

CAHIER

LA BOURSE OU LA VIE



Les difficultés financières d'accès aux soins de santé

La bourse ou la vie ! Cette vieille expression, plus guère utilisée par les malfrats, retrouve une jeunesse bien indésirable avec les difficultés financières qu'éprouvent de plus en plus de personnes à se soigner correctement. C'est qu'il existe un cercle vicieux entre précarité et problèmes de santé, chacun entraînant l'autre vers un pire.

Les professionnels de la santé sont confrontés à des situations d'exclusion toujours plus nombreuses, toujours plus lourdes. Ils pourraient se retrancher derrière leur spécificité technique et ne pas se soucier des questions qui ne sont pas de leur compétence. Mais quand une grosse partie de leur activité se révèle inefficace parce que les patients n'ont plus la possibilité matérielle d'assumer ni les soins ni même les conditions de base d'une existence saine, rares sont ceux qui ne se sentent pas interpellés. Et mal préparés à affronter cette problématique complexe.

C'est qu'au-delà de l'aide au cas par cas, la dimension sociale, économique et politique leur échappe, et cela semble les condamner à devenir un rempart dérisoire contre la marée montante de l'exclusion. En amont de leur problème concret de dispensateurs de soins à des personnes défavorisées, il y a les déterminants non médicaux de la santé : logement, ressources, reconnaissance et statut dévalorisés de la personne, environnement délabré, mésinformation, etc. Il y a les bruits de privatisation ou de scission de la sécurité sociale. Au contact direct des patients, il vivent l'incohérence de l'offre de soins, les barrières toujours plus hautes des contributions personnelles, les discriminations faites à ceux qui dépendent d'une aide pour leurs soins, la difficulté psychologique ou géographique ou temporelle à accéder aux soins.

Impossible d'explorer tous ces aspects simultanément dans le cadre d'un cahier de Santé conjugulée. Impossible aussi de les séparer les uns des autres ! C'est pourquoi nous avons centré nos réflexions sur l'aspect financier de l'accès aux soins mais sans nous interdire d'y mêler les autres faces de la problématique.

Pour explorer les questions touchant davantage aux problèmes de sécurité sociale (scission, privatisation), nous renvoyons notre lecteur au cahier de Santé conjugulée numéro 5 (La sécurité sociale, Cette dame est à jeter ?).

Nous n'avons pas ici, et c'est volontaire, donné la parole aux exclus. D'une part, nous ne voulions pas « exploiter » cette parole, donner l'impression que nous la mettions au service de quelques idées. D'autre part, nous ne souhaitons pas « en rajouter » et sombrer dans une sorte de voyeurisme, cette parole étant accessible dans des publications qui la respectent telles que le Rapport sur la pauvreté, ou encore le récent ouvrage La tête hors de l'eau (Les détreesses sociales en Belgique, Abraham Franssen et Thomas Lemaigre, EVO Bruxelles, 1998).





Constats et analyses

- Pauvreté et santé** page 25
Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale La Glaise
 Qui sont les pauvres ? En quoi leur santé est-elle affectée par leur pauvreté ?
- Témoignages** page 30
 Des travailleurs en maison médicale parlent de leur confrontation avec les personnes en situation précaire
- Inégalités d'accès aux soins** page 36
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune
 Des chiffres récents éclairent l'ampleur des inégalités d'accès aux soins
- Lourd : la contribution personnelle des patients** page 39
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune
 Une idée fausse : le montant du ticket modérateur est dérisoire

La réforme de l'accès aux soins

- Les réformes concernant l'accès aux soins** page 43
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune
 Rappel des mesures entrées en vigueur en 1997 et 1998, impact et limites
- Accès aux soins, an 01 des réformes** page 46
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune
 Appréciations des usagers un an après l'entrée en vigueur des réformes

L'accueil des populations défavorisées

- Les personnes en séjour illégal** page 49
Interview de Ellen Druyts, assistante sociale au Medisch steunpunt mensen zonder papieren de Bruxelles
 L'accès aux soins pour les personnes en séjour illégal est garanti par l'arrêté royal du 12 décembre 1996. Qu'en est-il réellement sur le terrain ?
- Les généralistes face aux patients en situation illégale** page 53
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune
- Dieudonné, sans-papiers, est diabétique** page 54
Véronique Melis, avocate
 Quand les sans-papiers invoquent des motifs médicaux pour soutenir leur demande de séjour
- Une entreprise en pleine expansion : le CPAS** page 56
Interview de Pierre De Proost, responsable des Affaires sociales au CPAS de Molenbeek-Saint-Jean
 Un entretien sur les problèmes quotidiens d'un CPAS qui se veut au service des démunis

Les CPAS : à nouvelles populations, nouvelles fonctions page 61

Yvan Mayeur, président du CPAS de Bruxelles

Il y a un peu plus de vingt ans, le législateur transformait les Commissions d'assistance publique en Centres publics d'aide sociale. Nous sommes donc passés de l'assistance à l'aide.

C'est une véritable transformation de l'intervention sociale qui s'est opérée.

Accès aux soins et exclusion page 64

L'équipe de Médecins sans frontières

En 1989, Médecins sans frontières en partenariat avec Pharmaciens sans frontières met en place une consultation médicale pour les sans-abri à la gare centrale à Bruxelles

De la détresse individuelle à la réaction collective

Face à la détresse : du moi au nous page 67

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune

Les soignants de première ligne face aux difficultés financières d'accès aux soins

Travail social, insertion et maladie page 70

*Fernando Bertolotto, sociologue au RESSCOM**

Les inégalités d'accès à la santé ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficultés, mais aussi au coeur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les « prendre en charge »

Les propositions relatives à l'intervention personnelle dans le coût des soins page 74

Philippe Brouwers, juriste auprès de l'Administration de la sécurité sociale du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement

Conjuguer accessibilité financière et rémunération des intervenants

L'accès aux soins, une question politique page 78

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune

Nous n'avons pas tant besoin de droits nouveaux. Assurons-nous plutôt de l'accès de tous aux droits existants !

Conclusion

L'accès aux soins, ombres et lumières page 81

Anne Herscovici sociologue

* RESSCOM : Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires.



Pauvreté et santé

**Qui sont les pauvres dans notre société ?
Comment vivent-ils la maladie,
comment perçoivent-ils la santé,
comment peuvent-ils se soigner ?
Le rôle des soignants s'arrête-t-il quand
les soins sont dispensés ?**

Une très grande part du comportement de chacun est donc déterminée par son origine sociale. Cette approche nous amène à ne plus considérer la pauvreté comme une tare individuelle et la richesse comme un mérite personnel ; elles sont bien plus le résultat d'un processus social global et complexe. Chaque société produit ses pauvres et par ses structures permet ou non la mobilité sociale.

Monique Boulad,
*médecin
généraliste à la
maison médicale
La Glaise.*

*Cet exposé a été
préparé par
plusieurs
médecins et
infirmières qui
travaillent en
maison médicale.*

*Le docteur
Hendrick a fourni
plusieurs textes
de référence
émanant du
mouvement ATD⁽¹⁾
Quart Monde.
L'exposé a été
présenté lors
d'un recyclage de
la Société de
médecine en
1996.*

La pauvreté : une tare individuelle ?

Qu'est-ce que la pauvreté ? Qui sont les pauvres dans notre société ? Ceux qui disposent de revenus mensuels inférieurs à 25.000 ou 30.000 francs ? Les étudiants ont peu d'argent mais nous ne les percevons pas comme des pauvres. Certains ont beaucoup de revenus. Les immigrés sont-ils pauvres ? Certains ont beaucoup de revenus. Une définition strictement économique est trop limitée pour décrire le phénomène de pauvreté. Je vous propose d'utiliser les critères qu'a développés le sociologue Pierre Bourdieu. Pour définir la place qu'occupe un individu dans le champ social, il emploie trois paramètres :

- son capital économique ;
- son capital culturel ;
- son capital symbolique.

Le **capital économique** est l'ensemble des biens et des revenus dont la personne dispose.

Le **capital culturel** se définit d'une part par le degré d'instruction, le niveau d'études atteint et d'autre part par la participation à la culture dite non scolaire : l'art, la musique, la littérature...

Le **capital symbolique** est le statut que la société accorde à un individu du fait de sa profession (le prêtre, le médecin par exemple jouissent d'un prestige certain) mais aussi du fait de sa participation à des activités socialement valorisées : animer un club sportif, participer à des oeuvres de bienfaisance...

L'ensemble de ce capital est transmis à un individu par sa famille d'origine. Il va déterminer son « habitus » c'est-à-dire sa façon d'être, sa façon de se présenter mais aussi sa façon de consommer, ses goûts, ses habitudes alimentaires, ses loisirs.

La « grande » pauvreté

Nous pouvons maintenant définir la pauvreté : elle se caractérise par un capital économique, culturel, et symbolique très réduit. Lorsque ce phénomène dure depuis longtemps, nous serons en présence de ce que ATD Quart Monde appelle la « grande pauvreté ». Ces personnes disposent d'un capital économique très faible. Leurs revenus proviennent soit de l'aide sociale (minimex, allocation de handicapé...) soit du chômage, soit de travaux mal payés, mal considérés, qui n'offrent pas de sécurité d'emploi. Le manque d'argent et surtout l'irrégularité des revenus ont des conséquences faciles à imaginer à tous les niveaux. Une des plus graves est l'impossibilité de se loger décemment. Ces personnes occupent des habitations insalubres, sont obligées de déménager souvent parce que les logements sont mal adaptés ou que le loyer n'est pas payé. La vie familiale en est perturbée ; cela entraîne le placement ou le maintien en institution des enfants. Les complications administratives deviennent vite inextricables : pas de domicile donc pas d'aide sociale, pas d'aide sociale donc pas de possibilité de trouver un nouveau logement.

Le capital culturel de ces personnes est très réduit. Elles sont peu instruites, s'expriment mal, manipulent peu ou pas le langage écrit. Ces carences vont les empêcher de profiter des infrastructures que la société met à la disposition de tout citoyen principalement de l'enseignement. Le taux d'échec scolaire des enfants issus des classes inférieures est très élevé et l'échec est d'autant plus précoce que le milieu social d'origine est plus démuné. Echec scolaire, enseignement spécial, décrochage scolaire, délinquance... c'est l'engrenage bien connu.

L'accès à l'information de cette population est très limité : elle lit peu et même les informations audiovisuelles sont inaccessibles dès qu'elles utilisent un langage plus compliqué. Leur

(1) ATD : Aide à toute détresse.

participation à la vie culturelle est très faible faute de formation, de culture générale et faute de moyens financiers (le théâtre, les concerts, le cinéma sont chers).

Pour se faire une idée de leur capital symbolique, il suffit de citer les noms employés pour les désigner : les défavorisés, les marginaux, les exclus... La société ne leur reconnaît pas de place : ils sont en trop, on n'a pas besoin d'eux. Pire, ils sont un poids, ce sont des parasites.

Lorsqu'on donne la parole aux pauvres comme le fait ATD ou comme l'a fait l'équipe qui a rédigé le Rapport sur la pauvreté, les témoignages recueillis reviennent sans cesse sur la souffrance et la honte engendrées par ce regard social négatif qui colle à la peau. Le désir d'être respecté et reconnu comme acteur social à part entière est dit et redit.



Pauvres de toujours, nouveaux pauvres

Les personnes qui vivent dans la grande pauvreté cumulent donc une série de précarité dans tous les domaines qui se renforcent mutuellement. Ce phénomène dure depuis plusieurs générations, entraîne un mode d'être de « pauvre » qui se transmet de père en fils.

J'aimerais attirer votre attention sur un phénomène récent. Dans les médias, nous entendons souvent parler des nouveaux pauvres. Il s'agit des personnes qui perdent leur emploi. Elles sont donc brutalement privées de leur capital économique. Il leur reste le capital culturel qu'elles ont acquis et leur capital social qu'elles vont défendre avec toute leur énergie. Ces personnes cachent leur misère, essayent de donner le change le plus longtemps possible. Si la précarité matérielle dure, ces familles basculeront progressivement dans la grande pauvreté. Ce phénomène social mérite d'être souligné vu son ampleur : nous connaissons tous le taux de chômage important en Belgique. Les personnes qui en sont victimes ne sont plus capables de faire face à tous leurs frais, elles sont obligées de renoncer à certaines dépenses en particulier aux soins médicaux trop coûteux : les lunettes, les soins de kinésithérapie, certains médicaments...

L'obstacle à l'accès aux soins pour cette population est uniquement financier ; il n'est ni culturel ni comportemental.

Si nous les médecins estimons que les soins médicaux sont nécessaires pour assurer une bonne santé à la population, il nous incombe d'en maintenir l'accessibilité.

Bien entendu, le peu de capital économique, culturel et symbolique dont dispose cette population va déterminer son comportement et va avoir des conséquences importantes au niveau de la santé. Nous allons essayer de les analyser maintenant.

Vivre longtemps : un privilège

L'état de santé général des populations des pays développés n'a cessé de s'améliorer au cours des dernières décennies mais ce progrès reste inégalement réparti : les classes sociales les plus favorisées ont davantage bénéficié de cette tendance. L'écart entre les catégories sociales les mieux protégées et les milieux de vie plus précaires est même en train de s'élargir. Tout se passe comme si chaque fois qu'un facteur favorable se manifeste, le bénéfice en terme de santé se marque d'avantage chez ceux qui jouissent au départ d'une situation plus favorable tandis que l'effet des facteurs aggravant s'applique d'abord aux catégories les plus fragiles.



L'étude des courbes de mortalité est classiquement utilisée pour évaluer le niveau de santé. On a pu démontrer très tôt qu'il existait une grande inégalité sociale devant la mort : une étude réalisée déjà entre 1865 et 1874 au Danemark mettait en évidence un taux de mortalité à Copenhague de 16,5 pour 1000 pour les pauvres. Malgré les progrès économiques et ceux de la législation sociale, cette inégalité persiste dans tous les pays industriels. En France, l'INED² publie régulièrement les résultats d'études qui traduisent de façon frappante l'injustice dont sont victimes les populations socio-économiquement défavorisées : alors que les instituteurs ont encore à 35 ans une espérance de vie de 40,8 années, les manoeuvres au même âge n'ont qu'une espérance de 33,5 années de vie et cet écart s'accroît. C'est surtout chez les enfants de zéro à un an que l'on constate un écart important des taux de mortalité entre groupes extrêmes : il est de un à trois. La mortalité périnatale dans les milieux à revenus modestes peu instruits et à statut professionnel peu élevé reste supérieure à ce qu'elle est dans tous les autres milieux sociaux au sein desquels cette mortalité périnatale est arrivée à un seuil qui semble incompressible. Cette différence persiste durant toute l'enfance : les taux de mortalité liée aux accidents, intoxications ou à la violence qui constituent la première cause de décès entre zéro et quatorze ans sont en effet quatre fois plus élevés chez les pauvres que chez les riches.

Les mêmes maladies, autrement

En ce qui concerne la morbidité aussi, les différentes études menées convergent pour constater que les groupes sociaux les plus démunis ont une santé plus précaire. Selon une étude faite en 1994 sur les absences pour maladie dans le secteur privé, les chômeurs sont plus atteints que les travailleurs occupés et les ouvriers plus souvent en incapacité primaire que les employés qu'ils soient au travail ou au chômage.

Il n'existe pas de maladie spécifique à la pauvreté : nous retrouvons les mêmes pathologies dans toutes les couches sociales mais elles sont plus répandues et ont tendance à se cumuler au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. Notons en particulier la fréquence beaucoup plus élevée d'accidents domestiques, traumatismes et brûlures

due à la vétusté et à l'exiguïté des logements. La localisation des intoxications au CO dans une ville permet d'établir une carte de la pauvreté.

Ce qui paraît typique de la grande pauvreté, c'est l'usure prématurée. C'est un phénomène complexe particulièrement précoce pour les plus pauvres. Dès 40/45 ans la plupart des hommes du Quart Monde ne sont plus aptes au travail et ce d'autant plus que le travail exigé est physiquement lourd.

Cette usure prématurée qui atteint aussi les femmes quelques années plus tard en moyenne entraîne la honte. En effet, elle est souvent tenue pour de la fainéantise, n'a pas d'expression nette comme d'autres pathologies dont les signes cliniques sont codifiés et facilement reconnus. L'accès aux soins, s'il est possible, est souvent décevant parce qu'il ne restaure pas d'emblée la capacité de travail.

Tout ceci amène des personnes dont la santé est gravement perturbée à être privées à la fois de soins efficaces et d'une reconnaissance de l'incapacité de travail. Elles doivent alors vivre d'allocations minimales ou d'expédients et cela même concourt à aggraver les situations de santé.

Pour ces personnes, l'obtention du statut d'handicap représente un réel soulagement. Elles vont donc s'adresser au corps médical pour obtenir cette reconnaissance et uniquement pour cela. Face à ce genre de demandes, le médecin est mal à l'aise : son désir de guérir ou de soigner ne rencontre pas d'écho auprès du patient. De son côté, le malade est déçu parce que le médecin ne perçoit pas l'importance de l'enjeu et le considère comme un profiteur.

Mise en échec de la relation thérapeutique

L'évolution, le déroulement de la maladie sera influencée par le peu de ressources économiques et culturelles des personnes issues de milieux défavorisés. Tout d'abord, elles vont hésiter à consulter ou ajourner la consultation faute d'argent pour payer le médecin. Parfois c'est l'ignorance des symptômes alarmants comme l'hématurie³ par exemple qui fera qu'elles ne consultent pas ou qu'elles le font trop tard. Les examens techniques complémentaires demandés ne seront pas faits par peur, par méfiance, pour éviter des dépenses

(2) l'INED :
Institut national
d'études
démographiques.

(3) hématurie :
présence de sang
dans les urines.

supplémentaires. Tout cela va retarder et compliquer le diagnostic. Lorsque le traitement sera prescrit, il sera abandonné parce qu'il coûte trop cher ou il sera mal suivi par incompréhension. Certains soins seront difficiles voire impossibles à effectuer à cause des mauvaises conditions d'habitat et d'hygiène. Nous connaissons tous ces gales qui n'en finissent pas, ces impétigos qui s'étendent parce qu'il n'y a pas d'eau chaude pour laver l'enfant, ces bronchites qui traînent ou qui récidivent parce que la maison est humide, mal aérée, enfumée.

Les mauvais résultats obtenus vont perturber la relation médecin-malade. Un malaise va s'installer de part et d'autre. Le patient va être déçu et va se persuader que la médecine ne peut pas l'aider à résoudre ses problèmes ; en même temps, il aura honte, craindra la réaction du médecin et se méfiera de lui. Le médecin, constamment mis en échec, se sentira impuissant. Il aura donc tendance à réagir autrement face à ce type de patients : il aura plus vite recours à l'hospitalisation puisque les traitements à domicile s'avèrent inefficaces et qu'il ne peut pas avoir confiance dans la collaboration du patient. Déroulé par l'attitude de ces malades, il jugera leur comportement incohérent, anormal, pathologique et les orientera vers la psychiatrie. Beaucoup d'hospitalisations dans ces services sont dues à des « troubles de l'adaptation » qui sont le résultat de la pauvreté et de la déstructuration qu'elle entraîne. Cette « psychiatrisation » est lourde de conséquences : elle prive les pauvres de leur discours. Leur révolte, leur découragement deviennent « troubles de l'humeur ». Le problème social est masqué par le diagnostic médical.

L'accès aux soins : un parcours semé d'embûches

Ces différentes considérations nous amènent à nous interroger sur la consommation des soins de santé par les pauvres. Les études menées à ce sujet par le CREDES⁴ et l'INSEE⁵ en France montrent bien que le recours aux soins ne dépend pas seulement du type et de l'importance de l'affection dont on souffre mais des caractéristiques sociologiques des patients. Les personnes issues de milieux moins favorisés recourent plus souvent au généraliste et sont plus souvent hospitalisées. Les groupes plus aisés fréquentent davantage les spécialistes, les

dentistes et les kinésithérapeutes. Ils bénéficient de plus d'examens radiologiques et biologiques et consomment plus de produits pharmaceutiques. Ce recours préférentiel à la médecine générale et à l'hôpital s'explique par l'accessibilité plus grande de ces services. Accessibilité financière tout d'abord puisque la consultation est moins chère chez le généraliste et qu'à l'hôpital, il ne faut pas payer immédiatement. La disponibilité de ces services est optimale : on peut se présenter aux urgences jour et nuit et les hôpitaux sont en général bien desservis par les transports publics. Les généralistes assurent de nombreuses consultations sans rendez-vous et exercent à proximité du domicile de leurs patients. Par contre, le recours au spécialiste demande plus d'organisation : il faut prévoir, prendre un rendez-vous et... le respecter.

Des facteurs culturels entrent également en ligne de compte. Pour aborder avec profit la médecine spécialisée, il est nécessaire d'avoir une connaissance plus précise de son corps, de son anatomie, de son fonctionnement. L'approche du généraliste est plus globale, on peut se contenter de lui dire : « Docteur, je ne vais pas bien ». Enfin, l'aspect relationnel a ici un poids déterminant. Les pauvres, nous en avons déjà parlé, sont très sensibles au regard que l'on porte sur eux ; ils sont meurtris par les réactions négatives que l'on a si souvent eues à leur égard et préfèrent éviter de nouvelles expériences pénibles. Affronter un spécialiste, un dentiste, un kinésithérapeute auréolé de prestige et qu'ils connaissent peu car les contacts avec ces professions sont par définition plus ponctuels, constitue une véritable épreuve qu'ils ont du mal à surmonter. L'anonymat qui règne à l'hôpital permet d'échapper à ce regard tant redouté. Quant au généraliste, la fréquence des contacts, les relations plus étroites nouées au fil du temps avec lui, les rassurent un peu. Le taux d'hospitalisation plus élevé des pauvres n'est pas uniquement la conséquence de leur recours spontané aux services d'urgences ; il est également le fait des médecins qui ont tendance à les hospitaliser plus vite, nous en avons parlé précédemment.

Pourquoi se soigner ?

La santé ne se limite pas à la morbidité diagnostiquée et aux soins de santé. A côté de ces

(4) CREDES :
Centre de
recherche,
d'études et de
documentation en
économie de la
santé.

(5) INSEE :
Institut national
des statistiques et
études
économiques.



aspects ou plutôt en amont, il y a la façon dont les gens perçoivent leur santé et leur corps. Le Rapport sur la pauvreté illustre bien que les personnes de milieux défavorisés se sentent malades bien avant de consulter et se considèrent elles-mêmes en moins bonne santé, sont moins satisfaites de leur état de santé et de leur aspect physique que la population plus aisée. Pour les personnes très pauvres, la question est « pourquoi » se soigner plutôt que « comment » se soigner. Leur corps est très vite marqué par l'inconfort, les privations, la maladie, les séquelles d'accidents. Si le corps est trop souvent déficient et souffrant, il devient objet de honte et d'exclusion sociale. Il est alors dévalorisé et désinvesti. Faut-il dès lors s'étonner que se manifeste le découragement, le laisser aller ?

Nous comprenons mieux pourquoi les campagnes d'éducation à la santé sont moins efficaces dans cette population. Ces messages s'adressent à des sujets qui ont une image positive d'eux-mêmes, qui sont convaincus de l'importance de leur corps et de la nécessité d'en prendre soin. Pour eux se pose la question du « comment » parvenir à un état de santé optimale, préoccupation à laquelle répond la diffusion d'informations sur la santé. Mais la question du « pourquoi » n'y est pas abordée. Si l'on ne veille pas à combler cette lacune, c'est-à-dire si l'on ne donne pas les moyens de motiver les pauvres à réinvestir leur corps et leur santé, la prévention primaire va aggraver l'écart entre les catégories sociales au lieu de le diminuer. La moindre efficacité de la prévention dans les milieux défavorisés est d'autant plus inquiétante que c'est là que l'on note le plus de comportements à risques : l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme sont plus répandus dans les couches sociales inférieures.

Niveaux d'action et rôle des soignants

Pour améliorer l'état de santé des pauvres, il est indispensable d'agir à différents niveaux. Sur le plan matériel, il faut permettre à chacun d'accéder à des revenus suffisants et réguliers ; il faut maintenir un enseignement de qualité accessible à tous. Au niveau social, il est indispensable de considérer enfin les pauvres comme faisant partie intégrante du corps social ; de négocier avec eux dans une relation de partenariat des mesures prises à leur égard comme cela se fait avec les autres



acteurs sociaux (les médecins négocient le *numerus clausus*, la convention *médicomutualiste* ...). Ces actions ne relèvent pas directement de notre compétence de médecin mais nous pouvons collaborer avec les intervenants sociaux qui travaillent dans ce sens.

Par contre, il est de notre responsabilité de maintenir un système de soins de santé performant et accessible à tous. Les mesures actuelles telles que les augmentations de ticket modérateur et la logique strictement économique qui prévaut actuellement ne vont pas du tout dans ce sens et constituent à moyen terme un réel danger pour la santé publique. Le corps médical doit avoir comme priorité absolue le maintien voire le renforcement de la sécurité sociale.

Enfin, il faut souligner le rôle central du généraliste dans la prise en charge de la santé des pauvres : c'est lui qui est consulté préférentiellement en cas de maladie. En outre, il lui faut motiver ces patients à s'occuper d'eux-mêmes et à prendre en charge leur santé. Tout cela demande du temps, beaucoup de temps et de patience. Beaucoup d'attention aussi pour réaliser une véritable médecine de famille où le médecin ne se contente pas de répondre à la demande ponctuelle mais aborde les problèmes de santé qu'il perçoit et dont on n'a pas pensé ou osé lui parler. Pour y parvenir, le médecin généraliste doit disposer de moyens matériels, d'une formation adéquate et d'outils d'évaluation adaptés. ●

Témoignages

*Solidarité Santé
asbl, groupe de
patients abonnés
de la maison
médicale de
Forest.*

Solidarité Santé

Ce sont des demandes arrivées au service social de la maison médicale ou relevées par les généralistes qui sont à l'origine de la mise sur pied de cette asbl de solidarité. Fréquemment des patients faisaient état de difficultés à payer des soins particulièrement lors d'hospitalisation mais aussi lors de soins dentaires ou oculaires : les prothèses sont mal remboursées et peuvent entraîner des frais importants. Les problèmes que cela pose ne sont pas toujours exprimés explicitement par les gens ; assez régulièrement, c'est le fait qu'ils ne se soignent pas qui permet de se rendre compte des problèmes financiers. Surtout pour des soins dentaires et pour des lunettes, cela peut attendre... Et pourtant, ces soins constituent souvent en plus une indispensable

prévention : les problèmes de vision peuvent entraîner des difficultés d'adaptation scolaire, une mauvaise dentition peut faire apparaître des problèmes d'estomac...

A partir de ce constat relayé auprès de certains patients, ceux-ci décident de créer une caisse de solidarité alimentée par les cotisations très minimes de ces membres (30 francs par mois) et quelques dons. Cette caisse permet d'aider les patients en difficulté d'accès aux soins dont ils ont besoin : c'est l'origine de l'asbl « SolSan » au bénéfice des patients inscrits à la maison médicale de Forest. L'asbl ne donne pas d'argent, elle prête sans intérêt et convient de modalités de remboursement avec chacun.

*Faustina Da
Giau, pour la
coopérative des
patients de la
maison médicale
Bautista Van
Schouwen.*

La solidarité du « je » au « nous... patients »

Beaucoup d'entre-nous sont sensibles à la détresse des personnes fragilisées par la vie : sans papiers, « invités » du resto du cœur, vendeurs de journaux aux carrefours, mendiants parfois très jeunes, d'autres plus âgés. Individuellement, selon nos convictions politico-philosophiques et nos moyens financiers, nous les aidons en achetant cartes et journaux, en faisant des dons à des associations, en mettant une pièce dans le gobelet en plastique fendu. C'est une forme de solidarité, elle doit exister, même si, pour certains, cela renforce un système qui maintient les exclusions.

Dans le domaine de la santé qui nous préoccupe, l'interpellation est grande quand nous entendons que dans le budget des familles, la somme dévolue aux soins et aux médicaments est extrêmement réduite voire inexistante.

Existe-t-il une réponse solidaire à ces situations difficiles ? La coopérative des patients de la maison médicale Bautista Van Schouwen de Seraing comprend cette possible solidarité à plusieurs niveaux. Faire le choix d'être soigné par l'équipe d'une maison médicale est un premier pas individuel dans un processus de solidarité collective.

Si cette maison médicale travaille selon le système forfaitaire, alors nous sommes en plein dans la solidarité : solidarité entre patients, entre malades et bien-portants ; accessibilité garantie aux soins quelle que soit la situation financière dans le respect et la dignité de chacun.

Quand les patients se groupent, ils s'investissent encore plus dans cette démarche. La coopérative des patients (groupe de patients organisés en asbl) non seulement soutient le projet santé de la maison médicale mais propose également grâce aux cotisations de ses membres et avec l'accord de ceux-ci (à côté d'autres services tels que prêt de matériel médical, interventions pour soins dentaires, ...) une aide spécifique à certains patients... La coopérative a participé à la mise en place d'un service social au sein de la maison médicale. Elle contribue financièrement à son fonctionnement. Celui-ci aide les patients à faire face à des situations momentanément difficiles (situations urgentes du quotidien, achats de médicaments, situation administrative complexe, ...)

Il s'agit d'une réponse solidaire... parmi d'autres : le « je » qui devient « nous »... C'est notre contribution à une plus grande égalité dans l'accession aux soins de santé.



A l'église du Béguinage occupée par les sans-papiers

Quand je me suis présentée comme kinésithérapeute pour venir soigner les enfants qui toussent, on m'a fait traverser l'église pour me conduire à la sacristie : deux rangées de lits de camp serrés les uns contre les autres. La pièce avait le mérite d'être chauffée, chose très appréciable au mois de décembre, mais ça ne devait pas être facile pour toutes ces mamans de vivre ensemble dans un endroit aussi petit. Chacune disposant de l'espace de son lit... et c'est tout. Sans doute beaucoup d'organisation dans le désordre apparent. Pouvait-on en dire autant des soins de santé ?

J'ai soigné trois enfants, en l'espace de quatre semaines. Selon le degré d'angoisse de la maman, l'enfant avait été vu par un, deux ou trois docteurs puisqu'apparemment, il en passait un tous les jours... L'une ou l'autre maman m'a montré un sirop que le médecin avait donné pour l'enfant. J'espère qu'elle n'en avait pas demandé à chaque médecin... Je me suis demandé pourquoi un petit semblant de dossier n'était pas confié à chaque malade vu.

Les « conditions de travail » n'étaient pas toujours évidentes : essayez donc de suivre la respiration d'un bébé au milieu d'une discussion plus qu'animée sur l'action en cours... L'enjeu est d'importance, les frustrations sont à la mesure de l'attention accordée par nos politiciens, tous sont tendus, la vie communautaire forcée ne doit pas simplifier les choses... Impossible de demander à tout le monde de se taire !

Ces gens sont pour la plupart en Belgique depuis des années, ils parlent bien notre langue, savent bien comment fonctionnent les soins de santé ici. J'ai donc laissé l'adresse de mon lieu de travail aux mamans. Les autres soignants ont-ils fait de même ? Je n'en sais rien, je n'en ai croisé aucun.

Epilogue : aucune n'est venue à mon cabinet avec son petit et je n'ai su quelle conclusion en tirer. J'ai appris depuis que celles qui avaient des bébés et des enfants en bas âge avaient quitté l'église : c'était trop inconfortable, les petits étaient perpétuellement enrhumés ou malades.

*Brigitte Poulet,
kinésithérapeute
à la maison
médicale Norman
Bethune.*

Un obstacle à chaque pas

De notre expérience d'accueillantes, nous pourrions simplement partager un peu ce que nous constatons lors de nos consultations quant à l'accès aux soins.

- **Payer le prix normal d'une consultation** est un problème pour la plupart des gens qui viennent chez nous. Trois-quarts d'entre eux bénéficient du tiers-payant ou de la carte médicale du CPAS (avec toutes les complications administratives que cela implique : démarches auprès du CPAS, réquisitoires, etc.)
- **Payer les médicaments** est un problème aussi. Nous voyons parfois des gens revenir après quelques jours encore plus malades parce qu'ils n'ont pas pu acheter les médicaments prescrits.
- **Les personnes ne sont pas toujours informées** correctement sur l'aide à laquelle elles ont droit. Elles ne savent pas toujours à quoi servent les papiers qu'elles ont reçus.
- **Trouver un lieu où se faire soigner** quand on a

une carte médicale ou qu'on n'est pas en ordre de mutuelle n'est pas toujours facile... Les personnes ne sont pas toujours bien reçues au CPAS et carrément refoulées de certains hôpitaux qui ont rompu leur accord avec celui-ci. Les patients n'ont pas beaucoup de choix. Les médecins acceptant de travailler avec le CPAS ne sont, à notre avis, pas assez nombreux par rapport à la demande. On en arrive à une situation où toutes les personnes défavorisées sont regroupées en quelques lieux où les équipes sont surchargées de travail.

Nous ne savons pas toujours où nous pouvons envoyer les personnes qui relèvent de l'aide médicale urgente qui nous arrivent de plusieurs communes avoisinantes (les CPAS que nous avons contacté n'ont pas vraiment de réponse, si ce n'est quelques heures de permanence par semaine ou le car de Médecins sans frontières...). Avec ces personnes, les problèmes de langue sont importants et la peur d'être renvoyés dans leur pays omniprésente.

*Les accueillantes
de la maison
médicale du
Vieux Molenbeek.*

À l'accueil, le temps et l'énergie dépensés à essayer d'aiguiller les gens vers d'autres lieux plus proches de leur domicile (quand ils viennent d'autres communes) est considérable.

- Parfois le contact avec le médecin traitant avec l'hôpital semble difficile. Des personnes appellent chez nous le soir parce qu'elles ont peur d'appeler leur médecin traitant. Nous essayons alors de les encourager à le faire... Nous entendons aussi que les examens, les contacts avec les médecins hospitaliers ne se passent pas toujours bien.
- Les problèmes pratiques, les peurs dans les relations amènent souvent les patients à consulter dans l'urgence. C'est d'ailleurs un peu « dans

l'urgence » qu'ils vivent constamment. Ce n'est pas toujours facile à gérer et nous n'oserions pas jurer qu'aucun patient n'abuse.

La surcharge de travail, les embûches pour faire réaliser les examens nécessaires et obtenir les médicaments rendent difficile pour les médecins de garder un bon niveau de qualité, ce qui est un grand souci pour eux.

Nous avons parfois le sentiment qu'il existe un réel danger d'en arriver à une médecine « pour les pauvres », une médecine « à deux vitesses » alors que l'accès à des soins de qualité devrait être un droit pour tous.

*Valérie Fontaine,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Le Noyer.*

Comment acculer un patient à renoncer aux soins

Un de mes patients, un homme de 43 ans, a été hospitalisé à Ixelles en 1996 pour un bilan d'une pathologie interne (hémochromatose).

L'hospitalisation s'est très bien passée et j'ai beaucoup apprécié l'attention de l'interne à l'égard de mon patient.

Ce patient était « visiblement » socialement défavorisé et assez handicapé (béquilles pour marcher). Il avait une compagne valide mais aussi défavorisée. Ce contexte a été considéré pendant l'hospitalisation et l'assistante sociale est passée. Ce que je reproche s'est plutôt passé après l'hospitalisation.

Tout d'abord, ce patient est sorti un samedi. Son traitement comprenait cinq à six médicaments (dont certains nécessitaient l'autorisation préalable de la mutuelle pour le remboursement).

Certains médicaments étaient très importants (pour le cœur). On connaissait bien ses difficultés financières et ambulatoires. Or, on ne lui a pas remis les médicaments restants pour le week-end mais on lui a remis une longue ordonnance dont il n'aurait jamais su affronter le coût, et pour laquelle il aurait dû chercher une pharmacie de garde.

Je l'ai vu trois ou quatre jours après et il n'avait pris aucun médicament...

Ensuite, la facture est arrivée. Il ne savait pas tout payer, il payait un peu chaque mois.

Il m'a montré une facture avec des décomptes. Après sept ans d'université, il m'a réellement fallu quinze minutes pour commencer à m'y retrouver. C'était incompréhensible, des chiffres partout, en quinconce... Comment s'y retrouver ?

De plus, mon patient recevait des mises en demeure de paiement.

Or, lors de son hospitalisation, on avait pris connaissance de ses difficultés.

Pourquoi ne pas faire réintervenir l'assistante sociale de l'hôpital comme médiateur ?

Enfin, le patient a du retourner pour des traitements hebdomadaires (saignées). Chaque fois, on lui faisait une prise de sang inutilement.

La tarification était compliquée : une partie en tiers payant, une partie à payer directement.

Les notes se sont accumulées, mon patient ne s'en sortait pas et était submergé de factures. Il a fini par en avoir marre (pour d'autres raisons aussi bien sûr).

Il a tout abandonné et je ne suis plus arrivée depuis à le faire retourner à l'hôpital.

Trop d'entraves pour quelqu'un qui était pourtant très compliant et motivé. Dommage !



Sourd ! C'est celui qui le dit qui l'est

Il s'agit d'un enfant en situation illégale arrivé récemment en Belgique. Quelques jours après son arrivée, il tombe gravement malade. Son état de santé nécessite une hospitalisation en urgence dans un hôpital bruxellois. Il y reste une dizaine de jours. Les frais d'hospitalisation s'élèvent à plus ou moins 80.000 francs et seront adressés à la mère via le service facturation de l'hôpital. La maman et la grand-mère de l'enfant reçoivent toutes les deux l'aide d'un CPAS et ont donc des moyens financiers limités.

Connaissant la nouvelle loi sur l'aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal, j'en avertis l'assistante du service où l'enfant était hospitalisé, lui demandant d'une part de rédiger un certificat expliquant que l'enfant nécessite des soins urgents et d'autre part d'en avertir le service social de l'hôpital pour mettre en route la procédure de l'aide médicale urgente.

Malgré cela, la mère reçoit la facture à payer. La mère et la grand-mère en parlent à l'assistante sociale du CPAS de la commune où l'enfant avait été hospitalisé et dont dépend également la grand-mère. On leur répond que malheureusement on ne peut rien faire pour elles et que la facture doit être payée mais que si elles éprouvent des difficultés à le faire, on peut leur établir un plan de versement mensuel. En prenant connaissance de ces

démarches, je m'adresse par téléphone au service facturation de l'hôpital concerné, qui me répond qu'effectivement les frais incriminés doivent être remboursés par le CPAS de la commune dont dépend l'hôpital et que le nécessaire sera fait à condition que j'écrive un petit rapport expliquant les soins urgents.

Ce qui sera fait sans délai et je demande à la grand-mère de porter le tout (petit mot de ma part et la facture) au service facturation.

Quelques jours plus tard, la grand-mère revient me voir en me disant ce qu'on lui avait répondu : que l'on ne pourrait rien faire et qu'elle devait payer ! Je retéléphone au service facturation, nouvelles explications, on me dit à nouveau de réécrire en renvoyant la facture, plus le petit mot plus une deuxième lettre expliquant que la première demande avait été déboutée ! Je m'exécute et renvoie cette fois-ci le tout par courrier postal. Depuis plus de nouvelles.

Je pense que cette fois-ci la loi a pu être appliquée, mais que d'énergies dépensées. Que faut-il en conclure ? Manque d'informations de la part des administratifs et du personnel hospitalier en général ? Que répond-on à quelqu'un qui se présente, connaissant mal la langue française ainsi que le pourquoi et le comment des démarches administratives ?

Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la maison médicale des Riches Claires.

Les soins, les sous et l'accueillant(e)

Lorsqu'on parle d'accessibilité aux soins, il me semble indispensable de distinguer deux points de vue : celui du patient (ou usager) et celui du soignant.

Comment la différence d'accès aux soins de santé est vécue et gérée par ceux qui sont les premiers concernés, c'est une question à laquelle pourrait répondre, au moins partiellement, l'enquête quantitative réalisée l'an dernier dans le cadre de l'Observatoire bruxellois de la santé. Contentons-nous de parler en tant que soignants (au sens large : travailleur psycho-médico-sociaux en maison médicale), étant souvent du « bon » côté de la barrière, c'est-à-dire possédant un travail, un

logement salubre, ayant accès « naturellement », culturellement aux soins de santé. Toutefois, il me semble qu'en tant que « service de santé de première ligne », nous sommes souvent bien placés pour décrire les situations qui nous semblent les plus criantes, pour témoigner en quelques sortes, sans nous permettre de parler « au nom de ».

Accueillante dans une maison médicale au centre ville, ma position d'interface entre patients-médecins-autres services sociaux du quartier me permet d'être témoin (justement !) de nombreuses situations quelque peu « sensibles ».

Par exemple, une mère de famille demande à

Murielle Renaut, accueillante à la maison médicale des Marolles.

l'accueil un échantillon pour un médicament permettant de traiter l'asthme de l'un de ses enfants. Elle ne passe pas la visite chez le médecin car elle n'a pas d'argent pour payer celle-ci (même le tiers payant), ni le médicament à la pharmacie. Qu'en penser ? Transmettre la demande au médecin présent, donner l'échantillon demandé qui permettra de gérer la situation d'urgence. Mais encore, comment dépasser cette notion d'urgence ? Résoudre les problèmes qui se présentent au cas par cas, cela ne nous satisfait pas toujours.

Education à la santé, promotion de soins de santé de base... des mots, des concepts théoriques qui permettent de voir à plus long terme. Par exemple, une prévention bien menée permet-elle d'éviter qu'une mère de famille affolée ne recoure aux services d'urgence de l'hôpital le plus proche au milieu de la nuit, ou lors d'un long week-end ? Comment éviter que, pour des raisons d'ordre financier, des problèmes de santé traînent en longueur, jusqu'au moment où le recours à l'hôpital est devenu inévitable ? Autant de questions, d'interrogations qui reviennent souvent dans notre travail quotidien. Cette vision à long terme, est-elle une réponse adaptée aux situations vécues par les familles que nous accompagnons ? Notre engagement en maison médicale prouve que nous y croyons, bien entendu. Les questions restent, malgré tout.

Autre exemple, très concret : une mère de famille, suivie à la maison médicale, passe régulièrement avec des demandes d'ordre financier, auxquelles il est parfois difficile de ne pas accorder d'importance, même si notre mission prioritaire recouvre les soins de santé. Exemple type : besoin de langes ou de lait pour le petit dernier, demande d'un colis alimentaire en fin de mois, d'un prêt pour payer une garantie locative... A toutes ces questions, la mobilisation de notre réseau d'associations partenaires nous permet de répondre, au moins en partie. Notre chance est de travailler dans un quartier comptant un grand nombre d'associations de différentes philosophies, avec différents objectifs. Le recours à ces associations permet « d'évacuer » la demande strictement alimentaire et se concentrer sur ce qui nous apparaît comme essentiel, à savoir la demande de soins de santé, physique (médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes) ou mentale (psychiatre, psychothérapeute). Le travail en partenariat avec ces autres acteurs est souvent riche, permet une approche plus

« humaine » des problèmes de santé, dans son acceptation la plus large, c'est-à-dire englobant aussi bien le logement (passer d'un logement insalubre à un autre plus acceptable permet souvent de résoudre certains problèmes de santé, notamment chez les enfants), les données financières (la carte de santé, le minimex de rue ...), le bien-être des différents membres de la famille (participation à des réunions extérieures, dans le but de trouver une alternative au placement d'un enfant)... Tout cela c'est aussi travailler en vue d'un meilleur accès aux soins de santé.

Venons-en maintenant à l'aspect financier de l'accessibilité aux soins. En juillet 1998, le statut VIPO a été étendu aux bénéficiaires du minimex, sous le nom de Vipomex. Est-ce à dire que, désormais, tous les citoyens sont égaux devant la maladie ou les soins de santé ? A voir !

Démonstration par l'exemple. Christiane, mère de famille nombreuse dépendant du CPAS doit faire soigner l'un de ses enfants pour des problèmes respiratoires. Séances de kinésithérapie, médicaments ad hoc, éventuellement achat d'un aérosol... sont remboursés par le CPAS.

La soeur de Christiane, Valérie, est célibataire et a eu la « chance » de trouver un travail il y a deux ans, bénéficiant actuellement du chômage de longue durée, c'est-à-dire l'exact équivalent du minimex. Pour une pathologie semblable, elle n'aura pas, sauf exception, accès à la même carte de santé et renoncera parfois à une partie des soins, médicaments non remboursés, etc. Alors, les citoyens sont-ils égaux devant les soins de santé ? On peut en douter, même si le Vipomex constitue une indéniable avancée dans ce domaine.

Il subsiste toutefois encore quelques « catégorie résiduelles », n'ayant pas droit à la même couverture sociale : chômeurs de longue durée (Valérie), anciens indépendants ayant fait faillite et n'ayant pas encore droit à une mutuelle, sauf à payer des droits d'entrée important, étudiants vivant seuls mais toujours domiciliés chez leurs parents... Sans parler des réfugiés, demandeurs d'asile et autres clandestins, n'ayant droit, eux, à rien du tout !

Dans les quartiers populaires comme celui dans lequel j'ai la chance de travailler, des réseaux parallèles se mettent parfois en place, des solidarités existent entre voisins. Par exemple, Xavier, 14 ans, fait régulièrement les courses pour Armand, le vieux monsieur de l'appartement du dessous... contre monnaie sonnante et trébuchante.

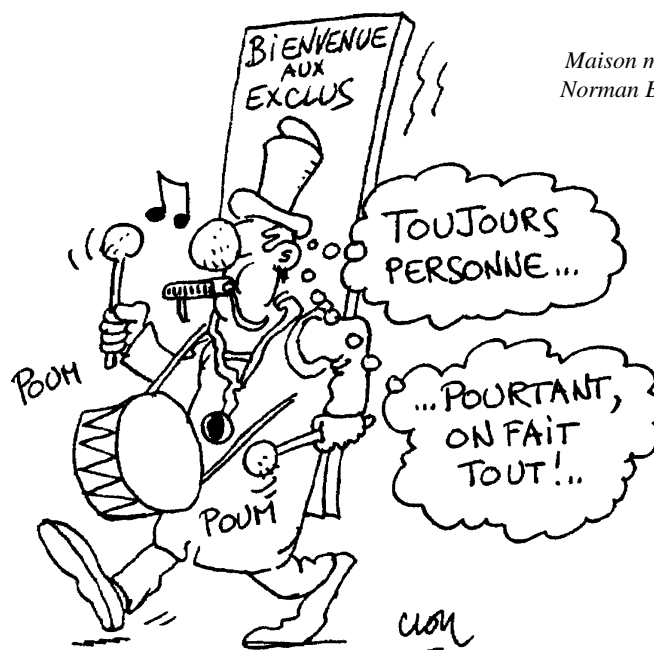


David, ex-toxicomane, vient souvent à la consultation avec une demande de médicaments qui, dans certains cas, se retrouveront en vente sur le marché, voire « échangés » contre alcool au bistrot du coin. Eh oui, la solidarité est bien souvent

rémunérée dans les Marolles. Cela n'empêche que quelques bonnes volontés existent, comme partout, mais ne sont pas toujours la règle, même si elles sont remarquables.

Les vanneuses

Au début des années 90, une importante mutuelle proposa avec insistance à ses affiliés de se faire virer le remboursement des consultations sur un compte bancaire plutôt que d'en récupérer le montant directement aux guichets de leurs agences locales. Concrètement, cela impliquait de disposer d'un compte bancaire et de pouvoir attendre deux semaines avant de disposer des montants avancés. Simultanément, nous vîmes nombre d'affiliés peu fortunés quitter cette mutuelle pour rejoindre sa concurrente qui continuait à rembourser les attestations de soins au guichet. Hasard, inconscience de cette mutuelle du besoin des personnes aux ressources limitées de disposer rapidement de leur argent... ou manœuvre d'exclusion des improductifs (faibles cotisants, gros consommateurs) ?



Maison médicale
Norman Bethune.

Pour clôturer ces témoignages, nous aimerions citer la conclusion de Pierre Hendrick (maison médicale du Vieux Molenbeek) lors de son intervention « ATD Quart monde et le problème de la santé des plus pauvres » parue dans « Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? » publié sous la direction de Fred Louckx, VUB Press, 1996.

1. Cessons de lutter contre la pauvreté sans les pauvres. Ils sont les premiers experts à consulter et à soutenir dans leurs efforts quotidiens.

2. La formation : les pauvres en ont assez d'avoir affaire à des professionnels qui ne les comprennent pas, qui les jugent sans appel, qui les interpellent uniquement à propos de leurs problèmes ou de leurs

échecs et qui ne leur proposent aucun projet mobilisateur.

3. L'évaluation... Aucune initiative ne fait long feu si elle ne reflète pas une volonté politique tenace de lutte contre l'exclusion et la pauvreté. Pour y arriver, il faudra évaluer rigoureusement les progrès et le chemin qui reste à parcourir...

Inégalités d'accès aux soins

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

Les facteurs qui déterminent les inégalités d'accès aux soins

Trois groupes de facteurs déterminent la consommation de soins médicaux : la morbidité, les variables socio-économiques et l'offre de soins (Mizrahi). C'est au niveau des variables socio-économiques mais aussi de l'offre de soins (Bashur) que se trouvent les inégalités de consommation.

Les variables socio-économiques ne relèvent pas de manière isolée de la sphère privée (l'état de fortune des individus dont il seraient seuls pleinement responsables). Ce sont la situation économique et la position sociale d'un sujet à l'intérieur de sa communauté qui déterminent son état de santé et ses modalités de recours et d'accès aux soins (Evans).

Le quatrième Rapport sur l'état de pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale

En 1997, la population de Bruxelles compte :

- entre 10 et 16 % de ménages à bas revenus ;
- 4,9 % de bénéficiaires du minimex ou du revenu garanti ;
- 5,2 % de bénéficiaires d'allocations de chômage de longue durée pour chef de famille, soit au total 10,1 % de la population bruxelloise.

En 96, par rapport à l'année précédente, on dénombre 9 % de plus de titulaires du minimex, 2 % de plus de demandeurs d'emploi, 2 % de plus de chômeurs de longue durée.

En 6 ans, les minimexés âgés de 18 à 25 ans passent de 14,3 % à 27,3 %.

*(1) OCDE :
Organisation
pour la
coopération et le
développement
économique.*

*(2) Systèmes
assurantiels de
type Bismarck et
de type
Beveridge : voir
encadré de la
page 4.*

L'organisation sociale joue donc un rôle essentiel. Une comparaison internationale (Chauvin) montre que :

1. L'espérance de vie n'est pas corrélée au produit national brut dans les pays OCDE¹, mais bien aux écarts de revenus : elle est plus longue dans les pays où les écarts extrêmes de revenus sont les moins importants ;
2. Il n'y a pas de corrélation entre dépenses de santé publique et performances sanitaires d'un pays (à niveau de développement comparable) : c'est l'organisation du système de soins et non le volume d'argent mis à disposition qui détermine le niveau de santé ;

3. Les inégalités en terme de morbidité, mortalité et espérance de vie sont plus importantes dans les systèmes assurantiels de type Bismarck (alors que les dépenses y sont plus importantes) que dans les systèmes universels de type Beveridge².

Les choix politiques enfin pèsent lourd sur les inégalités devant la santé et l'accès aux soins. La baisse de la part publique du financement en France atteint surtout les démunis et accroît les inégalités. Le relais pris par la protection complémentaire (mutuelles et assurances privées), par le développement d'associations caritatives et l'adaptation de la législation sociale spécifique pour les démunis ne permettent pas d'enrayer cette dégradation.

Les inégalités

L'enquête sur la santé de la population en Belgique réalisée en 1997 montre que :

- 33 % des ménages estiment que leur contribution personnelle aux soins de santé est difficile ou impossible à supporter (42 % en Wallonie, 44 % à Bruxelles, 25 % en Flandre) ;
- 8,5 % des ménages ont du postposer des soins au cours de la dernière année pour des raisons financières (4 % en Flandre, 11 % en Wallonie, 19 % à Bruxelles) ;
- parmi ces ménages, 48 % ont postposé une consultation chez le dentiste, 31 % chez le spécialiste, 20 % chez le généraliste ; 21 % ont retardé l'achat de nouvelles lunettes, 19 % l'achat de médicaments.

Inégalités de l'espérance de vie

Globalement, la mortalité a baissé ces trente dernières années, mais l'inégalité de mortalité d'après le statut social s'est accentuée : les couches les plus favorisées de la population bénéficient davantage de la réduction de mortalité que les autres.

A l'âge de 35 ans, les cadres supérieurs ont une espérance de vie de plus de sept ans supérieure à celles des manoeuvres.

Entre 35 et 60 ans les manoeuvres ont 28 % de « chances » de mourir alors que les cadres



supérieurs masculins n'en ont que 10 %. La mortalité est doublée parmi les chômeurs par rapport aux personnes actives ayant un emploi. Parmi les chômeurs, la mortalité est nettement moindre chez les cadres supérieurs : jouent ici la durée moins longue de la période chômée, un meilleur espoir de retrouver un emploi, le phénomène culturel (Avalosse).

Inégalité devant la maladie : le vieillissement prématuré

Des indicateurs composés d'indices de morbidité et de pronostic vital permettent de comparer l'ensemble des personnes du même âge. En comparant ainsi un « âge morbide » et un âge réel, on peut estimer le « vieillissement relatif ». En France, l'écart de vieillissement atteint 4,3 ans entre les niveaux extrêmes d'études, 3,5 ans entre catégories socioprofessionnels extrêmes et 5 ans entre niveaux de revenus extrêmes. Le vieillissement relatif d'un chômeur par rapport à un actif est de 2,4 ans en moyenne, et de 3,2 ans à l'intérieur de la catégorie des ouvriers non qualifiés (Mizrahi, CREDES 1995).

En Belgique, les soignants en contact étroit avec les défavorisés décrivent ce qu'ils appellent « l'usure prématurée » de ces populations (Hendrick).

Inégalité de consommation de soins

En Belgique, le quart le plus défavorisé de la population dépense 5,3 % de son budget pour les soins de santé, le quart le plus favorisé 4,1 %. En francs, cela se traduit par une dépense pour la partie des frais non remboursés de 60 % inférieure chez les moins aisés ! Or, ce sont eux qui ont une santé plus précaire et sont victimes du vieillissement prématuré...

Les défavorisés s'adressent surtout aux généralistes et aux hôpitaux, les plus aisés recourent davantage aux soins de spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes et aux services infirmiers à domicile.

On déplore la barrière des tickets modérateurs augmentés depuis 1994 pour les assurés ordinaires

et l'insuffisance de correction sociale par les mesures de sélectivité (voir l'article suivant sur la contribution personnelle des patients). Il est encore trop tôt pour juger de l'impact des nouvelles mesures, en particulier de l'élargissement du statut VIPO qui devrait permettre un meilleur accès financier aux soins pour les moins aisés.

Un droit ignoré n'est pas un droit effectif

Des mesures commencent à être prises sur le terrain de l'information. Les professionnels de santé se plaignent de la complexité croissante de l'arsenal législatif qui empêche les citoyens, surtout les plus démunis, de faire valoir leurs droits : une ligne téléphonique (02/503 09 45) a été créée fin 98 pour répondre à toutes leurs questions socio-juridiques

L'information des usagers sur leurs droits est tout aussi primordiale. L'interpénétration du sanitaire et du social se fait toujours plus complexe et des synergies s'avèrent indispensables. L'asbl Solidarités Nouvelles, soutenue par la Commission communautaire française de la Région bruxelloise, tente d'informer un public aussi large que possible, usagers comme travailleurs sociaux et soignants, sur la législation en vigueur en matière de sécurité sociale : lignes téléphoniques, éditions de brochures claires et parfaitement documentées, formations pour les partenaires actifs de la santé comptent parmi leurs initiatives les plus marquantes. La brochure « L'accès aux soins de santé, un droit pour tous » est régulièrement remise à jour. Vient aussi de paraître un fascicule « La santé, le logement ». Dans une interview accordée au Journal du Médecin en février 99, Dominique Van Haelen, l'un des travailleurs sociaux de l'asbl, déclarait : « Le rôle du médecin généraliste est en train d'évoluer considérablement... Sa vocation se limite de moins en moins à son rôle exclusif de praticien de soins de santé. Il doit aujourd'hui être à l'écoute attentive de ses patients. Il se rapproche donc imperceptiblement de nombreux aspects de la précarité sociale ».

Solidarités Nouvelles, rue de la Porte Rouge 4 à 1000 Bruxelles, téléphone : (00) 32 2 512 02 90.

La santé, facteur de sélection sociale et de reproduction des inégalités

La lecture de tous ces chiffres illustre que la santé n'est pas qu'un indicateur des inégalités, mais est en elle-même un facteur de sélection sociale et de reproduction des inégalités. Constat que renforce le Rapport général sur la pauvreté, réalisé à la

demande du ministre de l'Intégration sociale. On peut notamment y lire ces quelques réflexions, inspirées par les témoignages des exclus :

« *Nombreux sont les cas où l'intervention au niveau des problèmes de santé doit accompagner sinon précéder toute tentative d'insertion socioprofessionnelle.* »

« *... la marginalisation progressive des demandeurs d'aide ne va-t-elle pas avoir pour conséquence de psychiatriser une partie de notre population ? Allons-nous vivre une fin de siècle où le contrôle social passera par le contrôle mental, où la dualisation de la société sera consolidée par la fragilisation de l'équilibre mental des individus ?* »

« *... on se contente de souligner les conséquences de la pauvreté sur la santé : les conditions de vie des personnes pauvres seraient la cause d'un mauvais état de santé. D'où l'idée, un peu trop simple, qu'il faut d'abord lutter contre la pauvreté et qu'ensuite l'état de santé s'améliorera spontanément. Or, dans la réalité, la relation entre santé et pauvreté va dans les deux sens.* »

Le Rapport souligne aussi combien il est malaisé pour les démunis de faire valoir leurs droits et met en lumière la nécessité de l'information... puisque un droit ignoré n'est pas un droit effectif.

Une conclusion s'impose : sur le terrain, la complémentarité entre le travail social et l'intervention médicale s'avère indispensable. Mais c'est au plan des choix économiques et politiques que se déterminera la fonction de ce travail : réduire les inégalités... ou en contenir les turbulences ? ●

Sources

Avalosse H. et Feltesse P. dans *Inégalités sociales en Belgique*, ouvrage collectif sous la direction de Marie-Laurence de Keersmaecker, Petite bibliothèque de la citoyenneté, EVO, 1997.

Bashshur Rashid et alii, *Beyond the insured ; Problems in access to care*, Medical Care, vol.32, n°5, 1994, p 409-419.

Bihr A. et Pfefferkorn R., *Déchiffrer les inégalités*, Editions Syros, 1995.

Centre de recherche opérationnelle en santé publique, service d'épidémiologie, institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur, *La santé de la population en Belgique, Enquête de santé 1997*.

Chauvin Pierre, « Précarisation sociale et état de santé » dans *Précarité et santé*, Jacques Lebas et Pierre Chauvin, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Evans RG., Barer ML. et Marmor TR., *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 1996.

Hendrick P., « ATD quart monde et les problèmes de santé des plus pauvres », dans *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? Inégalités d'accès aux soins de santé* publié sous la direction de Fred Louckx, VUB Press, 1996.

Mizrahi A. et Mizrahi A., « Inégalités d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins », dans *Précarité et santé*, Jacques Lebas et Pierre Chauvin, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Mizrahi A. et Mizrahi A., *Vieillesse relatif par rapport aux groupes socio-économiques*, CREDES, 1995.



Lourd: la contribution personnelle des patients

En 1994, Plan global et normes de croissance obligent, les tickets modérateurs augmentent et les assurés ordinaires voient leur contribution personnelle dans les frais médicaux passer de 20 à 30 %. Cette année là, le nombre de contacts avec les médecins généralistes diminue de plus d'un million tandis que les services d'urgence hospitaliers voient leur activité augmenter.

L'existence d'un paiement personnel, ou son augmentation, provoque à court terme une diminution du nombre total d'actes dans tous les types de soins, notamment préventifs, et porte la menace à long terme d'une dégradation de la santé de l'assuré. C'est principalement le nombre de recours aux soins qui diminue, et pas le coût de chaque recours.

Ce serait un moindre mal si les soins essentiels étaient préservés au détriment des soins superflus. Il n'en est rien : les tickets modérateurs freinent les traitements efficaces dans la même proportion que ceux réputés moins efficaces (Starmans).

Ce constat vaut pour toutes les catégories socio-économiques mais l'hypothèse selon laquelle les revenus n'auraient aucune influence sur la consommation médicale ne se vérifie pas dans les faits (Wagstaff et Van Doorslaer) : ce sont les familles aux revenus les plus bas qui subissent les effets négatifs des contributions personnelles plus élevées. Les mesures de sélectivité corrigent très peu cette discrimination, car une part importante des dépenses est affectée au poste médicaments qui n'est pas repris dans la franchise sociale (Louckx).

Quelles est l'ampleur du phénomène ? La population qui renonce à certains soins en raison de difficultés financières est malaisée à déterminer. Pour fixer les idées, il y a en Belgique environ 225.000 personnes qui dépendent directement ou indirectement du minimex, et 1.220.000 qui ne disposent que du chômage ou d'un revenu équivalent. La centrale des crédits négatifs recense

306.000 personnes qui n'arrivent pas à payer leurs dettes (chiffres de 1994). Il ne s'agit donc nullement d'un problème marginal.

La responsabilité financière du patient belge est plus que suffisamment engagée (van Doorslaer *in* Louckx). Imposer de nouveaux efforts aux plus faibles, c'est-à-dire aux malades et aux bas revenus, n'est plus supportable. C'est maintenant aux autres parties en présence, à savoir les mutuelles et les pourvoyeurs de soins de prendre leur part de responsabilité par l'intermédiaire de modes de financement et de paiement plus adéquats. D'un point de vue éthique, il importe de restaurer un accès égal aux soins pour des besoins égaux, quel que soit le niveau de revenu. D'un point de vue comptable, la responsabilisation de l'offre est probablement susceptible d'offrir de meilleurs résultats que l'acharnement sur la demande.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.

L'Association polyarthrite a diffusé début 1999 une étude sur le coût des soins à charge des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, une affection chronique relativement fréquente (environ 45.000 personnes en Belgique). Les médicaments représentent le poste de dépenses principal, suivis de près par les coûts indirects de la maladie, non considérés comme soins de santé. Les montants dépensés chaque mois sont importants... mais aucune compensation n'est à attendre de la franchise sociale, car les postes les plus chers n'y sont pas comptabilisés : peu de ces patients atteignent le plafond de 15.000 francs.

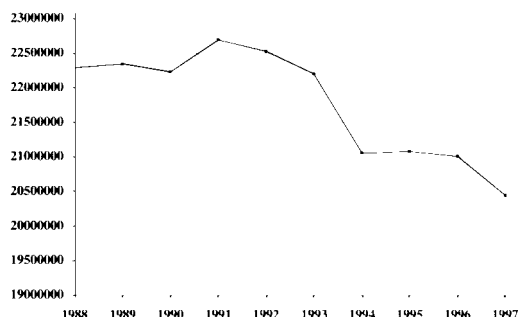
Tickets modérateurs et accessibilité de la première ligne de soins

Les augmentations de ticket modérateur vont-elles de pair avec une moindre consommation de soins médicaux au premier échelon ? Les données de l'INAMI permettent d'observer l'évolution du nombre de prestations, consultations et visites des médecins généralistes de 1988 à 1997 auprès des patients du régime général (petits risques). Rappelons que l'augmentation des tickets modérateurs en vigueur depuis 1994 ne touche que les assurés ordinaires, les VIPO étant épargnés par cette mesure.

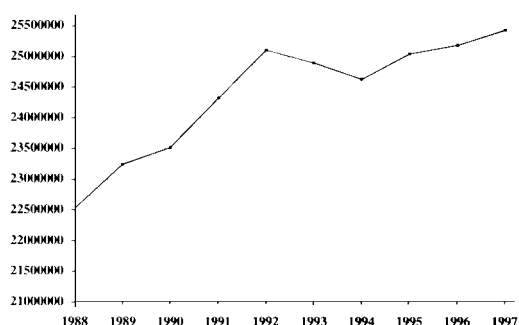
Lourd: la contribution personnelle des patients



Evolution de l'activité globale annuelle des généralistes en Belgique (consultations et visites)
Source : INAMI



Evolution du nombre annuel de visites à domicile par les généralistes (Belgique)
Source : INAMI



Evolution du nombre annuel de consultations auprès des généralistes (Belgique)
Source : INAMI

Le nombre total d'actes augmente de 1988 à 1992, chute brutalement en 1994, puis remonte très lentement. Le volume de consultations au cabinet participe peu à cette chute et est en fait en croissance faible mais régulière sur toute la période sauf pour l'année 93-94. Par contre, le nombre de visites au domicile du patient, assez stable jusqu'en 1992, s'effondre en 1993 et 1994 et ne remonte plus. L'année 1997 marque même un nouveau fléchissement.

La hausse du ticket modérateur n'est probablement pas le seul facteur en jeu dans l'évolution du nombre de contacts avec le médecin généraliste, mais son rôle n'est pas négligeable. On peut considérer que la hausse de la contribution personnelle entrave l'accès à la médecine de première ligne : une réduction des tickets modérateurs (pour ne pas parler d'une utopique suppression) est souhaitable. L'accord médico-mutualiste en vigueur pour 1999 introduit cette réduction pour les patients ayant désigné un généraliste pour être le gestionnaire de leur dossier médical : c'est un premier pas, insuffisant tant dans le montant de la réduction que par le public touché. Cette mesure ne concernera en effet que les patients de plus de 60 ans qui voient leur médecin généraliste en consultation (et pas en visite !).

La contribution personnelle au-delà des tickets modérateurs

Le ticket modérateur est la partie la plus visible de la contribution personnelle aux soins de santé. L'exemple des médicaments non remboursés, ou celui des personnes dépendantes nous montre que le ticket modérateur est loin de représenter l'ensemble des dépenses en rapport avec la santé.

Le nombre de personnes totalement dépendantes au plan physique ne cesse de croître. Ces personnes, grabataires et ayant perdu leur lucidité, nécessitent des soins de base lourds. Une étude de l'AFIS* évalue à 3h22 par jour et par personne la charge moyenne de soins à fournir pour aider la personne dépendante à se mobiliser, se nourrir, éliminer, se laver, s'habiller et respirer. Aucune assurance dépendance fédérale n'est en place pour y faire face. Le financement prévu par l'assurance maladie est de 1.834 francs par jour en maison de repos et de soins, forfait censé couvrir les soins de base, la



kinésithérapie, l'ergonomie et les soins techniques (pansements, sondes, etc.). En maison de repos pour personnes âgées, le forfait est d'environ 1.200 francs (kinésithérapie non comprise). Ces financements sont inférieurs de 400 à 600 francs par jour aux dépenses réelles. Dans ces conditions, les gestionnaires ont deux possibilités : n'investir qu'à hauteur du financement public en offrant à leurs pensionnaires des prestations inférieures à ce qui est requis, ou répercuter la différence sur les pensionnaires et leurs familles. Ce « ticket modérateur » déguisé n'est pas à la portée de toutes les bourses.

Une épargne bien inéquitable : l'équité implique de répartir les coûts sur tous (via des cotisations proportionnelles aux revenus) et non de les imputer aux malades, seuls à supporter les poids et augmentations des tickets modérateurs.

Une épargne qui est une fausse économie. Tant les études scientifiques que le Rapport général sur la pauvreté témoignent du lien entre la précarité et la santé : les économies réalisées sur les coûts de santé affectent principalement les populations moins aisées et se répercutent en augmentation des coûts sociaux et en coûts médicaux retardés, souvent plus lourds. Exemple caricatural de ce ping-pong entre

budgets, les soignants sont de plus en plus souvent témoins d'un jeu absurde de renvoi des personnes démunies entre invalidité et chômage, dont le seul effet est... d'augmenter les charges administratives.

Dans ces conditions, est-il absurde et politiquement indéfendable de se poser la question : combien y a-t-il à gagner, non seulement en justice sociale, mais aussi en termes économiques, à supprimer la contribution personnelle des usagers de soins ?

Le retour à une quasi gratuité des soins ou à un paiement symbolique pourrait se concevoir de différentes manières. Soit dans le maintien du système actuel de paiement à l'acte : il s'agirait alors d'effondrer les tickets modérateurs, de généraliser le tiers payant ou les paiements différés, de veiller à ce que tous les soins utiles soient couverts par l'assurance maladie (ce qui est très loin d'être le cas). Soit dans le développement de système de type forfait, tant au niveau hospitalier qu'ambulatoire.

Lors d'une conférence de presse donnée en 1995, M. Justaert, de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, estime à 115 milliards le montant total de paiements personnels en soins de santé. A l'époque, le budget des soins de santé est de 407 milliards. C'est donc près du quart de la facture globale que le patient assume personnellement !



De nombreux autres soins ne sont pas remboursés ou de manière très partielle par l'assurance maladie : la kinésithérapie, les suppléments hospitaliers, les médicaments dits de confort (par exemple les analgésiques non morphiniques), les psychothérapies...

La modération est-elle une vertu ?

... ou plus prosaïquement, quel avantage offre le ticket modérateur ? Le ticket modérateur modère surtout la dépense à charge du budget de la sécurité sociale. Il ne semble pas modérer la consommation de manière équitable (ce sont les moins aisés qui en pâtissent) ni de manière raisonnable (les soins inutiles n'en sont pas réduits). Il ne semble pas freiner les prescripteurs de soins.

Impayable ? A voir. Le corps social ne pourra supporter le prix d'une telle couverture des soins que moyennant la mise en place de modes de fonctionnement différents : développer une approche de santé publique et des réseaux pour intégrer la prévention, formaliser la filière de soins,

* AFIS :
Association
francophone des
institutions de
soins.

redéfinir le rôle de paramédicaux, réintégrer le sanitaire et le social, développer des prises en charge adaptées aux conditions de vie, insérer les nouveaux modes de fonctionnement dans l'enseignement de base dès la faculté et dans la formation médicale continue, ouvrir aux usagers une information et une connaissance suffisante pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins (information initiée dès la scolarisation)...

Les contributions personnelles constituent une barrière à l'accès aux soins. Pour certains, c'est une muraille. L'allégorie d'une ville assiégée fera-t-elle encore longtemps sourire ? ●

Sources

Lebas J., Chauvin P. et Saunière J. dans *Précarité et santé*, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Louckx F., van Doorslaer E. dans *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? Inégalités d'accès aux soins de santé*, actes du congrès organisé en 1995 par le point d'appui Samenleving en Gezondheid publiés sous la direction de Fred Louckx, VUB Press, 1996.

Newhouse JP. and the Insurance Experiment Group, *Free for all ?*, Cambridge Massachussets : Harvard University Press, 1993.

Renouer n° 29, septembre 1998. *Le défi des soins de base journaliers à la personne totalement dépendante. L'accessibilité au généraliste évolue-t-elle... à reculons ?*

Starmans et alii, *Het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorgen*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, n° 4, 1993, p 223-230.

Wagstaff A., van Doorslaer E. dans *Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective*, Oxford University Press, 1989.



Les réformes concernant l'accès aux soins : impact et limites

Dans le cadre de la modernisation de la sécurité sociale, trois séries de réformes successives ont été prises : extension du statut « VIPO préférentiel » (en vigueur depuis juillet 97), mesures favorisant l'accès à l'assurance soins de santé (janvier 98), ainsi que des mesures spécifiques concernant certaines pathologies.

Ces mesures constituent la réponse donnée au Rapport général sur la pauvreté dans le domaine de la santé par la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale et le Conseil fédéral des ministres (avril 97). Le Conseil des ministres a également chargé la ministre des Affaires sociales de suivre la mise en oeuvre des réformes et d'évaluer leur application concrète. Cette évaluation sera menée au sein de l'INAMI en 1999, en association avec les organisations ayant participé à la rédaction du Rapport réunies au Centre de l'égalité des chances.

Nous rappelons ici les grands traits de cette réforme.

L'extension du statut VIPO préférentiel

Ce statut permet un meilleur remboursement des soins de santé. Il est maintenu pour ses anciens bénéficiaires et élargi aux personnes dont le revenu est inférieur à 465.21 francs (+ 86.123 francs par personne à charge - chiffres 1998) et qui rentrent dans une des catégories suivantes : bénéficiaires du minimex et équivalent minimex, du revenu garanti aux personnes âgées, d'allocation pour handicapés ou d'allocations familiales majorées pour enfants handicapés.

Le terme VIPO s'appliquait aux veuves, invalides, pensionnés et orphelins qui avaient droit à ce remboursement plus favorable. Il est vidé de son sens par ces réformes et est remplacé par la notion de « ayant droit à l'intervention majorée ».

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.*

L'amélioration de l'accès à l'assurance maladie

Simplification : les régimes résiduels sont supprimés. Il n'y aura désormais que deux régimes : le régime général (pour tous sauf les indépendants) et un régime particulier pour les indépendants.

● Le régime général

- Trois conditions d'accès ont été supprimées : la **condition préalable de résidence** (l'inscription dans le registre national des personnes physiques suffit), la **cotisation majorée** (droit d'entrée), le **stage d'attente de six mois** avant de pouvoir bénéficier de la couverture des soins.

Exception : les personnes qui ont interrompu le paiement de leurs cotisations pendant deux ans et veulent se réinscrire peuvent se voir imposer un stage d'attente.

- Accès automatique au régime général : les bénéficiaires du minimex et équivalent, les bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées et toutes personnes ayant un revenu brut imposable inférieur au montant annuel du minimex jouissent d'un accès automatique au régime général : il ne faut payer aucune cotisation. Ceci est également valable pour les personnes à charge des bénéficiaires.

Les personnes qui n'entrent pas dans une catégorie donnant accès automatique et qui n'ont pas de prélèvement de cotisation à la source de leur revenu doivent payer une cotisation modique et calculée selon leur niveau de revenu.

La couverture est trimestrielle : un paiement tardif permet le remboursement de tous les soins dispensés pendant le trimestre payé, même ceux dispensés avant le paiement de la cotisation.

- Nombre de situations « spéciales » et malheureuses ont été décrites dans les Rapports sur la

Les réformes concernant l'accès aux soins, impact et limites

pauvreté. Les plus récurrentes de ces situations font l'objet de mesures particulières. En voici quelques unes :

- Un indépendant failli peut passer directement au régime général sans stage d'attente ;
- Un enfant peut choisir la qualité de titulaire s'il le désire (problèmes des enfants abandonnés, de parents divorcés, etc.) ;
- Le simple fait d'être cohabitant suffit pour être considéré comme personne à charge. La condition de « faire partie du ménage depuis au moins six mois » est supprimée ;
- Un ascendant peut être considéré comme personne à charge s'il remplit les conditions de revenu plafonné. Les conditions de « faire partie du ménage depuis au moins six mois », d'être âgé de plus de 55 ans ou en invalidité permanente sont supprimées ;
- Le souhait de devenir titulaire suffit pour y avoir droit. Les problèmes des conjoints séparés en seront simplifiés ;
- Le régime s'applique aux étrangers autorisés à séjourner dans le Royaume (étudiants, regroupement familial, candidats réfugiés dont la demande est recevable, etc.).

séparés du travailleur indépendant, les personnes à charge avec charge familiale, les indépendants faillis. Une veuve d'indépendant ne pourra pas changer de régime et ne sera donc pas couverte pour les petits risques (sauf cotisation petit risque).

Troisième train de mesure

Il s'agit de mesures prises ultérieurement et destinées à rembourser ou mieux rembourser des soins dispensés dans certaines pathologies chroniques : mucoviscidose, affections neuromusculaires, affections métaboliques, incontinence lourde...

Limites des réformes concernant l'accès aux soins

Ces réformes représentent une avancée indéniable. Nombre de problèmes soulevés par le Rapport général sur la pauvreté sont rencontrés et trouvent des solutions pertinentes : l'accès aux soins sera réellement plus aisé. Toutefois, les réformes prennent place dans un contexte social dégradé et il importe d'en préciser les limites.

- **Une meilleure couverture, mais qui couvre quels soins ?**

Rendre plus accessible l'assurance soins de santé et diminuer le coût des soins (pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) ne prend de sens que si ces soins restent couverts par l'assurance. Les médicaments et les prestations non remboursés ne seront pas plus accessibles aux démunis que par le passé...

- **Couvrir des soins, ou couvrir des besoins ?**

Quels sont les soins utiles en terme de santé et lesquels ne le sont pas ou peu ? Les réponses à cette question évoluent avec les connaissances scientifiques et les possibilités techniques. Les choix de remboursement suivent... parfois avec retards et incohérences. Une réactualisation des nomenclatures selon l'efficacité des prestations, conçue dans l'optique d'une amélioration de la santé de la population au meilleur coût est hautement souhaitable. Cet objectif implique une



- **Le régime indépendant**

Le stage d'attente est supprimé.
Le passage au régime général ouvre immédiatement le droit aux petits risques.
Peuvent passer au régime général : les conjoints



approche globale de la santé et des soins, basée sur la détermination des besoins et sur l'estimation correcte de l'efficacité des moyens.

● **Encore des gens qui « passeront au travers du filet »...**

La complication administrative du système de soins n'est pas étrangère au fait que nombre de gens « passent au travers du filet ». Les réformes facilitent l'accès à l'assurance. Mais les gens sont peu au courant de leurs droits, la prolifération anarchique des services sociaux ne parvient pas à enrayer les exclusions administratives, les possibilités de recours sont effrayantes et longues pour celui qui est dans le besoin immédiat. Sans coordination des intervenants et sans accompagnement des assurés, nombre de situations d'exclusion perdureront.

● **Les déterminants non médicaux de la santé**

Quantité de problèmes de santé sont déterminés ailleurs (logement, projet social, etc.). L'accès aux soins n'est que l'aboutissement de processus pathogènes « en amont ». Les soins de santé constituent une des dernières bouées avant le naufrage de gens qui auraient pu ne pas en arriver là. Il ne faudrait pas que permettre à davantage de gens de se raccrocher à cette bouée banalise une politique d'exclusion en amont, ou entraîne un déplacement nocif des coûts sociaux.

● **Bien couvrir les pauvres, et les autres ?**

L'intervention majorée scinde les usagers en « ordinaires » et « préférentiels ». Les premiers cotisent plus et reçoivent moins en retour que les seconds.

Dans un contexte où le recours à l'assurance privée est de plus en plus évoqué, cette division n'est pas anodine. Assurés dans des compagnies privées leur offrant une meilleure couverture, les « bons cotisants » soutiendront une diminution de leur contribution à la solidarité (via des mécanismes progressifs, à commencer par la déductibilité de leurs primes d'assurance privée). La pente naturelle mènera à accroître la part privée de la protection et à ne maintenir dans la solidarité que les mauvais risques, c'est-à-dire les gros consommateurs et faibles cotisants. Le risque est réel de dériver vers un système où un socle de soins minimaux accessible à tous (sur un mode plus charitable et

sécuritaire que solidaire) cohabitera avec des assurances privées accessibles aux seuls nantis et couvrant les autres risques.

L'effet Matthieu

« Les classes sociales supérieures ont tendance à bénéficier proportionnellement mieux des avantages de la politique sociale que les classes défavorisées ». C'est ainsi, dans un article célèbre, que le professeur Deleeck caractérise ce qu'il nomme l'effet Matthieu en citant l'Évangile de Matthieu : « car à celui qui a, l'on donnera, et il aura du surplus ; mais à celui qui n'a pas, on enlèvera même ce qu'il a ».

Pierre Ansay, Dictionnaire des solidarités.

Le modèle solidaire où chacun a accès aux soins selon ses besoins et y participe selon ses moyens risque de mal s'accommoder d'une explosion des « préférentiels ». L'extension du statut VIPO est déjà le second pas dans cette direction ! Le premier pas a eu lieu il y a quelques années, quand l'augmentation du ticket modérateur a frappé significativement les assurés ordinaires. Hier, les « bons cotisants » se sont vus moins remboursés, aujourd'hui, les « mauvais » cotisants sont mieux remboursés. Le fossé s'élargit. Au nom de la justice sociale certes, mais en renforçant une fracture sociale.

A priori, seul un système « égalisé » par le haut - même remboursement pour tous, le plus élevé possible - peut éviter cette dérive. Utopie ? ●

Si vous désirez en savoir davantage, la Commission communautaire française édite et actualise régulièrement une brochure en exposant tous les détails : « L'accès aux soins de santé : un droit pour tous ». On peut également s'adresser à Solidarités Nouvelles pour toute information juridique.

*Commission communautaire française, Service santé,
boulevard de Waterloo 100-103 à 1000 Bruxelles.
Téléphone : (00) 32 2 542 82 11 et Fax : (00) 32 2 542 83 90.*

*Solidarités Nouvelles Bruxelles
rue de la Porte Rouge 4 à 1000 Bruxelles
Téléphone : (00) 32 2 512 71 57 et Fax : (00) 32 2 512 02 90.*

Accès aux soins, an 01 des réformes

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.*

Comment la réforme de l'accès aux soins est-elle mise en action sur le terrain ? Est-il possible d'en apprécier l'impact pour les usagers ? A moins d'un an de l'application de la réforme, aucun chiffre n'est encore disponible, mais les associations représentant les démunis ou travaillant avec eux se sont réunies fin 1998 au Centre de l'égalité des chances pour échanger leurs premières réactions.

Points positifs

Le maintien du principe de la cotisation, même si le montant en est minime, quasi symbolique ou nul pour les démunis, est considéré comme une bonne chose : le risque de dégradation de l'assurance vers l'assistance est évité.

Sur le plan pratique, la suppression des délais et stages d'attente ainsi que la simplification du système (les cinq anciens régimes ne sont plus que deux : les indépendants et tous les autres) débloquent nombre de situations pénibles. Il en va

Franchise sociale :

l'assurance soins de santé intervient à 100 % de la base de remboursement dès le moment où au cours de l'année, l'ensemble des interventions personnelles prises effectivement en charge par le bénéficiaire atteint 15.000 francs. La franchise sociale est accessible aux bénéficiaires de l'intervention majorée, aux chômeurs complets depuis six mois, aux personnes ayant droit au revenu garanti pour personnes âgées, aux minimexés...

Franchise fiscale :

l'assurance soins de santé intervient à 100 % de la base de remboursement dès le moment où en cours d'année les interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire atteint un montant de référence variant en fonction du revenu du bénéficiaire durant cette année. Tous les contribuables bénéficient de cette franchise.

Ne comptent pas dans le calcul des franchises : les médicaments, les frais d'hébergement en maison de repos et de soins, en habitation protégée, en home provisoire, en maison de soins psychiatriques, les frais d'hospitalisation à partir du 91^{ème} jour en hôpital général ou du 365^{ème} en hôpital psychiatrique.

de même de la prise en compte de l'adresse de référence au CPAS, bien que sa mise en application se heurte à de nombreux obstacles.

Globalement les mesures donnent satisfaction et plutôt que de les critiquer, les associations se sont exprimées sur ce qu'il reste à faire.

Les soins « ambulatoires »

Le ticket modérateur reste lourd pour les moins aisés... et ne modère pas les dépenses des plus aisés qui le neutralisent avec des assurances... C'est lors de soins palliatifs à domicile que le ticket modérateur est le plus insupportable. Par rapport à l'hospitalisation, les soins à domicile restent toujours aussi peu accessibles et sont pénalisés. Inabondables aussi la logopédie, les soins dentaires, la kinésithérapie, la psychothérapie, les maisons de repos, la prévention (vaccins non remboursés, etc.)... et les frais funéraires.

Le système des franchises ne compense que très imparfaitement les tickets modérateurs.

La franchise fiscale ne concerne que les revenus suffisants pour être imposés... et intervient deux ans après la dépense.

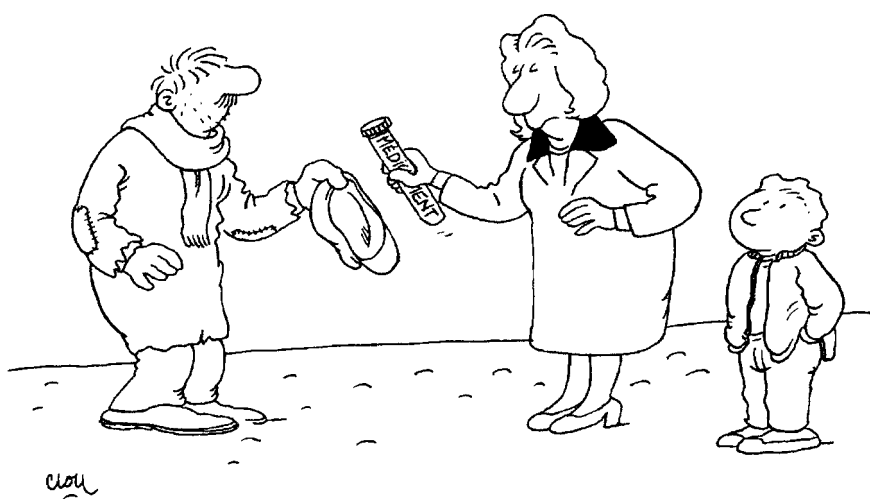
Le plafond de la franchise sociale est trop élevé. Et surtout, les montants payés en pharmacie, un des postes les plus lourds, ne sont pas pris en compte dans ce calcul.

Actuellement le tiers payant est interdit en ambulatoire sauf en cas de détresse financière et pour les bénéficiaires de l'assurance majorée. Ces exceptions sont insuffisantes, beaucoup de gens sont arrêtés par le fait d'avancer l'argent des soins. Le tiers payant devrait être réinstauré dans les soins ambulatoires et ses procédures, considérées comme difficiles par le soignant isolé, simplifiées.

L'hôpital

Les acomptes hospitaliers et les suppléments restent prohibitifs.

On cite des cas de refus d'admission à l'hôpital de patients « endettés » (certains listings porteraient la mention « rayé à vie » en regard du nom de ces mauvais payeurs) ou encore des mesures de rétorsion (rétention de la carte d'identité par



exemple). Les personnes victimes de ces agissements réagissent peu : l'information sur leurs droits doit être développée.

Les situations limitrophes

Effet pervers de la catégorisation : ceux dont les revenus sont justes au-dessus de la barre-plafond sont mal lotis. Ainsi certains chômeurs auraient intérêt à devenir minimexés : ils y gagneraient en cas de maladie ! *Le régime préférentiel ne devrait pas être accordé selon le statut (accessible aux minimexés et pas aux chômeurs) mais selon le niveau de revenus, quelle qu'en soit la source.*

La transparence des coûts

La transparence des coûts laisse à désirer : le patient ne sait pas s'il paiera toute la somme, ou seulement le ticket modérateur, et il ne connaît pas les montants. De même, il lui est difficile de savoir dans la réalité quel soignant est conventionné.

L'accès au médicament

Un certain nombre de personnes n'ont pas réellement accès aux traitements médicamenteux prescrits. Des patients retardent leur passage à la pharmacie, d'autres sélectionnent les médicaments sur base de critères financiers. Cette situation suscite diverses questions.

Il existe parmi les médicaments non remboursés

des produits ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur utilité : les anti-douleurs et antipyrétiques comme l'aspirine, les désinfectants, les produits traitant les poux ou la gale... Quoique relativement peu coûteux, l'achat de ces produits peut s'avérer inabordable, par exemple pour une famille avec de nombreux enfants. On devrait envisager le remboursement de ces produits pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée.

Les listes de médicaments que les CPAS acceptent de prendre en charge diffèrent d'un CPAS à l'autre. Le cas de Bruxelles est caricatural, les médicaments accessibles variant « tous les deux ou trois kilomètres ». Une harmonisation est plus que souhaitable.

L'information des patients laisse à désirer. Peu de gens savent à combien se montera la note en entrant dans une pharmacie, incertitude qui en fait reculer plus d'un ou entraîne des sélections irréfléchies dans la prescription, d'autant que le prix des médicaments, et surtout des nouveaux produits, s'accroît rapidement. Trop souvent encore, les prescripteurs sont peu conscients des montants qu'ils imputent à leurs patients, malgré les campagnes de sensibilisation à ce problème. Des mesures améliorant la clarté des prix sont nécessaires.

La dignité, la reconnaissance

Au-delà de la difficulté à connaître et à faire reconnaître ses droits, c'est la reconnaissance de leur dignité que réclament les démunis. Plusieurs associations expriment leur sentiment que le

caractère contraignant des lois n'est pas respecté et qu'il n'y a que peu de recours pour eux. C'est entre autre dans les rapports avec les CPAS que se manifestent les discriminations. La liberté de choix du médecin n'y est pas respectée : dans de nombreuses communes, les soins ne sont couverts que si on s'adresse au(x) médecin(s) et hôpitaux reconnus par le CPAS. Les sans abris se heurtent à des tracasseries administratives ou à des querelles de compétence pour y faire admettre leur adresse de référence.

Le sentiment que les usagers ne peuvent jouer qu'un rôle passif dans les soins de santé est de moins en moins bien supporté. Une représentation des consommateurs de soins auprès de l'INAMI permettrait peut-être de faire évoluer les logiques institutionnelles.

Les obstacles non financiers

Les associations regrettent que le politique ne prenne davantage en compte les obstacles non financiers pourtant longuement explicités dans le Rapport sur la pauvreté. Les exemples abondent : difficulté d'obtenir des gardes d'enfants quand les parents sont malades, difficultés de dialogue avec les soignants ou les intervenants sociaux...

La politique d'accès aux soins devrait prendre en compte aussi les aspects préventifs, ouvrir la population défavorisée à une culture du bien-être...

Les associations rappellent que accès aux soins ne signifie pas accès à la santé et que le combat contre les inégalités en amont demeure primordial. ●

« Pour conclure, il nous semble essentiel de rappeler qu'une politique d'accès aux soins ne prend pleinement son sens que si elle se complète de mesures prenant en compte les obstacles non financiers : par exemple en prévoyant des possibilités de garde d'enfants pour les parents hospitalisés ou malades, des services d'aides familiales suffisamment nombreuses et bien formées.

Il faut tenir compte aussi des obstacles non-matériels, en particulier les difficultés de dialogue entre personnes généralement issues de « mondes » très différents. Les mesures « techniques » ne prendront leur pleine efficacité qu'à la condition de développer simultanément la formation des prestataires de soins et des intervenants sociaux, afin d'optimiser leurs capacités à comprendre la situation des personnes en situation de pauvreté, d'en tenir compte, et d'établir un dialogue positif avec elles.

Une politique d'accès aux soins doit aussi se greffer sur une politique préventive, non seulement par une « éducation à la santé » au sens classique (accessible !) mais aussi en ouvrant la population la plus défavorisée en toute une « culture du bien-être » : développer moyens et méthodes qui permettent aux personnes de prendre conscience de leur propre valeur, de leur dignité, de leur droit à être « bien dans sa peau, bien dans sa tête » au même titre que tout être humain.

Enfin, une politique de santé ne peut que s'intégrer dans un ensemble qui garantisse à chacun les moyens de vivre dans la dignité et de préserver son capital santé : un logement décent, un emploi reconnu, des revenus suffisants, la possibilité de construire des relations positives, etc. La garantie de ces droits fondamentaux est de la responsabilité de l'État et ne peut reposer sur la seule initiative des CPAS.

La réalisation de ce présent Rapport a mis en évidence l'aspect indispensable de la participation des personnes en situation de pauvreté pour une meilleure connaissance des situations, l'élaboration de propositions, l'évaluation des mesures prises. Une telle participation exige un investissement en temps, en formation mutuelle, en personnes engagées durablement, à leurs côtés, pour les soutenir ».

Conclusion du Rapport général sur la pauvreté de 1994



Les personnes en séjour illégal

L'accès aux soins pour les personnes en séjour illégal est partiellement garanti par l'arrêté royal du 12 décembre 1996. Qu'en est-il réellement sur le terrain ? Santé conjugquée a rencontré Ellen Druyts, assistante sociale au Medisch steunpunt mensen zonder papieren de Bruxelles.

Ellen Druyts : Le Point d'appui des personnes sans-papiers aide les accompagnateurs des personnes en séjour illégal à obtenir leurs droits élémentaires et assiste ces personnes « dans une optique réaliste » c'est-à-dire dans une perspective de séjour en Belgique ou de retour au pays d'origine, ou dans un autre pays où ils pourraient séjourner légalement. Dans le top dix des besoins de ces personnes, les soins médicaux arrivaient en deuxième position, derrière les questions de régularisation du séjour et devant l'accès au logement. C'est pour cela qu'en décembre 94, sous l'impulsion du ministre Vic Anceaux, s'est constitué le point d'appui « médical » aux personnes sans-papiers, subsidié par la Commission communautaire néerlandophone (CoCoN/VGC). Nous étions la première asbl subsidiée par le gouvernement pour aider les personnes en séjour illégal...

● **Santé conjugquée : Quel est le rôle du point d'appui « médical » ?**

Notre travail comporte deux volets. D'une part garantir que les personnes sans papiers aient accès aux soins, et développer un réseau de prestataires prêts à soigner ceux qui n'ont pas accès à l'aide médicale urgente. D'autre part, guider et accompagner les personnes en séjour illégal dans leur choix d'une perspective de séjour réaliste.

● **Si nous comprenons bien, malgré l'arrêté royal qui oblige les CPAS à couvrir les frais de l'aide médicale urgente, il y a encore des personnes en séjour illégal qui n'y ont pas droit ? Dans quelle genre de situation ?**

Souvent il s'agit de personnes ayant peur du CPAS. Parfois les délais administratifs sont trop

longs : quelqu'un qui a besoin de médicaments ne peut pas toujours attendre un accord du CPAS. Certaines prestations ne sont pas assurées, par exemple les lunettes. Nous avons ainsi reçu plus mille cinq cent demandes de ce type en 1997.

Dans d'autres cas, il y a des problèmes avec le CPAS ou avec le médecin.

● **Les médecins posent problème ?**

Nombre d'entre eux ne sont pas correctement informés de la procédure d'aide médicale urgente ou ignorent que la notion d'aide médicale urgente couvre bien plus que l'urgence classique. Ils hésitent parfois à appliquer la procédure qui est lourde.

La notion « aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal » dépasse le concept habituel de l'urgence et inclut des soins curatifs, préventifs et de postcure. L'idée d'urgence n'est pas une question de minutes ou d'heures, mais inclut tout ce qui a son importance pour « protéger l'intégrité physique et psychologique » de la personne. C'est le dispensateur de soins qui atteste de l'urgence, comprise au sens large, chronologique : un soin est urgent s'il est nécessaire pour protéger l'intégrité physique et psychologique de l'intéressé ou s'il y a danger pour la santé publique. L'aide peut être prestée tant en ambulatoire qu'en institution.

● **Dans votre brochure, vous conseillez aux prestataires d'établir un contrat avec les CPAS, de préférence à l'avance, pour se faire rembourser. Comment cela se passe-t-il ?**

La plupart des CPAS de la Région bruxelloise refusent ce contrat. Ils préfèrent renvoyer le patient à leurs médecins et partenaires agréés et pour des raisons pratiques ne veulent pas élargir leur réseau. Quand il y a un hôpital privé sur le territoire du CPAS, ils y font transférer les patients hospitalisés ailleurs, ce qui résout quelques cas. Il y a cependant le problème des ambulances qui, en cas d'accident, doivent emmener la personne dans l'hôpital le plus proche. Si cet hôpital « n'est pas CPAS », il se trouve souvent avec une facture non remboursée.

Medisch steunpunt mensen zonder papieren : Point d'appui des personnes sans-papiers.

● **Les CPAS éprouvent-ils des difficultés à financer ces soins ?**

Au ministère de la Santé publique le responsable en la matière m'assure que le CPAS est payé dans les trois mois. Le CPAS paye ensuite les prestataires de soins, mais ces derniers disent que cela peut prendre beaucoup de temps. Chaque commune a son autonomie. Les problèmes se situent davantage entre CPAS et prestataire de soins qu'entre administrations.

● **Sur le terrain, avez-vous l'impression que les personnes sans-papiers sont au courant de leurs droits et les utilisent ?**

Beaucoup ne connaissent pas bien leur droit ni la procédure. De plus, le CPAS est une institution officielle et les sans-papiers ont peur de la divulgation d'informations à la police ou à l'Office des étrangers. S'ils demandent une aide médicale au CPAS, on leur pose beaucoup de questions et... ils doivent prouver qu'ils sont en séjour illégal, qu'ils n'ont pas de moyen financier, pas d'aide de l'entourage. Ils ont peur que les personnes qui les accueillent soient obligées de payer pour eux et ne donnent donc pas leur adresse.

● **Est-ce que vous avez des échos de dérapages, d'informations qui « s'égarer » ?**

A ma connaissance, pour l'aide médicale urgente, il n'y a pas eu de problèmes à Bruxelles. Certains CPAS contactent l'Office des étrangers pour savoir si la personne est vraiment en séjour illégal, mais pour garantir la confidentialité, ils ne doivent pas mentionner l'adresse de cette personne.

● **Pourquoi le CPAS contacte-t-il l'Office des étrangers ?**

Il y a trois conditions pour que l'arrêté royal soit d'application : être en séjour illégal, ne pas avoir assez de moyens financiers et présenter une attestation d'aide médicale urgente écrite par un médecin reconnu. Officiellement, seul l'Office des étrangers peut dire s'il y a séjour illégal mais le CPAS peut le constater lui-même si le demandeur n'a pas de papiers officiels. En ce qui concerne le manque de moyens financiers, seul le CPAS peut en faire le constat. Attester le besoin d'aide médicale, c'est le rôle du médecin reconnu. Souvent le CPAS juge que

l'attestation n'est pas valable, mais ce n'est pas de sa compétence. Il n'a pas le droit de contester la validité de l'aide médicale urgente.

● **Des prestataires font-ils appel à vous ?**

Oui, surtout pour des éclaircissements sur la procédure d'aide médicale urgente. Ou pour savoir si on peut régulariser une situation en cas de maladie grave. Il existe une procédure de régularisation pour des raisons humanitaires et une autre procédure de prolongation de séjour.

La prolongation peut être décidée avec des éléments médicaux.

Pour une régularisation, l'aspect médical n'est qu'un des éléments de l'aspect humanitaire. On tient compte des éléments d'intégration : démarches de déclaration, durée du séjour illégal (par exemple dans la procédure d'asile), scolarisation des enfants, inscription comme membre d'un organisme social et on ajoute l'élément médical. On ne peut pas dire qu'une maladie grave seule peut légaliser la situation, il faut un ensemble d'éléments.



● **Comment pouvez-vous aider les personnes qui ne rentrent ni dans un cadre ordinaire, ni dans celui de l'arrêté royal ?**

Le Steunpunt médical dispose d'un fond médical alimenté par la CoCoN utilisable



quand la personne n'a pas de mutualité et n'est pas en situation de bénéficier de l'arrêté royal d'aide médicale urgente ou d'une aide du CPAS. D'autre part, nous avons créé un réseau de prestataires de soins qui acceptent de collaborer avec nous pour 50 à 100 % du tarif conventionnel. Le Steunpunt médical peut garantir 50% du tarif de nomenclature (100% pour des médicaments ou du matériel médical) avec un plafond de quatre vingt mille francs. Avec la contribution du patient, nous pouvons arriver à 60, 80 ou 100 % de la somme.

● Comment s'organise ce réseau d'aide ?

Ce réseau se compose d'institutions de soins, de maisons médicales, médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes. Il y a aussi des pharmaciens à qui ont paye toujours 100 % et un laboratoire qui travaille à 50 %. Beaucoup de prestataires de soins ne nous renvoient pas la facture, ils laissent tomber les frais de la consultation. Nous souhaitons disposer d'un large réseau pour répartir les frais et la charge de travail, mais aussi alimenter le débat de société sur l'accès aux soins des personnes en séjour illégal.

● Avez-vous assez de collaborateurs ?

Oui et à chaque niveau, hôpitaux, médecins généralistes... En fait, nous employons davantage notre énergie à envoyer les gens dans le circuit « normal » qu'à élargir notre réseau. Les priorités sont de faire assumer les soins d'abord par les mutualités, puis de faire jouer l'arrêté royal en cas d'échec, et si rien ne marche il reste notre réseau qui constitue donc un filet de rattrapage.

● Comment accompagnez-vous les sans-papiers ?

Le contact privilégié se noue avec l'accompagnateur des sans-papiers (ami, fiancé, propriétaire, ancien patron, voisin, ou professionnel, ...). Nous leur donnons l'information au sujet du problème concret, sur l'aspect d'accès aux soins, sur la perspective réaliste de régularisation ou de retour : aide dans les démarches et aussi informations sur le suivi médical possible dans le pays d'origine. Pour obtenir une prolongation, le médecin doit attester que les soins ne sont pas possibles dans

L'aide aux mineurs en séjour illégal ayant une maladie chronique. Une recherche action *Christine Faure, collaboratrice du Medisch steunpunt mensen zonder papieren.*

En novembre 98, le Point d'appui médical des personnes sans-papiers a entamé une recherche action d'un an sur l'aide aux mineurs d'âge en séjour illégal ayant une maladie chronique. Le but est de formuler des propositions concernant l'accès aux soins pour les mineurs et les personnes en séjour illégal, et aussi de stimuler le débat général sur l'accès aux soins de santé.

La recherche vise à développer une vision globale des circonstances de vie des mineurs et de l'impact du séjour illégal sur leur état de santé. Nous voulons explorer le lien entre séjour illégal et maladie chronique : dans quelle mesure la maladie a été le motif pour venir ici, ou est un obstacle au retour, quel est l'impact du séjour illégal sur le développement de la maladie, quelle prévention développer ? Ces questions touchent tous les illégaux, mais il y a des spécificités propres aux enfants : l'impact de la maladie sur leur développement, leur dépendance vis-à-vis des adultes pour l'accès aux soins, l'aspect de santé publique car ces enfants vont à l'école...

Nous collaborons avec des institutions : les services de pédiatrie des hôpitaux Reine Fabiola, Saint-Pierre et AZ-VUB, l'Office national de l'enfance, Médecins sans frontières, etc. Nous leur proposons de remplir un questionnaire quand la situation se présente. Il faut écouter les organismes médico-sociaux, entendre leur point de vue sur les problèmes fondamentaux et voir quelles solutions ils suggèrent.

Et ceci pas seulement pour faire un constat mais pour formuler en octobre 99 des propositions concrètes de changements structurels et stimuler le débat sur le droit aux soins de santé pour chacun indépendamment du statut de séjour. Ce projet est un catalyseur...

On espère un enregistrement de cent cas mais on arrivera à plus car on est déjà à cinquante cas actuellement (L'interview a été réalisée en février 99). La récolte se clôturera fin août et le rapport est prévu pour octobre.

Chaque prestataire de soins confronté à un problème d'accès aux soins relatif à un enfant atteint de maladie chronique est invité à nous le signaler.
Téléphone : (00) 32 2 512 93 80

leur pays mais comment le savoir ? Une banque de données concernant les soins disponibles et l'accès aux soins dans le pays d'origine permettrait d'évaluer la demande de régularisation ou d'aider à avoir un suivi correct en cas de retour. Nous souhaitons que l'initiative de créer cette banque de données soit prise ailleurs, et que la gestion en soit confiée à une autre asbl, avec laquelle nous collaborerions.

Le CPAS a pour mission de fournir l'aide médicale urgente aux sans-papiers. Il ne rentre pas dans ses compétences de juger de la légalité ou de l'illégalité du séjour de l'étranger. Les frais engagés par le CPAS peuvent être remboursés par le ministère de la Santé publique pour autant qu'un certificat médical atteste de l'urgence des soins fournis.

C'est le CPAS du territoire où l'aide a été apportée qui couvre les frais des soins dispensés. Le CPAS peut s'engager par une convention d'aide médicale urgente vis-à-vis de certains dispensateurs ou établissements de soins. Cette procédure offre une sécurité juridique garante d'une dispensation de soins corrects. Il est dès lors recommandé que les prestataires portant aide à un illégal contactent le CPAS le plus rapidement possible.

Le secret médical s'applique aussi aux sans-papiers. Des garanties supplémentaires sont même prévues pour que les données ne puissent être utilisées hors du champ des soins.

● **Concrètement, dans la plupart des cas, un suivi réel ne sera pas possible en cas de retour au pays ...**

Beaucoup de personnes veulent retourner mais le problème médical les arrête. Cela dépend aussi de leur lieu d'habitation et des moyens financiers.

● **Beaucoup de gens reçoivent l'ordre de quitter le territoire et ne le font pas. Est ce qu'ils recourent aussi à l'arrêté royal ? Ces gens savent qu'ils peuvent vivre ici longtemps sans problèmes mais que s'ils font une démarche administrative, on risque de les retrouver.**

Il est très important que l'accompagnateur ou l'intermédiaire essaye de donner confiance dans la procédure d'aide médicale urgente à ces personnes. ●

L'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal est régie par l'arrêté royal du 12 décembre 1996. Explications détaillées, cas particuliers, modèles de convention, adresses utiles et textes légaux sont disponibles dans une brochure que l'on peut commander au Medisch steunpunt mensen zonder papieren, BP 11 à 1000 Bruxelles-24.
Téléphone : (00) 32 2 512 94 00 et
Fax : (00) 32 2 502 88 16.



Les généralistes face aux patients en situation illégale

Ruth Putseys, une étudiante gantoise, a interrogé cinquante médecins généralistes de la région d'Anvers sur leur attitude lorsqu'ils reçoivent des patients en situation illégale.

Une bonne surprise : tous dispensent les soins nécessaires à ces patients. Et un étonnement : aucun ne recourt à la procédure d'aide médicale pour les patients en situation illégale prévue par l'arrêté royal. Procédure qui, rappelons-le, permet de les soigner en toute circonstance de la même manière que n'importe quel patient.

Près de 40 % des généralistes se font payer au tarif plein... Mais deux tiers d'entre eux rédigent une attestation de soins sous un autre nom que celui du patient. Les 60 % restant bradent les prix, et parmi eux, un tiers ne se fait rien payer.

Même genre de bricolage pour les médicaments. La moitié des médecins fournissent des échantillons et il y en a autant qui rédigent des prescriptions sous un autre nom... souvent sans avoir le sentiment de faire un faux.

L'étude est de portée limitée : elle décrit le comportement d'un petit nombre de médecins (50) dans une zone circonscrite (Anvers). Elle met néanmoins en évidence une attitude individualiste que d'autres études ont déjà relevée. Individualisme quasi caricatural puisque les médecins préfèrent se mettre eux-mêmes dans l'illégalité plutôt que de faire appliquer le droit aux soins reconnu pour les illégaux. Méconnaissance de l'arrêté royal ? Méfiance quant à la confidentialité ? Répugnance aux démarches administratives ? Sans doute ces hypothèses recèlent-elles toutes leur part de vérité.

Cette attitude permet de faire face à la *bobologie* courante mais ne peut se justifier de manière systématique. Quelle est la qualité des diagnostics posés quand le recours aux examens techniques est évité à tout prix ? Quelle est la qualité des traitements bricolés avec des échantillons ? Quelle est la qualité du suivi des pathologies lourdes ou chroniques ? Quelle est la qualité de la relation quand le patient en situation illégale est soigné grâce à des « petits arrangements », et donc renforcé dans son état de « non-droit » ? Peut-il dans ce climat se sentir stimulé à poursuivre une

démarche de santé, quand il lui est signifié qu'il dépend de la générosité du médecin, qu'il devra affronter à chaque nouveau contact l'obligation des rester dans ses bonnes grâces ?

Comment percevra-t-il la nécessité de soigner des problèmes de santé peu invalidants mais qui peuvent être graves s'ils sont négligés (on songera par exemple à la difficulté de faire suivre un traitement de six mois pour un virage tuberculeux dont le patient ne ressent aucun symptôme) ?

Dans certains cas, cette gestion « en une consultation » n'est-elle pas une manière de se débarrasser au plus vite de patients difficiles, incompréhensibles, dérangeants, voire ressentis comme dangereux ?

Et, in fine, combien de temps ou pour combien de patients le médecin supportera-t-il de payer de sa personne : l'abnégation et les échantillons ont en commun d'être disponibles en stock limité !

L'application de l'arrêté royal devrait permettre de dispenser des soins « normaux », de qualité, dans une relation non discriminante. Souvent le patient illégal (en général clandestin) ignore ses droits, perçoit difficilement les modes de fonctionnement locaux, fuit les institutions, dépend de toute une série d'intermédiaires pour le renseigner, l'accompagner, traduire... et tous ne sont pas désintéressés ! Dans ce contexte, c'est au médecin à réunir les conditions pour que le patient se soigne correctement. L'arrêté peut l'y aider.

Pour promouvoir le recours à l'arrêté, il faudra viser plusieurs objectifs : informer encore et toujours les médecins, simplifier et accélérer les procédures, garantir la confidentialité, sensibiliser les CPAS aux difficultés rencontrées par les médecins et donner à ces derniers une meilleure confiance dans les institutions,... Loin de n'être qu'une mesure technique, l'aide aux illégaux se révèle un travail de transformation des mentalités. ●

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.

Dieudonné, sans-papiers, est diabétique

Véronique Melis,
avocate.

« Docteur, l'avocat demande un papier... pour mon séjour »

Alors, info ou intox ?

Dieudonné est congolais, en séjour précaire ou provisoire ou même déjà illégal mais il est malade, vraiment. Il suit un traitement en Belgique, lourd, ou long, ou délicat, ou sophistiqué.

Nos gouvernants, davantage séduits par des réponses simplistes aux problèmes de société complexes, voudraient bien le renvoyer chez lui parce que Dieudonné va coûter cher à l'Etat, c'est sûr. Mais voilà. Il y a ces textes, au contenu irritant, que la Belgique a votés, signés, ratifiés : le droit à la vie, le droit constitutionnel à la santé, à la dignité, le droit au respect de l'intégrité physique, le droit à ne pas subir de traitement inhumain et dégradant...

L'avocat peut les plaider, mais seuls les médecins peuvent déterminer si l'expulsion de leur patient vers son pays d'origine porte, ou risque de porter atteinte, à sa vie, à sa santé, à la continuité des soins qu'il nécessite.

« Docteur, l'avocat demande un papier... pour mon séjour »

Soyons clair : le débat entre l'Office des étrangers, l'étranger ou son avocat, et les médecins, ne porte jamais, ou exceptionnellement, sur la pathologie elle-même, le diagnostic médical.

L'enjeu de la discussion est la possibilité, ou non, d'une poursuite adéquate des traitements dans le pays d'origine.

Dans la négative, Dieudonné doit recevoir une prolongation de son séjour en Belgique.

Qui peut l'aider et comment ?

D'abord et surtout son **médecin traitant**.

En remplissant le certificat médical-type de l'Office des étrangers, qui servira de base à la demande de séjour médical.

Il appartient à l'étranger, donc aussi à son médecin, d'établir l'ensemble des circonstances justifiant que son état de santé et la situation sanitaire dans son pays d'origine imposent la poursuite des traitements en Belgique.

Une réponse précise *et* argumentée aux trois

dernières questions du formulaire-type est donc essentielle :

6. les soins peuvent-ils être continués dans le pays de provenance ?
 - exigent-ils la présence constante d'un membre de la famille ou d'un tiers auprès du malade ?
 - l'affection empêche-t-elle le malade de se déplacer ?
7. le malade peut-il voyager ?
8. *avis médical concernant le retour en pays de provenance.*

L'avis médical requis porte donc bien sur l'accessibilité des soins, mais cette fois dans le pays d'origine.

Cette notion est entendue dans son acception large : l'(im)possibilité doit tenir compte non seulement de l'existence de l'infrastructure médicale et des médicaments disponibles sur place mais également des obstacles financiers, géographiques, voire politiques (discriminations ethniques ou sociales) qui entraveraient, *en l'espèce*, l'accès aux soins de santé adéquats et nécessaires, parfois vitaux.

La tâche du médecin traitant n'est donc pas de moindre importance, sans compter les problèmes d'ordre déontologique qu'elle ne manque pas de susciter.

La seule mention que « l'affection ne peut être traitée en Afrique » a été jugée insuffisante parce que trop vague et imprécise, et surtout trop générale, l'infrastructure médicale de l'Egypte n'étant pas forcément comparable à celle du Congo.

Les affirmations, même exactes et précises du médecin traitant, qui parfois reposent sur un fait aussi incontestable qu'un état de guerre civile ou sur ses propres connaissances des réalités locales, doivent être étayées par des sources probantes (documents scientifiques, articles de presse, rapports d'organisations non-gouvernementales ou d'institutions internationales, comme l'Organisation mondiale de la santé par exemple...) pour convaincre, si pas l'Office des étrangers, du moins les tribunaux, que la continuité des soins ne peut être garantie, *en l'espèce*, en cas de retour dans le pays d'origine.

D'autres intervenants, comme l'avocat, peuvent évidemment ici relayer la recherche d'informations.



Le dossier ainsi constitué sera soumis ensuite, pour avis, au **médecin-conseil de l'Office des étrangers**.

Avis généralement hâtif, rarement étayé, jamais contradictoire, certainement pas neutre puisqu'il est directement financé par le ministère, et souvent contraire à celui du médecin traitant.

Exemple : « *Après la réponse de notre ambassade à Kiev, et me basant sur l'étude du dossier et l'examen médical d'un médecin à Vilvoorde, je peux vous assurer que le retour vers le pays de provenance est possible et que les soins médicaux nécessaires sont disponibles sur place* », tel était l'avis du médecin-conseil de l'Office des étrangers dans le dossier d'une malade atteinte d'une affection thyroïdienne chronique ayant déjà nécessité, en Belgique, deux interventions chirurgicales.

Sur interpellation circonstanciée de l'avocat, avec l'aide du médecin de Bordet qui suivait la patiente depuis deux ans, la même ambassade à Kiev communiqua ultérieurement : « *Selon mes informations, ce genre de cancer est bien connu en Ukraine mais les médicaments sont difficiles à trouver. Pour les personnes qui ne sont pas fortunées, il est quasi impossible d'obtenir les médicaments dans les hôpitaux ou dans les pharmacies à cause des prix exorbitants. La gratuité des services est limitée aux soins les plus primaires et les malades sont obligés de fournir eux-mêmes les médicaments, les draps de lit et la nourriture. C'est une situation qui vaut pour toutes les maladies* ».

De l'art de poser les questions... de les bien poser, ou mal, selon la réponse qu'on en attend !

En présence d'avis médicaux contraires, l'étranger peut encore saisir les **tribunaux** pour demander la désignation d'un médecin-expert, chargé de procéder à une contre-expertise, celle du médecin-conseil de l'Office des étrangers ne présentant pas les garanties d'indépendance et d'objectivité suffisantes pour la mettre à l'abri de toute critique. Dans tout ce processus, préalable à la décision de l'Office des étrangers sur l'éventuelle prolongation de séjour de l'étranger malade, une collaboration étroite entre le médecin et l'avocat peut donc s'avérer utile et fructueuse.

Je dirais même, nécessaire.

Le « séjour médical » des illégaux, c'est-à-dire leur droit d'accès aux soins de santé en Belgique, toujours controversé, jamais débattu, reste une croisade, une entrée en résistance, lorsqu'il touche aux droits fondamentaux à la vie et à la santé.

Il appartient aux médecins et aux avocats, compétences réunies dans l'indépendance jumelle de leur profession, de s'inscrire comme acteurs privilégiés et incontournables de ce débat sociétal. ●

Une entreprise en pleine expansion: le CPAS

Interview de
Pierre De Proost,
chef du
département
« Affaires
sociales » du
CPAS de
Molenbeek-Saint-
Jean.
Monsieur De
Proost a répondu
à nos questions à
titre personnel et
ses propos
n'engagent pas le
CPAS de
Molenbeek-Saint-
Jean.

● **Voici dix ans que vous travaillez au CPAS de Molenbeek-Saint-Jean, avez-vous constaté une évolution dans la demande d'aide au plan des soins de santé ?**

Le nombre de personnes qui nous demandent des aides d'ordre financier s'accroît régulièrement. En ce qui concerne plus spécifiquement les soins de santé, notre public habituel, c'est-à-dire les bénéficiaires de l'aide sociale au sens large, est de tout temps en demande d'interventions pour des frais pharmaceutiques et des consultations médicales. Nous les aidons par un système de cartes médicales. Mais ce qui est frappant, c'est qu'en dehors de ces personnes, d'autres qui ont des revenus de remplacement (chômage, indemnité mutuelle, pension, ...) font maintenant appel à nous dans le but d'être aidées financièrement pour avoir accès aux soins. C'est une demande complémentaire : leurs revenus leur permettent de vivre mais pas d'accéder aux soins.

● **Pouvez-vous chiffrer l'accroissement de la demande d'aide pour les soins de santé ?**

Les outils statistiques enregistrent tous les types d'aide financière... sauf les interventions pour les soins de santé qui, pour une raison comptable, sont imputées par prestataire et pas par patient. Pour parler clairement, des usagers bénéficient de cartes médicales mais on ignore à quel point ils en font usage. Ce problème nous empêche d'évaluer notre politique d'aide. Il y a plus de deux mille titulaires d'aide régulière sur une population de 69.000 habitants. Un titulaire, cela représente une personne isolée, un couple ou une famille... soit bien plus de bénéficiaires ! Heureusement, nous avons moins de demandeurs d'asile que par le passé grâce au plan de répartition, donc moins d'hommes seuls.

Il suffit de franchir un pont pour passer du Petit Château (par où transitent des centaines de candidats réfugiés) à la commune de Molenbeek-Saint-Jean.

Il y a peu de familles nombreuses. Les familles d'origine maghrébine sont sous-consommatrices d'aide sociale, notamment en ce qui concerne l'aide aux personnes âgées qu'elles gardent à la maison plutôt que de les faire

admettre en maison de repos. Ce que l'on remarque avant tout, c'est l'isolement social et affectif des personnes qui font appel à nous : personnes seules ou avec enfant, situations de cohabitation en maison d'accueil, etc.

● **Les personnes dont le budget bascule dans le rouge en cas de pépin de santé accèdent-elles facilement à une carte médicale ?**

Il y a des critères à remplir et un examen individuel du cas. L'octroi de la carte est automatique pour celui qui bénéficie de l'aide sociale au taux complet, c'est-à-dire pas en complément d'une autre ressource. Les autres situations sont vues au cas par cas, selon le niveau des ressources par rapport au minimex et selon les besoins de soins de santé de la personne.

Mais « carte médicale » ne signifie pas accès aux soins de santé sans problèmes.

Dans certains CPAS, la carte médicale permet de consulter n'importe quel généraliste de la commune, dans d'autres le patient ne peut recourir qu'aux médecins agréés par le CPAS. Autre exemple, la carte médicale ne donne accès qu'aux médicaments remboursés par l'INAMI, qui seront soit gratuits, soit disponibles pour un ticket modérateur symbolique de dix ou vingt francs. Mais l'accès aux médicaments non remboursés par l'INAMI est limité dans tous les CPAS. Il y a donc des traitements pour lesquels le CPAS n'intervient pas ou peu.

● **Que ce soit dans la liberté de choix de son médecin ou dans la possibilité d'accès aux traitements, il persiste donc des inégalités entre les assurés ordinaires et les personnes dépendantes de l'aide ?**

Oui

● **La récente réforme de l'assurabilité a-t-elle modifié la demande d'aide pour les soins de santé ? Les gens s'en sortent-ils mieux ? Quelles ont été les répercussions sur le budget soins de santé du CPAS ?**

Les chiffres ne sont pas encore disponibles. Personnellement, je pense qu'il n'y aura pas d'impact financier au niveau du CPAS ni



d'économies dans les sommes que nous allouons pour la santé... Parce que - mais je peux me tromper - ces réformes ont facilité l'accès à l'assurabilité et non aux soins. Ce sont deux choses distinctes.

Il est beaucoup plus aisé qu'auparavant de faire en sorte qu'une personne soit assurée en soins de santé. Certaines situations restent difficiles : changements de régime entre salarié et indépendant, cas des personnes qui n'apparaissent pas au registre national.

On a donc une augmentation de l'accès à l'assurabilité, mais malheureusement, il faut le distinguer de l'accès aux soins, car l'organisme assureur n'intervient pas pour la totalité des frais. La part à charge du patient, le ticket modérateur reste un obstacle difficilement franchissable pour de nombreuses familles.

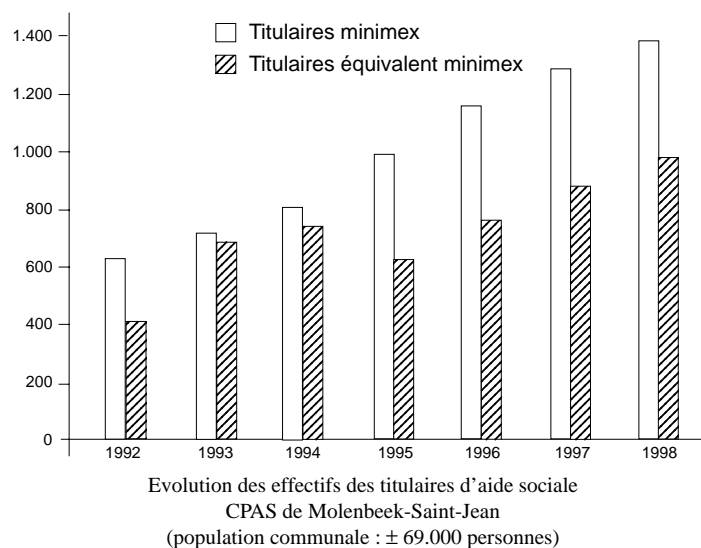
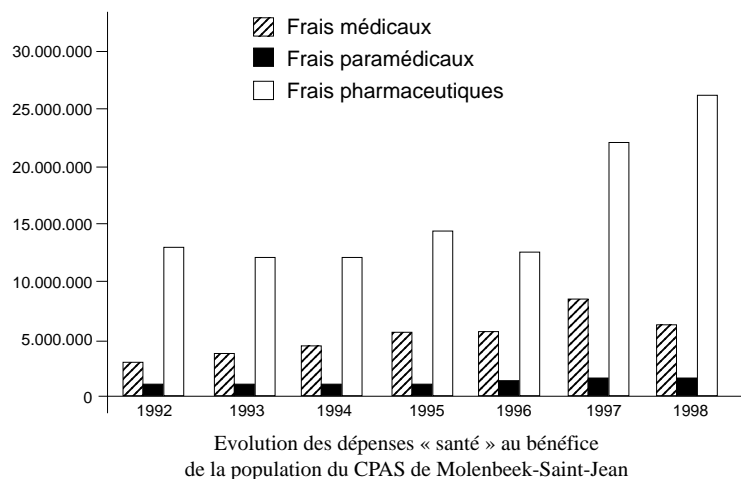
● **L'extension du statut VIPO, qui permet à ses bénéficiaires de profiter de remboursements plus avantageux, n'a-t-elle pas facilité l'accès aux soins ?**

Le minimum de subsistance pour une personne isolée tourne autour de vingt et un mille francs. Quand on connaît le prix moyen d'un loyer de qualité minimale à Bruxelles - et Molenbeek-Saint-Jean a les loyers les moins élevés de l'agglomération - une fois le loyer payé et le poste alimentation assuré, il reste très peu pour les autres postes dont celui de la santé. Les personnes retardent la visite chez le médecin, négocient pour les médicaments ou prennent le moins cher. Certaines personnes renoncent tout bonnement.

Nous essayons de décourager un recours systématique à la médecine hospitalière. Les personnes n'ont pas ou plus de médecin généraliste et vont d'emblée à l'hôpital via les urgences où l'on ne paie pas directement. En effet, lorsque nous demandons aux personnes qui font appel au CPAS quel est leur médecin habituel, nombreux sont ceux qui mentionnent l'hôpital Brugmann ou Saint-Pierre.

● **Comment le CPAS gère-t-il l'accès aux soins pour les sans-papiers ?**

Juridiquement, il existe un droit pour ces personnes à l'aide médicale, organisé par un arrêté royal considéré comme généreux et



progressiste parce le concept d'aide médicale urgente y est compris de manière très large, tant curative que préventive. Il faut dénoncer une tartuferie : ce droit se révèle dans la majorité des cas inefficace. Dans la réalité, il ne se traduit pas par un accès aux soins parce que le principe est que le CPAS sert de canal de transmission d'informations entre le prestataire de soins et le ministère de la Santé publique. Premier problème : le CPAS doit connaître la personne dite illégale ; or ces personnes se méfient de tout ce qui ressemble de près ou de loin à une administration. L'arrêté royal a beau dire qu'en aucun cas le ministère de la Santé

publique ne communique d'informations au ministère de l'Intérieur. C'est écrit noir sur blanc, mais vous pouvez toujours expliquer cela à une personne sans-papier ou sous le coup d'un ordre de quitter le territoire. De plus, le CPAS a toujours sa double nature de service social et d'administration de contrôle dont les agents, même les assistants sociaux, sont des fonctionnaires tenus à une série d'obligations.

la compétence au CPAS de la commune où la personne se trouve physiquement et pas à celui où elle est inscrite ; le terme de la loi est « se trouver » et pas résider, habiter. Règle générale qui connaît une série d'exceptions, notamment pour l'admission en maison d'accueil, en maison de repos ou en structure d'hébergement, où c'est la compétence du CPAS de la commune où vous êtes inscrit au registre et pas de celle où vous vous trouvez.

Il y a en outre des mesures dérogatoires pour les candidats réfugiés, les sans domicile fixe (SDF), les personnes radiées d'office... D'où la difficulté d'évaluer la mesure fédérale de possibilité d'avoir son adresse de référence dans un CPAS. La mesure n'est pas mauvaise mais partiellement inopérante. Par exemple, vous avez des sans-abri qui sont toujours inscrits quelque part, il faut attendre leur radiation d'office pour pouvoir les aider...

Soit nous sommes devant des demandeurs d'asile et ce sont des règles de compétences particulières aux demandeurs d'asile qui devraient s'appliquer. Soit ce sont des personnes sans-papiers mais pas demandeurs d'asile et à mon sens la règle générale de compétences devrait s'appliquer, c'est-à-dire la compétence du CPAS où

la personne se trouve. Selon le cabinet Peeters, c'est encore une autre compétence : pour ces personnes, « est compétent le CPAS de la commune où les soins sont prodigués ». Avec cette loi comme outil (c'est rare) ou comme arme, les conflits de compétences des CPAS sont légion car elle permet de multiples interprétations.

Il faudrait la revoir fondamentalement ou prévoir une instance administrative qui tranche les conflits de compétences avec une procédure comparable au référé en urgence et attribue la charge à tel CPAS quitte à ce que le fond du contentieux soit vidé par la suite. Cela n'existe pas et donc les CPAS y mettent de la mauvaise volonté ou pensent être dans le bon au niveau du droit administratif. Ils peuvent se rejeter la balle et l'usager se trouve là sans secours et renvoyé d'un CPAS à l'autre... C'est inacceptable.



● **Les CPAS ont effectivement un passé d'institution très moralisatrice...**

Dans certains cas, aussi un présent... L'erreur est d'instituer une administration comme transit obligé entre le médecin et le ministère. Toute une série d'intervenants nous disent que les personnes refusent de faire la démarche de venir au CPAS. Il y a des personnes qui croient être illégales mais ne le sont pas et ont encore droit à l'aide sociale... C'est une matière qui change tous les deux mois.

Deuxième problème : la compétence des CPAS... un casse-tête chinois pour le commun des mortels. La loi de 65 qui organise la compétence repose sur des concepts remontant au Moyen Âge : « Chacun ses pauvres, je ne m'occupe pas des pauvres du voisin » et surtout « Les pauvres qui bougent sont des pauvres dangereux ». La règle générale est d'attribuer



Le troisième aspect négatif marque la limite de la générosité de l'arrêté royal : l'aide médicale n'est pas un droit pour tous les illégaux, il faut d'abord que le CPAS vérifie que l'illégal est indigent. C'est une aberration totale...

● **L'accroissement de la demande d'aide médicale pose-t-elle des problèmes de financement aux CPAS ? L'aide pourra-t-elle être assurée dans l'avenir ?**

C'est d'abord une question de politique municipale. Le financement d'un CPAS a deux sources essentielles : l'Etat fédéral qui rembourse une série d'aide (100 % de l'aide aux candidats réfugiés, 50 % ou plus des moyens d'existence), et l'allocation communale, qui pour nous est vitale, mais est souvent considérée par l'échevin des finances comme une grosse dépense, à comprimer. Certains CPAS ont en outre d'autres ressources comme celles du patrimoine.

Lorsque vous confectionnez le budget de l'exercice à venir, il y a des choses que vous pouvez prévoir avec une marge d'erreur relativement faible : on peut estimer une tendance à la hausse des dépenses d'aide dans le contexte socio-économique connu. Vous pouvez aussi au niveau des décideurs faire le choix de développer des politiques particulières. Certaines communes considèrent leur CPAS comme un outil de politique sociale et essayent de répondre aux besoins de la population, c'est la version idyllique. Dans d'autres communes, on pense que le CPAS est une source de coût, peu rentable et qu'il faut lui consacrer peu d'argent. Dans la réalité, on se meut entre ces deux extrêmes selon la municipalité.

Pour répondre à la question, on ne maîtrise pas l'ensemble des paramètres. Les réformes d'accès à l'assurabilité auront un impact financier faible pour les CPAS (sauf pour les cotisations mutuelle) mais fort sur la situation administrative des gens qui font appel à nous. De la même manière, des réformes fédérales dans d'autres secteurs comme le chômage ont aussi des impacts financiers pour le CPAS. Je prends l'exemple des personnes sanctionnées en matière d'allocations de chômage : elles se retournent vers les CPAS. Il y a là un transfert de charge financière entre l'Etat fédéral et le niveau local. Ce sont des éléments qu'un CPAS

même très bien géré ne maîtrise pas : quelles seront les mesures de l'Etat fédéral l'année prochaine ? Autre exemple, les conflits en Europe qui font arriver des centaines d'exilés. En ce qui concerne les demandeurs d'asile, le plan de répartition administrative initié par monsieur Vande Lanotte soulage les CPAS mais cependant rien n'est résolu car c'est un non sens sur le plan de la gestion de la ville. Il y a cinq ans, le CPAS de Molenbeek-Saint-Jean avait quatre cent cinquante demandeurs d'asile à charge. Maintenant, on n'en a plus qu'une centaine grâce à ce plan de répartition, mais par contre ils sont toujours quatre cent cinquante ou plus qui habitent ici et qui sont à charge d'autres CPAS. L'accès aux soins pour ces personnes là est douteux. Les CPAS qui sont compétents ne nous contactent jamais pour un demandeur d'asile en règle de séjour pour le faire bénéficier de notre système local d'accès aux soins...

Il y a encore d'autres facteurs peu prévisibles comme les modifications de remboursement par l'INAMI...

● **Pour gérer ces situations de détresse, il faut un personnel motivé...**

On devrait pouvoir assurer une qualité minimale... alors que les assistants sociaux ont deux cents dossiers à gérer ! Si on trouve des moyens pour engager du personnel, il faut ensuite trouver ce personnel : les CPAS ont mauvaise réputation auprès des travailleurs sociaux, les conditions de travail sont minimalistes et il y a les sous-statuts. J'ai donc des emplois vacants.

Notre équipe est jeune, c'est un avantage, mais il y a une grande rotation du personnel. Et il faut compter avec l'investissement pour former et encadrer ces jeunes et avec l'absence fréquente des plus expérimentés souvent en maladie par surmenage.

Le plus gros problème est humain : hiérarchie lourde et motivation (administration et bilinguisme). Pour compléter le tableau, il y a de plus en plus de violence verbale et de moins en moins de respect.

Enfin, les assistants sociaux doivent connaître la législation, c'est difficile de leur faire accepter cela. Il faut être excessivement

*légaliste car c'est le rempart contre l'arbitraire de l'assistance publique dans un domaine comme celui-ci. La menace est constante de ne pas examiner vraiment les droits et d'envoyer le demandeur à une autre instance... Nous devons être des **légalistes humanitaires** !*

● **Les CPAS demain ?**

Je déplore que peu de CPAS développent des politiques actives. Il faudrait des investissements en personnel et en moyens, par exemple pour une politique d'éducation à la santé. Ne pas se contenter du système de réquisitoire ou d'agrément mais rencontrer les intervenants médicaux...

Ce n'est pas considéré comme prioritaire alors que c'est pertinent. Si cela devient une priorité, ce sera souvent pour contrôler les coûts et pas dans une perspective de santé publique. Dans le domaine de l'aide médicale, le contrôle est délicat, par exemple pour la confidentialité des données, et il y a peu de chances que la maîtrise des coûts rencontre les objectifs de santé publique.





Les CPAS: à nouvelles populations, nouvelles fonctions

*Dans un contexte de chômage de masse
et de croissance de l'exclusion,
cette vision des droits
comme droits compensateurs
d'un dysfonctionnement passager
(maladie, chômage de courte durée, etc.)
devient inadaptée.*

*Conçue pour traiter des situations appréhendées
comme des risques conjoncturels,
elle ne convient plus pour gérer des états
hélas plus stables.*

*Les phénomènes actuels de l'exclusion
ne renvoient pas aux catégories anciennes de
l'exploitation. Une nouvelle question sociale a
ainsi fait son apparition.*

Pierre Rosanvallon
« La nouvelle question sociale »

Il y a un peu plus de vingt ans, le législateur transformait les Commissions d'assistance publique en Centres publics d'aide sociale. Nous sommes donc passés de l'assistance à l'aide. Ce changement n'est bien entendu pas uniquement sémantique, c'est une véritable transformation de l'intervention sociale qui s'est opérée en complément de tout l'arsenal de la sécurité sociale.

Si la sécurité sociale reste le premier instrument de lutte contre la pauvreté, il convient de constater une évolution de la demande sociale hors du champ de la sécurité sociale dont les CPAS et les acteurs sociaux associatifs sont aujourd'hui le réceptacle.

Ainsi, depuis le début des années 90, l'activité des CPAS a fortement crû mais il a fallu repenser l'aide sociale face à une demande de plus en plus diversifiée. Cette évolution de la demande sociale a amené les CPAS à développer des actions sociales visant à rencontrer des problèmes plus aigus et des besoins plus spécifiques ; ces actions sortent du cadre strict de l'octroi de l'aide financière légale (minimex ou aide sociale) minimale mais indispensable¹.

Cette nouvelle action sociale se situe principalement autour des trois problèmes essentiels que vivent les personnes qui s'adressent à nous : la difficulté de trouver un logement adapté aux revenus et aux besoins, le surendettement et la

recherche d'un emploi. Des services d'aide à la recherche d'un logement, des cellules de médiation de dettes et surtout des services d'insertion professionnelle occupent donc, aujourd'hui, une part importante de notre travail quotidien mais également de nos budgets.

Apporter des réponses concrètes et immédiates !

En majorité, les personnes qui s'adressent aux CPAS formulent des demandes d'aide urgente mais qui, souvent, appellent des réponses complexes. En effet, nous devons travailler dans le cadre d'une législation stricte, mais surtout, les assistants sociaux tentent de respecter une démarche d'aide qui vise à fournir à la personne les moyens nécessaires pour se prendre elle-même en charge, pour ne pas vivre dépendant de l'aide octroyée, pour qu'en d'autres termes, la personne aidée s'inscrive dans un projet d'émancipation.

Il faut se battre, par exemple, pour faire admettre par les propriétaires tant publics que privés qui louent des logements à des personnes émergeant au CPAS, qu'il est hors de question pour ce dernier de leur payer directement le loyer de la personne aidée et ce en déduisant le montant du loyer du minimex ou de l'aide sociale accordée. La demande du propriétaire est généralement assortie d'un discours qui se veut « favorable » à la personne aidée : « le CPAS me paie directement le loyer, ainsi la personne n'aura pas à craindre de se retrouver à la rue ». En admettant même que ces propos partent d'un bon sentiment (ce qui n'est généralement pas le cas, l'intérêt mercantile étant plus fort), ils ont pour conséquence, si nous accédions à cette requête, de déresponsabiliser la personne aidée. Nous visons au contraire à donner les moyens à la personne aidée de gérer elle-même son budget, si minime soit-il. C'est à la fois une exigence pédagogique, mais aussi une garantie de dignité. Ce simple exemple peut évidemment être reproduit dans différents secteurs (l'école, l'hôpital, etc.).

Notre travail doit de ce fait tenir compte du facteur temps et de celui de la durée. On ne nantit pas quelqu'un qui vit dans l'exclusion, des standards de vie commune sans un minimum d'accompagne-

Yvan Mayeur,
président du
CPAS de
Bruxelles.

(1) Ainsi, en première ligne, nous avons une sorte de généraliste de l'aide sociale qui via une action décentralisée en neuf antennes sociales offre un accueil de qualité dans un cadre approprié proche de la réalité sociale du citoyen. Cette proximité permet de rencontrer les problèmes sociaux de manière plus efficace et favorise un échange plus réel et plus humain ce qui engendre non seulement un accroissement des demandes d'informations mais également un suivi plus régulier et la promotion d'activités de prévention.

Les CPAS: à nouvelles populations, nouvelles fonctions

ment et de soutien, sans aussi un minimum de risques. Il faut donc accepter l'échec et admettre qu'il faut souvent remettre en chantier un travail déjà effectué avec une personne.



Enfin, comme l'indique l'évolution du type sociologique des personnes qui doivent aujourd'hui s'adresser à un CPAS pour vivre un peu plus décemment, l'image du pauvre issu du quart monde, en tant que public privilégié du CPAS, n'est plus tout à fait d'actualité.

Toute personne, quelle que soit sa catégorie socioprofessionnelle est désormais susceptible de se trouver, un jour, devant un assistant social du CPAS. Parmi les personnes aidées, nous comptons des indépendants, des professions libérales, des cadres, des ouvriers, etc.

Ces personnes ont, bien entendu, la formation et les moyens culturels d'assumer une existence même précaire. Le travail du CPAS est, dès lors, différent. Nous devons tout mettre en œuvre pour que ces personnes rejoignent au plus vite le marché du travail. La réinsertion socioprofessionnelle est donc un des axes de travail essentiels des CPAS. Par le biais de l'article 60 de la loi organique des CPAS, nous pouvons remettre au travail ces personnes soit dans l'administration, soit sur des chantiers afin qu'elles retrouvent le droit aux allocations de chômage ; nous activons également tous les incitants à la création d'emploi qu'offre le marché du travail.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux sont très souvent confrontés à des personnes qui connaissent des problèmes de surendettement. Il ressort des études réalisées que la majorité des personnes surendettées le sont par nécessité et qu'elles estiment ne pas pouvoir faire autrement. Le ou les emprunts ont été une façon d'accéder à « un mode de vie acceptable », le choix des dépenses ne répondant pas à un plan raisonné inscrit dans le temps, mais à des nécessités successives. Pour les personnes surendettées, l'absence de projets à moyen ou à long terme se retrouve dans d'autres domaines de leur vie. Le surendettement résulte aussi d'une politique commerciale « agressive », des offres de crédits, d'un manque d'information correcte et complète ou de contrats nébuleux mais dûment conclus.

L'objectif de la « cellule endettement » est d'éviter que les familles ne se marginalisent en permettant aux personnes surendettées de rembourser leurs dettes tout en vivant décemment. La médiation de dettes peut ainsi être définie comme une aide individuelle qui comporte des aspects tels que l'inventaire des dettes, l'établissement d'un plan budgétaire et/ou d'un plan de remboursement ainsi que la négociation avec les créanciers.

La santé, le dernier des soucis

Le souci du CPAS est d'assurer aux personnes aidées un suivi médical tant curatif que préventif. En effet, « le CPAS a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité (...). Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique ». Ainsi le CPAS octroie des « cartes santé » qui donnent en fonction des revenus, accès aux soins de santé soit de manière gratuite soit moyennant une intervention minimale.

Deux constats ont orienté la réflexion en la matière. Le premier est la tendance de plus en plus fréquente, surtout parmi la population la plus défavorisée, à ne solliciter des soins de santé qu'en dernier



recours. Lorsque les soins sont demandés, l'état de santé de la personne est souvent devenu grave, alors qu'un suivi préventif aurait permis d'éviter une telle dégradation mais aussi d'engendrer un moindre coût. Le second constat est que le lien existant autrefois entre le médecin de famille et le patient a tendance à s'atténuer ; ce dernier s'adressant de plus en plus souvent directement aux institutions hospitalières, aux gardes ou aux urgences.

Face à ces constats, il est essentiel que l'accès aux soins de santé soit encouragé sans être entravé par trop de démarches administratives. Dans cette optique, une convention entre une soixantaine de médecins généralistes de Bruxelles, différents hôpitaux (Saint-Pierre, Bordet et l'Hôpital des enfants) et le CPAS a été signée pour que chacun puisse accéder à une médecine de qualité, quels que soient ses revenus².

Enfin, aujourd'hui, il importe de faire la distinction entre l'exclusion et la grande exclusion. Dans nos villes, un nombre croissant de personnes vivent l'isolement total, la perte de ressources et de logement, la détresse sociale et psychologique, l'errance. Ces personnes soit passent au travers des mailles du filet social, soit ne peuvent pas être aidées légalement par le CPAS tels les sans-papiers, les illégaux ou encore les irréguliers.

Face à ces situations, notre action doit impérativement se renforcer, se diversifier, se personnaliser car la détresse humaine ne cesse de progresser et surtout de prendre les formes les plus diverses auxquelles l'aide sociale doit pouvoir répondre le plus efficacement mais surtout le plus humainement et dignement possible. ●

(2) La dite convention organise d'une part, les règles de collaboration entre chacun des médecins concernés et le CPAS et d'autre part, les modalités de délivrance de réquisitoires aux personnes aidées pour l'accès aux soins spécialisés prodigués dans les institutions hospitalières.

Accès aux soins et exclusion

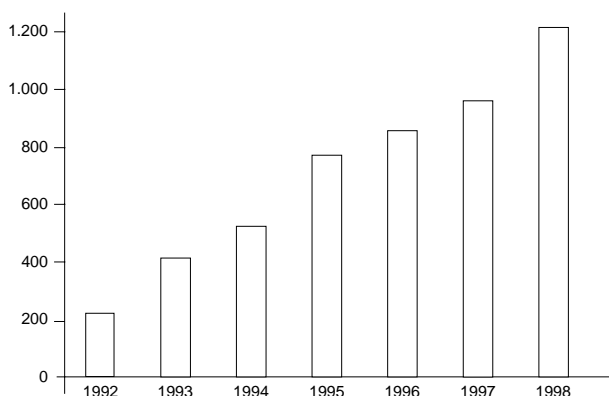
L'équipe des projets belges de Médecins sans frontières.

En 1989, après avoir constaté qu'en Belgique de plus en plus de personnes sont dépossédées de leurs droits élémentaires, notamment l'accès aux soins de santé, Médecins sans frontières en partenariat avec Pharmaciens sans frontières met en place une consultation médicale pour les sans-abri à la gare centrale à Bruxelles.

En 1991, à la suite d'une demande croissante d'autres populations (illégaux, clandestins, demandeurs d'asile, ...), Médecins sans frontières organise des consultations médico-sociales dans une unité mobile pour toute personne exclue des soins et dans l'impossibilité d'accéder (seule) aux différents systèmes de protection sociale.

En 1992, le même projet se met en place à Anvers, puis en 1994, à Verviers et à Liège.

Chaque année, un nombre croissant de patients fréquentent nos consultations dans l'unité mobile. La plupart (60 %) sont des personnes séjournant illégalement sur le territoire mais sont aussi présents des demandeurs d'asile, victimes des lourdeurs administratives et des dysfonctionnements institutionnels pour qui l'accès aux soins est un véritable parcours du combattant.



Evolution du nombre des consultatnts entre 1992 et 1998 - Bruxelles

L'exclusion et la précarisation

L'exclusion, la précarisation, sont des phénomènes très larges qui touchent des populations diverses pour des raisons qui varient également.

Ainsi, l'exclusion des soins de santé est beaucoup plus complexe que le simple fait d'être assuré ou

non, même dans un pays comme la Belgique où « la sécurité sociale pour tous » reste une des idées dominantes de la santé publique.

De même, le concept « santé » recouvre beaucoup plus que le fait d'être ou non dans le « système » qui assure les soins : il y a l'accès à la santé de façon plus générale, avec tout ce que cela comporte comme connaissances, attitudes, comportements, responsabilités, mais aussi un logement décent, une nourriture saine, une reconnaissance sociale et un environnement affectif.

Autant le système que l'individu sont responsables : à l'individu de saisir les chances qui lui sont offertes, mais au système de créer un environnement favorable.

Lorsque l'on s'efforce de garder à l'esprit ces diverses composantes de la santé, les problèmes apparaissent évidemment comme beaucoup plus complexes, avec cependant l'avantage que les solutions sont multiples, dans les actions à entreprendre mais tout autant dans les différents acteurs nécessaires à la mise en oeuvre.

Le rôle spécifique des travailleurs de la santé dans cette problématique est peut-être plus large que ce que l'on veut bien admettre généralement : rôle de signal d'alarme et rôle de mise en oeuvre des actions proprement médicales, mais aussi participation aux décisions dépassant le cadre médical.

S'il apparaît bien clairement que la précarisation est un phénomène multi-factoriel, la réponse se doit d'être multiple aussi, même pour les travailleurs de la santé.

Il y a donc plusieurs facteurs ou catégories d'exclusion, qui peuvent s'additionner et mener parfois à des situations inextricables. Nous avons considéré les exclus d'assurance, les exclus financiers, les exclus culturels et les exclus psychologiques.

Les exclus d'assurance

Le système belge repose sur deux piliers essentiels que sont l'assurance soins de santé et l'assistance sociale, censées garantir l'accessibilité financière des soins de santé pour toutes les personnes résidant sur le territoire.

Une certaine proportion de la population, difficilement quantifiable mais probablement de 1 ou 2 % est totalement en dehors de ce système.

Dans ce groupe, une grande majorité peut retrouver



des droits, moyennant des démarches administratives dont la longueur et la difficulté peuvent varier, mais qui nécessitent le plus souvent l'intervention d'un tiers. Des mesures législatives récentes ont en outre permis d'accélérer ou de simplifier ces procédures de régularisation, notamment la suppression de certains délais d'attente et la possibilité de régularisation pour les personnes sans domicile.

On peut dire que tous les Belges appartiennent à ce groupe des « régularisables » même si tous ne franchiront pas le seuil qui les amènerait dans les « régularisés ».

Les raisons en sont la méconnaissance des avantages proposés ou des démarches à accomplir, la lassitude ou même l'incapacité d'affronter les problèmes administratifs, quand ce n'est pas le refus de se réintégrer dans la société.

L'accompagnement social permet de résoudre une bonne partie de ces problèmes, ne fût-ce que provisoirement. Toute action qui viserait à simplifier les procédures et les démarches contribuerait à augmenter l'accessibilité de la protection sociale.

Les individus qui se trouvent en situation d'exclusion totale, sans espoir de régularisation, sont pour la plupart des étrangers.

Candidats réfugiés déboutés dans leur demande d'asile, ou clandestins forment l'essentiel de cette population. De nombreuses nationalités sont représentées et on peut souligner l'importance des pays d'Europe centrale et de l'est, et de l'Afrique centrale. Les motifs de la venue en Belgique sont généralement liés à la nationalité, sans que ce soit systématique : un Polonais est le plus souvent un travailleur clandestin, alors qu'un Angolais cherche à priori l'asile politique ; mais les motivations peuvent aussi être mélangées : fuite de la violence et de la pauvreté, pour les immigrés latino-américains par exemple.

Quelques catégories méritent cependant d'être mentionnées spécifiquement, même si elles ne représentent pas une grande proportion des personnes en difficulté : les ressortissants de l'Union européenne et les non-européens nés en Belgique ou y résidant depuis l'enfance.

● **Les ressortissants de l'Union européenne**

Ce sont principalement des personnes qui ne sont plus couvertes par une assurance, ni en Belgique,

ni dans leur pays d'origine, et qui n'ont plus de travail ou n'en n'ont jamais eu, ce qui leur enlève la possibilité de s'inscrire à une mutuelle. Ils ont droit à une aide sociale de trois mois. Passé ce délai, ils sont expulsés du territoire. La législation à cet égard est soit peu claire soit mal connue : l'Europe sociale est à la traîne par rapport à l'Europe du grand marché, et cette différence pourrait devenir encore plus perceptible au fur et à mesure que s'accroîtra la mobilité à l'intérieur de l'Union.

● **Certains étrangers non européens (Marocains pour la plupart)**

Ils vivent depuis très longtemps en Belgique ou y sont nés et n'ont que peu d'attaches avec leur pays d'origine : leur famille et leurs amis vivent en Belgique. Quelques uns sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion depuis des années suite à un délit, mais sont restés, pour des raisons familiales et sociales. Leur situation demande l'intervention d'un conseil juridique spécialisé.

D'autres ont été radiés de leur commune pour des raisons administratives et sont dans l'attente de leur réinscription. On leur délivre un permis de séjour provisoire qui leur permet de ne pas être expulsés mais ne leur donne pas droit à une couverture sociale.

Toutes les personnes en séjour illégal peuvent néanmoins bénéficier de l'aide médicale urgente, qui permet, sur simple décision du médecin, d'accorder des soins, même préventifs, à la seule condition que l'aide soit considérée comme urgente. L'aide médicale urgente apparaît comme un dernier recours très intéressant pour les travailleurs de la santé. Elle est malheureusement mal connue et donc largement sous-utilisée.

Les exclus financiers

La couverture sociale correcte, du moins en théorie, cache une autre forme de précarisation qui est plus financière. Pour une partie de plus en plus grande de la population assurée, « couverte » théoriquement, la partie du coût des soins encore à charge de l'individu devient fortement prohibitive. Ces groupes risquent alors d'entrer dans le cercle vicieux de la sous-consommation médicale, avec aggravation des problèmes et surconsommation hospitalière finale, où ni la santé de l'individu, ni la santé financière du système ne gagnent.

D'une façon générale, en cas de problèmes financiers dans un ménage, les priorités budgétaires seront le logement et la nourriture - il s'agit d'assurer la survie - la santé passant au second plan. Et pour certains ménages, déjà de simples mesures d'hygiène correcte, ou de soins préventifs, sont une dépense excessive.

Un facteur important est aussi la paupérisation croissante, augmentant la frange de la population sensible à toute augmentation des coûts médicaux. Cette fragilisation peut apparaître de diverses façons. Elle peut concerner des personnes pour lesquelles la santé au quotidien est un choix douloureux, mais c'est parfois aussi une maladie grave et brutale qui peut faire basculer un équilibre fragile.

Les exclus culturels

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce problème concerne autant certains Belges que les étrangers.

Les étrangers ont des problèmes culturels évidents : linguistiques, religieux... Et d'autres qui le sont moins, de type plus « socioculturels » : la filière des soins est tellement différente de celle de leur pays d'origine qu'ils s'en retrouvent exclus de facto, au moins partiellement. Des services de médiation culturelle ont été créés ça et là, mais ils restent difficiles à intégrer à tous les niveaux. La médiation culturelle recouvre beaucoup plus qu'une simple traduction et suppose un véritable accompagnement du patient.

Pour les patients belges, l'exclusion culturelle concerne plus les sous-cultures que les cultures. Il s'agit de patients qui, sous l'influence de leur milieu, familial ou social en général, ont acquis des perceptions et des comportements qui les empêchent de s'insérer harmonieusement dans la société.

Il y a la peur de l'administration, qui empêche ces patients de bénéficier des avantages auxquels ils ont droit. L'aide sociale est un palliatif qui permet de remédier temporairement aux problèmes que pose cette attitude, mais il faut probablement plus pour briser ce genre de tradition.

La peur du médecin, la honte de l'assistance écartent encore plus ces patients de ceux qui

pourraient les aider, empêchent souvent le suivi et la continuation des soins.

La perception du corps (souvent perçu plus comme un outil que comme « soi »), les notions de santé (dépendant uniquement de l'environnement et non de l'individu) et de maladie (la fatalité), le langage utilisé également, sont extrêmement différents de ceux des professionnels de la santé. Les incompréhensions et les malentendus sont énormes et une bonne partie des messages ne passe pas. Le cercle vicieux de l'incompréhension et du rejet risque alors de s'installer.

Par les préjugés qu'elle véhicule, et les comportements qu'elle amène, la toxicomanie peut aussi être une cause de rejet et d'exclusion.

Les exclus psychologiques

Si les histoires de vie et les personnalités sont toutes dissemblables, les parcours dans l'exclusion finissent par se ressembler. Une brisure se produit à un moment différent pour chacun mais souvent après un cumul de pertes d'origines diverses (santé+emploi, couple+logement). Cette ligne invisible qui entraîne l'exclusion est ponctuée de différents signes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et de l'aide sociale : retrait affectif, indifférence aux événements matériels (saisies, expulsions, ...), désengagement et passivité sociale, disparition des valeurs et des aspirations antérieures, perte des repères temporels passés et présents, absence de futur, manifestations somatiques, adoption de nouvelles défenses (agressivité, toxicomanie, ...) suite aux expériences passées d'avoir été humilié, violenté, trahi.

La personne peut ainsi en arriver à refuser toute approche ou à mettre constamment en échec toute tentative d'aide.

Il est probable qu'un nombre croissant d'hommes et de femmes sans-famille, non repérés ou oubliés s'effacent et meurent dans un grand silence.

C'est par le biais de services spécifiques qu'un contact peut être amorcé par un professionnel. L'objectif sera de permettre à la personne de restaurer son image et de récupérer une certaine dignité sociale. Elle pourra ainsi, si elle le désire, entamer des démarches qui contribueront à lui assurer une vie plus harmonieuse. ●



Face à la détresse: du moi au nous

Les soignants de première ligne face aux difficultés financières d'accès aux soins

Dans le contexte de précarisation croissante, la demande médicalisée adressée aux soignants de première ligne n'est souvent que la partie médicale d'un problème multidimensionnel. L'impossibilité de séparer les difficultés financières d'accès aux soins des difficultés sociales transforme peu à peu la fonction du soignant de première ligne et renove son identité.

D'une pratique isolée à un projet collectif...

Une enquête réalisée dans le Val de Marne (France) en 1991 met en évidence le manque d'information des médecins sur les droits sociaux, la méconnaissance réciproque entre acteurs sanitaires et sociaux et les difficultés liées au cloisonnement entre ces disciplines. La nécessité pour les praticiens libéraux de mieux connaître les services sociaux se heurte à leur manque de disponibilité horaire ou financière dans le cadre d'une rémunération à l'acte.

En 1995, une étude portant sur les médecins de trois départements français révèle que tous les praticiens sont confrontés à des situations où sanitaire et social se mêlent. Les situations intriquées les plus fréquentes sont liées à une pathologie (alcool, santé mentale, cancer), à la situation économique ou sociale (chômage, manque d'argent, isolement) ou à la spécificité d'un public (patients âgés, jeunes en difficulté, femmes isolées, sans domicile fixe).

Quelle que soit la nature du problème, les médecins réagissent dans le cadre d'une pratique individuelle (le « je » prime dans les discours) et non collective ou institutionnelle¹. Cette attitude individualiste pose problème aux généralistes. Ils ont peur des « gens » en difficulté, différents des « individus » solvables et intégrés. Débordés par l'impossibilité de trouver des solutions pour chacun « au cas par cas », ils placent leurs espoirs dans des formations

personnelles de type post-universitaire plus ouvertes sur le social. Ils ont conscience d'une contradiction entre le social et la « médecine pure » qu'ils souhaitent. Cette perception s'accompagne d'une culpabilisation : le désintéret affiché pour le social s'exprime simultanément à une demande de formation dans ce domaine ! Seule une minorité de généralistes déclare se vouer seulement à la fonction de soins et refuser de « devenir assistant social ».

Une troisième voie se développe qui permet de dépasser le dilemme « rester pur médecin » ou « devenir assistant social ». Confrontés d'une part aux limites de la formation biomédicale dans l'approche de pathologies complexes impliquant le sanitaire et le social et d'autre part aux pesanteurs administratives vécues comme obstacles à l'élaboration de réponses, les médecins développent peu à peu leur intérêt pour de nouveaux modes d'exercice tels que les réseaux pluridisciplinaires ou de proximité.

Développer le travail en réseau sanitaire et social au plan local, donner une plus grande place aux sciences humaines dans la formation médicale, développer des formations conjointes aux travailleurs sociaux et aux généralistes et les sensibiliser aux pratiques de santé publique, légitimer le médecin généraliste dans sa fonction de prévention, d'éducation à la santé, de médiation sociale, telles sont les solutions à proposer aux soignants de première ligne pour rendre leur travail plus efficace dans l'approche des personnes en difficulté. Propositions auxquelles il faut ajouter l'extension de la pratique du tiers payant et la simplification des dispositifs administratifs.

... à un projet politique ?

Lorsque des soignants payent de leur personne pour permettre l'accès aux soins de ceux qui ne peuvent se les payer, c'est très beau, très noble, cela s'appelle la charité. C'est-à-dire quelque chose que l'on donne par bonté, quelque chose que l'on pourrait refuser, quelque chose qui endette moralement celui qui en bénéficie, qui le met à la merci de la générosité et l'inféode au jugement du donateur...

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.*

*(1) Vous
trouverez un
exemple concret
de ce type de
comportement en
page 53 de ce
numéro.*

Cela n'a rien à voir avec le droit de la personne à disposer des moyens de préserver sa santé. Droit reconnu par l'article 23 de la constitution belge. Les soignants, témoins des difficultés d'accès aux soins, ne peuvent se contenter d'une action « humanitaire ». Quand les dispositifs d'accès aux soins n'atteignent pas ou n'atteignent plus leur objectif, ils doivent interpeller le politique et mettre leur expertise à sa disposition. C'est ainsi que dans le Nord (France), Médecins sans frontières s'est insurgé contre une pratique de l'Aide médicale gratuite. Les patients avaient droit à cinq bordereaux de soins par trimestre ; si leur état nécessitait davantage de soins, ils pouvaient obtenir des bons supplémentaires sur simple demande, à la pièce. Le système paraissait équitable mais en fait bloquait les plus malades qui hésitaient devant la démarche administrative, quand ils ne s'en sentaient pas carrément humiliés. Sous l'action de Médecins sans frontières, cette réglementation fut remplacée par un statut d'ayant droit à l'Aide médicale gratuite sans conditions.

1997 et 1998 (extension du statut VIPO et amélioration de l'accès à l'assurance soins de santé) puisèrent leur matière dans les conclusions de ce Rapport.

La tendance actuelle des médecins à se regrouper en associations locales qui elles-mêmes se fédèrent favorise la prise de contact avec le politique. Certes, il existe des syndicats qui peuvent relayer les constats de carence et les intégrer dans le champ de leurs revendications, mais leur action est de nature différente, plus axée sur la défense professionnelle : leur intervention pourra toujours - fût-ce à tort, il faut le souligner - être soupçonnée d'utiliser les difficultés des usagers dans l'intérêt des soignants².

Exemple parmi d'autres, en 1996 la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), la Fédération des maisons médicales, le mouvement ATD, Médecins sans frontières et la Ligue des droits de l'homme collaborèrent à la

(2) Les aspects juridiques et éthiques de la question de l'accès aux soins amènent Herman Nys à déplorer la confusion fréquente entre l'autonomie de la profession médicale et les libertés diagnostique et thérapeutique. Voir in *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ?*



Le politique lui-même peut être demandeur de ces témoignages, ainsi qu'il l'a manifesté lors de la constitution du Rapport général sur la pauvreté à l'instigation du ministère de l'Intégration sociale en 1993 et auquel participèrent tous les acteurs de la vie sociale, dont des soignants. Les réformes de

rédaction d'un cahier de revendications concernant l'accès aux soins des patients démunis. Leur interlocuteur principal est le CPAS, où plus exactement les dix-neuf CPAS de Bruxelles, auxquels ils adressent des propositions concrètes pour une prise en charge plus rapide et complète



des soins de santé pour toute personne incapable de les assumer financièrement (accès au médicaments, aux consultations, à l'hôpital).

Ils motivent leur initiative par un appel « ... *au respect de la personne, dans sa situation, dans ses difficultés et ses démarches, en vertu du droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* » ; et déplorent « *la confusion entre les fonctions de contrôle et les fonctions d'aide... Il y va de leur dignité : les personnes en situation de détresse ont droit au même respect que tous, et ne peuvent en aucun cas faire l'objet de discriminations ou d'intrusions dans leur vie privée* ».

Dans leur accueil des patients en situation précaire, les médecins se sentent eux-mêmes démunis, ils savent que leur abord thérapeutique est restreint par rapport à ce qu'ils préconiseraient pour d'autres patients. Ils déplorent également que les démunis perdent le droit de choisir librement les soignants auxquels ils vont recourir.

Dépassant le niveau local, la Fédération des maisons médicales intègre l'accès aux soins dans une vision globale de la politique de santé. Outre des suggestions depuis rencontrées par les récentes réformes du ministère des Affaires sociales et par l'arrêté royal sur les soins aux illégaux (dont nous parlons par ailleurs dans ce cahier), la Fédération fait les recommandations suivantes dans son cahier de propositions pour une politique de santé élaboré en 1996 :

- **Accessibilité optimale de la première ligne**

Deux moyens permettent l'accessibilité optimale à la filière de soins : l'effondrement du ticket modérateur en première ligne et un remboursement différencié des soins de deuxième et troisième ligne selon passage ou non par la première ligne. Les moyens devraient être évalués en terme de satisfaction des patients et des praticiens.

L'accessibilité financière des soins de deuxième et troisième ligne doit être garantie. Il faut également renforcer l'accessibilité aux moyens thérapeutiques, et notamment aux médicaments.

- **Responsabilisation du corps médical tout entier**

La gratuité des soins est susceptible de générer des abus imputables non seulement aux usagers, mais aussi et surtout aux soignants.

La responsabilité des soignants doit être engagée de manière à garantir une saine utilisation de soins accessibles à tous, dispensés avec

pertinence.

- **Information et contrôle des coûts par la population**

La transparence des modes de financement et de la répartition des finances pourrait permettre à la population de se rendre compte de l'utilisation de ses contributions...

Est-ce bien raisonnable ?

Qu'elle débarque de loin dans la clandestinité ou qu'elle germe ici dans un climat économique propice à l'exclusion, la précarité a de beaux jours devant elle. Elle nourrit un volume sans cesse croissant de problèmes de santé, tant individuelle que publique. Pour ne pas se laisser submerger, les soignants doivent sortir de la logique individualiste ancrée dans leur culture. Pas y renoncer : le sujet, la personne restera au centre de leurs préoccupations. Mais faire place, à côté du colloque singulier, aux dimensions collectives et aux partenariats. Les médecins ont toujours accueilli la misère, mais s'impliquer dans des projets communautaires ou politiques leur paraît lourd. Ils devront changer leurs habitudes et développer une fonction relationnelle susceptible de remettre leur rôle en question.

La saison de la mue est toujours un moment difficile... ●

Sources

Elghozi B., « Le médecin généraliste et les publics en difficulté » dans ouvrage collectif sous la direction de Jacques Lebas et Chauvin Pierre, *Précarité et santé*, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

La Lettre de la FAMGB, n° 7, juillet 1996.

Nys H., dans *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? Inégalités d'accès aux soins de santé*, actes du congrès organisé en 1995 par le point d'appui Samenleving en Gezondheid publiés sous la direction de Fred Louckx, VUB Press, 1996.

Santé conjugulée n° 1, juillet 97, *Une politique de la santé*.

Travail social, insertion et maladie: réduire les inégalités

Fernando Bertolotto, sociologue, directeur de la recherche au RESSCOM.

Nous souhaitons présenter une contribution à la nécessaire actualisation des outils d'intervention sociale, en apportant une partie des résultats d'un travail de recherche sur la problématique précarité /santé /maladie /insertion, que nous avons réalisé en 1989¹. Il s'agit d'un travail d'analyse des modes de gestion de cet aspect des problématiques sociales des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), en tenant compte des représentations et des pratiques de santé de quatre-vingt sept bénéficiaires du RMI (signalés par les travailleurs sociaux comme « présentant un problème de santé »), et d'une vingtaine de travailleurs sociaux du département du Val-de-Marne s'occupant de ce public.

Les résultats de cette recherche montrent combien la prise en compte des aspects sociaux de la maladie peut aboutir à l'élaboration de stratégies de prise en charge sanitaire et sociale différenciées.

(1) Bertolotto F., Joubert M., RMI et santé, association Créteil Solidarité, 1989.

(2) Ces concepts sont proposés par Castel R. dans son article « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation - Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », dans Face à l'exclusion : Le modèle français, Ed ESPRIT, Série Société, 1991.

Ce texte est extrait d'un article paru dans la revue Prévenir n° 28, 1^{er} semestre 1995.

Appréhender la complexité. La maladie, comme facteur d'expression de la précarité

La singularité et la complexité des situations apportées par les bénéficiaires du RMI nous a conduit à privilégier l'élaboration d'un modèle d'analyse à partir des principaux éléments d'observation qui servaient de support à l'intervention des travailleurs sociaux. Ce regard, qui n'est pas celui d'un spécialiste de santé, et qui bien souvent s'interdit de faire appel à des

références médicales (il s'agirait d'un glissement vers un champ qui n'est pas le leur), est pourtant fortement empreint du modèle médical (dominant) qui se focalise sur les dysfonctionnements biologiques et renvoie à un modèle de réparation, entièrement contrôlé par la médecine. Le recours (plus ou moins conscient) au référentiel proposé par ce modèle aboutit à un éclatement du sujet qui s'opposera à ce que, dans l'analyse des situations, les aspects biologiques puissent être reliés aux autres aspects (psychologiques et sociaux) de l'état de santé d'un individu, pourtant déterminants dans ces cas.

Cette complexité nous a conduit à construire un modèle d'analyse, qui distingue quatre pôles et dessine deux axes dominants : l'un se rapporte plus particulièrement aux aspects sanitaires (axe Santé / Accès aux soins ↔ Maladie / Nonaccès aux soins), et l'autre aux aspects sociaux. Nous l'avons approché à partir d'un modèle d'analyse proposé par Robert Castel² (axe Affiliation ↔ Désaffiliation).

L'analyse des discours des personnes interrogées nous aide à repérer une série de marqueurs, qui permettent de situer l'individu par rapport à l'un des pôles.

Ainsi, dans le pôle Santé / Accès aux soins, nous avons repéré les marqueurs suivants :

- être assuré social ;
- avoir confiance dans la médecine et dans les institutions de soins ;
- avoir la volonté de se soigner et de guérir ;
- disposer des capacités à la compréhension et au respect des contraintes bureaucratiques nécessaires aux soins.

A l'opposé, dans le pôle Maladie / Nonaccès aux soins, on va trouver :

- avoir subi des blessures ou agressions physiques ;
- avoir un handicap physique ou souffrir physiquement ;
- être méfiant à l'égard de la médecine ;
- être méfiant à l'égard des institutions de soins ;
- être socialement et/ou physiquement assisté.

Dans le pôle de l'Affiliation, on a retenu les marqueurs suivants :



- disposer d'argent ;
- avoir une certaine sécurité (logement, emploi, ressources financières) ;
- être solidaire et avoir conscience de l'environnement social ;
- avoir des liens sociaux et affectifs pouvant servir de soutien social ;
- avoir la volonté de travailler ;
- avoir un discours positif ;
- être capable de se projeter dans l'avenir ;
- prendre des initiatives, s'inscrire dans un projet ;
- être capable de prendre en charge et d'assumer des responsabilités.



Enfin, dans le pôle de la Désaffiliation, on trouve :

- être en rupture avec les circuits institutionnels administratifs ;
- avoir subi des ruptures affectives, culturelles ou éducationnelles traumatisantes ;
- avoir un langage négatif sans possibilité d'envisager l'avenir ni de s'inscrire dans un projet ;
- incapacité à envisager le travail ;
- avoir un mode de vie marginal, asocial, déviant.

Cette matrice d'analyse nous a permis de distinguer quatre populations, toutes présentant des problèmes de santé du même ordre en plus ou moins grand nombre, mais où les éléments discriminants sont constitués par la situation sociale et la valeur symbolique accordée au symptôme.

En fait, aucune situation n'a été totalement « pure ». Chaque individu a des éléments qui le situent plus ou moins proche des quatre pôles mais il s'est dégagé toujours une tendance dominante, qui le situe dans une zone plutôt proche de deux pôles, plutôt qu'ailleurs. L'analyse des discours de ces sous-populations a mis en évidence le rôle social de la maladie et dégagé des tendances permettant d'esquisser des stratégies d'intervention sociale tout à fait différentes, selon l'importance symbolique accordée au symptôme.

Du sens social de la maladie au sens du travail social d'insertion

Rappelons que nous sommes situés dans l'optique du travail social. Il s'agit de mieux comprendre les problématiques détectées par les travailleurs sociaux dans des situations qu'ils rencontrent quotidiennement face aux publics précarisés. Notre objet est de révéler les mécanismes intimes qui construisent un « diagnostic » en travail social, et de rechercher une prise en charge des problèmes de « santé », et enfin de trouver un moyen d'objectivation susceptible de permettre à ces travailleurs sociaux de mieux comprendre les problématiques auxquelles ils sont confrontés à travers la maladie. Cette analyse leur permettra d'envisager des réponses plus adaptées que celles que nous constatons souvent sur le terrain. Il s'agit donc de permettre une approche globale de la personne, dans laquelle la maladie ne sera pas « l'arbre qui cache la forêt » et qui, du coup, sera négligée par le professionnel ou la personne...

L'analyse des discours et des pratiques nous a montré assez vite que, de la même manière que ces catégories de publics ne présentent pas une épidémiologie spécifique (mais plutôt une accumulation de problèmes très courants dans la population moyenne), le sens social donné aux

problèmes de santé se rapproche de celui donné par d'autres catégories sociales³. On retrouve chez ce public une concentration de difficultés qui va donner à son mode d'expression un poids particulièrement important, voire déterminant pour sa vie, ce qui rend sa prise en considération d'autant plus nécessaire d'un point de vue de travail social.

(3) Afin de mettre en évidence l'absence des spécificités de problématiques Santé/Maladie pour ce public, nous avons utilisé un modèle d'interprétation du Centre social de la maladie élaborée par Claudine Herzlich auprès de groupes sociaux plus aisés. Voir Herzlich Cl., Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale, édition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1984, 2ème édition.

(4) COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel : instance qui détermine le degré d'aptitude ou d'inaptitude au travail des personnes présentant des troubles de santé physique ou mentale. Selon le jugement, ces personnes auront le statut d'handicapés et pourront bénéficier de l'aide sociale correspondante (essentiellement l'allocation adulte handicapé).

Nous avons ainsi identifié un groupe pour lequel la maladie apparaît comme un « accident », et demande un travail de simple « aide sociale ». Pour un deuxième groupe, la maladie apparaît comme un « métier », ce qui demande un investissement plus important de la part du travailleur social, que nous avons appelé « d'action sociale ». Pour le troisième groupe, la maladie participe d'un long processus de « destruction » (sociale, physique et psychologique) du sujet, et demande un véritable travail « d'assistance sociale soutenue ». Enfin, pour le quatrième groupe, la maladie apparaît comme un facteur de « libération » sociale, transitoirement mise en question mais qui peut être récupérée (même si cette liberté reste toujours précaire), à condition de bénéficier d'une « assistance sociale ponctuelle ».

D'une manière schématique, notre modèle se présente de la manière suivante :

● La maladie-accident

La maladie-accident est un événement qui se situe dans l'histoire d'un individu qui n'est pas encore « désaffilié » et qui garde des capacités (physiques, psychologiques et sociales) pour se faire soigner. Il est capable d'affronter les institutions et considère les soins comme une condition à l'insertion (qui sera envisagée d'abord comme professionnelle, car l'insertion sociale n'est pas encore compromise malgré sa situation d'allocataire du RMI), à laquelle il adhère. Dans ces cas, le travailleur social pourra faire un travail d'aide sociale, vérifiant la protection sociale et éventuellement lui indiquant les circuits de soins à emprunter dans sa situation de précarité. En général ces personnes suivent les indications et intègrent les circuits de soins comme tout citoyen « normal » pourrait le faire.

● La maladie-métier

La maladie-métier indique une situation plus complexe, qui demandera au travailleur social une attention plus importante, l'obligeant à s'engager

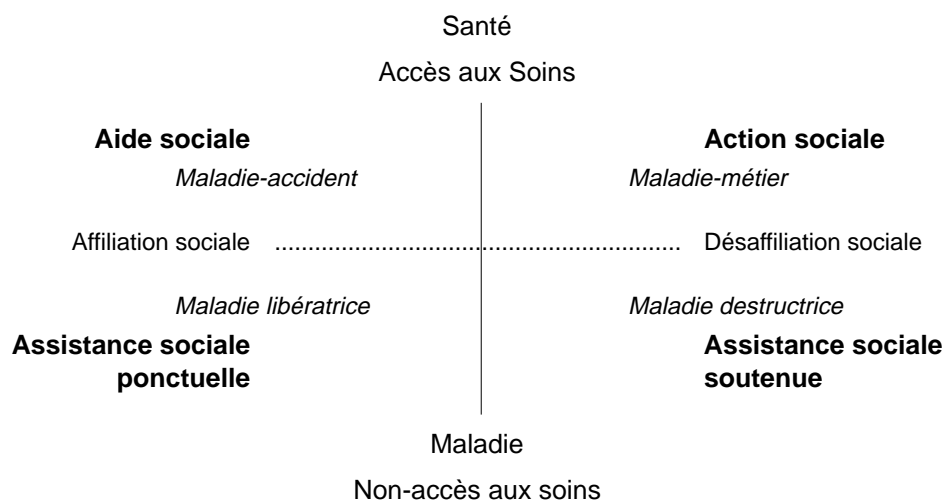
dans un travail d'action sociale. Pour les personnes concernées, la maladie est constitutive de leur identité, et bien souvent c'est le dernier élément qui leur permet d'avoir un statut social. L'individu ne peut se situer socialement autrement que par ce biais, et c'est par cette porte qu'il pourra éventuellement envisager une insertion qui sera d'abord sociale et ensuite, peut-être, professionnelle. Pour lui, le soin comme préalable à toute démarche sociale, peut apparaître comme une menace et s'opposer, paradoxalement, à une éventuelle prise en charge thérapeutique.

● La maladie destructrice

La maladie destructrice est un événement de plus, qui participe d'un processus de destruction du sujet. Ce processus commence souvent dans l'enfance et se poursuit par une interminable liste de drames et d'échecs. C'est ici que nous trouvons nombre d'alcooliques, souvent dans des états apragmatiques avancés, voire dans des processus de clochardisation (au sens psychologique du terme, bien que les clochards au sens commun, soient relativement rares dans les salles d'attente des services s'occupant des contrats d'insertion). Ces personnes sont des exclus sociaux sans statut, qui n'accèdent que très rarement à un statut social tel que celui donné par la COTOREP⁴ (leurs capacités à remplir les conditions d'accès étant très fragiles, les démarches rentreront aussi dans la logique de l'échec dans laquelle ils sont installés), vécue par les personnes et par les travailleurs sociaux comme véritables forteresses, insensibles aux problématiques de ces sujets. Pour ces personnes, le travail social sera de type assistanciel soutenu⁵. Il consistera à s'assurer que les droits sociaux sont ouverts et quand cela est nécessaire, en cas de maladie par exemple, à aider physiquement la personne à accéder aux services de soins. Dans ces cas, « l'insertion » s'arrête souvent là, sauf production du fameux « déclic » qui peut casser la spirale destructive. Cette possibilité ne pouvant pas être écartée ni négligée, le travailleur social doit rester toujours ouvert à une demande et prêt à répondre, sans échapper à ces responsabilités.

● La maladie libératrice

Enfin, pour certaines personnes la *maladie est libératrice*, dans le sens où elle donne au sujet un statut social de malade, et avec lui des moyens d'existence sociale qui ne nécessitent pas d'être



(5) Nous entendons par « travail social assistanciel soutenu », le travail social de base, qui s'adresse à une personne en état d'extrême précarité psychologique et/ou sociale, vivant souvent dans la marginalité, avec des capacités d'utilisation et de défense de ses droits sociaux souvent anéanties.

(6) Ici le travail social trouve le champ préparé, il s'agit alors plus d'un travail de « remise en état » de la situation sociale de la personne, souvent en référence à un statut d'assisté social qui la caractérisait déjà.

(7) Cette première approche des modes de gestion sociale des problèmes de santé pourrait aboutir à une modélisation susceptible d'être expérimentée en tant que technique de travail social. Nous espérons obtenir les moyens nécessaires à l'approfondissement des pistes que nous avons pu dégager à partir de cette recherche, et aller plus loin.

reconquis en permanence, en faisant des promesses ou en signant des « contrats d'insertion santé ». Dans ce cas, il s'agit souvent de personnes déjà à la marge mais intégrées socialement grâce à un statut d'assisté social, souvent bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé. Ces personnes connaissent une aggravation de leur situation, qui est toujours précaire, et qui les introduit dans le champ des dispositifs d'insertion, mais qui peut plus ou moins rapidement être rétablie par un travail d'assistance sociale ponctuelle⁶ qui sera souvent couronnée de succès dans la mesure où les situations correspondent déjà à des circuits institutionnels d'assistance.

mais permettre de mieux le situer dans la complexité du sujet social qui se présente au travail social, sans pour autant limiter, voire paralyser ce dernier. Dans cette perspective, il est alors possible de mieux négocier un projet social « d'insertion », en délimitant davantage les contours de ce concept face à une personne en souffrance.

En clarifiant les frontières du champ d'intervention des différents partenaires qui devraient être amenés à collaborer dans une telle entreprise, ce type d'approche aide les intervenants à ajuster leur projet professionnel, souvent fortement déstabilisé par la maladie et la précarité. Il devient alors possible d'envisager la rencontre, voire la confrontation (au sens positif, structurant, du terme) aux autres intervenants, et de limiter les dégâts causés par une culture de l'évitement qui caractérise depuis des années le champ de l'action sanitaire et sociale, et qui s'accommode mal des enjeux soulevés par le thème de l'insertion par la santé. ●

Conclusion

Bien que schématique et imparfait⁷, cet exercice de clarification des aspects symboliques de la maladie montre à quel point la « santé » opère, pour les plus en difficultés, comme une surface d'expression sociale, mettant à mal les modèles de prise en charge centrés sur la maladie, comprise à partir d'un modèle médical, qui s'arrête aux aspects biologiques du symptôme. Il révèle du même coup que les inégalités d'accès à la santé ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficulté, mais aussi au coeur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les « prendre en charge ».

Cette ouverture du champ d'intervention ne doit pas occulter ou banaliser le symptôme biologique,

Les propositions relatives à l'intervention personnelle dans le coût des soins

Philippe Brouwers, juriste auprès de l'Administration de la sécurité sociale.

Le poids de l'intervention personnelle dans le coût des soins entraîne des difficultés importantes pour un nombre croissant de personnes. L'extension du statut VIPO a permis d'en limiter l'impact pour ceux qui bénéficient de l'intervention majorée. D'autres pistes existent, Philippe Brouwers vous en présente ici quelques unes.

(1) *Fraselle N.*, La consommation médicale en Belgique, Centre de droit de la consommation de l'UCL, Louvain-la-Neuve, Academia, Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 142.

(2) *Ainsi, l'étude de K. Vuylsteek a été effectuée à un moment où la gratuité des soins n'existait pratiquement plus, de telle sorte que les chercheurs ne pouvaient « rien affirmer au sujet de bénéficiaires jouissant d'une totale gratuité ».* Cf. *Vuylsteek K., De Craene I., De Prins L., Tasnier C., Lerly X., Delière D. et Gommers A.*, Intervention majorée de l'assurance maladie et consommation le soins des VIPO, étude financée par l'INAMI et le FRSM, 1985, p. 168.

Ce texte est extrait de l'article « L'accessibilité financière des soins de santé » paru dans la Revue belge de sécurité sociale n°3 de septembre 1996.

La gratuité des soins

Seule la gratuité absolue et immédiate des soins offre une accessibilité financière maximale. Celle-ci n'existe toutefois que dans les trois cas suivants :

- lorsque l'assurance intervient à concurrence de 100 % du tarif conventionnel de la prestation, à condition que le tiers payant soit appliqué, que le dispensateur de soins soit conventionné et qu'il ne demande pas un supplément d'honoraires (ce qui est possible, s'il se trouve dans une hypothèse où il peut déroger au tarif conventionnel) ;
- lorsque l'assurance intervient à moins de 100 % du tarif conventionnel de la prestation, à condition que le tiers payant soit appliqué, que le dispensateur de soins soit conventionné, qu'il ne demande pas un supplément d'honoraires et qu'il ne réclame pas le ticket modérateur ;
- lorsque l'assuré est inscrit auprès d'un dispensateur de soins ou d'un groupe de dispensateurs de soins ayant conclu un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations, pour les prestations couvertes par le système (consultations et visites des médecins généralistes ainsi que prestations effectuées par les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier).

La gratuité généralisée des soins est certainement impayable. Elle n'est pas non plus souhaitable « pour des raisons d'efficacité dans la gestion et dans la répartition des ressources. En effet, la gratuité des soins risque d'étouffer les exigences

de rationalité auxquelles doivent se soumettre les consommateurs de soins et les prestataires qui les dispensent. (...) Avec la disparition du franc symbolique, la demande peut devenir automatique sans plus faire l'objet d'aucune évaluation préalable de la nécessité ou de l'opportunité d'un recours aux services médicaux et paramédicaux. Les prestataires de soins peuvent être imprégnés des mêmes automatismes et être amenés à démultiplier les actes de diagnostics et de traitement au-delà des besoins réels, de façon inconditionnelle. Enfin, certains contrôles ont permis d'établir en quoi la gratuité peut inciter à la fraude dans le chef des institutions hospitalières chargées de facturer les soins qu'elles dispensent. Seul le patient bénéficiaire de ces soins est à même de se prononcer sur la réalité d'existence des actes portés au compte des organismes assureurs. Toutefois, ce souci de contrôle disparaît du champ de préoccupations lorsqu'il ne supporte en rien le coût de ces actes »¹.

Même limitée à certains secteurs, la gratuité fait peur : le spectre de la surconsommation est agité. Pourtant, à notre connaissance, l'incidence de la gratuité absolue des soins sur leur consommation n'a jamais été étudiée dans notre pays².

Dans ce contexte, même s'il n'est pas parfait, le système du paiement forfaitaire à la capitation présente des avantages indéniables non seulement pour les patients et les prestataires mais aussi pour le budget de l'assurance soins de santé :

- sur le plan financier, les patients bénéficient de la gratuité des prestations couvertes par le forfait tandis que le forfait payé par personne inscrite permet aux prestataires d'augmenter leurs revenus au fur et à mesure que le nombre de personnes inscrites auprès d'eux s'accroît.
- au niveau de la qualité des soins, le forfait payé par personne inscrite est de nature à encourager les prestataires à bien s'occuper de leur patients. En effet, s'ils ne soignent pas leurs patients correctement, les prestataires risquent de les voir revenir plus souvent, ce qui les empêcherait de voir d'autres patients et alourdirait leur charge de travail sans leur procurer aucun gain supplémentaire ; à terme, ils risquent même de perdre leurs patients mécontents, ce qui aurait pour effet de diminuer le montant de leurs



revenus. En outre, lorsqu'ils sont inscrits dans une maison médicale, les patients ont la possibilité d'être suivis globalement par une équipe pluridisciplinaire qui fournit des soins intégrés (c'est-à-dire des activités curatives, préventives, d'éducation à la santé, de revalidation, etc.) et qui tient à jour un dossier médical centralisé garantissant la continuité des soins³ ;

- sur le plan idéologique, c'est un autre type de médecine qui est encouragé. Dans le système du paiement à l'acte, c'est essentiellement la maladie qui justifie l'intervention des prestataires de soins. Par contre, dans le système du paiement forfaitaire à la capitation, le prestataire est encouragé à s'occuper non seulement de soigner la maladie actuelle mais aussi de prévenir les maladies futures ; c'est donc une approche plus globale et plus positive de la santé qui est en jeu.
- pour le budget de l'assurance soins de santé, une éventuelle surconsommation de soins par un assuré inscrit n'augmente pas les dépenses de l'assurance.

Compte tenu de ces éléments, le système de paiement forfaitaire devrait être encouragé et amélioré.

La dispense de l'avance des frais de santé

Dès lors que la gratuité des soins n'est pas absolue et immédiate, le premier obstacle financier à franchir est celui de l'avance des frais. A cet égard, le Rapport général sur la pauvreté considère qu'il est « déterminant que le tiers payant puisse être pratiqué en médecine ambulatoire »⁴ et il formule trois propositions :

- « la simplification administrative du système tiers-payant et une information efficace au niveau des prestataires » ;
- une réflexion sur le choix entre les deux options suivantes : « l'obligation pour les prestataires de soins d'appliquer le tiers-payant pour les personnes ayant le statut préférentiel ou une incitation par une formule apparentée au paiement différé » ;



- l'extension du « tiers-payant à tous les prestataires en le restreignant aux catégories préférentielles et aux assurés en-dessous d'un niveau de revenu »⁵.

Par ailleurs, l'utilisation de la carte-santé peut se révéler très utile lorsque le système de tiers payant prévu dans le cadre de l'assurance soins de santé n'est pas applicable ou n'est pas appliqué.

De l'augmentation des tickets modérateurs à leur adaptation sélective

De nombreuses études mettent en doute « l'efficacité de la mesure visant à augmenter le niveau du ticket modérateur pour enrayer des excès présumés dans la consommation de soins »⁶. Les raisons en sont au moins triples.

- les acteurs peuvent mettre en oeuvre des stratégies de contournement. D'une part, le patient peut contracter une assurance privée pour couvrir la partie du coût des soins qui est mise à sa charge ; d'autre part, dans un système de paiement à l'acte, le dispensateur de soins peut être tenté de multiplier les actes pour compenser la diminution éventuelle de ses revenus résultant d'une moindre demande de soins ;
- « les exigences de redistribution et d'équité sociale »⁷ impliquent des mesures correctives pour les groupes les plus sensibles à une hausse du coût des soins et qui devraient sinon renoncer aux soins en raison de l'insuffisance de leurs

(3) *Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones,*

Maisons médicales : un outil pour l'avenir, p. 26-27.

(4) *Fraselle N. opus cit., p. 147.*

(5) *Ibidem, p. 146.*

(6) *Ibidem, p. 143.*

(7) *Fraselle N. opus cit., p. 144.*

Les propositions relatives à l'intervention personnelle dans le coût des soins

(8) *Ibidem*, p. 146 : « Le ticket modérateur représente une charge financière d'autant plus lourde que le consommateur est pauvre et fréquemment malade. Dans ce cas, la répétition des soins entraîne une accumulation de sacrifices financiers qui devient vite insupportable. Si la santé n'a pas de prix et si on n'enregistre pas de modification importante dans la consommation de soins en raison d'un enchérissement des tarifs, cette observation n'est plus vraie pour les groupes à revenus modestes ».

(9) *Ibidem*.

(10) Pour reprendre la formule de Vuylsteck K., *op. cit.*, p. 171.

(11) cf. notes C.S.S. de l'INAMI n°s 96/259 et 96/260 du 1er juillet 1996.

(12) Diels J., Franchise sociale et fiscale : une évaluation, *M - Informations (Bulletin d'information des mutualités chrétiennes)*, avril-mai 1996, n°171, p. 10-16.

(13) *Ibidem*, p. 13.

moyens financiers. Plus le ticket modérateur est élevé, plus il constitue un obstacle à la consommation de soins dans le chef des personnes aux revenus les plus bas et le plus souvent malades puisqu'il pèse proportionnellement plus lourd dans leur budget⁸, l'hypothèse d'une réassurance étant en outre purement théorique. « C'est pourquoi toute forme de majoration de cette charge porte atteinte au processus de redistribution des ressources et incarne un risque réel de paupérisation »⁹ ;

- les économies éventuelles obtenues à court terme peuvent être complètement annulées à long terme par des coûts plus élevés résultant d'un recours plus fréquent aux hospitalisations.

Ces limites n'enlèvent cependant rien à l'utilité d'utiliser « l'arme du ticket modérateur »¹⁰ pour atteindre d'autres objectifs tels qu'une extension des ressources de l'assurance.

L'utilité de la mesure ou son efficacité n'est évidemment qu'un aspect de la problématique. Un autre aspect est de déterminer si la mesure aboutit à des conséquences sociales équitables voire à un mieux-être social. A cet égard, il convient d'examiner les effets de l'adaptation sélective des tickets modérateurs.

Pour 1994, la **franchise sociale** a conduit à rembourser aux assurés un total de 456 millions de francs : 410.244.768 francs dans le régime général et 46.409.993 francs dans le régime des indépendants¹¹, Pour 1995, les remboursements

résultant de la franchise sociale sont nettement supérieurs. Selon les dernières données provisoires fournies par l'INAMI, ils se montent à un total de 1.368 milliards de francs : 1.258 milliards de francs dans le régime général et 110,6 millions de francs dans le régime des indépendants.

Quant à la **franchise fiscale**, elle devrait entraîner, pour 1994, un remboursement de plus d'un milliard de francs (1,2 à 1,3 milliards de francs).

Le service « recherche et développement » de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes a effectué une première évaluation de l'application de la franchise qui concerne leurs affiliés¹². Il en ressort deux enseignements importants :

- « le dépassement du seuil de 15.000 francs est, en moyenne, de 22.046 francs pour la franchise sociale et de 10.774 francs pour la franchise fiscale. Ces moyennes cachent cependant beaucoup de variations » (cf. tableau ci-dessous). « En ce qui concerne la franchise sociale, plus de la moitié (56,4 %) s'est vu rembourser moins de 10.000 francs alors que 5,6 % a reçu plus de 100.000 francs. Un nombre restreint de titulaires a même reçu plus de 200.000 francs. La même distorsion se retrouve en matière de franchise fiscale »¹³.

On ne peut s'empêcher d'être frappé par l'importance du dépassement du seuil de 15.000 francs par certains « VIPO préférentiels » : 26.716 francs remboursés en moyenne à 5,3 % d'entre eux alors qu'ils bénéficient déjà d'une

	Nombre de titulaires dont les tickets modérateurs sont > 15.000 FB	Total tickets modérateurs payés au-delà de 15.000 FB (en millions de FB)	Moyenne remboursée/remboursable (en FB)
Franchise sociale			
1. Revenu garanti	4.334	97,1	22.401
2. Minimexés	968	15,4	15.906
3. Allocations handicapés	5.649	173,8	30.771
4. Chômeurs complets	7.724	84,0	10.910
5. VIPO préférentiels	19.752	526,7	26.716
Total	30.590 ¹⁴	674,4	22.046
Franchise fiscale			
	151.017	1.627,1	10.774

Source : Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)

Aperçu chiffré de la franchise sociale et fiscale pour l'ANMC en 1994



intervention majorée l'assurance, de telle sorte que pour dépasser le seuil de 15.000 francs, ils doivent avoir déjà eu beaucoup plus de soins que les autres assurés¹⁵ ;

- le dépassement du seuil de 15.000 francs de tickets modérateurs est principalement dû (en ordre décroissant) aux interventions personnelles dans le prix de journée suite à une hospitalisation, aux séances de kinésithérapie, à un séjour prolongé dans un service psychiatrique, aux consultations et visites d'un médecin généraliste ainsi qu'aux consultations d'un médecin spécialiste. Comme l'indique le tableau ci-dessous, il existe cependant des différences notables selon que les assurés bénéficient de l'exonération sociale ou fiscale.

La part que les interventions personnelles dans les frais d'hébergement liés à une hospitalisation représentent dans le dépassement du seuil de 15.000 francs devrait à l'avenir diminuer. En effet, ces interventions ne devraient bientôt plus être prises en considération pour la franchise sociale et fiscale qu'à partir du 91^{ème} jour d'hospitalisation¹⁶.

- l'extension de la franchise aux tickets modérateurs des médicaments de la catégorie B, dès que cela sera techniquement possible ;
- la suppression de la franchise fiscale et l'instauration d'un second plafond de tickets modérateurs¹⁷.

Cette dernière proposition mériterait d'être sérieusement approfondie car il est incontestable que la franchise fiscale comporte des inconvénients majeurs :

- elle contraint ceux qui ont dépassé le seuil des tickets modérateurs qui leur est applicable, d'attendre plus d'un an avant d'être remboursés. Or l'écoulement d'une période aussi longue paraît d'autant plus difficile à supporter que les frais de santé sont élevés ;
- son application est très lourde sur le plan administratif et représente aussi un coût financier.

L'instauration d'un second plafond de tickets modérateurs pour tous ceux qui n'entreraient pas dans une catégorie sociale vulnérable présente

	Franchise sociale	Franchise fiscale	Au total
1. Hospitalisation (y compris psychiatrie < 1 an)	32,2	26,7	28,1
2. Kinésithérapie	11,3	18,6	16,7
3. Séjour prolongé en psychiatrie (> 1 an)	39,9	3,3	12,6
4. Consultations et visites généralistes	5,4	13,2	11,2
5. Consultations spécialistes	2,4	10,0	8,1
6. Honoraires de surveillance à l'hôpital	2,6	6,7	5,6
7. Intervention biologique clinique	1,5	5,7	4,6
8. Soins dentaires	1,1	4,9	3,9

Source : Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)

Répartition en pourcentage et par type de soins du total des tickets modérateurs payés par les titulaires de l'ANMC dépassant le seuil de 15.000 francs de tickets modérateurs en 1994.

L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes propose en outre plusieurs mesures destinées à améliorer la franchise dont les suivantes :

- l'extension du droit à la franchise sociale pour de nouvelles catégories sociales vulnérables telles que les titulaires en incapacité primaire depuis de plus de six mois, les bénéficiaires d'une allocation de handicapé (et plus seulement les titulaires du droit aux prestations de santé) les personnes bénéficiant d'un avantage égal au minimex ;

l'avantage évident de la simplicité. En outre, selon les estimations des mutualités chrétiennes, cette solution n'entraînerait pas de coût supplémentaire si ce plafond était fixé à 20.000 francs¹⁸. Il convient cependant de s'interroger sur la pertinence de la frontière proposée entre les catégories sociales définies comme vulnérables et celles qui ne le sont pas. Cette question n'est évidemment pas propre à la franchise ; elle concerne aussi de manière cruciale la catégorie des « VIPO préférentiels » et son extension à d'autres groupes. ●

(14) Certains titulaires relevant de plusieurs catégories, le total des 30.590 titulaires est inférieur à la somme du nombre de titulaires pour les cinq sous-groupes. Idem pour le remboursement global de 674,4 millions de francs.

(15) On peut évidemment se demander dans quelle mesure un grand nombre de bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées ou d'une allocation de handicapé ne sont pas aussi des VIPO préférentiels. Les moyennes remboursées à ces trois groupes sont d'ailleurs relativement proches.

(16) Il convient de souligner que les frais d'hébergement des assurés qui séjournent dans une maison de repos pour personnes âgées ou dans une maison de repos et de soins ne sont quant à eux pas remboursés. La mesure proposée rapproche donc les patients hospitalisés du statut de ces derniers.

(17) Diels J., op.cit. p 16.

(18) Ibidem.

L'accès aux soins, une question politique

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Béthune.*

Autour d'une tasse de café, nous parlions de l'accès aux soins quand un soignant déclara cette discussion sans objet parce que « tout est dans la bible ». Ce soignant pratiquait effectivement de manière généreuse et accessible, n'hésitant pas à sacrifier le ticket modérateur pour ses patients démunis ; il lui semblait que les bonnes pratiques suffisaient à résoudre les problèmes. Cette position individualiste, prônée par de nombreux médecins et paramédicaux, n'est pas tenable. Outre que son efficacité est plus que limitée, elle fait dépendre l'accès aux soins de la valeur morale du soignant, alors qu'il s'agit d'un droit de chacun, dont le respect ne repose pas sur la bonne volonté de quelques uns, mais s'inscrit dans l'organisation de la société : la sécurité sociale fondée sur la solidarité.

Des choix économiques

On présente parfois la privatisation des soins (en tout ou en partie) comme « la » solution pour assurer le maintien d'un système de qualité. Outre que cette qualité est loin d'être prouvée, le principe même de la privatisation consiste à exclure les mauvais risques ou les insolubles, ou à sélectionner les soins dispensés en fonction des primes versées : tout le contraire d'un accès pour tous et d'un accès à des soins égaux pour des besoins égaux. L'option « privatisation maximale » rencontre heureusement une résistance profonde en Europe, où ont meilleure presse les projets mixtes, associant une tutelle rigoureuse de l'assurance publique au développement progressif d'un secteur privé.

L'OCDE vient de rendre publique son étude sur le système de soins de santé en Belgique et au

Luxembourg. On y apprend que la Belgique dépense 7,6 % de son produit intérieur brut (chiffres 1997) en soins de santé et se situe dans la moyenne européenne. Par contre, elle se place en dernière position en matière de dépenses de santé privées. Ce sont les techniques médicales avancées qui génèrent l'augmentation des dépenses, tandis que la part des dépenses hospitalières et les honoraires se réduisent. Le système est performant, mais non viable à long terme : il faudra réduire les dépenses. L'OCDE propose pour cela l'augmentation des tickets modérateurs, l'élargissement du secteur de l'assurance complémentaire, un système de paiement à la capitation couplé à une transparence du marché de l'assurance entre mutuelles et assureurs privés, une limitation de la liberté de choix des patients par de nouveaux forfaits et un certain échelonnement. Une restriction du paiement à l'acte devrait réduire les revenus des médecins et limiter la pléthore mieux que le *numerus clausus*.

Sous l'angle de l'accès aux soins, ces propositions marquent un net recul par rapport à la situation actuelle : augmentation de la contribution personnelle des usagers, mise en concurrence des organismes de couverture de soins de santé. « Les gouvernements qui ont basé la réforme de leur système de santé sur la concurrence font aujourd'hui un constat d'échec : l'accès a diminué pour certaines catégories de la population, la qualité n'a pas augmenté et les coûts de gestion se sont sensiblement accrus » (congrès 1997 de l'Union nationale des mutualités socialiste).

... ou des choix de société solidaire

Le rapport de l'OCDE en est témoin, la prédominance du modèle biomédical curatif dans le système de soins, incarnée par la place prépondérante réservée à l'hôpital, entraîne l'inflation des dépenses de santé et remet en question, à l'heure des choix budgétaires et politiques, le principe de solidarité qui régit leur financement.

Dans ce contexte, la priorité accordée au lucratif (valorisation de la technique par rapport aux actes intellectuels, à la prévention, à l'éducation à la santé et à l'approche psychosociale, libre accès aux praticiens, etc.) constitue un facteur d'inégalité d'accès aux soins.



C'est à ces deux niveaux, celui de la défense de la solidarité et celui de la politique de santé, que se joue l'avenir de l'accès aux soins. En amont, la lutte contre l'exclusion sociale et les facteurs de précarisation en tant que générateurs de problèmes de santé doit être soutenue afin d'éviter que le médico-sanitaire ne devienne un « filet de rattrapage » supplémentaire et inadéquat.

Avec des sensibilités différentes

Avec des sensibilités différentes, la plupart des partis démocratiques convergent vers ces principes.

Dans un document récent (L'accès à la santé), le comité permanent du **PRL-FDF**¹ tient à rappeler que le parti n'est partisan ni d'une privatisation de la sécurité sociale, ni de la généralisation d'un système d'assurance privée avec filet de sécurité minimum. Mais il faut laisser au citoyen la liberté de souscrire des assurances complémentaires. Sur cette liberté de s'assurer, le ton paraît plus activiste à la lecture des publications émanant des mutualités neutres ou libérales. Certains éditoriaux (notamment de Daniel Ferette) conjurent littéralement les affiliés de souscrire des assurances privées, comportement présenté comme seul responsable et civique.

Le document propose une série de mesures techniques fort intéressantes favorisant l'accès aux soins. Toutes s'insèrent à l'intérieur du mode de fonctionnement actuel et protègent la liberté de choix du patient et la liberté d'action des prestataires de soins. Leur financement est à attendre essentiellement d'une rationalisation et d'un meilleur contrôle à la fois de l'offre et de la demande.

Les **écologistes** veulent un renforcement de la solidarité et une accessibilité optimale : réduire la contribution du patient, privilégier le financement forfaitaire en première ligne, tenir compte des frais indirects. « *Ecolo combat avec fermeté toute forme de défédéralisation et de privatisation larvée de l'assurance maladie... Nous en proposons l'élargissement à des besoins mal ou non couverts (assurance autonomie, réduction des tickets modérateurs, renforcement du personnel paramédical à l'hôpital comme à domicile, etc.) Quant au financement, nous refusons d'en faire porter le poids uniquement sur les revenus du*

travail : nous voulons faire contribuer l'ensemble des revenus (capital, immobilier, ...) dans un esprit de solidarité... » (Réactualisation du programme Ecolo).

Pour les portions les plus démunies de la population, l'hôpital reste un dernier recours quand ce n'est pas un recours exclusif aux soins. La crise aidant, l'institution hospitalière est ramenée malgré elle à sa mission millénaire d'assistance. L'Etat et la société demandent à l'hôpital aujourd'hui d'accueillir toute une population en détresse que l'on médicalise faute de lui venir en aide. La question reste posée de savoir si l'accueil en première ligne et la dispensation de soins primaires sont ou non le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Marie-José Imbault-Huart

Signé entre autres par de grands organismes des familles socialistes et chrétiennes (**mutualités socialistes et chrétiennes, MOC**², **FGTB**³, etc.), circule un document appelant à un front social pour la défense de la sécurité sociale et au refus de la privatisation. « *La sécurité sociale a une fonction redistributrice qui répond au principe de solidarité* ». Pourtant, ces mutuelles, désormais « responsabilisées » financièrement, sont poussées à développer des « produits de type assurance privée » et à entrer en concurrence entre elles : il en résulte une sélectivité de l'accès aux soins, les avantages offerts par ces produits étant réservés aux affiliés de la mutuelle qui les offre ou à ceux qui paient une cotisation « en plus » (voir Santé conjugulée numéro 5, et notamment les articles de Pierre Cools et de Jean Degré). La conscience de

(1) PRL-FDF :
Parti réformateur
libéral-Front des
francophones.

(2) MOC :
Mouvement
ouvrier chrétien.

(3) FGTB :
Fédération
générale des
travailleurs de
Belgique.

Le dispositif Baudelaire

Premier dispositif « précarité » dans un hôpital de l'Assistance publique (Saint-Antoine, Paris, en 1992). Les patients sont accueillis, sans rendez-vous, en amont des caisses de règlements des frais de la consultation. Si les ressources ou la couverture sociale sont insuffisantes, un bordereau de circulation « Baudelaire » est délivré permettant l'accès gratuit aux examens et consultations prescrits, de même qu'à des médicaments délivrés par la pharmacie de l'hôpital. Un suivi social est instauré pour la récupération des droits permettant une réintégration dans le circuit de soins classique, ce qui se réalise dans plus de 70 % des cas ! Le coût global reste marginal dans le budget total de l'hôpital.

Source : Joëlle Saunière et Jacques Lebas

ces ambivalences amène les mutuelles à réfléchir sur des réformes structurelles du système de santé. Pour les mutualités socialistes (congrès de décembre 97), cette modernisation qui passe par la coopération entre prestataires, consommateurs, mutualités et Etat plutôt que par la concurrence est une condition essentielle du maintien et du renforcement de l'accessibilité des soins.

Assurons-nous de l'accès de tous aux droits existants !

Ainsi contextualisée, la problématique de l'accès aux soins dépasse de loin le cadre d'une aide aux malheureux : il faut éviter de « *se laisser abuser par les incantations rhétoriques sur l'exclusion qui masquent parfois davantage qu'elles ne désignent les phénomènes contre lesquels il s'agit de lutter* » (Daniel Benamouzig). Toute atteinte à la sécurité sociale, qu'elle s'appelle privatisation, scission, inflation des dépenses et baisse des recettes, se marque d'abord par un recul de l'accès aux soins. Toute tentative de faire des économies de type purement comptables a le même effet, ainsi qu'on l'a constaté à plusieurs reprises à la lecture de ce cahier.

... Nous n'avons pas tant besoin de droits nouveaux. Assurons-nous plutôt de l'accès de tous aux droits existants ! Refusons les dispositifs d'exception qui soulignent les différences.

Une autre évidence oubliée : accentuons la prévention. N'attendons pas l'exclusion pour agir.

Enfin, nous devons simplifier les dispositifs existants (Bernard Kouchner). ●

Sources

Benamouzig D., dans *Précarité et santé*, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Comité permanent PRL FDF, *L'accès à la santé*, Tournai, 6 juin 1998, sous la présidence de Daniel Bacquelaine, rapporteurs Alain Destexhe, Martine Payfa, Chantal Bertouille.

Cools P, *La responsabilité financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives*, Santé conjugulée n° 5, juillet 98.

Degré J., *Les perspectives du système des soins de santé pour le xxième siècle*, Santé conjugulée n° 5, juillet 98.

Ecolo, *Réactualisation du programme, acte V*, assemblée générale des 27 et 28 février 1999.

Imbault-Huar M-J., dans *Précarité et santé*, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Kouchner B., op. cit.

Lebas J. et Chauvin P., op. cit.

OCDE, Etudes économiques de l'OCDE 1999 sur le système de soins de santé Belgique/Luxembourg.

Santé conjugulée n° 1, juillet 97, *Une politique de santé*.

Santé conjugulée n° 5, juillet 98, *La sécurité sociale*.

Saunière J. et Leba J., dans *Précarité et santé*, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Union nationale des mutualités socialistes, *La solidarité, fondement d'un système de santé modernisé*, congrès du 17 décembre 1997.



L'accès aux soins, ombres et lumières

Anne Herscovici,
sociologue.

Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade. La formule est sans doute lapidaire, mais les connaissances épidémiologiques fouillées, les recherches savantes des économistes et des sociologues de la santé, l'expérience quotidienne des professionnels de la santé et du social qui nourrissent ce numéro, disent-ils finalement autre chose ? Riche et puissant, on vit plus vieux, on est moins malade et quand on l'est, on peut se faire soigner, bien soigner. Si les modèles explicatifs de l'état de santé les plus récents minimisent le rôle du système de soins, il n'en reste pas moins que les soins de santé permettent de moins souffrir, de se sentir mieux, de « récupérer » plus vite, de diminuer la gravité des déficiences, d'échapper à une spirale de l'exclusion, etc.

Or, ce sont précisément les personnes qui ont les conditions de vie les plus mauvaises et qui sont donc en moins bonne santé qui ont le moins accès aux soins de santé. C'est bien cette facette-là, celle de l'accès aux soins, que ce cahier de Santé conjugué voulait explorer.

La Belgique est loin d'être à cet égard un pays mal loti : notre sécurité sociale a assuré progressivement à l'ensemble de la population le droit aux soins, et récemment encore, dans le fil des actions menées autour du « Rapport sur l'état général de la pauvreté », des mesures ont été prises pour améliorer cet accès à l'assurance maladie et pour renforcer l'accessibilité financière des soins pour les « plus démunis ».

Mais voilà, les choses sont bien plus compliquées : parce que le droit aux soins ne garantit pas l'accessibilité effective aux soins, ni à des soins de qualité. Les obstacles financiers demeurent ou s'aggravent et cela ne concerne pas, loin de là, que les plus pauvres « clients » des CPAS ou des associations. Quand on est au chômage, ou même salariée, seule avec des enfants et que le budget mensuel est calculé au plus juste, le poids des tickets modérateurs qui ont évolué à la hausse, le non-remboursement de certains traitements ou médicaments, l'avance des frais sont autant de freins. Et que dire du coût des maladies chroniques, de l'accompagnement d'un proche qui séjourne à l'hôpital ou de l'aide à assurer à domicile, même pour ceux qui ont la chance de bénéficier de revenus corrects.

S'agissant en particulier de la population le plus précarisée, les exemples rassemblés ici corroborent

des recherches plus systématiques qui montrent qu'il n'y a pas que l'argent qui est en cause. L'absence de soins est aussi liée aux conditions générales de vie et à la perte ou à la non-acquisition de ce que M. Joubert appelle la « compétence du rapport à soi » et la compétence à « circuler au sein des méandres techniques et administratifs, [...] à ne pas se laisser dissuader »¹.

A cet égard, la complexité et l'hétérogénéité des pratiques des CPAS (qui héritent des ratages de la sécurité sociale et de toutes les décisions d'économies prises au fédéral), ne contribuent sans doute pas à l'accessibilité des services.

Pour bénéficier de droits, il faut les connaître, il faut aussi avoir... la santé qui permet de faire le parcours du combattant qu'implique encore trop souvent le bénéfice des aides du CPAS en matière de santé. Il faut enfin résister à l'ère du soupçon, ne pas craindre les questions indiscrettes et les propos moralisateurs.

Reste un autre frein puissant, celui de la peur, fondée ou non, qui tient éloignées des services de santé les personnes dont le statut sur le territoire belge est incertain ou irrégulier.

Faut-il ajouter que l'accès aux services ne garantit pas non plus l'accès à des soins corrects ? Je pense notamment aux barrières linguistiques et culturelles, largement évoquées dans le dernier « Santé conjugué ». Les professionnels de la santé doivent de plus en plus souvent essayer de soigner, dans des consultations hospitalières débordées, parce que l'hôpital reste un mode d'accès ressenti comme « à bas seuil », des patients qui vivent des situations qu'ils devinent particulièrement dramatiques et avec lesquels ils ne peuvent communiquer. D'autant que, comme dans les services sociaux des CPAS, la pression du temps est forte. Et si les problèmes de communication sont évidents quand il s'agit de patients parlant des langues étrangères, les témoignages rassemblés dans ce numéro montrent que la pauvreté peut être un fameux obstacle à la communication

Et revenant à notre point de départ, rappelons que l'accès aux soins n'assure pas la santé : il permet une restauration médicale à court terme mais ne peut jouer sur les origines sociales des problèmes de santé. On comprend que les soignants de première ligne chez qui se déverse la souffrance sociale, y compris quand les travailleurs sociaux

(1) Joubert M.,
Crise du lien
social et
fragmentation de
l'accès aux soins,
Prévenir n°28,
1er semestre 95.

ne savent plus quoi en faire, se sentent dépassés et s'insurgent. En parlant de leur pratique professionnelle et de ses impasses, ils ouvrent un débat de société.

Au-delà des données chiffrées, les témoignages des soignants sortent de l'ombre ce que les chiffres masquent : la souffrance, la solitude, la peur, les ruses, l'imbrication de l'économique, du culturel et du psychologique, le grand écart entre le droit et la réalité. Ce qui m'a frappé dans l'ensemble des contributions, c'est combien la position des différents acteurs amenait des regards ou des accents différents sur cette réalité.

Les travailleurs de « terrain » relèvent ce qui est souvent un gouffre et s'indignent des faux-semblants, les responsables politiques se félicitent des progrès du droit et des initiatives sociales mises en place, comme les responsables des associations qui s'occupent des « plus pauvres ». Pour ces derniers, l'urgence, c'est qu'il y ait amélioration de l'accès aux soins pour leur « public cible », même si les dispositifs mis en place à cet effet relèvent de l'exception. Les professionnels plus généralistes notent eux les dangers des formules qui risquent de fissurer un système construit sur la solidarité.

Tout le monde s'accorde à noter les efforts faits, mais en même temps beaucoup ont l'impression que cela va mal, plus mal. ●



Les difficultés financières
d'accès aux soins de santé