que les problèmes rencontrés lorsqu'une intervention du CPAS est demandée.

#### A.1. Obstacles sur le plan de l'organisation

- une offre limitée de services :  
ce facteur est notamment lié à l'infrastructure, au personnel disponible... ;
- l'inaccessibilité physique des services ;
- la professionnalisation accrue (davantage de spécialités, de meilleures technologies etc.) ;
- « l'échelonnement » de l'aide médicale :  
la scission entre première ligne (soins à domicile), deuxième ligne (soins en hôpital) et troisième ligne (soins spécialisés en hôpital) engendre notamment une diminution de la transparence du système de soins de santé pour le patient ;
- parfois, se rendre dans un service de première ligne constitue un pas infranchissable ;
- le délai de paiement court des factures d'hôpital :  
si les patients ne paient pas à temps et qu'ils ne demandent pas ou ne se voient pas proposer un plan de remboursement, dans de nombreux cas, la facture est majorée d'intérêts ou il est fait appel à un huissier ou à un bureau de recouvrement des dettes ;

- un obstacle d'ordre administratif :
- les démarches administratives à remplir pour une demande de remboursement ou lors d'une hospitalisation constituent souvent un obstacle de taille ;
- l'informatisation trop poussée du système des soins de santé :  
elle peut réduire les contacts personnels entre les services et les clients ;
- l'absence de surveillance médicale / de suivi :  
un patient hospitalisé pour des problèmes respiratoires va par exemple retourner habiter dans sa maison humide une fois sorti de l'hôpital ;
- le manque de système de garde d'enfant (à long terme).

#### A.2. Obstacles financiers :

- le système de remboursement des soins médicaux :
  - les patients doivent avancer l'argent pour payer les frais médicaux et ne sont remboursés que plus tard par la mutuelle, l'assurance ou, dans certains cas, le CPAS ;
  - comme le système de remboursement a été modifié (les frais médicaux sont remboursés par versement sur le compte bancaire du patient), ce dernier doit attendre le remboursement plus longtemps alors qu'il a parfois besoin de l'argent pour acheter des médicaments par exemple ;
- le paiement d'une avance lors d'une hospitalisation :
- si la personne ne peut pas payer, l'hospitalisation est parfois refusée ;
- le coût élevé des soins de santé :
- surtout dans le cas des soins spécialisés, d'une aide spécifique comme les soins dentaires, la kinésithérapie et l'accompagnement psychologique et d'achats nécessaires comme des lunettes. Dans le cas de soins de santé préventifs, par exemple un contrôle chez le dentiste, ce n'est pas toujours le coût d'une consultation qui joue un rôle mais l'impossibilité pour le patient de se faire une idée préalable de l'ampleur des soins nécessaires et donc du coût ;
- le prix élevé des médicaments :  
des médicaments sont parfois achetés au détriment d'autres choses nécessaires comme la nourriture.

### A.3.Obstacles en matière de législation et de réglementation :

Un certain nombre d'obstacles rencontrés dans l'accès aux soins de santé sont liés à l'organisation légale du système de soins de santé en Belgique.

#### *assurance maladie obligatoire :*

Tout le monde ne remplit pas les conditions requises pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie (affiliation auprès d'une mutualité, paiement d'une cotisation, accomplissement d'un stage éventuel).

L'absence de domicile fixe par exemple peut expliquer pourquoi les personnes sans-abri ne sont pas assurées. Les personnes non assurées n'entrent pas en ligne de compte pour certains remboursements ou les prestataires de soins refusent de les recevoir. En outre, pour ces personnes, les frais inhérents aux soins de santé augmentent vite.

Certaines catégories de personnes définies par la loi, par exemple les handicapés, les pensionnés, les invalides... disposant d'un revenu ne dépassant pas un certain seuil peuvent bénéficier d'une intervention majorée dans le remboursement des soins et des médicaments. Des problèmes se posent parfois pour les personnes qui n'ont pas droit à cette intervention majorée alors que leur revenu est à peine trop élevé. Une fois les coûts des médicaments et des soins médicaux déduits de leur revenu, celui-ci est inférieur à celui des personnes qui ont, elles, droit à l'intervention majorée.

#### *assurance complémentaire :*

Outre l'assurance maladie obligatoire, toutes les mutualités proposent à leurs membres un éventail de services supplémentaires. Presque toutes les mutualités obligent statutairement leurs membres à souscrire cette assurance complémentaire. Certains participants se plaignent d'être exclus de l'assurance maladie obligatoire par la mutualité quand ils ne contractent pas l'assurance complémentaire alors qu'il n'existe aucune obligation légale de le faire. Les membres de la mutualité doivent payer une cotisation pour cette assurance complémentaire. Les participants remarquent qu'en cas de non paiement de cette cotisation, la mutuelle régularise parfois la situation en retenant le montant de la cotisation sur le montant des frais médicaux à rembourser. Si le patient n'est pas au courant et qu'il comptait sur ce remboursement pour pourvoir à ses besoins quotidiens, cette manière de procéder peut causer des problèmes.

*allocation maladie-invalidité :*

- manque de clarté quant à la manière de déterminer si quelqu'un peut (continuer à) bénéficier d'une allocation ;
- la décision prise par le médecin de contrôle diffère parfois de celle du médecin traitant, ce qui plonge le patient dans l'incertitude quant à son statut et l'allocation ;
- restrictions à l'exercice d'une activité professionnelle.

*assurance dépendance flamande :*

- manque de clarté quant à la manière dont on détermine si une personne est dépendante
- cotisation supplémentaire qui pèse surtout lourd pour les personnes dans une situation financière difficile.

*franchise sociale et fiscale remplacée par le maximum à facturer :*

- mesure très peu claire ;
- le maximum à facturer ne résout pas le problème du report des soins :  
parce que pendant les mois précédant le moment où le seuil est atteint, il faut payer l'intégralité des soins de santé. Tant que le seuil n'est pas atteint, les personnes reportent souvent des soins médicaux nécessaires, ce qui retarde le moment où le seuil est atteint.  
Une fois le seuil atteint, le patient doit quand même encore supporter les frais qui ne sont remboursés qu'a posteriori ; cela ne compense pas le relèvement du plafond pour les personnes faisant partie de la catégorie de revenu la plus basse, relèvement intervenu lors du passage de la franchise sociale au système du maximum à facturer ;
- certains frais ne sont toujours pas pris en compte.

*régime du tiers payant :*

Il s'agit d'une exception à la règle générale du remboursement a posteriori. Ce système offre de nombreux avantages : il n'est pas nécessaire d'avancer l'argent, les problèmes administratifs et les déplacements sont réduits etc. et il est considéré comme une solution éventuelle aux problèmes de paiement chez le médecin généraliste<sup>3</sup>. Les participants plaident aussi pour l'application du régime du tiers payant pour tous les soins spécialisés et les soins dentaires.

---

<sup>3</sup> Le système du tiers payant est obligatoire dans les hôpitaux. Un système similaire est d'application pour les médicaments. En ambulatoire, le régime du tiers payant peut aussi être appliqué mais seulement à certaines conditions et au bénéfice de certaines catégories de population.



Problèmes :

- les médecins ne sont pas toujours disposés à appliquer ce système ;
- il n'est pas assez connu des médecins généralistes et des mutuelles ;
- le caractère sélectif de cette mesure – elle s'applique en effet à des personnes ayant un certain statut et/ou dans une situation prévue par la loi – peut contribuer à la stigmatisation.

*le paiement au forfait :*

Les services de première ligne, comme les maisons médicales, où le système de paiement au forfait est appliqué, sont très accessibles parce que – à l'exception parfois de frais d'inscription annuels – il ne faut rien payer lors d'une prestation de soins.

Problèmes :

- les centres qui appliquent ce système sont peu connus ;
- un nombre restreint de prestataires de soins travaillent au forfait.

Une remarque générale concerne la manière de déterminer si une personne a droit à des remboursements ou des avantages. On se base pour ce faire sur le revenu de la personne concernée, comme dans le cas du calcul du plafond pour le maximum à facturer. Or, font remarquer les personnes interrogées, ce revenu officiel peut être très différent du revenu disponible une fois déduits les frais comme la pension alimentaire, le remboursement des dettes...

Lors de l'élaboration de nouvelles mesures, il est important de consulter les personnes auxquelles elles sont destinées, soulignent les participants. Le groupe cible devrait aussi être consulté lors de la conception de campagnes de prévention.

#### A.4. Obstacles relatifs à l'aide et aux services spécifiques

On observe assez bien de problèmes en ce qui concerne l'aide apportée par le CPAS. Un certain nombre concernent la communication entre l'intervenant de la santé et le demandeur. Les personnes se sentent aussi stigmatisées quand elles doivent aller frapper à la porte du CPAS. Beaucoup se plaignent du fait que l'aide apportée peut varier très fort d'un CPAS à l'autre. Citons l'exemple de la carte médicale et/ou pharmaceutique délivrée par certains CPAS. Celle-ci permet au patient de ne pas devoir solliciter l'intervention du CPAS pour chaque prestation médicale ou chaque achat de médicaments.

Les travailleurs des mutualités peuvent être d'une grande aide : ils donnent des informations, aident le patient à résoudre des problèmes administratifs, font en sorte qu'il bénéficie

cie des avantages auxquels il a droit... Par conséquent, si le demandeur a aussi des difficultés à communiquer avec cette instance, la situation devient problématique pour lui. L'application ou non de mesures individuelles, comme la flexibilité en matière de modalités de paiement, peut aussi influencer la possibilité qu'a le patient d'accéder aux soins.

## **B. Obstacles du côté de la demande**

Un certain nombre de caractéristiques personnelles influencent le choix du patient de faire appel ou non à l'aide d'un professionnel. Ces caractéristiques découlent des expériences que le patient a eues avec le système de santé par le passé ou sont liées au fait que la personne concernée vit dans la pauvreté.

- les choix forcés :  
étant donné leur situation financière notamment, les personnes ne peuvent pas toujours adopter un mode de vie sain et elles sont parfois obligées de faire des 'choix malsains' ;
- la définition de la maladie / de la santé :  
la manière dont une personne perçoit la maladie et la santé influence le recours aux soins de santé ;
- la honte et l'angoisse ;
- la vie dans l'ici et maintenant :  
la situation matérielle des participants les contraint à centrer leurs activités quotidiennes sur l'ici et maintenant. Il leur est par conséquent souvent impossible d'épargner ou d'établir un plan financier à plus long terme ;
- 'survivre' au lieu de 'vivre' et le stress psychosocial :  
Certaines personnes doivent employer toute leur énergie à chercher des moyens de survivre, de s'en sortir jour après jour. De ce fait, elles 'survivent', elles ne 'vivent' pas. Cette lutte pour la 'survie' exerce parfois une pression insoutenable sur elles.



Uit: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"  
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v.z.w.

### **C. Obstacles liés à la relation entre l'intervenant de la santé et le demandeur**

Les obstacles liés à la communication et à l'échange d'information entre demandeur et intervenant peuvent entraver l'accès aux soins de santé.

#### Communication :

Les obstacles à la communication ont un rapport avec :

- l'histoire des personnes vivant dans la pauvreté :  
le placement en institution pendant l'enfance par exemple les rend méfiantes vis-à-vis de la société en général et / ou plus spécifiquement du secteur de l'aide ;
- l'attitude de l'intervenant :
  - des attentes trop élevées à l'égard du patient :  
il s'attend à ce que le patient comprenne la problématique à laquelle il est confronté, que ses aptitudes verbales soient bonnes, que sa demande d'aide soit claire, qu'il soit motivé à changer sa situation... Une telle attitude peut faire naître un sentiment d'impuissance chez le patient ;
  - la stigmatisation :  
les collaborateurs des services ne réfléchissent pas toujours à ce que devoir demander de l'aide signifie pour le patient. Ce dernier peut se sentir stigmatisé, ressentir de la honte et de l'impuissance, ce qui constitue un obstacle.
  - l'écoute du patient et son implication dans le processus :  
cela implique de lui donner assez d'informations sur les examens, les résultats et les possibilités de traitement...
- une approche globale :
  - c'est-à-dire la prise en compte non seulement de la demande d'aide mais aussi de toutes les conditions de vie spécifiques du demandeur ;
  - il faut prévoir des structures auxquelles le patient peut faire appel une fois sorti de l'hôpital et/ou qui assurent son suivi.
  - cette approche est rendue difficile par la problématique complexe à laquelle se heurtent les personnes vivant dans la pauvreté :
    - \* il faut résoudre des problèmes urgents avant de pouvoir s'occuper de problèmes plus profonds ;
    - \* il est difficile de faire concorder le travail des différents intervenants concernés.

### Informations :

Les problèmes en matière d'informations peuvent se poser à trois moments :

- avant qu'une personne ne devienne un patient :  
informations en matière d'infrastructures, d'allocations, de prévention...
- pendant le recours au système de santé :  
informations sur le traitement, les frais, les droits et les devoirs... ;
- après le recours au système de santé :  
surveillance médicale et suivi...

Différents obstacles peuvent être distingués.

- L'information n'arrive pas aux patients :
- elle n'est pas disponible ou elle est diffusée par un canal qui n'atteint pas les personnes pauvres ou bien encore elle ne répond pas aux besoins du patient ;
- les informations sont trop compliquées :  
le message est trop difficile. Le canal choisi présuppose une trop grande connaissance de la part du destinataire du message. Diffuser une information par le journal par exemple implique que le destinataire du message soit alphabétisé. Les éventuels problèmes linguistiques auxquels sont confrontés les étrangers constituent souvent une difficulté supplémentaire pour la transmission de messages d'information ;
- les informations arrivent trop tard :  
les personnes sont alors obligées d'apprendre 'en faisant' et elles commettent des erreurs qui auraient pu être évitées ;
- les informations sont inadéquates ou erronées :
- le demandeur reçoit des informations erronées des intervenants ou bien il les comprend mal et fait par conséquent les mauvais choix



Uit: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"  
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v.z.w.

## CONCLUSIONS FORUM 14/12/2002

### OBJECTIF

L'objectif du Forum était de poursuivre le dialogue avec des personnes vivant dans la pauvreté, mais aussi d'y impliquer d'autres acteurs en matière d'accessibilité aux soins de santé : décideurs politiques, travailleurs sociaux, chercheurs,...

Dans un premier temps, les points à problème identifiés lors des phases précédentes de l'étude ont fait l'objet d'une présentation. Par la suite, divers groupes de travail dans lesquels différents acteurs étaient impliqués (collaborateurs politiques, personnes vivant dans la pauvreté, chercheurs, travailleurs sociaux, ...) ont approfondi ces différents points à problème. Des recommandations concrètes ont été formulées pour la politique future.

### PROCEDURE SUIVIE

Les conclusions du Forum telles qu'elles sont reprises ci-dessous constituent le résultat d'un processus interactif impliquant les divers participants.

Pendant les groupes de travail institués au Forum, un secrétaire a rédigé un compte-rendu. A la fin de chaque session, il a confronté ses notes avec les participants.

Les comptes-rendus de tous les groupes de travail (13) ont été rassemblés par l'équipe de recherche qui en a établi un rapport récapitulatif inventoriant tous les points à problème et les suggestions émises. Quelques semaines après le Forum, tous les participants ont reçu le rapport, soit par la poste, soit par email, de même que le texte du discours du Ministre Vandebroucke. Les participants ont été priés de faire parvenir leurs éventuelles remarques par e-mail à l'équipe de recherche. Le rapport a été retravaillé en fonction des remarques.

Les conclusions des différents groupes de travail sont présentées aux pages suivantes.

## GROUPE DE TRAVAIL N ° 1:

### L'IMPORTANCE D'UNE COMMUNICATION ET D'UNE INFORMATION DE QUALITÉ.

#### Information procurée par les autorités aux travailleurs de santé/patients

##### Problèmes:

- le système des soins de santé est *très compliqué* du point de vue administratif et légal
- il y a des problèmes avec le *transfert d'information vers les travailleurs de santé*: dans la direction verticale: de la part des autorités vers les travailleurs de santé
- problèmes avec le *transfert d'information* dans la direction horizontale: entre les différents travailleurs de santé et soignants
- les *patients*  
Très souvent les patients ne savent pas à quelle allocation ils ont droit et il est très compliqué de se renseigner à ce sujet

##### Suggestions:

- désignation d'une personne qui coordonne les soins pour chaque patient:  
le médecin de famille forme le pivot pour les soins du patient: il/elle coordonne les soins et il/elle est le point d'interpellation pour le patient qui cherche de l'information  
désavantage: en cas de référence vers le deuxième échelon par le premier échelon: les soins deviennent plus chers pour le patient (parce qu'il doit payer plusieurs tickets modérateurs).
- optimiser l'information sur l'accessibilité financière: homogénéiser les compétences des différentes instances (fédérales, régionales, locales) faciliterait le transfert de l'information.
- l'information dans le réseau des travailleurs de santé et soignants peut être optimisée par:
  - stimuler le travail multidisciplinaire: rôle des autorités
  - améliorer la tension pour les nouvelles mesures, pour les changements de la législation dans le cadre de la formation de base et de la formation continue des travailleurs de santé (y compris les médecins !).
  - mettre en place un système qui facilite l'accès à l'information, au moment où l'on en a besoin (via Internet ?)
- informer les patients: approche bi-axiale

- approche universelle: via les campagnes des mass-médias
  - les mass-médias peuvent être une source importante d'information mais ne forment pas l'outil préférentiel pour certains groupes cibles, par exemple les groupes de patients atteints d'une maladie spécifique.
  - pour quel type d'information les mass-médias sont-ils l'instrument le plus adéquat?
  - le développement d'une politique d'information vers le patient est absolument nécessaire
  - les mass-médias doivent prendre leurs responsabilités pour tout ce qui concerne l'information ciblée vers la population globale; très souvent l'information dirigée par les mass-médias s'oriente surtout sur les classes moyennes.
  - le support des initiatives qui ont comme but d'améliorer l'accessibilité des nouveaux médias (par exemple l'Internet)
  
- approche sélective: utilisant le service/ travailleurs de santé/soignants qui sont facilement accessibles.
  - désigner quelqu'un qui coordonne les soins au niveau primaire !
  - utiliser les centres de santé intégrée et les centres de rencontre<sup>4</sup>; impliquer les personnes dans lesquelles les pauvres ont confiance.
  - les "groupes d'entraide" ont des subsides insuffisants
  - l'information parfois orale reste très importante parce que l'interaction directe donne la possibilité d'évaluer si le patient a bien compris l'information
  - l'organisation des sessions d'information dans les foyers socioculturels peut créer la possibilité d'une prise de connaissance facile des différents services
  - création des "points médicaux d'information": les patients peuvent s'y diriger pour poser des questions et pour chercher du soutien quand ils ont des problèmes de santé (par exemple l'initiative dans un centre de séjour de nuit pour des sans-abri où l'on peut s'adresser pour des questions concernant le système de santé)
  - chaque organisation doit prendre sa responsabilité afin que chacun puisse disposer de l'information concernant son service et ceci de façon transparente et claire

---

<sup>4</sup> Les comités de quartier sont des services locaux du Service des Affaires Sociales et du Logement. Par le biais d'une approche par quartier, le but est d'essayer d'offrir une solution à divers problèmes auxquels la population locale est confrontée. De plus, le comité de quartier se veut un point de soutien en vue d'apporter une amélioration structurelle de l'environnement de vie et du bien-être des citoyens accusant un recul social. Pour ce faire, on essaie de mobiliser les habitants à participer à des activités de rencontre organisées par des bénévoles du quartier.

- ! afin d'y arriver, les services doivent disposer de l'infrastructure et des moyens nécessaires (budget spécifique pour l'amélioration de l'information et de la communication vers les groupes sociaux à haut risque
- ! cette approche sélective offre la possibilité d'adapter la communication avec le groupe cible (en tenant compte, le cas échéant, des problèmes linguistiques et avec le fait que le patient n'a pas accès aux ordinateurs (Internet)

## Distribution des allocations

### Problèmes:

- obtention des allocations n'est *pas un mécanisme automatique*  
le patient a le sentiment qu'il doit "demander" les avantages qui en fait sont un droit: ceci mène à la frustration et à l'agression
- lorsque *certaines allocations sont arrêtées* (par exemple l'assurance maladie), le patient n'est parfois pas informé (par exemple: le patient doit constater qu'il n'est plus en ordre avec l'assurance maladie, parce que les attestations de prestation ne sont plus remboursées).

### Suggestions:

- lors de la création d'une allocation nouvelle, *l'initiative* devrait se trouver au niveau du réseau de soignants (qui doivent être bien informés) ou au niveau des autorités
- les mutualités doivent *informer de façon active* le patient au moment où il n'est plus en ordre avec l'assurance maladie (par exemple parce qu'il y a un changement de statut, parce qu'il a oublié de remplir un formulaire,...)



## Connaissance de la situation de vie du patient par les travailleurs de santé et les soignants

### Problèmes:

- les *travailleurs de santé* ne sont pas toujours bien informés sur les conditions de vie difficiles du patient, particulièrement les médecins spécialistes sont fréquemment inconscients des problèmes financiers du patient (ils ne sont pas confrontés à ces types de problèmes, parce qu'ils n'encaissent pas eux-mêmes l'argent)
- les travailleurs de santé *approchent les situations* des patients très souvent en partant de leur propre arrière-fond socio-économique, qui peut être très différent de l'arrière-fond des patients
- par conséquent, les travailleurs de santé *condamnent* parfois la conduite des patients et ne sont pas prêts à analyser les causes pour lesquelles un patient fait des choix particuliers  
par exemple: une mère seule chargée de famille quitte l'hôpital (contre-avis) parce qu'il n'y a personne qui peut s'occuper de son enfant; l'interprétation des travailleurs de santé est qu'elle ne veut pas suivre fidèlement son traitement.
- parfois, les *patients* ont des problèmes à formuler leurs questions vis-à-vis des soignants (par exemple les patients psychiatriques sont très vulnérables à ce sujet)
- *les revenus des travailleurs* de santé sont basés sur leurs prestations techniques, il n'y a pas de numéro de nomenclature pour la communication avec le patient

### Suggestions:

- les travailleurs de santé ont besoin d'une *attitude ouverte vis-à-vis* du patient:
  - échanges d'idées et discussion
  - présence de l'infrastructure nécessaire où l'on peut discuter des thèmes de santé
  - attention pour la *façon de s'exprimer* (langage simple, pas de mots difficiles, pas de jargon,...)
- *formation de base et formation continue des travailleurs de santé et des soignants:*
  - attention pour les aptitudes communicatives avec un accent spécifique sur la communication avec les pauvres et les sans-papiers
  - connaissance du concept "pauvreté": afin d'y arriver, des stages dans les organisations où les pauvres prennent la parole peuvent être organisés, afin de comprendre comment on peut dialoguer avec les pauvres dans leur contexte... (ceci ne peut pas être limité aux assistants sociaux)

- stimuler les travailleurs de santé par une formation continue sur ces problèmes (entre autres dans le cadre de l'accréditation pour les médecins)
- les travailleurs de santé devraient vérifier auprès du patient qu'ils ont interprété correctement la situation
- les *patients* doivent avoir la possibilité de préparer leur visite à un travailleur de santé (en autres dans le cadre des organisations où les pauvres prennent la parole)
- faire appel aux *personnes de confiance et/ou aux médiateurs* (interculturels)
- *soutenir les initiatives* au niveau des quartiers, dans le cadre des organisations où les pauvres prennent la parole, ... les initiatives où l'on peut se renseigner sur le système de santé
- initiative à Charleroi: afin d'améliorer la prise en charge au niveau du service d'urgence des hôpitaux, le patient a à sa disposition un "*dossier minimal*" qui contient l'information essentielle sur sa situation de santé, son statut administratif, ...
- adaptation de la nomenclature (INAMI) de telle sorte que les travailleurs de santé sont stimulés à investir du temps et de l'énergie dans la communication avec les patients vulnérables afin de mieux les comprendre

## Remarques

- les mutualités étaient des services facilement accessibles et des sources d'information: le contact informel entre les administratifs aux guichets et les patients a diminué beaucoup depuis qu'on a instauré le remboursement des coûts médicaux par voie bancaire; la fonction d'information des "guichets" n'a pas été reprise par d'autres services
- quand un patient est accompagné d'un travailleur de santé, il reçoit le respect des autres travailleurs de santé (l'importance de l'accompagnement)
- communication: il faut d'abord l'accessibilité, ensuite vient la communication !
- les procédures administratives ne peuvent pas provoquer un délai par rapport à l'accès aux soins
- la qualité des soins doit être égale pour tout le monde

Dans ce groupe de travail, on a aussi discuté les thèmes suivants:

- les avances dans les hôpitaux
- le service social dans l'hôpital
- l'introduction de la carte proton sociale

Les remarques relatives à ces points ont été incorporées dans le rapport du groupe de travail qui a traité ces thèmes.

## GROUPE DE TRAVAIL N ° 2:

### L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES ENTRAVE-T-ELLE L'ACCÈS?

#### L'organisation d'un système de soins de santé accessible

##### **Problèmes:**

- le système des soins de santé est trop complexe et donc pas suffisamment transparent pour les patients et les travailleurs de santé
- *l'offre au niveau des soins de santé est suffisante, mais il manque la transparence, les services ne sont pas toujours accessibles (on a besoin d'argent ou de la carte médicale pour effectuer l'accessibilité) et la disponibilité est restreinte (services fermés pendant le week-end,...)*
- la *diversification croissante* des soins de santé (et la complexité qui en résulte) forme une barrière croissante (voir le nombre croissant des spécialismes dans la médecine)

##### **Suggestions:**

- besoin d'une personne centrale, qui coordonne les soins médicaux pour les patients (tenu du dossier, suivi des résultats des examens,...) et qui peut être interpellée par les patients:
  - une fonction pour le médecin généraliste
  - rôle important des infirmiers à domicile: ils connaissent très bien le contexte du patient. La question est de savoir comment ils peuvent réaliser leur fonction de signalisation ? La nomenclature actuelle ne stimule pas cette fonction.
  - conditions: paiement adéquat + reconnaissance du rôle central du médecin généraliste par les autres travailleurs de santé + échelonnement ! (ceci signifie que la visite à un spécialiste doit être moins chère quand le patient est envoyé par l'intermédiaire d'un médecin généraliste traitant).
- des soins accessibles signifient un accent sur la prévention et sur le follow-up
- il y a un besoin d'une personne centrale, qui coordonne les interventions sociales pour le patient (tenu du dossier, évaluer à quelles allocations le patient a droit, ...) et qui peut être interpellée par le patient:
  - il y a un besoin d'une personne qui peut accompagner les patients dans leur trajectoire de soins
  - est-ce que ceci peut être une fonction pour le CPAS?

- **les services d'urgence**

- ils sont ouverts 24 heures sur 24 et leur service correspond à l'attitude du patient qui veut une solution rapide pour tous ses problèmes
- le paiement ne se fait pas directement (la note arrive plus tard)
- perception par le patient: "les soins par les médecins spécialistes sont meilleurs que ceux des médecins généralistes" (confiance dans la technologie)
- aide de première ligne pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant.

MAIS:

- il n'y a pas d'obstacles financiers au moment de la consultation au service d'urgence mais il faut bien payer les médicaments prescrits. Ceci pose un problème.
- la note se révèle parfois être très chère
- au service d'urgence, on ne peut pas tenir compte du contexte du patient (au service d'urgence on n'a pas d'information sur les conditions de vie et l'histoire du patient)
- suggestion: la présence d'un service de médecine générale et des soins de santé primaire auprès de l'hôpital ou un département dans l'hôpital auquel on peut renvoyer les patients qui s'adressent au service d'urgence sans qu'ils en ont besoin

- **Exemples de soins de santé primaire accessibles: les centres de santé intégrée**

Avantages:

- paiement forfaitaire (capitation), pas de ticket modérateur (parfois accès à des médicaments gratuits)
- l'accessibilité est garantie
- pas de stigmatisation (le système est le même pour tous les patients, sans exception pour les groupes vulnérables)
- approche contextuelle et multidisciplinaire du patient
- orientation vers le quartier
- motivation des travailleurs de santé

Désavantages:

- la demande est plus grande que l'offre
- la distribution géographique est limitée
- pendant les week-ends et la nuit il faut faire appel à un médecin de garde qui ne travaille pas dans le centre de santé intégrée et qui ne fonctionne pas dans le système de paiement forfaitaire
- les gens ne connaissent pas les centres de santé intégrée
- au moment de renvoi au deuxième échelon, des problèmes peuvent se produire
- il faut toujours choisir un médecin généraliste qui travaille dans le centre

- les centres de santé intégrée sont plutôt une exception que la règle
- cette approche demande pas mal de motivation des travailleurs de santé
- parfois les centres de santé intégrée ont la réputation de travailler uniquement pour les marginaux: ceci peut être stigmatisant pour le patient

## Coordination entre les services: par exemple entre les services sociaux et les services de santé

### Problèmes:

- il faut non seulement créer un *système de santé bien élaboré* (les médecins collaborent avec les CPAS) mais aussi *des services sociaux bien élaborés* (afin de pouvoir offrir des solutions aux problèmes administratifs par exemple)  
par exemple afin de pouvoir accéder au système de santé (soins médicaux qui sont pris en charge par le CPAS) il faut d'abord un service social (qui s'occupe des procédures de sorte que le CPAS peut prendre en charge les coûts)
- les services sont *trop fragmentés* et les travailleurs de santé perdent de vue la situation globale du patient
- la *description des tâches* des différents services n'est pas très claire ce qui mène à double emploi et inefficacité
- les travailleurs de santé et les soignants ne sont *pas toujours au courant* de l'existence des différents services et allocations
- pour les travailleurs de santé il est parfois très difficile de connaître *le statut et la situation* du patient, ce qui fait que les personnes qui ont vraiment besoin de services gratuits ne sont pas dépistées
- les conditions de vie (logements insalubres, revenus insuffisants,...) ne sont pas suffisamment considérées comme un facteur déterminant pour une santé précaire.

### Suggestions:

- un *coordinateur des soins de santé/un coordinateur des soins sociaux*, de préférence situé au premier échelon
- institutionnalisation des *initiatives de coordination*, par exemple les initiatives de coordination des soins à domicile
- mettre en évidence l'utilité de la *coopération multidisciplinaire* et les suivis multidisciplinaires du patient

- *formation de base et formation continue des travailleurs de santé*: attention pour la fonction et le rôle des autres acteurs
- *définition des tâches* et coordination concernant les compétences des différents services
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé ne constitue que l'une des pistes pour amenuiser les différences sociales en matière de santé. D'autres aspects doivent également être pris en charge comme le logement par exemple (en attribuant des subsides pour l'isolation des maisons, en augmentant les possibilités d'accueil des sans-abri, ...)
- l'utilité de la *collaboration multidisciplinaire et du suivi multidisciplinaire* du patient, en accordant de l'attention à une approche préventive.
- les mesures qui sont prises pour favoriser l'accessibilité doivent concerner les 'soins préventifs', le 'suivi' et les 'soins a posteriori' Ces mesures doivent être harmonisées.

## Le rôle du CPAS

### Problèmes:

- le fonctionnement du CPAS est *très différent* d'une commune à une autre, il y a un manque de cohésion  
par exemple: chaque CPAS peut décider indépendamment sur la façon dont il intervient dans le financement des soins de santé
- les *illégaux* ne reçoivent pas de soins quand il n'y a pas d'accord du CPAS (en plus il y a le problème de l'interprétation de l'AR 12.12.96 concernant "l'aide médicale urgente")
- le CPAS doit fonctionner de façon plus transparente  
le *réquisitoire* devrait disparaître comme méthode, il devrait s'agir de droits qui peuvent être effectués
- les patients dépendants du CPAS se sentent limités dans *le choix libre du médecin*  
le nombre de médecins avec lesquels le CPAS a un accord, semble être trop limité
- le CPAS n'a pas les moyens ni le personnel pour garantir une permanence

## La situation des sans-papiers, les gens qui n'ont pas de permis de résidence légale

- très souvent ils n'ont pas de médecin généraliste et ils s'adressent directement à l'hôpital. Leurs données médicales sont dès lors réparties entre plusieurs services d'urgence (ce qui empêche de suivre correctement leur état de santé).
- ils manquent de suivi à leurs problèmes de santé, il n'y a pas de dossier médical central
- ils n'ont pas accès à l'assurance maladie, en dépit du fait que certains sont prêts à payer la cotisation/ont les possibilités de le faire
- très souvent ils sont refusés par les travailleurs de santé  
Ex. Les sans-papiers doivent parfois s'acquitter d'un acompte, voire même de la totalité de la facture lors d'un accouchement ou d'un accident de la circulation. S'ils ne sont pas en mesure de le faire, ils ne sont pas soignés.
- problème de tourisme médical (des gens fuient leur pays pour se faire soigner en Belgique, bien souvent parce qu'il n'y a pas de sécurité sociale chez eux).

## Remarques

- l'hôpital:
  - pas de continuité des soins
  - pas de suivi du patient
  - pas d'approche contextuelle
  - coûteux
- la politique des soins de santé ne tient pas compte des personnes qui ne sont pas du tout ou partiellement assurées, le soin de ces patients est pris en charge par les ASBL (malgré le développement de l'assurabilité, il reste des problèmes pour certaines personnes)
- les hôpitaux essaient parfois d'échapper à leur responsabilité concernant l'aide médicale urgente pour les sans-papiers (en renvoyant les patients à d'autres hôpitaux ou au premier échelon)
- quand on propose de nouvelles mesures, il faudrait tout d'abord évaluer si toutes les conditions nécessaires sont remplies, par exemple: est-ce qu'il y a du personnel adéquat et disponible
- les travailleurs de santé qui travaillent en solo (surtout les médecins généralistes) sont surchargés par les procédures administratives de sorte qu'il ne reste pas beaucoup de temps pour soigner les patients socialement vulnérables

- l'importance de la prévention, de l'attention pour la santé mentale
- les gens qui vivent en pauvreté devraient recevoir un "check-up" scientifiquement correct, afin qu'on puisse faire un bilan de santé général de ces personnes
- **service social de l'hôpital**
  - un renvoi plus facile est nécessaire
  - le médecin généraliste doit informer l'hôpital concernant la situation difficile du patient
  - coordination meilleure avec les autres services, entre autres avec les organisations où les pauvres prennent la parole
  - besoin de normes, de définitions de la fonction du service social
  - comment agir contre le surmenage des travailleurs de santé !

Dans ce groupe de travail on a aussi discuté des thèmes suivants:

- les difficultés pour le patient à bien formuler sa question
- la connaissance des travailleurs de santé de la situation de vie du patient
- le tiers payant
- la communication entre les travailleurs de santé et autres soignants
- conditions pour informer les patients
- l'importance du contact informel entre le soignant et le malade pour échanger de l'information
- l'utilité du ticket modérateur
- l'élargissement de l'assurance maladie obligatoire
- la carte proton médicale
- la pauvreté et la santé

Les remarques concernant ces points ont été incorporées dans le rapport des groupes de travail concernés.



## GROUPE DE TRAVAIL N ° 3:

### ÊTRE MALADE COÛTE CHER: L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES SOINS DE SANTÉ.

#### Considération générale

##### Problèmes:

- les mesures qui sont prises jusqu'à présent (facture maximale, franchise sociale et fiscale,...) ne *concordent pas* avec la réalité du vécu des gens qui vivent dans des situations socialement difficiles
- les mesures actuellement en vigueur sont complexes au niveau législatif et il y a un *manque d'information* (aussi bien chez les patients que chez les travailleurs de santé et les soignants)
- les mesures sélectives portent le risque de *stigmatisation*
- l'allocation de moyens financiers est très souvent basée sur le revenu fiscal, en ne tenant pas compte de l'argent dont une famille dispose réellement (et ce montant peut être inférieur suite à des conditions comme le divorce, des dettes,...)
- le *système de tarification* n'est pas transparent (des médecins oui ou non conventionnés, tarifs dépendants du type de chambre lors d'une hospitalisation, ...)
- la nécessité des soins de santé préventifs gratuits et facilement accessibles, tant pour les enfants (ONE) que pour les adultes, afin d'éviter qu'un problème de soins de santé ne devienne chronique.

##### Suggestions:

- *couverture universelle* par l'assurance maladie obligatoire, réduire le système d'assurance complémentaire et privée; moduler le montant du droit d'inscription auprès de l'organisme assureur relatif au revenu afin d'éviter la dualité des soins de santé
- un *système universel* des soins de santé primaire
- la mise en pratique de certaines mesures devrait être un *droit automatique*, basé sur les données de la carte SIS (au lieu de la multiplication des formulaires à remplir pour obtenir certains droits)
- *évincer l'effet stigmatisant du CPAS* en élaborant un système de service général et universel dans le cadre des centres de service du CPAS (par exemple: distribution des repas, pédicure, accessibilité de l'Internet,...)

## Le maximum à facturer (MAF)

### Problèmes:

- le *taux* qu'il faut atteindre au niveau des tickets modérateurs est *assez élevé* avant qu'on ne puisse entrer dans le système de remboursement total
- pas mal de frais ne sont *pas inclus* dans le calcul (par exemple les suppléments lors des hospitalisations)
- les patients continuent à *payer des avances*
- cette mesure représente un pas en avant pour *une partie limitée de la population*, par exemple pour les malades chroniques.
- *la mesure est sélective* dans le sens que le taux qu'il faut dépasser est déterminé par le revenu; la facture maximale exclut les gens qui ont des revenus un peu plus élevés, ce qui peut aboutir à une médecine à deux vitesses.
- le système est assez complexe au niveau de l'administration et par conséquent *assez cher*

### Suggestions:

- pour certaines catégories de patients, les coûts qui ne sont pas inclus dans la facture maximale, mais qui sont nécessaires, peuvent être remboursés par le CPAS
- tiers payant pour tout le monde, le ticket modérateur est inclus dans la facture maximale
- organiser la facture maximale dans le cadre d'une formule mensuelle (par exemple 35 €) au lieu de la formule annuelle
- diminuer le seuil pour les revenus les plus bas

## Le tiers payant

### Problèmes:

- la mise en pratique dépend de la bonne volonté des médecins
- parfois il y a des abus
- les accords entre le patient et son médecin généraliste ne sont pas appliqués par les médecins de garde
- beaucoup de travail administratif pour le médecin

### **Suggestions:**

- les mutualités doivent informer les médecins sur le tiers payant et les modalités de remboursements dans les plus brefs délais (par exemple projet pilote à Gand)
- le tiers payant doit être un droit systématique pour les catégories définies dans la loi
- le prestataires de soins doit avoir la possibilité de lire la carte SIS, afin de s'informer sur le "droit au ticket modérateur" du patient
- le ticket modérateur doit être organisé de façon plus transparente avec des procédures similaires dans tous les pays
- le tiers payant pour tout le monde: cela éviterait la stigmatisation
- information active sur l'existence du tiers payant
- affichage d'une liste de médecins qui adoptent le tiers payant avec des garanties de remboursement dans un délai raisonnable, par exemple 2 mois, simplification de la procédure administrative, ...
- *la carte PROTON sociale* / la carte de paiement sociale pour une mise en pratique simple du tiers payant
  - la carte SIS et la carte de paiement sociale du patient peuvent être introduites dans un appareil avec la carte SAM du prestataire de soin
  - le patient entre son code personnel, et le montant qui serait normalement remboursé au patient par l'organisme assureur, est automatiquement viré sur le compte bancaire du prestataire de soins
  - éventuellement le patient paie le ticket modérateur

### **Soins dentaires**

#### **Problèmes:**

- les patients ne sont très souvent pas informés sur les prix des soins dentaires et postposent les soins parce qu'ils pensent que cela coûte très cher
- les patients ne s'adressent au dentiste pour les soins préventifs gratuits qu'après avoir passé la limite d'âge prévue dans la loi; ils attendent jusqu'à ce que le problème dentaire soit devenu important, ce qui implique des coûts importants

### **Suggestions:**

- pour ceux qui ne se sont pas inscrits dans les soins dentaires préventifs quand ils étaient jeunes, une possibilité de "rattrapage" devrait être prévue.
- sensibilisation et prévention des groupes qui vivent en pauvreté; les campagnes préventives actuelles sont trop axées sur le patient de la classe moyenne et supérieure.
- mise en pratique du *tiers payant*

### **Hospitalisation et visite au service d'urgence**

#### **Problèmes:**

- au service d'urgence: il faut attendre longtemps, c'est cher, mais "l'avantage" est que la facture n'arrive que quelques semaines ou mois plus tard
- l'hospitalisation est très chère, quand on n'a pas de remboursement préférentiel ou d'assurance d'hospitalisation
- manque de transparence au niveau des tarifs pour le transport des malades
- les factures d'hôpital ne sont pas transparentes
- les examens médicaux sont très chers

#### **Suggestions:**

- on pourrait envisager d'établir un devis des coûts avant l'intervention
- éliminer les avances au moment de l'hospitalisation
- plus de transparence dans tous les hôpitaux concernant les avances et les factures
- les factures des hôpitaux et les documents de l'assurance doivent être moins compliqués
- les organismes assureurs doivent aider les patients afin de vérifier les factures des hôpitaux
- mettre en place des systèmes, qui donnent aux patients la possibilité de vérifier si les prestations facturées ont été effectivement réalisées
- organiser un dispatching au service d'urgence ("urgent" et "moins urgent") basé sur le diagnostic; le patient qui est "moins urgent" reçoit un premier traitement et est renvoyé à un médecin généraliste qui poursuit le traitement
- le ticket modérateur au service d'urgence diminue l'usage inadéquat, pourvu qu'il y ait une bonne accessibilité de service de garde de médecins généralistes

## Accessibilité financière – coordination des soins

### Problèmes:

- pour quelqu'un qui vit en pauvreté et qui est confronté à un problème complexe, il n'est pas aisé de trouver l'information sur l'accessibilité financière et autre du système de soins
- quelle est la fonction du ticket modérateur? Dans le système forfaitaire (article 52 § 1 loi 14.07.94) il n'y a pas de ticket modérateur), on ne voit pas de surconsommation par rapport au système du paiement à l'acte
- les travailleurs de santé qui ne demandent pas le ticket modérateur pour une grande partie de leurs patients sont pénalisés au niveau des revenus, il faudrait prévoir un système de compensation pour ces personnes
- le patient est effectivement vu par plusieurs travailleurs de santé et soignants, mais la signalisation des problèmes relatifs notamment à l'accessibilité financière est déficiente. Quelles sont les causes?
  - les prestataires de soins n'ont pas le temps de s'occuper d'autre chose que du "curatif"
  - les travailleurs de santé (notamment les médecins généralistes) n'ont pas les connaissances suffisantes sur les possibilités d'aide sociale (connaissance de la "carte sociale")
  - certains patients sont trop fiers pour dénoncer leur situation sociale
  - les travailleurs de santé qui travaillent à l'acte (par exemple le médecin généraliste) ne sont pas financés pour la coordination des soins, pour prendre des initiatives afin d'améliorer l'accessibilité des soins
  - les soins ne sont pas suffisamment coordonnés; le plan de soins ne fonctionne pas toujours de façon adéquate chez certains groupes de patients (par exemple ceux qui ont des problèmes sociaux)

### Suggestions:

- le système de soins doit aller à la rencontre du patient et pas vice-versa, parce que le chemin est parfois trop difficile. Comment?
- Donner un stimulus afin d'investir du temps dans la coordination des soins (par exemple un stimulus financier)
- la formation des travailleurs de santé (médecin généraliste, dentiste, kinésithérapeute, ...) doit impliquer la connaissance de la "carte sociale"
- la personne centrale dans la coordination des soins est le médecin généraliste; les services qui sont impliqués dans les soins d'un patient doivent lui signaler toute information importante

- améliorer les délais de paiement pour les factures d'hospitalisation et les coûts médicaux; création d'une "caisse de garantie" pour les dépenses médicales, qui pourrait intervenir quand il y a incapacité de payer une facture
- élargissement du groupe avec remboursement préférentiel
- définir le système préférentiel basé sur le revenu mensuel disponible, non sur le revenu fiscal
- rôle important des infirmiers à domicile: ils connaissent très bien les conditions de vie du patient; comment peuvent-ils réaliser leur fonction de signalisation? La nomenclature actuelle ne les y stimule pas

## Remarques

- la flexibilité dans l'application de la réglementation peut être une solution pour certains groupes de patients, mais risque de poser des problèmes déontologiques (marché concurrentiel?)
- les mesures qui diminuent le seuil financier, peuvent accroître le seuil administratif
- initiative à Renaix: il y a une convention entre les médecins généralistes et les pharmaciens, de sorte que les patients peuvent aller chercher gratuitement leurs médicaments après la consultation chez leur médecin généraliste
- initiative à Bruxelles: le CPAS garantit le remboursement d'une première consultation
- initiative à Molenbeek: liste de médicaments qui est distribuée gratuitement à certaines personnes; un problème est que le système n'arrive pas à atteindre toutes les personnes qui en ont besoin
- accords entre les maisons de refuge et le CPAS: tout est complètement remboursé et la maison de refuge paie directement le prestataire de soins
- parfois les prestataires de soins ont une attitude négative vis-à-vis des personnes socialement vulnérables
- assurance hôpital: pas toujours transparente
- il faudrait accorder des indemnités supplémentaires aux médecins qui s'engagent à prendre en charge les couches vulnérables difficiles à atteindre

Dans ce groupe de travail les thèmes suivants ont été discutés:

- participation des patients dans la politique de santé
- l'information des travailleurs de santé sur la situation de vie des patients
- points d'information sur les mesures en vigueur

les remarques concernant ces points ont été incluses dans les rapports des groupes de travail qui ont traités ces thèmes

## GROUPE DE TRAVAIL N ° 4:

### L'IMPORTANCE DE L'IMPLICATION DU GROUPE CIBLE DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ.

#### **Problèmes:**

- le monde politique approche les situations et les problèmes d'un *autre point de vue* que les pauvres, ce qui empêche le dialogue
- la formulation d'un point de vue est un *processus qui demande beaucoup de temps*; le monde politique exige des réponses rapides
- initiative de l'ONE: travailler avec *les personnes qui ont vécu dans la pauvreté* est une possibilité, mais se révèle ne pas être facile; la coopération avec les autres travailleurs de santé est parfois difficile. Pourquoi? Hiérarchisation trop stricte? Distance trop grande entre les responsables et celui qui a l'expérience du vécu? Le travail est parfois très difficile pour les gens qui ont eux-mêmes vécu dans la pauvreté (par exemple au niveau émotionnel)
- la participation dans la politique d'une institution exige *une structure assez horizontale* (ceci n'est pas toujours le cas)
- parfois la participation commence *au moment où les décisions ont été prises*
- la participation du groupe cible ne peut pas avoir comme objectif d'améliorer "l'image" d'un certain service
- les propositions faites par les personnes qui vivent dans la pauvreté ne sont pas toujours prises *au sérieux*

#### **Suggestions:**

- les conditions pour la participation des groupes cibles spécifiques dans la politique:
- des moyens suffisants afin de soutenir les projets de participation dans le secteur de santé
- la possibilité de se concerter, de discuter et d'échanger des idées
- le temps nécessaire pour la discussion et l'échange d'idées
- présence de l'infrastructure nécessaire (espace, accommodation,...) où les thèmes de santé peuvent être discutés
- accompagnement, en cas de renvoi à un autre secteur de soin
- le développement d'un modèle d'organisation dans lequel la participation des groupes vulnérables à l'organisation devient possible
- la rédaction de rapports sur les effets de la pauvreté (par analogie avec le rapport en matière d'environnement) : lors de la prise de mesures politiques, on vérifie ce qu'elles représentent pour les gens qui vivent dans la pauvreté



- les responsables doivent visiter les organisations où les pauvres prennent la parole et pas vice-versa
- suffisamment d'attention pour *la façon de communiquer* (langage simple, pas de vocabulaire technique,...)
- l'organisation pratique de la participation doit tenir compte de la réalité quotidienne du groupe cible (pas d'autos, besoin d'une solution pour les enfants,...)
- le dialogue devrait être permanent, de sorte que cela ne dépend pas du changement d'un ministre tous les quatre ans
- besoin de personnes qui soutiennent les "personnes de la base" vis-à-vis du monde politique

Dans ce groupe de travail, les thèmes suivants ont également été discutés:

- l'emploi des mass-médias (télévision) et la nécessité d'un médiateur

Les remarques concernant ces points ont été incluses dans le rapport du groupe de travail qui a traité ce sujet.

## AUTRES PAROLES RECUEILLIES DANS LES GROUPES DE TRAVAIL

- La composition de la conférence interministérielle pour l'intégration sociale doit être revue (tous les aspects de la pauvreté doivent être inclus).
- Le plan national pour l'intégration sociale (dans le cadre européen) donne des perspectives: différents ministres sont impliqués
- La lutte contre la pauvreté est divisée en différentes compétences et différents niveaux politiques: ceci empêche une approche intégrale
- La pauvreté est un problème social et structurel, ce n'est pas la faute d'un individu
- Un forum comme celui du 14 décembre 2002 devrait être organisé par différents cabinets et niveaux politiques, pas uniquement par le ministre des affaires sociales.

## CONCLUSION GENERALE

### POINT DE DEPART

Le système de soins de santé que nous connaissons en Belgique peut être considéré comme un des meilleurs. Il se porte garant de soins de qualité supérieure et est relativement accessible d'un point de vue financier au Belge moyen. Pourtant, des signaux émanant d'ici et là témoignent du fait que tout le monde ne bénéficie pas toujours des soins médicaux requis. D'importantes différences socioculturelles se maintiennent dès lors en matière de maladie et de décès : les groupes économiques les plus faibles sont plus souvent malades et leur espérance de vie est moindre.<sup>5</sup>

En organisant cette étude participative avec des gens vivant dans la pauvreté, notre objectif était de déceler les différents facteurs susceptibles d'entraver l'accès au système de soins de santé.

Les bases de données existantes comme celles des mutualités, les Données Psychiatriques Minimales,... fournissent surtout des informations relatives aux seuils financiers formant obstacle à l'accessibilité aux soins de santé. Ces seuils financiers n'expliquent toutefois que partiellement l'inégalité de l'accès aux soins.

En vue d'identifier les autres facteurs qui contribuent également à cette inégalité, il est indispensable de recourir à d'autres sources. Pour ce faire, il est possible d'utiliser des questionnaires et de recueillir les expériences de personnes confrontées à de sérieux problèmes en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé.

Il s'agit d'une méthode de recherche relativement nouvelle basée sur l'exploration de l'environnement dans lequel vivent certaines personnes. Elle est susceptible de faire prendre conscience sous un autre jour de la problématique de l'accessibilité aux soins de santé. Les décideurs politiques découvrent ainsi de nouveaux éléments auxquels de l'attention doit être accordée.

Dans cette méthode, l'accent est mis sur l'inventaire et non pas sur la quantification du phénomène à étudier. Dès lors, l'échantillon ne doit pas être représentatif de toute la population mais se composer de personnes disposant d'une grande expérience au sein du domaine de recherche.

---

<sup>5</sup> LOUCKX F., VAN WANSEEELE C. Sociale Correcties in de ziekteverzekering. Balans en toekomst. Brussel: Steunpunt Samenleving en Gezondheid VUB; 1998 (Corrections sociales dans l'assurance maladie. Bilan et Avenir. Bruxelles : Service Société et Santé VUB)

Pour cette étude, nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle les gens qui vivent dans la pauvreté sont souvent confrontés à des seuils en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé.

Etant donné qu'il est difficile de joindre les personnes vivant dans la pauvreté, nous avons collaboré avec diverses associations au sein desquelles les pauvres prennent la parole par le biais du Service.

L'étude se détaille en cinq phases :

- Phase 1: la détection des points à problème à l'aide d'entretiens avec les groupes focus.
- Phase 2: l'établissement d'un rapport de synthèse reprenant les résultats de la phase 1.
- Phase 3: la discussion et l'adaptation du rapport de synthèse avec les participants par le biais d'une procédure de feed-back, et préparation du forum.
- Phase 4: le forum en date du 14/12/2002, à l'occasion duquel les résultats ont été présentés et des recommandations concrètes formulées.
- Phase 5: la publication d'un rapport final.

## RECOMMANDATIONS

L'étude qualitative au sujet des groupes focus ainsi que le forum du 14.12.2002 ont permis de mettre en avant quelques recommandations relatives à la politique en matière de soins de santé :

En ce qui concerne l'accessibilité, les gens vivant dans la pauvreté sont confrontés à des problèmes à différents niveaux. Il est important de mettre sur pied une action visant à améliorer l'accessibilité, et ce au départ d'une perspective multiaxiale (attention à accorder à l'accessibilité financière, à l'accessibilité administrative, à l'accessibilité culturelle, à l'accessibilité psychosociale, ...).

Sur le plan de l'accessibilité financière, le principal problème est que les gens doivent mobiliser concrètement de l'argent au "point of service". La solution est de prévoir une "porte d'entrée" à bas seuil en matière de soins de santé, ne requérant pas de mobilisation d'argent : une médecine générale bien accessible fonctionnant dans le cadre des soins de santé de première ligne au moyen d'un système généralisé de Tiers Payant paraît très importante dans cette optique.

Les démunis sont confrontés à des problèmes en raison du fait qu'ils doivent sans cesse demander des "arrangements spéciaux", ce qui incite à la stigmatisation et à la dualisation.

L'expérience vécue avec les groupes focus a permis d'apprendre qu'il est possible d'impliquer activement diverses organisations où les pauvres prennent la parole dans des discussions relatives aux mesures politiques à prendre. Il s'agit cependant d'un processus qui nécessite beaucoup de temps et devrait, dans le cadre d'une politique efficace, être géré par exemple au départ de groupes de recherche scientifiques. Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé des groupes socialement plus faibles, il est souhaitable – chaque fois que des mesures sont prises – de les confronter au groupe cible et de rédiger ainsi un rapport sur les "effets de la pauvreté". Ce rapport devra indiquer dans quelle mesure nous pouvons nous attendre à ce que la décision prise permette de réaliser effectivement les objectifs prévus.

## ALLOCUTIONS DES ORATEURS

- Introduction au Forum 'pauvreté et santé : Obstacles dans l'accès aux soins de santé'
- Qu'est-ce que la pauvreté ? Que signifie vivre dans la pauvreté ?
- Quelques réflexions sur la recherche
- Discours de clôture

## **INTRODUCTION AU FORUM 'PAUVRETÉ ET SANTÉ : OBSTACLES DANS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ'. GAND, LE 14 DÉCEMBRE 2002**

*Par Ghislaine Adriaensens*

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

*Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme*

Mesdames et Messieurs,

On m'a demandé de répondre à deux questions :

- 1) Quel est le rapport entre cette recherche sur l'accessibilité des soins de santé et le suivi du Rapport Général sur la Pauvreté ?
- 2) Pourquoi ce Forum ?

Je vais essayer de répondre brièvement.

La première question porte sur le contexte de cette recherche et la seconde sur l'objectif de ce Forum.

### **Dans la foulée du Rapport Général sur la Pauvreté**

Pour replacer cette recherche dans son contexte, il faut retourner près de dix ans en arrière, à savoir à la parution du Rapport Général sur la Pauvreté.

Ce rapport était très particulier pour diverses raisons, entre autres :

- Il avait été demandé non pas par un seul Ministre mais par le gouvernement fédéral tout entier. Cette nuance est importante : elle montre que la pauvreté n'est pas un problème qu'il est possible d'envisager à partir d'un seul point de vue, d'une seule compétence mais que les efforts de tous les membres des gouvernements sont nécessaires, quelles que soient leurs compétences.
- Pour la première fois, on reconnaissait que les personnes vivant dans la pauvreté pouvaient aider les responsables politiques, par l'intermédiaire de leurs associations, à concevoir et mettre en œuvre une politique de lutte contre la pauvreté. Le rapport rendait compte du dialogue mené par les personnes vivant dans la pauvreté, par l'intermédiaire de leurs associations, avec divers acteurs de la lutte contre la pauvreté (des professionnels, des scientifiques, des hommes politiques etc.) travaillant dans divers domaines tels que le logement, la santé, l'enseignement... Ce Rapport Général a été remis au Gouvernement fin 1994.

Un des chapitres de ce rapport traite de la santé. Il y est clairement mentionné que pour accéder au système de santé, les personnes pauvres doivent franchir des obstacles quasiment insurmontables. En outre, ce sont elles qui paient le plus lourd tribut en ce qui concerne la fréquence des maladies, les conséquences fonctionnelles à court et à long termes et bien entendu aussi le taux de mortalité.

Le chapitre 'santé' du Rapport Général sur la Pauvreté se termine par un certain nombre de propositions, comme :

- la généralisation de l'assurance soins de santé
- l'amélioration de l'accessibilité financière du système de santé
- la formation des travailleurs de santé professionnels
- une meilleure connaissance pour une meilleure évaluation

Que s'est-il passé depuis la parution du Rapport Général sur la Pauvreté ?

En réponse à ce rapport, les responsables politiques ont instauré une Conférence interministérielle de l'intégration sociale. Cette instance doit promouvoir une approche collective et une concertation entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions en matière de lutte contre la pauvreté. Nous voici donc arrivés à l'étape suivante. En effet, alors que le Rapport Général sur la Pauvreté avait été demandé par le Gouvernement fédéral, les gouvernements communautaires et régionaux sont maintenant impliqués aussi. Tous les Ministres dont les compétences sont de près ou de loin liées à la pauvreté participent dès lors à cette Conférence interministérielle.

Des propositions de réforme en matière de santé ont été mises à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle de novembre 1995. Il s'agissait de l'accès généralisé à l'assurance maladie et de l'élargissement du statut préférentiel ou statut VIPO. Ces mesures ont été approuvées pour la première fois lors du Conseil fédéral des ministres du 30 avril 1997. Le Conseil a chargé le Ministre des Affaires sociales d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ces réformes et d'en évaluer l'application. Le Conseil a précisé que les organisations ayant collaboré à l'élaboration du Rapport Général sur la Pauvreté et se réunissant au Centre pour l'égalité des chances devaient être impliquées dans cette évaluation. La Conférence interministérielle du 24 mars 1999 a demandé d'évaluer le régime du tiers payant aussi.

En réponse à cette demande d'évaluation de l'accessibilité des soins de santé formulée par la Conférence interministérielle, un groupe de travail santé a été créé au sein du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Ce groupe se compose des Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté. Ces dernières ont entamé un échange



d'idées avec quelques personnes qui, de par leur profession, avaient quelque chose à voir avec le système de santé et ont ensuite rédigé une note à ce sujet.

Fin 1999, les associations ont reçu une lettre du Ministre des Affaires sociales leur demandant de participer à l'évaluation et en mars 2000, cette recherche-évaluation a été confiée au Département de Médecine générale et des Soins de santé primaires de l'Université de Gand. Dans la description de la mission, il était explicitement mentionné que les associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole devaient être impliquées dans l'évaluation de l'accessibilité des soins de santé, conformément au souhait de la Conférence interministérielle. Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale a été chargé de concrétiser la collaboration avec les associations. Fin juin 2000, les Associations et le Service ont rencontré le Ministre des Affaires sociales et lui ont fait part de leurs priorités pour l'évaluation.

L'exposé suivant vous permettra d'en savoir plus sur cette recherche.

La deuxième question portait sur l'objectif de ce Forum

### **Un Forum conçu comme une journée de réflexion et de rencontre**

Le présent Forum n'est pas une journée d'étude ni un congrès scientifique au sens habituel du terme où seraient présentés les résultats d'une recherche sur l'accessibilité des soins de santé.

Il se veut une journée de réflexion et de rencontre entre des personnes qui ont toutes quelque chose à voir avec la santé, qu'il s'agisse de personnes vivant dans la pauvreté et de leurs associations, de travailleurs de la santé ou de responsables politiques...

Ce n'est pas la première fois qu'un tel échange de vues est organisé.

En effet, c'est la suite d'un dialogue entamé dans le cadre du Rapport Général sur la Pauvreté. Ce dialogue doit être poursuivi et élargi à d'autres acteurs.

Soyons concrets : que pouvez-vous attendre de cette journée ?

La présentation des résultats d'une recherche sur l'accessibilité des soins de santé.

Ces résultats sont le fruit d'une collaboration entre trois partenaires :

1. le Département de Médecine générale et des Soins de santé primaires de l'Université de Gand qui a été chargé de l'aspect scientifique de la recherche ;
2. le Collectif des associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole qui a apporté le savoir et l'expérience des personnes vivant dans la pauvreté et

3. le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale qui a fait le lien entre les deux partenaires précédents.

Vous n'assisterez pas à un exposé ex cathedra sur les problèmes en matière d'accessibilité mais à une présentation interactive par les chercheurs et les associations. Pendant la recherche et la préparation de ce Forum, la priorité a en effet été accordée à l'investissement et la participation active des personnes pauvres par le biais de leurs associations.

Qu'attendons-nous de vous, les participants ?

Que vous apportiez votre savoir et votre expérience et que vous écoutiez les autres parler des leurs. De cette manière, le Forum offrira à chacun la possibilité de s'enrichir du savoir de l'autre.

Cet enrichissement mutuel doit permettre de trouver des solutions pour éliminer les nombreux obstacles à l'accès au système de santé.

Nous espérons donc disposer, à la fin de la journée, de pistes concrètes pour garantir le droit à la protection de la santé pour tous, personnes vivant dans la pauvreté comprises.

Ce Forum n'est pas une fin en soi mais un point de départ à partir d'où continuer à avancer ensemble. Les propositions qui seront présentées à la fin de cette journée devront en effet être portées par tous les acteurs concernés, être élaborées et traduites en mesures concrètes. Il faudra ensuite les mettre en œuvre, les évaluer et les adapter régulièrement.

Ce Forum se veut une étape du dialogue mené de manière continue entre des personnes vivant dans la pauvreté, des scientifiques, des professionnels de la santé, des hommes politiques...

Ce Forum n'est pas une journée de rencontre et de réflexion qui n'engage à rien.

En effet, le Forum exhorte à prendre des engagements afin que chacun, y compris les personnes vivant dans la pauvreté, puisse jouir du droit à la protection de la santé.

Nous vous remercions pour votre participation et espérons qu'elle constituera une expérience enrichissante pour chacun d'entre vous.

## QU'EST-CE QUE LA PAUVRETÉ ? QUE SIGNIFIE VIVRE DANS LA PAUVRETÉ ?

*Par M Jozef Van den Broeck, asbl De Keeting,  
Et par M Jean Peeters, Front Commun des Sans Domicile Fixe*

Quand il est question de pauvreté, il y a souvent énormément d'incompréhension, il existe des malentendus et des préjugés... Cette situation est fortement liée au fait

- qu'on se base uniquement sur ce qu'on voit, à savoir « la surface de la pauvreté »
- qu'on envisage les problèmes des personnes vivant dans la pauvreté à partir de sa propre vie, de ses propres évidences et qu'on en tire par conséquent souvent des conclusions erronées...

C'est pourquoi nous trouvons très important de nous pencher, au début de ce Forum, sur 'ce qu'est la pauvreté'.

La pauvreté, c'est :

- (...) *être continuellement préoccupé : 'est-ce que j'aurai à manger demain ?'..., être constamment plongé dans l'incertitude.*
- *être absorbé par plusieurs problèmes à la fois et dans tous les domaines de notre vie. Nous rencontrons des problèmes de logement, de santé, nos enfants ont des difficultés à l'école, nous ne sommes pas en règle avec différents papiers, nous ne répondons pas aux attentes d'autrui... Les personnes pauvres sont toujours obligées d'improviser, de vivre au jour le jour...*
- *bien plus qu'être obligé de vivre avec un revenu très faible. Etre pauvre signifie tout d'abord ne pas compter dans la société, ne pas être entendu, être nié, être condamné, être exclu...*
- *ne pas avoir de choix – il faut toujours choisir entre deux choses nécessaires, par exemple acheter de la nourriture ou des médicaments...- Nous essayons alors de faire le choix le moins défavorable.*
- *devoir continuellement lutter. Les personnes pauvres sont courageuses.*

### **Personne ne choisit de vivre dans la pauvreté**

Les problèmes auxquels les personnes pauvres sont confrontées sont une conséquence et non une cause de la pauvreté. Ils sont en premier lieu liés à la manière dont fonctionne la société. A cause des mécanismes à l'œuvre dans celle-ci, les personnes se retrouvent quand même toujours au bas de l'échelle quels que soient les efforts fournis.

C'est pour cela que beaucoup parmi nous préfèrent parler d'exclusion et de précarité plutôt que de pauvreté. En effet, le terme "pauvreté" évoque le sentiment de compassion. Par contre, le terme "exclusion" fait appel à la "justice pour tous". L'exclusion et la précarité sont le produit du développement inégal de la société. Des sans-abri ont déclaré dans une pièce de théâtre : *Nous sommes les épluchures du fruit de la croissance économique.*

### **Le problème majeur par rapport à la pauvreté, ce sont les préjugés existant dans la société**

Les personnes vivant dans la pauvreté ne vivent pas, elles survivent... Bien souvent, le monde extérieur ne comprend pas les stratégies qu'elles déploient pour survivre. Au contraire, ces stratégies ne font que confirmer les préjugés. Vu l'existence de ces préjugés, il est très difficile pour les personnes pauvres de vraiment trouver leur place dans la société / à la longue, elles se retrouvent en dehors de la société. Elles doivent tout subir mais on ne les écoute pas.

La lutte permanente pour la survie demande beaucoup d'énergie, elle absorbe parfois complètement les personnes vivant dans la pauvreté, les épuise ... A la longue, elles éprouvent parfois l'impression de n'avoir prise sur rien ; quoi qu'elles fassent, rien ne change, elles se sentent impuissantes...

Les personnes qui ne vivent pas dans la pauvreté ne peuvent voir qu'une petite partie de la pauvreté, son aspect extérieur. Elles ne la connaissent pas de l'intérieur, elles ignorent que les personnes vivant dans la pauvreté se sentent blessées et ont l'impression de ne pas compter si la société jette constamment un regard négatif sur elles.

### **Lutter contre la pauvreté...**

Des mesures conçues pour résoudre les problèmes des personnes vivant dans la pauvreté ratent souvent leur objectif alors que l'intention était bonne. Les décideurs n'ont jamais une vision globale de la situation dans laquelle vivent les personnes pauvres. Les mesures ne seront donc efficaces qu'à partir du moment où les personnes pauvres seront impliquées et prises au sérieux.

La volonté de rendre les soins de santé accessibles aux personnes pauvres aussi ne deviendra réalité que si on est prêt à regarder la situation à travers les yeux des personnes pauvres. Cela n'est possible que si on est disposé à mettre de côté ses propres idées et conceptions pour s'ouvrir à l'expertise et au savoir des personnes vivant dans la pauvreté.

Nous espérons que cela sera vraiment le cas lors de ce Forum.

## QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA RECHERCHE

*Par Pierre Hendrick, ATD Quart Monde*

Les organisateurs de cette journée d'étude m'ont demandé de présenter ici le point de vue des associations suite à la recherche qui se termine. Je ferai mon exposé, très court, rassurez-vous, en cinq points.

1. Il y a toujours en termes de lutte contre la pauvreté le danger de perdre une vue globale. On ne peut isoler la santé du reste des conditions de vie: logement, nourriture, relations sociales, etc. Notons aussi que l'accès aux soins n'est lui-même qu'une facette de la santé.  
En tout cas, il ne faut plus que la misère accule des personnes à des choix impossibles: payer son loyer ou ses médicaments? Payer la facture d'électricité ou se nourrir?  
En un mot, la lutte contre la pauvreté doit être globale, concertée. Les progrès en santé y ont leur place bien sûr.
2. La méthodologie utilisée appelée groupe focus est intéressante mais a ses limites. Le langage oral ne reflète pas toujours fidèlement la pensée. Nous voulons que l'évaluation de la recherche pose la question suivante: qu'ont appris les plus pauvres dans ce processus? Ces connaissances nouvelles leur sont-elles utiles?
3. Le secteur des soins de santé a beaucoup évolué depuis 8 ans et particulièrement durant les deux dernières années.  
Nous avons trop peu parlé du maximum à facturer, de la "taxe" aux urgences, des restrictions en kinésithérapie, de la toute récente loi relative aux droits du patient. Le dialogue doit être poursuivi. Déjà les effets pervers des récentes mesures apparaissent pour les plus pauvres.
4. La recherche fait suite au Rapport Général sur la Pauvreté. Celui-ci prévoit une concertation régulière avec les plus pauvres. Quelle leçon tirons-nous de la recherche qui se termine pour l'avenir de la concertation?  
Nous pensons que cette concertation peut et doit s'améliorer. Il faut réfléchir aux modalités. Il n'est pas sûr qu'une recherche confiée à un département universitaire soit la meilleure méthode. Nous pensons que le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale est habilité à piloter cette concertation.

5. La protection de la santé et l'accès aux soins sont explicitement inscrits dans la déclaration universelle des Droits de l'Homme. Il paraît donc indispensable d'envisager aussi la situation de personnes en grande difficulté: candidats réfugiés, personnes sans papiers, personnes sans-abri, personnes sans ressources. Nier le problème n'est en rien une solution.

En conclusion, nous souhaitons que la concertation entre pouvoirs publics et personnes vivant dans la pauvreté se développe. Nous souhaitons que les modalités de cette concertation fassent l'objet de discussions. Nous rêvons d'une concertation faite de participation citoyenne, d'ateliers de démocratie. Nous souhaitons aussi une meilleure coordination dans ce secteur où recherches, journées d'étude, colloques etc. se multiplient, alors que les inégalités sociales de santé persistent, voire s'aggravent.

## DISCOURS DE CLÔTURE :

### POINTS PROBLÉMATIQUES DANS L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ" - GAND

*Par Frank Vandenbroucke, ministre des affaires sociales*

Mesdames, messieurs,

Je souhaite tout d'abord vous remercier de votre présence et de votre collaboration à ce congrès. Vos expériences, vos remarques, vos propositions et suggestions sont pour moi importantes pour continuer à donner fond et forme à ma politique, dans laquelle l'aspiration à des soins de santé de qualité et abordables du point de vue financier occupe une position centrale. Je ne dis pas ça à la légère. Maintenir nos soins de santé financièrement accessibles pour ceux qui en ont besoin est, non seulement pour vous mais aussi pour moi, une préoccupation permanente. Et le travail n'est jamais fini car les évolutions permanentes au sein de nos soins de santé sont trop importantes. Ainsi, nous savons d'ores et déjà que le vieillissement de notre population conduira dans un futur proche à un besoin croissant en soins accessibles sur le plan financier, y compris pour celui qui doit vivre d'une petite pension. Et l'offre croissante de nouvelles techniques médicales et de nouveaux traitements ou médicaments nouveaux et surtout plus onéreux nous confronte constamment à la question de savoir comment garder tout cela accessible à tous. C'est pourquoi il est toujours important de vérifier via des études et des enquêtes, comme celles auxquelles vous avez tous travaillé, si ce que nous voulons – des soins de santé financièrement accessibles à tous – est aussi réalisé en pratique et, si ce n'est pas le cas, comment nous pouvons intervenir.

Le rapport que vous avez examiné aujourd'hui n'est pas encore terminé. Il manque encore des parties importantes qui m'intéressent particulièrement, à savoir : premièrement, les résultats de l'enquête concernant la réelle utilisation des soins de santé et ce, sur la base de chiffres à la fois de l'assurance maladie et des enquêtes de santé dans notre pays, et, deuxièmement une proposition visant à examiner de manière structurelle quand et pour qui l'accessibilité financière de nos soins de santé devient un problème. Cette dernière proposition prévoit que nous puissions disposer d'une sorte de système avec des « clignotants » qui puisse nous avertir à temps lorsque l'accessibilité financière des soins est mise en péril.

Etant donné que l'enquête n'est pas encore terminée, il serait prématuré d'anticiper aujourd'hui les conclusions et les propositions que j'attends encore. C'est la raison pour laquelle je souhaite limiter ma contribution au débat de ce jour à un aperçu concis des



réalisations principales de ce gouvernement ainsi que quelques propositions qui, si cela dépend de moi, doivent figurer dans un prochain accord gouvernemental.

L'accord gouvernemental prévoyait en 1999 qu'il fallait œuvrer à des soins de santé qualitatifs plus accessibles. Pour ce faire, il a été prévu entre autres tout d'abord, un budget plus élevé (+2,5% au lieu de +1,5%), deuxièmement une série d'initiatives destinées à mieux organiser les soins de santé et, troisièmement, une attention particulière pour les gens à faibles revenus qui sont confrontés à des frais médicaux élevés.

Qu'en est-il advenu ?

En ce qui concerne notre promesse d'augmenter le budget, je peux être très bref : le budget de l'assurance maladie a augmenté depuis '99 de 141 milliards d'anciens francs belges (environ 3,5 milliards d'euros), soit près de 30%. Certains trouvent que c'est beaucoup, voire beaucoup trop. Moi non : ce budget est nécessaire pour celui qui pense vraiment que des soins de santé de qualité et accessibles sur le plan financier sont et doivent rester un droit fondamental pour celui qui en a besoin. Cela signifie-t-il que je trouve, en tant que ministre des Affaires sociales, que le gouvernement doit me faire un chèque en blanc quand il s'agit des soins de santé ? Je réponds ici aussi par la négative. Demander plus d'argent pour les soins de santé signifie pour moi en justifier également l'affectation, en d'autres termes répondre à la question « dépensons-nous bien notre argent ? ».

J'en viens ainsi au deuxième objectif de l'accord gouvernemental. Pour faire en sorte que notre argent soit bien utilisé dans les soins de santé, il est nécessaire d'organiser et de financer ceux-ci de façon à éviter au maximum les gaspillages. Pour y arriver, nous devons avoir le courage de limiter autant que possible une utilisation inefficace de nos soins de santé – et de notre argent de l'assurance maladie. Chaque euro qui est dépensé inutilement est un euro de moins pour pouvoir aider de nombreuses personnes encore mieux qu'actuellement.

Il est vrai que tout le monde est d'accord d'éviter des gaspillages, mais lorsque l'on arrive à des mesures concrètes, la pilule est plus difficile à faire passer. Dans le cadre de ce congrès, je ne peux pas m'arrêter longtemps sur cette partie cruciale de ma politique, vu qu'il s'agit principalement d'une question de meilleurs accords avec les dispensateurs de soins et particulièrement avec les médecins.

Mais permettez-moi néanmoins d'attirer l'attention sur le fait que mes mesures visant une plus grande utilisation de ce que l'on appelle les médicaments génériques et une utilisation plus efficace des antibiotiques, ma réforme de la kinésithérapie – qui n'est pas encore terminée et qui est encore corrigée et améliorée -, ces mesures ne sont pas des mesures qui ont été prises pour le plaisir de faire des économies, mais des mesures qui sont nécessaires dans le cadre d'une bonne utilisation de nos soins de santé. Avec ce que j'épargne par exemple grâce

à une plus grande prescription de génériques, je peux par exemple payer des médicaments qui ralentissent l'évolution de la démence ou qui améliorent considérablement la qualité de vie des patients souffrant de rhumatismes.

Mesdames, messieurs, avec le troisième objectif de l'accord gouvernemental – des soins de santé accessibles au niveau financier, y compris pour les groupes à bas revenus et les malades chroniques – j'en arrive à l'essence même de ce congrès et par la même occasion de ce discours.

Permettez-moi de m'arrêter un instant sur les principales mesures que j'ai promises et réalisées à ce propos avant de vous donner mon point de vue sur ce qui nous reste à faire.

Je commence par les revenus de remplacement et plus précisément les revenus de remplacement liés à une incapacité de travail ou une maladie. Si nous parlons de soins de santé accessibles, le revenu des gens qui ne peuvent plus aller travailler parce qu'ils sont malades est aussi important que de veiller à ce que les coûts médicaux mêmes soient correctement remboursés. Les revenus et les coûts sont les deux faces de la même médaille.

Durant cette législature, tous les minima des indemnités-maladie ont été relevés une première fois le 1<sup>er</sup> juillet 2001. Pour les chefs de ménage, il s'agissait d'une augmentation de 34,16 euros par mois, pour les isolés de 26,44 euros par mois et pour les cohabitants de 24,50 euros par mois. Je peux vous annoncer qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, une deuxième augmentation suivra pour les isolés et ce, de deux manières : les minima mêmes seront relevés de 1% et le pourcentage d'indemnité auquel a droit un isolé – actuellement, il s'agit de 45% du salaire précédemment gagné – sera relevé pour passer à 50%.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2003 également suivra un élargissement important des minima pour les personnes qui ne peuvent aller travailler pour cause de maladie. Maintenant, il est un fait qu'il n'y a que dans le système de l'invalidité – qui entre en vigueur à partir de la deuxième année de maladie – que des minima existent. En d'autres termes, les indemnités minimales n'existent pas durant la première année d'incapacité de travail. Nous allons apporter un changement à ce niveau : déjà à partir du 7<sup>ème</sup> mois d'incapacité de travail (au lieu du 13<sup>ème</sup> actuellement) des minima seront instaurés.

Outre l'augmentation de certaines indemnités-maladie, j'ai également apporté un changement important pour les gens qui, certes, sont en incapacité de travail, mais qui sont quand même encore capables de travailler quelques jours ou heures par semaine. Je pense ici par exemple aux patients ayant un lourd traitement oncologique. Peu après un lourd traitement, ces patients ont vraiment besoin de se reposer et de récupérer, mais entre les traitements il se peut qu'ils puissent – et veuillent – aller travailler. La possibilité de recevoir une indemnité maladie et d'aller encore travailler un peu existait déjà. Mais cette possibilité n'était pas aussi intéressante pour tous : surtout les personnes ayant un bas revenu qui faisaient appel à ce

système de « travail autorisé » recevaient dans de nombreux cas la facture à la fin du mois. On leur déduisait bien plus de leur allocation que des allocations plus élevées. Avec un système de calcul totalement neuf, et en outre beaucoup plus simple, est le travail autorisé est devenu aujourd'hui beaucoup plus intéressant pour la majorité des gens.

Non seulement donner plus de chances aux gens de retourner travailler, bien qu'à temps partiel, mais aussi ne pas les punir financièrement quand ils le font, constitue pour moi un dossier politique important. Tant que la santé le permet encore, le travail demeure la meilleure protection, non seulement financière mais aussi sociale. C'est pourquoi cette mesure est évaluée de manière approfondie, afin de la peaufiner et d'améliorer aussi les autres aspects – tels que l'offre de recyclage et éventuellement de jobs adéquats.

Après les revenus de remplacement, venons-en à présent aux soins de santé mêmes et regardons ce que vous retouchez de votre mutualité. Ici, l'accord gouvernemental a promis des efforts particuliers pour les bas revenus et les malades chroniques. Avons-nous tenu parole ? Je résume les mesures pour de meilleurs soins accessibles financièrement pour les malades chroniques.

Premièrement, avec le Maximum à facturer, nous avons fait en sorte que chacun soit protégé de manière équitable contre une accumulation des frais médicaux pour lesquels il faut payer un ticket modérateur. Cela implique que nous donnions à tous les groupes à bas revenus et à revenus modérés les mêmes droits à un remboursement accéléré via le Maximum à facturer, là où cela se limitait auparavant aux personnes qui bénéficiaient d'un revenu de remplacement ou d'une indemnité. De plus, pour tous les enfants – et indépendamment du revenu familial des parents - nous avons introduit un Maximum à facturer qui doit veiller à ce que les ménages avec des enfants malades puissent compter sur une bonne protection financière, toute nouvelle. La souffrance humaine qui touche ces familles ne disparaît pas ainsi mais néanmoins, il est fait en sorte que les factures restent limitées pour chaque ménage.

Il n'y a que pour les indépendants que nous n'avons pas encore pu concrétiser tout ceci intégralement mais cela est lié à la différence fondamentale entre leur régime de sécurité sociale et celui des travailleurs salariés. Ici aussi, je plaide en faveur d'une protection universelle et équitable mais qui ne peut exister que lorsque l'on réalise également pour les indépendants une même assurance-maladie obligatoire complète que pour les travailleurs salariés.

En ce qui concerne le Maximum à facturer, je dois encore avouer que le travail est loin d'être achevé. Ce système doit être amélioré en permanence. Non seulement au niveau technique et je parle ici du paiement aussi rapide que possible pour celui qui dépasse son plafond de tickets modérateurs. Mais aussi au niveau du fond et ici, je pense à la question de savoir quels tickets modérateurs nous prenons en considération.

En la matière, nous prenons d'ailleurs, petit à petit, des initiatives. Par exemple pour les médicaments. Depuis 2001, nous incorporons les médicaments dans le Maximum à facturer, et ce pour tout le monde. Nous avons commencé par les médicaments A et B et à partir de l'année prochaine, les médicaments C viendront également s'y ajouter.

Idem pour les frais hospitaliers, qui sont comptabilisés depuis le début de cette année. A partir de l'année prochaine, viendront encore s'ajouter les tickets modérateurs que l'on paie pour les gastroscopies et pour le matériel de viscérosynthèse. Et pour les enfants, le ticket modérateur pour l'alimentation médicale entérale sera également repris dans le Maximum à facturer à partir de l'année prochaine.

Mesdames et messieurs, le Maximum à facturer protège aujourd'hui 2,7 millions de ménages via le système du remboursement accéléré ; et 1,8 millions de ménages via le système du remboursement fiscal. Lorsque nous traduisons cette protection en termes de remboursement, soit si ces ménages dépassent aussi les plafonds de tickets modérateurs, cela signifie concrètement que pour les frais réalisés en 2002, le Maximum à facturer rembourse cette année 285.000 ménages à bas revenus ou revenus modérés et en 2004, selon les estimations, environ 100.000 ménages avec des revenus légèrement plus élevés. Je le répète une nouvelle fois : je ne dis pas que tout est résolu. Même si l'accessibilité (financière) des soins de santé n'était qu'une question de remboursement de frais médicaux, ce ne serait pas le cas. Il y a toujours des patients – dans de nombreux cas avec des pathologies très rares ou spécifiques – qui tombent entre les mailles du filet de la législation générale. C'est pourquoi il est absolument nécessaire qu'outre des mesures générales qui sont valables pour tous, nous nous penchions également sur la protection adaptée au patient même à l'intérieur de notre assurance maladie obligatoire. Vous comprendrez que nous ne pouvons pas faire 10 millions de lois pour chacun de nous. Ce que nous devons par contre faire c'est offrir une protection à celui qui tombe entre les mailles du filet. Je donne un exemple : l'assurance-maladie intervient de manière très limitée dans l'achat de pansements prescrits pour les brûlures graves. Pour celui qui n'a besoin de ces compresses que temporairement, ce n'est généralement pas un problème. Mais pour celui qui a besoin de beaucoup de ces pansements – jour après jour – comme les enfants qui ont la grave maladie de la peau Epidermolysis Bullosa, cela représente véritablement un problème financier. Pour aider ces personnes, le Maximum à facturer n'est pas une solution : incorporer tous les tickets modérateurs pour ces compresses pour tout le monde dans le Maximum à facturer ne serait pas faire preuve de bon sens dans l'affectation des moyens financiers que nous avons. Par contre, la bonne solution est de chercher pour ces personnes une solution adaptée à leurs besoins.

Avec le Fonds spécial de Solidarité, nous disposons déjà d'un tel instrument. Et le problème des enfants atteints de cette maladie, nous l'avons résolu de cette manière. Je peux vous dire que pour l'année prochaine, il a été prévu que tous les enfants jusqu'à 15 ans révolus seront encore mieux protégés via une réforme du FSS. La principale amélioration que je vois ici est que le Fonds spécial de Solidarité pourra également intervenir dans les frais médicaux qui sont remboursés mais dont il ressort que ce remboursement est largement insuffisant et que les coûts restants n'ont pas plus été repris dans le Maximum à facturer.

Mesdames et messieurs, les nouvelles mesures que l'on prendra et les prochaines améliorations que l'on apportera seront déterminées par les résultats des prochaines élections et de l'accord gouvernemental qui sera conclu sur la base des nouveaux rapports de force politiques.

Avec l'aperçu de quelques-unes seulement de mes réalisations que je viens de vous donner, vous savez déjà ce qui a été effectué. Je pense pouvoir dire que j'ai respecté mes promesses sur les trois points essentiels de l'accord gouvernemental – non pas moins mais plus d'argent pour les soins de santé, de meilleurs soins ainsi qu'une meilleure protection pour les groupes à bas revenus et les malades chroniques.

L'étude qui est aujourd'hui soumise aux discussions me renforce dans ma conviction qu'il faut également une politique sociale forte dans la prochaine législature.

Cette politique supposera plus que jamais de faire des choix et là, je vois – en termes généraux – six priorités essentielles :

Premièrement, en ce qui concerne les allocations sociales et les revenus de remplacement. Lorsque je regarde en arrière de façon critique ce que nous avons réalisé – et je reste maintenant ici dans le domaine de mes compétences, donc les pensions et les indemnités maladie – il est clair qu'il faut encore faire plus pour les invalides, afin que des marges budgétaires deviennent disponibles. Si possible pour tous les invalides, lorsqu'il s'agit de fixer la stabilité de leurs indemnités par rapport au bien-être. Mais aussi, en particulier, davantage pour les isolés avec ou sans charge de famille ; et pour les invalides dont les seuls revenus sont les indemnités maladie.

Une deuxième priorité est une plus ample amélioration de ce qui a déjà été réalisé en matière d'accessibilité et d'accessibilité financière des frais médicaux. Ici, je plaide explicitement en faveur d'une continuité dans la politique sur la base de ce qui a déjà été commencé. Cela vaut aussi pour le Maximum à facturer, qui doit encore être perfectionné.

Ainsi, je pense concrètement que le Maximum à facturer peut encore mieux tenir compte de tous les frais médicaux qui peuvent s'accumuler lors d'une maladie ou d'une hospitalisation. Je reconnais en toute honnêteté que le Maximum à facturer n'y parvient pas encore à 100% actuellement, surtout lorsqu'il s'agit d'hospitalisations multiples mais de courte durée. Améliorer ce point est surtout une question de beaucoup de travail juridique qui prends du temps. Je m'engage volontiers à mettre au point la législation sur le Maximum à facturer – jusque dans les moindres détails – si l'on m'en donne l'opportunité.

En outre, il est évidemment toujours nécessaire de veiller à ce que tous les traitements innovants et les techniques médicales et les médicaments qui sont mis au point et prescrits jour après jour dans nos soins de santé, soient intégrés régulièrement dans l'assurance-maladie. Garantir cela demande un suivi particulièrement attentif de ce qui est facturé aux patients et bien sûr, il faut aussi prévoir les moyens nécessaires pour les rembourser.

A ce propos, je répète calmement mais fermement : je ne serai pas une deuxième fois ministre des Affaires sociales sans avoir la certitude que le gouvernement est prêt à continuer à investir dans une assurance-maladie qui maintienne nos soins de santé véritablement accessibles sur le plan financier pour tous. Pour moi, ce n'est pas une promesse en l'air mais un objectif très concret.

En lisant le rapport que vous avez examiné aujourd'hui, je ne peux pas passer à côté des constatations critiques émises en ce qui concerne le Maximum à facturer et plus précisément à votre critique selon laquelle le Maximum à facturer ne rembourse le patient qu'après qu'il ait payé lui-même les frais médicaux.

Cette critique est pertinente dans un certain nombre de situations spécifiques – par exemple pour les personnes qui ont de très grosses difficultés financières – et je tiens à une solution raisonnable. A la question de savoir si je peux répondre entièrement à ce problème de payer d'abord – retoucher après, je ne veux et ne peux rien vous promettre pour l'instant. Le paiement d'une « cotisation propre » est en effet si fondamentalement lié au fonctionnement de l'assurance-maladie que le supprimer ne va pas de soi.

Un point sur lequel je veux par contre m'engager – et concrètement -, et j'en viens ainsi à ma troisième priorité, est un élargissement du système du tiers payant ; c'est-à-dire le système qui vous permet de ne pas devoir payer la totalité de la somme des frais médicaux à l'avance mais de seulement payer le ticket modérateur. Ce système existe déjà pour les frais médicaux. Pour les frais extra-hospitaliers, je tiens également à examiner si de meilleurs accords et surtout à appliquer obligatoirement sont possibles.

Je souhaite atteindre la même sécurité juridique lorsqu'il s'agit de factures médicales onéreuses et d'acomptes importants qui sont demandés dans les hôpitaux : ici aussi, il me semble nécessaire d'obtenir davantage de sécurité juridique et que tant les acomptes que les délais de paiement soient raisonnables. En tout cas, je reste convaincu que la prestation de soins médicaux nécessaires ne peut jamais être entravée par des seuils financiers. La mesure dans laquelle, outre la nouvelle législation, les CPAS et les autres services peuvent encore mieux garantir ce principe, doit être concrètement examinée. C'est ma quatrième priorité.

Mesdames et messieurs. Les quatre priorités que je viens de citer ne sont que peu de choses à côté du rapport qui se trouve aujourd'hui sous mes yeux. Je me suis limité à mes compétences actuelles, mais bien sûr, beaucoup d'autres facteurs jouent un rôle important dans une politique qui veut lutter contre la pauvreté. A juste titre, le rapport consacre beaucoup d'attention au contexte social des facteurs environnementaux comme le revenu, l'emploi, le logement, les difficultés de déplacement, l'enseignement, la formation et l'éducation ou l'environnement social dans lequel on se trouve. Dans tous ces domaines, des investissements supplémentaires sont nécessaires et vous pouvez compter sur mon appui. De plus, il est clair que la politique de santé doit, dans un certain nombre de domaines, tenir compte directement du contexte social. C'est pourquoi j'ajoute encore deux priorités à ce que je viens d'énumérer.

Votre rapport m'apprend que nous devons encore porter plus d'attention aux conséquences sociales de certaines initiatives que nous prenons pour de meilleurs soins de santé.

Grâce aux progrès réalisés sur le plan médical, il est maintenant heureusement possible de raccourcir considérablement certaines hospitalisations, voire même de les réduire à un seul jour. Vous ne le prendrez pas mal lorsque, en tant que ministre des Affaires sociales, j'encourage les séjours à l'hôpital de courte durée - aussi pour des raisons budgétaires - lorsque c'est justifié du point de vue médical. En outre, il y a peu de patients qui ne souhaitent pas rentrer le plus vite possible chez eux après une opération.

Mais ce que nous devons bien garder à l'esprit, et cela sera ma cinquième priorité, c'est que ce n'est pas seulement justifié sur le plan médical mais aussi sur le plan social. Tous les patients ne peuvent pas rentrer après une opération dans un environnement aussi confortable ou capable de procurer des soins, environnement qui est dans de nombreux cas essentiel après une courte hospitalisation. Tout le monde n'habite pas avec quelqu'un qui peut le soigner après une opération ; tout le monde n'a pas l'espace ou le confort dans son habitation pour se rétablir correctement et au calme. Bref, à ce niveau, nous devons être particulièrement attentifs et lorsque c'est nécessaire, corriger le système. Cela implique que nous devons essentiellement veiller à ce que la tendance actuelle de séjours à l'hôpital toujours plus courts reste réfléchi du point de vue médical et, deuxièmement, que lors de la sortie de l'hôpital,

tant les médecins que le service social de l'hôpital tiennent suffisamment compte de l'environnement social du patient.

Mesdames et messieurs, je terminerai par une sixième priorité concernant un besoin auquel votre rapport fait également référence et auquel l'assurance-maladie ne consacre pas encore suffisamment d'attention. Dans votre rapport, je lis qu'un manque d'informations constitue un obstacle de taille pour des soins de santé accessibles. Cette expérience apparaît dans divers domaines. Ainsi, la spécialisation croissante au sein des soins de santé entraîne en effet que l'on ne sait pas toujours clairement à qui l'on peut s'adresser. Et la législation à ce propos ne devient pas plus simple, ce dont je suis en partie responsable, mais vous devez savoir que l'assurance-maladie obligatoire fonctionne inévitablement sur la base de d'accords juridiques parfois très détaillés en ce qui concerne les droits et les devoirs. Plus encore, pour protéger de façon supplémentaire certains groupes à bas revenus ou certains malades chroniques, je dois dans certains cas néanmoins dévier de certaines règles générales et retomber sur des réglementations parfois très spécifiques qui ne sont pas toujours aussi simples à expliquer.

Cher public, cet aspect – l'information sur nos soins de santé et l'assurance-maladie – ne peut plus être perçu comme un élément secondaire. Votre rapport et vos expériences sont pour cela trop importants ; nous devons prendre cela au sérieux. Et ici, je souhaite m'engager à deux niveaux.

Pour ce qui est de l'offre des différentes disciplines au sein de nos soins de santé, il y a un besoin absolu d'un bon accompagnement du patient mais aussi d'une communication encore meilleure entre les dispensateurs de soins mêmes. Il va de soi que les médecins généralistes jouent ici un rôle central et que pour ce faire, nous devons leur offrir encore plus de possibilités et de responsabilités. Dans ce domaine, nous avons encore beaucoup à faire, entre autres en ce qui concerne l'organisation du Dossier médical global et le renforcement de la relation entre médecin généraliste et patient. Et je suis d'accord avec vous pour dire que les patients ne peuvent pas être financièrement punis lorsqu'ils s'adressent à un généraliste avant de se rendre à l'hôpital ou chez des spécialistes.

Le généraliste est donc le mieux placé et formé pour vous aider, vous – en tant que patient – dans l'enchevêtrement médical de spécialistes et de services hospitaliers. Mais à côté de cela, le besoin d'un organe qui donne des informations et surtout un véritable accompagnement en matière de droits et devoirs de l'assurance maladie demeure également. Il ne suffit pas de veiller à avoir de bonnes règles, de bons remboursements et une large offre de services accessibles ; tous ces remboursements et services doivent aussi être vraiment disponibles pour celui qui en a besoin. Multiplier les folders et les brochures ne suffira pas en la matière ; je suis convaincu que nous devons de toute façon investir davantage dans l'aide sociale et les services sociaux.



Pour concrétiser ces propos, je reprends mon exemple des hospitalisations de plus en plus courtes. Elles doivent aller de pair avec la garantie pour le patient qui rentre chez lui que tous les accords nécessaires en matière de soins à domicile aient été pris. Ces garanties constituent surtout une question de contacter les bons services à temps. Au niveau pratique, cela entraîne un travail qui prend parfois énormément de temps et auquel chacun de nous n'est pas habitué. Pour remplir cette tâche, de bons services sociaux efficaces sont nécessaires.

Un autre exemple, qui est à mettre en rapport avec le Maximum à facturer. Comme vous le savez, le Maximum à facturer accéléré - qui donne droit à un remboursement immédiat au cours de l'année même - est limité aux revenus les plus bas et modérés. Celui qui gagne plus reçoit comme auparavant ses remboursements via le fisc, 2 ans plus tard. Le Maximum à facturer est calculé sur le salaire dernièrement perçu et connu du fisc. Lorsque ce revenu dépasse le deuxième plafond de revenu, il faut attendre 2 ans pour obtenir d'éventuels remboursements. A cette règle générale, j'ai prévu une importante exception pour celui qui par exemple doit soudainement vivre d'un revenu beaucoup plus faible, par exemple en raison d'une maladie ou du chômage. Ces personnes peuvent adresser une demande à leur mutualité. Il incombe alors aux mutualités - et certainement à leurs services sociaux - de veiller à ce que ces personnes sachent si elles ont droit au Maximum à facturer accéléré et comment elles doivent introduire une demande.

Les organisations sociales non marchandes comme les mutualités portent déjà actuellement une grande responsabilité incontournable dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire. Depuis des années, elles constituent l'endroit de confiance où les gens peuvent aller frapper, non seulement pour des remboursements mais aussi pour davantage d'explications et un accompagnement. Pour une assurance maladie complexe qui veut atteindre tout le monde, cette mission d'accompagnement social n'est pas une tâche secondaire mais une tâche principale. Et il ressort tant de votre expérience que de la mienne que cette mission peut encore être améliorée. Via l'assurance maladie et les frais de fonctionnement des mutualités, nous devons également souligner et valoriser encore plus cette mission nécessaire.

Mesdames et messieurs, je vous ai esquissé ce que nous avons promis et réalisé. Je me suis arrêté quelques instants sur un certain nombre de décisions moins populaires, que je continue néanmoins à défendre, parce qu'elles sont nécessaires pour des soins de santé qui veulent et doivent être efficaces avec les moyens disponibles. L'efficacité est une nécessité, non pour moins dépenser mais bien comme condition pour pouvoir demander davantage d'argent à affecter à des soins de santé qualitatifs et accessibles sur le plan financier à tout le monde et pour pouvoir donner aux patients que nous ne pouvons pas encore suffisamment aider actuellement les soins auxquels ils ont droit, à des prix raisonnables.

Grâce en partie à ce rapport, j'ai ici parcouru une série de priorités qui méritent toute l'attention pour la prochaine législature. Avec ces priorités, je ne peux certainement pas répondre à toutes vos remarques telles qu'elles figurent dans le rapport. Considérez donc ce discours – ainsi que mes priorités – non pas comme ma seule préoccupation. Ce que j'ai exposé à de nouveaux défis et objectifs généraux comme une opération de rattrapage pour certaines allocations sociales, l'amélioration du Maximum à facturer, de meilleurs accords plus clairs lorsqu'il s'agit de la réglementation du tiers payant, sans oublier le besoin primordial d'un bon accompagnement social et de bonnes informations sont, en ce qui me concerne, progressivement des points à l'agenda pour lesquels je veux m'investir lors de prochaines négociations gouvernementales.

## FICHES DE PRÉSENTATION DES PARTENAIRES

- Département de Médecine Générale et des Soins de Santé Primaire  
Faculté de Médecine et des Sciences de Santé  
Université de Gand
  
- Le Collectif et les associations
  - Le Collectif des associations partenaires du Rapport général sur la Pauvreté
  - ATD Quart Monde / Bruxelles
  - Comme Chez Nous / Charleroi
  - DAK / Anvers
  - De Poort / Grammont
  - vzw De Willers / Willebroek
  - vzw De Keeting / Malines
  
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

## DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

### FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE SANTÉ

### UNIVERSITÉ DE GAND

Le Département de Médecine Générale a vu le jour en 1980 ayant comme tâches le développement de l'enseignement, la recherche scientifique et le service concernant la médecine générale et les soins de santé primaire.

Le Département compte pour l'instant plus de 40 collaborateurs (médecins de famille, psychologues, chercheurs sociaux, personnel administratif), tous impliqués dans les différentes activités du département.

Le Département investit beaucoup d'énergie dans le développement d'un nouveau curriculum pour la formation de médecins, basé sur l'enseignement orienté sur l'approche par problème, avec une attention plus particulière pour les aspects sociaux de la médecine.

Les collaborateurs du Département sont impliqués dans les formations des médecins, des kinésithérapeutes, des travailleurs socio-éducatifs, des sciences médico-sociales, et via un projet de coopération interdisciplinaire ils sont impliqués dans la formation de différentes disciplines de l'Ecole Supérieure Artevelde.

Au niveau de la recherche scientifique on distingue plusieurs projets: des projets concernant l'accessibilité des soins, concernant l'approche «evidence-based» de maladies infectieuses, concernant la communication entre le médecin et le patient, concernant l'innovation dans l'enseignement, concernant la classification et l'usage du Dossier Médical Informatisé, et concernant la relation entre les différences en santé et le niveau socio-économique.

Le Département est actif dans le Centre Interuniversitaire de Formation pour Médecins de Famille (avec l'Université de Louvain, Anvers et Bruxelles), en ce qui concerne la Formation Spécifique de la profession des futurs médecins de famille.

Le Département collabore étroitement avec plus d'une centaine de cabinets de médecins de famille en Flandre et est impliqué dans le développement de projets innovateurs comme le "Centre Universitaire pour Soins de Santé Primaire - Nieuw Gent".

Au niveau international, le Département coordonne un projet sur l'optimisation des formations de médecins de famille et des soins de santé primaire en Afrique du Sud et en Amérique latine.

**Adresse :**

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ 1K3

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tél.: 09/240.36.12

Fax.: 09/240.49.67

E-mail: [jan.demaeseneer@ugent.be](mailto:jan.demaeseneer@ugent.be)

Site Internet : <http://www.primarycare-ghent.com>

**Personne de contact pour ce projet :**

Sara Willems

Tél. 09 240 39 84

[Sara.Willems@ugent.be](mailto:Sara.Willems@ugent.be)

## LE COLLECTIF ET LES ASSOCIATIONS

### **Le Collectif des associations partenaires du Rapport général sur la Pauvreté**

Le Collectif est composé d'associations qui ont contribué au Rapport général sur la Pauvreté et d'autres associations qui sont devenues membres par après. Leur point commun est qu'elles offrent la priorité aux personnes vivant dans la pauvreté. La cohérence du Collectif est basée sur le souhait de vouloir entendre les personnes en situation précaire et de développer avec elles des outils communs d'émancipation et d'arriver à un dialogue permanent, afin d'obtenir une connaissance approfondie du phénomène de la pauvreté. Suite à l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les régions, organisant le suivi d'une politique en matière de pauvreté, le Collectif est devenu l'un des partenaires incontournables et privilégiés du Service. Aujourd'hui le Collectif compte 15 associations.

### **ATD Quart Monde / Bruxelles**

ATD Quart Monde est directement membre du Collectif.

Le projet Santé Culture a pour but principal la promotion de la santé en milieu populaire et particulièrement la santé des personnes, familles et groupes les plus démunis.

Il a pour objectif, à travers une présence et une action quotidiennes auprès des plus démunis, d'élaborer une connaissance réaliste des conditions d'accès pour tous à une meilleure santé.

Il participe dès lors à toute recherche, initiative visant à des améliorations dans ce domaine en suscitant la participation effective des personnes vivant dans la pauvreté. En conséquence, le projet crée ou suscite toutes les initiatives qui aident à rendre à des personnes qui en ont été privées, le droit et les moyens de se soigner, de s'exprimer par le geste et la parole, de s'épanouir, d'accéder à une meilleure connaissance de soi, de pouvoir ensuite en faire profiter d'autres plus démunies.

Il souscrit pleinement aux options de base du mouvement international ATD Quart Monde.

Pour ce projet-ci, le groupe focus se composait de personnes sans-abri ou non, ayant des difficultés de santé et d'accès aux soins de santé et de quelques professionnels de la santé.

Les participants, des personnes volontairement choisies, ont des statuts différents: clandestins, allochtones, autochtones, minimexés, chômeurs, malades chroniques, etc.

## **Comme Chez Nous / Charleroi**

"Comme Chez Nous" est membre du Collectif par l'intermédiaire du Front Commun des SDF. "Comme Chez Nous" est un centre d'accueil de jour pour personnes sans-abri ou mal logées. Ouvert 365 jours par an de 9h à 17h, il offre un lieu d'accueil chaleureux où sont prodiguées écoute et orientation psycho-médico-sociale.

Un espace-hygiène est à leur disposition et un espace de projets collectifs permet de soutenir les initiatives des personnes sans-abri.

Enfin, "l'objectif santé" est un lieu où peuvent être prodigués de petits soins d'urgence et où une écoute attentive et professionnelle permet aux accueillis de reprendre possession de leur corps et de prendre conscience de leur pathologie. La tâche d'orientation vers les centres adéquats se réalise avec le souci de renforcer l'idée de réseaux, ce qui devrait optimiser l'accueil de la personne démunie car ne répondant pas aux normes de la société. Créer des liens privilégiés entre Objectif Santé et les responsables de différents services extérieurs va dans le même sens. Nous ne pouvons en effet ignorer que notre population n'est pas formée pour les structures lourdes que sont entre autres les hôpitaux.

Les personnes ayant participé au "Groupe Focus" sont accueillies dans la maison; certaines depuis plusieurs années, d'autres depuis quelques jours.

Leurs situations en matière de logement, de revenus de remplacement ou de mutualité sont variables.

Certains accueillis ont récupéré l'ensemble de leurs droits, tandis que d'autres sont encore dans les démarches.

## **DAK / Anvers**

### **Fondation**

Est né en 1994 lorsque la ville d'Anvers a décidé de détruire le home du CPAS de Pachtstraat 2, abritant une vingtaine de personnes en difficulté sociale. La ville voulait remplacer cet immeuble par des appartements de luxe. Quelques années auparavant, les habitants avaient été mis à la porte mais avaient promis de revenir.

Afin d'empêcher cela, les travailleurs de la Ville ont détruit les conduites d'eau, électricité, gaz, etc. Un groupe de résistance s'est formé et, aidé par Payoke, ils ont réinvesti l'immeuble vers octobre 1994. Ils se sont inspirés pour cela de la manière d'agir des Compagnons du Partage à Bruxelles qui venaient d'occuper le Château de la Solitude.

Après de sérieuses oppositions, et grâce au soutien médiatique, le DAK est resté ferme et a démontré sa possibilité de gérer des situations difficiles avec les occupants, dont beaucoup venaient de la rue avec leurs problèmes d'alcool ou de drogue.

Après une année d'occupation, le DAK a décidé d'arrêter, car la perspective d'un nouvel hiver sans électricité ni chauffage lui faisait peur. Après négociations avec la ville, cette dernière lui a attribué un local et un appartement à la Steenbergstraat n° 5.

### **Fonctionnement**

Steenbergstraat 5 a été utilisé par le DAK de 1996 à 2001 comme abri de jour. Celles et ceux qui venaient pouvaient recevoir soupe et café. Le DAK était le lieu de retrouvailles d'une centaine de personnes en difficulté (personnes de la rue, drogués, prostituées) même si la capacité du local était de 30 personnes. Souvent, les personnes prenaient leur repas à l'extérieur. Le travail (cuisine, nettoyage, rédaction des dossiers, interventions à l'administration, etc.) était fait par des bénévoles, la plupart ayant vécu des situations difficiles.

Créé en a.s.b.l., il a servi une dizaine de fois d'intermédiaire entre la Ville et des groupes qui squattaient communautairement. Les frais de fonctionnement étaient couverts par le SIF.

Suite à des incidents et ennuis de santé des dirigeants, le DAK a arrêté officiellement ses activités en octobre 2001, même si plusieurs membres restent actifs dans le secteur.

Le DAK était membre du Collectif par l'intermédiaire du 'Vlaams Forum Armoedebestrijding' (Forum flamand de lutte contre la pauvreté)

### **De Poort / Grammont**

L'association De Poort de Grammont est membre du Collectif par l'intermédiaire du 'Vlaams Forum Armoedebestrijding' (Forum flamand de lutte contre la pauvreté). Cette maison de quartier est un lieu de rencontre ouvert à tous mais particulièrement attentif aux personnes ayant la vie difficile. Chacun doit pouvoir y venir, tant pour participer aux activités ou aux travaux de groupe que pour recevoir une aide individuelle ou matérielle.

Les activités de la maison de quartier De Poort comportent trois volets :

- 1) Les services (destinés aux personnes à bas revenu)  
repas chauds (chaque jour ouvrable à 12 heures), lavoir, douches, baignoire pour enfants, colis alimentaires et colis distribués en cas d'urgence



2) Le travail de quartier

Activités : loisirs (excursions, ateliers créatifs, sport...) et formations (séances d'information, ateliers de cuisine...)

Aide individuelle

3) Le travail communautaire de quartier

Réunions de groupe : les participants travaillent en groupe sur un problème auquel tous sont confrontés

Rencontres thématiques : elles portent toujours sur un thème donné, par ex. le groupe santé.

### **a.s.b.l. De Willers / Willebroek**

L'association a.s.b.l. De Willers est membre du Collectif par l'intermédiaire du 'Vlaams Forum Armoedebestrijding' (Forum flamand de lutte contre la pauvreté).

Bien que notre groupe existe depuis environ vingt ans déjà, nous sommes une association encore très jeune.

En octobre 1982, une 'cellule' du mouvement ATD Quart Monde était créée à Willebroek. Les membres se réunissaient tous les quinze jours, surtout pour préparer « l'Université populaire », une réunion mensuelle des cellules d'ATD.

Le 28 mars 2002, les statuts de l'a.s.b.l. De Willers étaient publiés dans l'annexe du Moniteur belge.

L'ex-cellule d'ATD avait en effet décidé de devenir une a.s.b.l. autonome.

Nous souhaitons travailler en respectant l'approche d'une « association dans laquelle les personnes vivant dans la pauvreté prennent la parole » et nous avons entre temps déjà été reconnus en tant que telle.

Selon un nouveau décret de lutte contre la pauvreté, cela implique que nous essayons de répondre à six critères.

La nouveauté pour notre association, c'est que maintenant, nous menons un travail de groupe relativement intensif, nous travaillons par thème et souhaitons arriver à formuler de réelles propositions de solutions à nos problèmes.

Pour nous, la recherche sur l'accès aux soins de santé a été le point de départ.

Étant une association dans laquelle les personnes vivant dans la pauvreté prennent la parole, nous comptons en notre sein des personnes, qui vivent ou ne vivent pas dans la pauvreté, mais qui veulent être solidaires dans la lutte contre la pauvreté.

### **a.s.b.l. De Keeting / Malines**

L'a.s.b.l. De Keeting est directement membre du Collectif. C'est une structure de base organisée et située à Malines dans laquelle les personnes pauvres prennent la parole. De Keeting s'adresse aux personnes et aux familles qui vivent dans la pauvreté et sont par conséquent exposées à des risques dans différents domaines (logement, emploi, enseignement, éducation, soins de santé, etc.).

De Keeting mène une action à la base et des actions structurelles. L'action menée à la base consiste en un lieu de rencontre facilement accessible et des activités de loisirs hebdomadaires. Dans ce lieu de rencontre, les personnes peuvent trouver une oreille attentive, boire un café ou discuter. Ces conversations sont importantes pour créer une solidarité entre les visiteurs, elles constituent en outre une source de connaissance sur la pauvreté. Dans ce lieu de rencontre, l'acceptation inconditionnelle et le soutien sont essentiels.

Les actions structurelles de De Keeting poursuivent un double objectif : répertorier les difficultés et les obstacles rencontrés par les visiteurs dans la société et élaborer, avec ces derniers, des propositions de changements structurels. De Keeting souhaite dès lors mener un dialogue avec les responsables de services, d'infrastructures, avec la société... C'est ce que l'association fait en ce moment pour les thèmes de la santé, du soutien aux familles et de l'enseignement.

De Keeting travaille par groupes pour favoriser la solidarité entre les membres. C'est au nom de cette solidarité que De Keeting veut inviter les personnes à mener le 'débat sur la pauvreté'. Le travail en groupes s'effectue à deux niveaux : d'une part, celui de l'association de base où, outre les activités de détente collective, différents groupes fonctionnent (groupe chargé de la permanence, groupe autour des enfants et De Keeting, groupe des hommes et groupe des femmes) et d'autre part, le niveau structurel.

De Keeting estime que les personnes doivent être impliquées dans la recherche de solutions à leurs problèmes. Des entretiens individuels peuvent avoir lieu à la demande de la personne elle-même. Lors de ceux-ci, on s'efforce en priorité d'orienter la personne vers les dispositifs d'aide existants.

Une grande part des difficultés rencontrées par les personnes pauvres dépasse toutefois le cadre individuel. Le groupe cible de De Keeting est une couche de population continuellement confrontée à des mécanismes d'exclusion. Pour lutter contre la pauvreté dans notre société, il convient de s'attaquer à ces mécanismes. De Keeting refuse de mettre sur pied son propre circuit d'aide parallèlement aux infrastructures existantes (qui échouent dans leur tâche). De Keeting estime que la société doit prendre ses responsabilités en travaillant à la conception de solutions structurelles à la problématique de la pauvreté. De Keeting essaie d'y contribuer par le biais du volet structurel de ses activités.

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

Un service public de lutte contre la pauvreté

### qui a une histoire

En 1994 paraissait le **Rapport Général sur la Pauvreté**. Commandité par le Gouvernement de l'époque, ce rapport était le fruit de deux années de travail, réunissant des associations au sein desquelles les plus pauvres prennent la parole, des CPAS, des travailleurs de l'aide sociale et de l'aide à la jeunesse, des enseignants, des médecins, des partenaires sociaux...

Dans le Rapport Général sur la Pauvreté, on demandait la mise en place d'un **outil structurel** de lutte contre la pauvreté. En 1998, un «Accord de coopération entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté » est signé. Cet accord prévoit, entre autres, la création du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Celui-ci a été créé en juillet 1999.

### qui a des missions spécifiques

L'**Accord de coopération** relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté en Belgique définit les missions du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale :

- répertorier, systématiser et analyser les informations en matière de précarité d'existence, de pauvreté, d'exclusion sociale et d'accès aux droits sur la base d'indicateurs définis au préalable ;
- formuler des recommandations et des propositions concrètes en vue d'améliorer les politiques et initiatives de prévention de la précarité d'existence, de lutte contre la pauvreté et d'intégration des personnes dans la société ;
- rédiger un rapport tous les deux ans au moins;
- à la demande d'une des parties signataires, de la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale ou d'initiative, émettre des avis ou rédiger des rapports intérimaires sur toute question relative aux domaines relevant de ses missions ;
- organiser une concertation structurelle avec les plus démunis.

### **Organiser une concertation structurelle avec les personnes vivant dans la pauvreté**

L'Accord de coopération rend structurelle la concertation entre les responsables politiques et les associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole et en confie l'organisation au Service. Ce dernier applique **la méthode de dialogue** utilisée lors de l'élaboration du Rapport Général sur la Pauvreté. Cette méthode participative consiste à croiser le **savoir d'expérience** des personnes ayant vécu la pauvreté avec le **savoir d'action** des travailleurs du secteur de l'aide aux personnes, des administrations, des organisations intermédiaires, du monde politique ... et avec le **savoir universitaire** des scientifiques. L'implication des personnes pauvres, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, favorise leur émancipation. En outre, elle permet d'accroître l'efficacité de la politique de lutte contre la pauvreté et de garantir une société plus solidaire et plus démocratique. Le Collectif des Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté est un des partenaires essentiels et privilégiés du Service. Il se compose des Associations ayant collaboré à la rédaction du Rapport Général sur la Pauvreté et de quelques autres qui les ont rejointes par la suite.

### **Rédiger un rapport bisannuel sur la pauvreté**

Le Service doit élaborer tous les deux ans un Rapport sur la précarité, la pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités d'accès aux droits. Ce Rapport est rédigé en concertation avec les associations dans lesquelles les personnes pauvres prennent la parole et d'autres partenaires. L'application de la méthode de dialogue confère à ce Rapport son originalité. Ces rapports bisannuels sont destinés à **aider à la décision politique**. L'Accord de coopération prévoit la procédure de suivi nécessaire: la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale, instaurée pour donner davantage de cohérence à la politique en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, est chargée de remettre ce rapport aux diverses instances politiques et socio-économiques. Le premier rapport bisannuel, intitulé 'En dialogue, six ans après le Rapport Général sur la Pauvreté' est paru en juin 2001. Deux éléments essentiels sont à retenir pour les choix politiques:

l'importance d'une politique générale plutôt que sélective

l'importance d'une politique qui rend à chacun la possibilité d'exercer sa citoyenneté.

Outre ces deux balises, trois principes à respecter pour mener une bonne politique sont mis en avant dans ce rapport :

davantage de connaissance de l'expérience de vie des personnes pauvres ;

davantage de dialogue avec les personnes vivant dans la pauvreté par l'intermédiaire de leurs associations ;

davantage de cohérence en matière de politique contre la pauvreté et l'exclusion sociale

**Pour plus d'information**

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

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

Rue de la Loi, 155 – 1040 Bruxelles

Tél. : 02/233.07.53 02/233.06.11 (centrale)

Fax : 02/233.07.04

Courriel: francoisedeboe@cntr.be

Site : [www.luttepauvrete.be](http://www.luttepauvrete.be)

Le Rapport du Service et l'Accord de coopération peuvent être consultés sur ce site.