

## Combattre les inégalités socio-économiques de santé

### Statut du texte

L'orientation qui suit est fondée sur les 11 rencontres décentralisées (10 provinces + Bruxelles) organisées par la Fondation Roi Baudouin et sur les travaux de concertation du Service liés à cette thématique.

Le groupe de concertation 'Santé' se réunit depuis 1999.

**Types de participants:** associations dans lesquelles les personnes pauvres se reconnaissent, associations d'usagers, mutuelles, CPAS, acteurs des secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs de la santé mentale, maisons médicales, observatoires de la santé, relais sociaux (Wallonie) et centres d'action sociale globale (Flandre), personnel infirmier, médecins, dentistes, patients, professeurs et scientifiques.

« *La pauvreté tue encore en 2005* ». C'est en ces termes que certaines associations résument la situation. Elles mettent particulièrement l'accent sur les conditions de vie et leur impact sur la santé. Suffisamment d'études scientifiques prouvent que la pauvreté a un impact négatif sur la santé. Le Rapport Général sur la Pauvreté (RGP) plaide en faveur d'une politique inclusive, c.-à-d. concernant tous les domaines qui influencent l'état de santé: formation, revenu, emploi, logement ... L'Organisation mondiale de la santé promeut aussi cette stratégie. Les mesures mentionnées dans le présent rapport vont dès lors dans le sens d'une politique de santé globale et cohérente visant à maintenir tous les citoyens en bonne santé et à promouvoir la santé.

Etre pauvre rend malade mais être malade peut aussi rendre pauvre. Habiter un logement insalubre, faute de moyens, peut avoir des conséquences gravissimes sur la santé. Inversement, la maladie peut entraîner la pauvreté en raison des nombreux frais inhérents aux soins de santé. Elle peut également entraver l'accès à l'enseignement, au travail, à la culture, etc. En outre, soulignent des participants, les problèmes de santé peuvent avoir des conséquences inattendues, par exemple en ce qui concerne la possibilité de contracter des assurances (certains candidats propriétaires se voient refuser une assurance-vie).

Bien qu'en Belgique, les soins de santé soient de qualité et relativement abordables et que de nombreux efforts aient été consentis depuis la parution du RGP<sup>99</sup>, de plus en plus de personnes ne parviennent pas à se soigner.

### RESOLUTION 44: MAINTENIR LES SOINS DE SANTE ABORDABLES

Ces dix dernières années, les personnes bénéficiant de revenus peu élevés éprouvent de plus en plus de difficultés à financer leurs soins de santé. Et elles consacrent une part sans cesse croissante de leur budget à ce poste. Il arrive de plus en plus souvent que des personnes ne puissent pas payer leur facture d'hôpital, beaucoup doivent reporter des soins, voire y renoncer pour des raisons financières.

#### PISTE 1. Une couverture maximale par l'assurance maladie obligatoire

Tous les participants à la concertation plaident pour un renforcement de la sécurité sociale et pour une meilleure couverture par l'assurance maladie obligatoire, a contrario de la tendance croissante à la privatisation<sup>100</sup> dans le secteur des soins de santé.

- Ouvrir l'assurance obligatoire pour les petits risques aux indépendants (ceux qui rencontrent des problèmes financiers ne contractent souvent aucune assurance privée pour les petits risques)<sup>101</sup>.
- Elargir la gamme des prestations remboursables. Certains frais médicaux sont mal remboursés voire pas du tout comme les lunettes, les prothèses, les soins dentaires, l'aide psychologique, les médicaments de catégorie D tels les analgésiques.

#### PISTE 2. Réduire les tickets modérateurs

Il faut promouvoir les mesures réduisant le ticket modérateur.

<sup>99</sup> Nous pensons surtout à l'accès généralisé à l'assurance maladie et à l'élargissement de l'intervention majorée à de nouvelles catégories de bénéficiaires.

<sup>100</sup> La privatisation est un concept large qui recouvre beaucoup de réalités différentes. Dans le cas présent, nous entendons par privatisation la part croissante de frais médicaux supportés soit par les particuliers soit par des assurances privées.

<sup>101</sup> Le gouvernement prévoit de le faire au 1<sup>er</sup> juillet 2006.

- Inciter davantage encore les prescripteurs à choisir des médicaments génériques. Les patients, surtout les personnes vivant dans la pauvreté, n'osent pas demander des médicaments moins chers à leur médecin. Les génériques ne représentent que 8% des prescriptions en Belgique contre 50% aux Pays-Bas et en Allemagne.
- Promouvoir l'utilisation du dossier médical global (DMG) auprès des médecins généralistes et des patients (exemple: campagnes de communication intensives).

### **PISTE 3. Affiner les mécanismes correctifs**

#### **– Le maximum à facturer**

Il constitue un filet de sécurité important pour beaucoup de patients mais présente encore de nombreuses lacunes, particulièrement pour les personnes vivant dans la pauvreté: plafond trop élevé, couverture insuffisante des frais, problème des avances.

#### **– L'intervention majorée**

Vu la répartition actuelle des ayants droit en catégories, il est possible qu'à revenu égal, deux personnes soient traitées différemment en fonction de leur statut. Utiliser des indicateurs reflétant mieux la situation sociale des ayants droit et leur revenu permettrait d'éviter cette situation.

Il faut souligner que ces mesures ne font pas l'unanimité: certains affirment qu'elles minent fondamentalement la solidarité car elles offrent peu d'avantages aux catégories de revenus plus élevés qui risquent de se tourner alors de plus en plus vers les assurances privées.

### **PISTE 4. Généraliser le régime du tiers payant**

L'élargissement du tiers payant à tous les prestataires de soins était déjà demandé dans le RGP. Cet élargissement permettrait de résoudre le problème des avances. Actuellement, il peut être appliqué à des soins ambulatoires dans des cas explicitement prévus par la loi mais il n'y a aucune obligation<sup>102</sup>. Le prestataire décide au cas par cas s'il applique le système même si le patient répond aux conditions prévues par la loi. Des projets pilotes menés à Liège et dans les régions de Gand et du Waasland<sup>103</sup> montrent que le régime du tiers payant peut être appliqué de manière plus systématique, moyennant concertation et un soutien pratique (élaboration d'une procédure et diffusion efficace d'informations). Ces expériences pourraient être généralisées à d'autres régions si elles bénéficiaient d'un soutien du monde politique. Quoiqu'il en soit, elles ont démontré que l'objection de la surcharge administrative pouvait être levée. Mener une campagne de sensibilisation nationale à destination des prestataires, des ayants droit, des organismes assureurs, des CPAS et des services sociaux contribuerait certainement à une généralisation plus rapide du système.

### **PISTE 5. Evoluer vers une application plus large du paiement au forfait à la première ligne**

Certains participants à la concertation estiment que le paiement au forfait garantit une accessibilité financière maximale au patient et contribue à la prévention: les patients à faibles revenus hésitent moins à consulter leur médecin et les affections peuvent donc être détectées et traitées plus rapidement. Un nombre réduit de prestataires travaillant dans des maisons médicales utilisent ce mode de paiement. Une application plus large de ce système est souhaitée.

## **RESOLUTION 45: COMBATTRE LES OBSTACLES NON FINANCIERS**

Beaucoup d'autres éléments empêchent les personnes vivant dans la pauvreté de recourir aux soins de santé: manque d'information, difficultés de communication entre patient et prestataire, obstacles de type administratif ...

Voir Orientation Accompagnement social (IV) pour les recommandations relatives à l'amélioration de l'accessibilité des services en général).

### **PISTE 1. Elaborer un système efficace de transmission d'informations**

Souvent les patients n'ont pas assez d'informations sur les dispositifs et les indemnités, sur le coût des soins, sur leurs droits et devoirs, sur les modalités de suivi médical, notamment après une hospitalisation. Et lorsqu'ils bénéficient d'informations ils éprouvent beaucoup de difficultés à les comprendre. Différents modes et canaux d'information doivent être utilisés pour informer les

<sup>102</sup> A.R. du 10 octobre 1986 relatif au régime du tiers payant et Circulaire INAMI du 27 mai 2004 décrivant les modalités d'application pour les exceptions à l'interdiction en matière d'application du régime du tiers payant.

<sup>103</sup> De Maeseneer J. (promoteur), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 5: acties om de toegankelijkheid te verbeteren*. Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003. *N.D.T.*: ce rapport existe uniquement en néerlandais.

patients de manière compréhensible. Des participants à la concertation demandent en particulier que les mutualités jouent un rôle accru dans l'information et l'accompagnement de leurs affiliés.

Les intervenants de la santé disent rencontrer des problèmes liés à la transmission d'informations – tant du monde politique vers les prestataires qu'entre les différents intervenants – ce qui a des conséquences sur le soutien qu'ils peuvent offrir aux patients. Il est dès lors important de promouvoir le travail en réseau et de le rendre structurel.

L'échange d'informations entre les structures du secteur des soins de santé et celles du secteur social peut être amélioré de différentes façons. On peut par exemple recourir à une plate-forme centrale comme la maison sociale<sup>104</sup> en Flandre. Dans les grandes villes, l'on pourrait désigner un échevin de la santé qui aurait des compétences transversales afin de mieux organiser les réseaux de santé<sup>105</sup>. Il faut certainement étudier les avantages et inconvénients des différentes formules.

Des dispensateurs de soins regrettent également que certaines règles déontologiques leur interdisent d'indiquer (sur leur plaque, sur une affiche...) qu'ils pratiquent le tiers payant, qu'ils sont conventionnés ou non, etc. Il faudrait assouplir les règles en matière d'interdiction de « publicité », pour permettre une meilleure information aux patients. Une telle information serait particulièrement importante dans les quartiers pauvres.

### **PISTE 2. Améliorer le dialogue avec le monde médical**

Les patients, surtout lorsqu'ils vivent dans la pauvreté, ont peu leur mot à dire dans le système des soins de santé. Les associations de patients éprouvent des difficultés à entrer en contact avec les plus précarisés.

Des participants à la concertation demandent que les patients soient plus représentés dans la politique de santé. Les intérêts des patients pauvres doivent être mieux défendus en s'appuyant sur les associations défendant les droits du patient, sur les mutuelles ...

Pour optimiser la communication directe entre prestataire et patient, il faudrait inclure, dans la formation initiale et continuée des prestataires, des connaissances et aptitudes concernant la manière d'aborder les personnes pauvres (voir orientation Formation (XII)).

### **PISTE 3. Simplifier les procédures administratives**

Souvent des personnes ne prétendent pas aux allocations ou avantages sociaux parce qu'elles ne sont pas au courant de leur existence ou que la procédure à suivre est trop compliquée. Autant que possible, ces prestations devraient être automatiquement octroyées pour toutes les catégories de personnes socialement vulnérables. L'intervention majorée est notamment acquise automatiquement pour les ayants droit au revenu d'intégration mais pas pour les personnes bénéficiant du statut VIPO ni pour les chômeurs indemnisés âgés de 50 ans au moins et au chômage depuis un an, etc. Il faudrait étudier comment étendre cette automaticité à ces catégories. La prolongation automatique du dossier médical global doit aussi être envisagée.

### **PISTE 4. Tenir compte des besoins de l'individu**

Des participants à la concertation demandent d'être aussi attentifs aux aspects humains. Concrètement, il peut par exemple s'agir de prévoir des services d'accueil aux urgences afin de s'occuper des enfants, d'un conjoint âgé etc.

## **RESOLUTION 46: AVANCER DANS L'HARMONISATION DES PRATIQUES DES CPAS**

A plusieurs reprises déjà, la diversité des pratiques des CPAS a été critiquée (voir orientation Accompagnement social (IV)). Cette diversité est réelle dans le domaine des soins de santé également. Des participants à la concertation plaident pour que les différentes pratiques soient répertoriées afin d'envisager, si possible, une harmonisation au moins partielle. Citons comme exemple d'harmonisation la liste, dressée par des CPAS de la Région bruxelloise, des médicaments qu'ils remboursent<sup>106</sup>.

On peut aussi tenter d'harmoniser dans une certaine mesure l'utilisation de la carte médicale et de la convention médicale. Ces instruments permettent aux usagers du CPAS d'accéder plus facilement aux soins de santé. Les CPAS peuvent, à l'échelle régionale, s'accorder sur la carte médicale et/ou la convention qu'ils utilisent. L'Union flamande des villes et communes (VWSG) a dressé la liste de ce qu'une carte médicale pourrait couvrir. Elle poursuit ses travaux pour la convention médicale et fournira aussi des exemples de bonnes pratiques pour la carte médicale et la convention médicale<sup>107</sup>.

<sup>104</sup> Décret relatif à la politique sociale locale du 19 mars 2004 (M.B., 12 mai 2004).

<sup>105</sup> Proposition figurant dans la recherche sur la santé dans les grandes villes menée à la demande de la Cellule Politique des grandes villes, septembre 2004. Voir <http://www.grootstedenbeleid.be/IUSR/resources/documents/ETUDESANTE.pdf>

<sup>106</sup> Observatoire de la Santé et du Social - Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad, *Résumé de la table ronde 'Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne'*, Parlement bruxellois, 13 juin 2002, p. 3-4.

<sup>107</sup> Note relative à la carte médicale et à la convention médicale rédigée par le groupe de travail de la VWSG sur l'accès aux soins de santé pour les personnes à statut précaire ou en séjour illégal, mai 2005.

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental, il implique que chacun doit avoir accès aux soins de santé.

**PISTE 1. Créer un cadre législatif clair pour l'aide médicale urgente**

Les personnes sans papiers n'ont pas accès à l'assurance obligatoire<sup>108</sup> et doivent recourir à l'aide médicale urgente<sup>109</sup>. Les travailleurs de terrain signalent de nombreux problèmes à cet égard:

- L'hospitalisation dans un établissement psychiatrique n'est pas couverte alors que, en raison de leur passé et de leur situation actuelle, les personnes sans papiers ont fréquemment des problèmes de santé mentale. Il faudrait donc autoriser le remboursement des frais de soins dans un hôpital psychiatrique, une maison de soins psychiatriques, un Institut médico-pédagogique (IMP) ...<sup>110</sup>
- Le caractère « urgent » de l'aide médicale est différemment apprécié selon les CPAS, ce qui entraîne une insécurité juridique pour la personne qui a besoin de soins. A cet égard, il serait judicieux de mentionner sur la 'carte médicale' ou dans la 'convention entre le CPAS et les dispensateurs de soins' que l'aide médicale urgente ne se limite pas à des soins « urgents » mais couvre en fait aussi les soins préventifs et curatifs, le traitement ambulatoire et l'hospitalisation...<sup>111</sup>.
- Les lourdes procédures administratives et l'incertitude quant au remboursement des prestataires rendent l'application de cet arrêté difficile. C'est pourquoi la 'carte médicale' et les 'conventions entre CPAS et dispensateurs de soins' sont des outils importants dont l'utilisation est encouragée par le ministre de l'Intégration sociale<sup>112</sup>.

**PISTE 2. Elargir à tous les mineurs d'âge les dispositions légales relatives à l'assurance soins de santé<sup>113</sup>**

Des participants ont demandé une attention particulière pour les enfants, mineurs d'âge en ce compris ceux qui résident en séjour illégal. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme préside un groupe de travail dans lequel il élabore avec des collaborateurs des mutualités chrétiennes, socialistes et de l'asbl Medimmigrant une proposition de modification législative visant à garantir à ces mineurs un droit à l'accès aux soins de santé conventionnels. Cette proposition se fonde sur un parallélisme avec le droit à l'enseignement, déjà consacré.

**PISTE 3. Aider les personnes à se remettre en ordre de mutuelle**

Certaines personnes ont potentiellement droit à l'assurance maladie obligatoire mais en sont partiellement ou entièrement exclues en raison d'une accumulation de défaillances et de problèmes<sup>114</sup>. Il faut mettre au point des systèmes permettant de repérer plus rapidement ces personnes et de les mettre en ordre avec la mutuelle.

- Pour les personnes sans domicile fixe, il s'agit de trouver une mesure leur donnant la possibilité d'être inscrites à une adresse de référence. En principe, cette adresse de référence leur permet d'accéder aux soins de santé mais en pratique, on constate qu'elles rencontrent des difficultés pour l'obtenir car le CPAS ou la commune refuse de les inscrire.
- Les mutuelles doivent détecter plus rapidement les problèmes de paiement rencontrés par les indépendants qui, confrontés à de graves difficultés financières, ne peuvent cotiser à l'assurance obligatoire.
- L'hospitalisation dans un établissement psychiatrique peut poser le problème de la radiation des registres de l'état civil. Les autorités compétentes doivent examiner ce problème.

<sup>108</sup> Sauf quelques exceptions.

<sup>109</sup> A.R. du 12 décembre 1996, M.B., 31 décembre 1996.

<sup>110</sup> Dans sa circulaire du 14 juillet 2005, le ministre de l'Intégration sociale fait part de son intention de déposer un projet de loi pour que les hôpitaux psychiatriques soient aussi considérés comme des établissements de soins, ce qui permettrait d'obtenir le remboursement des frais de soins via l'Etat.

<sup>111</sup> Note de la VVSG, mai 2005, voir supra. L'A.R. du 12 décembre 1996 stipule pourtant que les soins tant préventifs que curatifs entrent en ligne de compte. Ils peuvent être dispensés en ambulatoire ou dans un établissement de soins.

<sup>112</sup> Circulaire du 14 juillet 2005.

<sup>113</sup> Voir l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. du 31 juillet 1996.

<sup>114</sup> Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Lance débat. 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté*, 2005, pp. 52 -53.

Dans les années à venir, la première ligne devra être organisée différemment pour faire face à la diminution prévisible du nombre de nouveaux médecins généralistes. Actuellement déjà, les quartiers pauvres souffrent d'une pénurie de médecins généralistes, de bureaux de consultation et de maisons médicales. Comme il est difficile de consulter un médecin la nuit ou le week-end à un tarif abordable, beaucoup de personnes vivant dans la pauvreté vont se faire soigner aux urgences.

**PISTE 1. Garantir une offre suffisante en première ligne**

Les participants à la concertation plaident plus spécifiquement en faveur des mesures suivantes:

- Prévoir un financement adapté et clair des structures accessibles telles les maisons médicales et les centres de santé intégrés. Cela implique notamment un soutien financier aux projets débutants et un financement adapté des postes tels que l'accueil, l'enregistrement des données ou le service social. Ces postes sont nécessaires à une approche globale et intégrée des soins de santé primaires mais ne bénéficient actuellement pas d'un financement par l'INAMI.
- Attirer des prestataires de soins (médecins généralistes, dentistes...) dans des quartiers défavorisés. Pour ce faire, on peut par exemple octroyer des primes de démarrage pour des structures collectives. Il est également possible de créer un cadre permettant aux prestataires d'avoir une pratique sociale, en les autorisant par exemple à informer leurs patients qu'ils appliquent le tiers payant... (voir résolution 44, piste 1).

**PISTE 2. Identifier et étendre les services de garde bien organisés et accessibles**

Il existe des polycliniques où une équipe de généralistes est présente chaque nuit en semaine et 24 h sur 24 le week-end (exemples: Deurne, Charleroi, Liège, Molenbeek). Des participants à la concertation estiment qu'il s'agit là d'une bonne pratique. Il faut chercher comment généraliser les caractéristiques positives de ces projets.

Des associations en contact avec des personnes sans abri demandent explicitement de s'intéresser à la question du traitement des petites blessures. Ces personnes se font soigner dans les abris de nuit. Toutefois, lorsque ces centres sont fermés, comme durant l'été, elles ne savent pas où s'adresser. Or c'est justement en cette saison que le risque d'infection augmente, surtout aux pieds.

Les soins de santé préventifs (vaccination, détection précoce, promotion d'un environnement et d'un mode de vie sains) atteignent très difficilement les personnes vivant dans la pauvreté. Ce constat a été fait à de nombreuses reprises lors des rencontres organisées à l'occasion des 10 ans du RGP.

**PISTE 1. Axer prioritairement la prévention sur les enfants et donner aux instances concernées les moyens de remplir leur mission**

Des participants à la concertation demandent que la prévention soit avant tout axée sur l'enfant dès son plus jeune âge: avant la naissance (planning familial, consultations prénatales), pendant la grossesse et durant la scolarité. L'école doit devenir un lieu privilégié pour la promotion de la santé: campagnes et programmes éducatifs mais aussi soutien à une politique scolaire de promotion de la santé. Ceci suppose des moyens et du personnel en suffisance. Il faut demeurer particulièrement attentif à l'examen médical qui, dès l'école maternelle, s'attache au dépistage, à la promotion de la santé, à la résolution des problèmes ayant un impact négatif sur la scolarité et à l'évaluation des progrès enregistrés.

**PISTE 2. Plus de prévention en première ligne**

De nos jours, la première ligne s'occupe trop peu de prévention, pour diverses raisons: manque d'attention à la prévention dans la formation des médecins; paiement à l'acte, ce qui n'incite pas à la prévention... Il faudrait:

- Promouvoir d'autres modes de paiement comme le système du forfait ou le régime du tiers payant (cf. supra);
- Inciter les prestataires de soins à travailler en réseau pour mener des projets de promotion de la santé;
- Mieux coordonner les volets préventif et curatif pour assurer un suivi accessible: il est possible de les combiner en élargissant la nomenclature à toutes les interventions de type préventif, en assurant un soutien à l'aide d'un programme d'enregistrement centralisé des données, en tenant à jour l'état de vaccination...

<sup>115</sup> La première ligne constitue l'échelon de base où chaque personne bénéficie d'un premier accueil compétent alors que la deuxième ligne correspond aux soins prodigués dans les hôpitaux et la troisième ligne aux traitements spécialisés dispensés dans les hôpitaux.

### **PISTE 3.** *Soutenir la promotion de la santé à l'échelle du quartier*

Les projets de promotion de la santé à l'échelle du quartier peuvent avoir un impact au-delà de la santé s'ils sont menés dans le cadre d'un réseau multidisciplinaire et s'ils utilisent des méthodes de travail participatives. Ils peuvent par exemple amener à la constitution d'un réseau social, à tisser des collaborations entre organisations, à mettre sur pied des projets dans d'autres domaines, à améliorer le climat dans le quartier, à augmenter la confiance en soi des personnes vivant dans la pauvreté, etc. Il faut octroyer plus de moyens à des projets tels que les maisons médicales etc. qui travaillent selon le modèle du développement communautaire.

### **PISTE 4.** *Promouvoir le sport*

Pour certaines associations, les personnes pauvres devraient pouvoir s'adonner davantage au sport de loisir. Ces associations demandent que les campagnes de promotion de la santé à l'école incluent l'exercice physique et le sport. Elles plaident en faveur d'une pratique sportive de quartier, ce qui implique des infrastructures sportives locales, une offre adaptée et financièrement abordable ainsi qu'un accompagnement.

Le ministre de l'Intégration sociale a lancé le projet 'Intégration sociale par le sport' destiné à favoriser la pratique sportive des usagers de CPAS et à susciter des collaborations entre CPAS, services des sports, associations, ... Ces projets doivent être évalués avec tous les acteurs concernés et, s'ils se révèlent positifs pour la participation de tous, doivent être généralisés.

### **PISTE 5.** *Evaluer les mesures de prévention*

Des campagnes relatives au mode de vie (alimentation saine, exercice physique régulier par exemple) risquent d'accentuer les inégalités sociales si aucune mesure n'est prise pour donner des moyens aux plus pauvres. Il faut dès lors mener des recherches sur les déterminants de différences de santé et sur l'efficacité des stratégies de prévention pour les personnes vivant dans la pauvreté et suivre les recommandations politiques découlant de ces recherches.

## **RESOLUTION 50: ETRE ATTENTIF AU BIEN-ETRE PSYCHIQUE**

Même si la pauvreté n'est pas une maladie, elle a des conséquences sur la santé, physique et mentale. Il faut analyser le plus précisément possible le lien entre pauvreté et santé mentale et permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de recevoir un traitement approprié.

### **PISTE 1.** *Combattre la psychiatrisation de la pauvreté*

- Améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour les plus pauvres est une nécessité. Mais cette revendication ne remplace pas pour autant le combat, nécessaire et primordial, pour favoriser leur insertion sociale par le biais d'un emploi de qualité, par exemple. L'absence d'activité et des contacts sociaux qui l'accompagne peut en effet être la cause de nombreux problèmes de santé mentale. Si l'attribution d'un emploi rémunéré, même partiellement, se révélait impossible, la participation bénévole de ces personnes à un service d'aide ou à une association de proximité devrait être valorisée afin d'aider à cette insertion.
- A défaut d'intervenir politiquement pour changer les conditions sociales, on se contente trop souvent d'offrir des réponses psychologiques à des souffrances qui sont d'origine sociale. Il y a là un risque de psychiatrisation de la pauvreté. Suite à une méconnaissance de la part des professionnels des conditions de vie des plus pauvres et de leur histoire, les comportements et les symptômes éventuels sont interprétés d'un point de vue médical alors qu'ils constituent souvent des stratégies de défense, d'adaptation, voire de survie.

### **PISTE 2.** *Des soins de santé mentale de qualité et accessibles à tous*

- Les problèmes psychiques et relationnels se multiplient. Le secteur social est confronté à une demande croissante d'aide psychosociale alors qu'il n'a pas reçu de mandat clair (ni de moyens) pour y répondre. En Flandre, le secteur de l'aide sociale globale exige la création d'un système cohérent pour pouvoir agir préventivement en répondant aux besoins psychosociaux.
- Les prestataires de soins de santé mentale demandent des moyens supplémentaires afin de pouvoir être plus souples à l'égard des patients ayant des difficultés à se conformer à un système de consultations sur rendez-vous. Des moyens sont nécessaires pour développer l'accueil et les possibilités de consultation sans rendez-vous, pour permettre aux prestataires de soins de se rendre sur le lieu de vie du patient: chez lui, dans la rue ou dans une institution. L'impératif actuel d'utilisation optimale du temps, découlant notamment d'une réduction des effectifs jusqu'à un seuil minimal, permet difficilement ce type de pratique qui demande beaucoup de souplesse. Ce manque de moyens est donc aussi un frein à l'approche préventive.
- Les dispensateurs de soins en contact avec des personnes vivant dans la pauvreté plaident pour la reconnaissance de personnes relais, des « alliées » pouvant accompagner les personnes pauvres lors de leurs premiers contacts avec un psychologue / psychiatre, avec un service de santé mentale ou un autre service d'aide. Ces personnes relais pourraient aider à combler quelque peu le 'fossé culturel' qui existe entre les professionnels et les personnes demandeuses d'une aide. Valoriser les personnes relais

sous-entend bien sûr de soutenir efficacement (entre autres financièrement) les associations dont elles font partie et prévoir des formations adaptées pour le développement de leurs compétences.

- Les personnes souffrant de problèmes psychiatriques doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement social global et continu. En effet, elles rencontrent des difficultés sociales énormes qui les conduisent souvent à l'errance ou à une alternance entre la vie à la rue, dans une institution psychiatrique ou dans une maison d'accueil.

**Cette orientation est traduite du néerlandais.**