

Accessibilité aux soins,

recommandations de Médecins du Monde et de l'INAMI

Hier un *Livre vert*, aujourd'hui un *Livre blanc*: deux documents interpellant qui font le tour des questions liées à l'accessibilité aux soins en Belgique. Ce travail est le fruit d'une initiative inédite mise en œuvre par Médecins du Monde en collaboration avec l'INAMI dans le cadre des 50 ans de l'assurance soins de santé. Saluons tant le processus que le résultat.

Marianne Prévost, sociologue, Fédération des maisons médicales.

MOTS CLEFS : accessibilité, système de santé, inégalités de santé, politique.

Oser une politique d'inclusion, renforcer les mesures existantes, investir davantage dans la prévention, offrir des soins « sur mesure », améliorer l'information du patient.

De la suite dans les idées

En mars 2014, Médecins du Monde et l'INAMI publiaient un *Livre vert* (358 pages) réalisé en collaboration avec une trentaine d'acteurs de la santé et du social¹. Ce document analyse, fait l'inventaire et propose des recommandations relatives aux difficultés d'accès pour les publics vulnérables.

Le constat de base est simple et connu: si la protection universelle face aux risques de maladie est un des principes fondamentaux de l'assurance soins de santé et indemnités, une fraction croissante de la population n'a pas accès aux soins, ou pas assez. Dans le groupe social le plus faible, 27% de gens renoncent aux soins pour des raisons financières - ce qui n'est que le sommet

de l'iceberg. Bien sûr, de nombreux dispositifs ont été mis en place en Belgique (ils sont décrits dans le livre, ainsi que d'autres dispositifs prévus pour 2015); mais cela ne suffit pas. Les personnes ciblées dans ce travail sont les plus vulnérables et en situation précaires: sans-abris, primo-arrivants, travailleurs du sexe, usagers de drogues, personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire (en séjour irrégulier, demandeurs d'asile, personnes détenues, internées)...

Plus de 300 personnes du secteur social et de la santé se sont réunies lors de la publication du *Livre vert*: elles ont travaillé en tables rondes afin de trouver des solutions aux problèmes mis en évidence.

Ces solutions ont été regroupées autour de cinq grands axes prioritaires.

Le *Livre blanc* qui sort aujourd'hui (18 pages)² propose pour chacun de ces axes une recommandation prioritaire destinée à rendre notre système de santé plus accessible. Ces recommandations se complètent et s'articulent. Le but de ce document est d'interpeller le monde politique et il soulèvera sans doute de nombreuses questions auprès d'autres acteurs.

1. En ligne sur <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study69/pdf/livre-blanc.pdf> et <http://www.medecinsdumonde.be>

2. Idem.

Des recommandations fortes

Une intégration phasée par groupe cible

Cette recommandation est liée au premier axe qui concerne les demandeurs d'asile, les personnes en séjour irrégulier, détenues ou internées. Elle répond à la complexité des différents systèmes de «protection subsidiaire», soumis à des réglementations et procédures lourdes; cette organisation donne des cheveux blancs aux intervenants, et, plus grave, provoque des lacunes dans la prise en charge de personnes souvent déjà confrontées à des risques de santé accrus et à d'importantes difficultés.

L'idéal, soulignent les auteurs du *Livre blanc*, serait de fusionner les systèmes subsidiaires en un système unique d'aide médicale standardisé et informatisé: cela supprimerait le caractère discriminatoire des systèmes actuels et simplifierait les procédures de remboursement pour tous les acteurs concernés.

Dans un souci de réalisme, la recommandation propose toutefois la mise en place d'une intégration phasée par groupe cible: intégration des détenus et des internés dans l'assurance soins de santé, harmonisation des pratiques des CPAS pour les personnes émargeant de ces structures dans le cadre de l'aide médicale urgente³.

Généraliser le tiers-payant pour tous les actes ambulatoires et pour tous les patients

La généralisation du tiers-payant serait, soulignent les auteurs, une réforme d'ampleur «historique»: un délai de quatre ans pour y aboutir leur semble nécessaire et réaliste.

Cette recommandation répond au second axe, essentiel face aux signaux préoccupants tels que le renoncement aux soins de santé pour raisons financières, qui est associé à diverses situations: ménage jeune, famille monoparentale, faible niveau d'éducation ou de revenu.

Certaines mesures ont déjà été prises⁴, d'autres devraient être appliquées dès 2015: l'octroi automatique du régime préférentiel à partir des mutuelles pour les ménages à

3. Il faut noter que le système MediPrima, qui couvre la gestion automatisée de l'aide médicale, constitue déjà une étape importante.

4. Interdiction de facturer des suppléments d'honoraires dans les chambres commune ou à 2 lits, extension du maximum à facturer pour les bénéficiaires du statut affection chronique.

faibles revenus et l'application du tiers-payant (pour un maximum de prestations, prioritairement en médecine générale et en dentisterie et à terme pour tous les autres secteurs ambulatoires), pour tout patient qui a le statut de malade chronique et pour tout patient qui bénéficie de l'intervention majorée. Tout cela va dans le bon sens... mais il faut aller plus loin.

L'idéal serait de fusionner les systèmes subsidiaires en un système unique d'aide médicale.

Mettre en œuvre une approche globale de la santé maternelle/infantile et des soins préventifs adéquats pour les populations ayant des pratiques à risque

Comme on le voit, deux groupes sont priorités pour cette recommandation liée à l'axe 3.

- Les femmes enceintes vulnérables (et leur enfant); le secteur de la santé sexuelle et reproductive est particulièrement morcelé et l'offre varie fortement d'une région à l'autre. Par exemple, une femme enceinte vulnérable peut s'adresser à un point d'appui prénatal, mais en cas de complications ainsi que pour les échographies, il faut avoir accès à un gynécologue, et l'accouchement se passe à l'hôpital; il existe quatre fédérations de centres de planning familial, tandis que l'Office de la naissance et de l'enfance et Kind en Gezin organisent le suivi prénatal ou les soins préventifs aux enfants de manière très différente. Tout ceci nuit au bon suivi de la grossesse – souvent entamé de manière tardive par les plus vulnérables. La recommandation est ici d'établir des programmes intégrés de santé destinés aux femmes et aux ménages à risque (au minimum depuis la préconception jusqu'à ce que l'enfant rentre à l'école primaire) – afin que toute femme puisse obtenir directement une réponse à ses questions, (qu'elles soient d'ordre médical, social, juridique, ou psychologique) et être redirigée si nécessaire vers un service approprié.
- Pour les personnes ayant des pratiques à risque, il s'agit d'une part de mieux les informer et de fournir les soins préventifs adéquats (dépistages précoces, vaccinations contre le virus de l'hépatite B et celui du papillome humain, distribution de matériels adéquats tels que préservatifs, seringues etc.); d'autre part, d'intégrer les programmes de réduction des risques dans l'offre de soins proposée à la population; ces programmes devant être coordonnés via les dispositifs de soins publics existants (consultations, urgences hospitalières, etc.).

Instituer dans chaque grande ville une ligne de soins intermédiaire

Cette recommandation traduit l'axe 2 qui formule déjà une proposition assez concrète (offrir des soins « sur mesure » à certains groupes). Cela répond au constat d'une difficulté aigüe, voire d'une impossibilité pour les personnes vulnérables, d'avoir un accès « normal » aux soins, pour différentes raisons : perte de couverture sociale, non compréhension du système, perte de confiance avec le professionnel de santé, offre de service non adaptée, manque de moyens, etc. Ces barrières s'additionnent le plus souvent et sont renforcées par l'extrême complexité du système de santé belge sur le plan administratif. Des phénomènes d'auto-exclusion peuvent apparaître lorsqu'une mauvaise expérience avec un professionnel casse le lien précédemment tissé avec le système de soins ; des approches proactives sont nécessaires lorsqu'aucune demande de soin n'émerge plus spontanément.

La « ligne de soins intermédiaire » recommandée est nommée « ligne 0,5 », en référence à la première ligne de soins. Ce serait un ensemble de structures et/ou services de référence ayant une « approche multidisciplinaire, flexible et proactive », avec un « bas seuil d'accès » (aucune restriction à l'accès) et visant à terme une réintégration dans le système de soins classique.

Proactivité : le service doit pouvoir aller à la rencontre des patients éloignés du système, notamment en offrant des soins en dehors du cadre institutionnel par exemple en plaçant des professionnels de la santé et du social dans les lieux de vie, de rencontre, afin de tisser des liens permettant de réintégrer les personnes dans le système.

Référence : la « ligne 0,5 » ne doit pas se substituer à l'offre de soins classique : elle n'est spécifique que pendant un temps (qui peut être long) et crée (ou restaure) le lien avec la ligne de soins classique : c'est un « dispositif spécialisé dans l'insertion médicale », qui intègre un service social, un système d'interprètes et/ou de médiateurs culturels ainsi qu'un mécanisme d'orientation.

Afin de garantir l'accrochage médical et la continuité des soins, il peut être nécessaire d'accompagner les personnes dans leur parcours, ce qui implique la création de nouveaux métiers tels qu'accompagnateurs psychosociaux, travailleurs pairs (relais communautaires qui peuvent passer les messages de prévention et accompagner les personnes dans une recherche de solution), activateurs de réseaux (afin d'activer et de créer des liens entre différentes institutions qui prennent en charge ces personnes).

La taille du dispositif 0,5 dépendrait de l'accessibilité de l'offre de première ligne classique sur le territoire considéré. Un monitoring de ces différentes structures devrait être prévu afin qu'elles puissent travailler en réseau et de manière cohérente sur un territoire donné. Le financement de ces structures par l'INAMI serait conditionné par leur intégration cohérente dans cette ligne de soins.

Créer de nouveaux métiers dans le secteur ambulatoire

Cette recommandation est liée au cinquième axe : améliorer l'information et la compréhension du patient. Elle vise spécifiquement à pallier la faiblesse des publics vulnérables en matière de « *littératie en santé* » (*health literacy*⁵), c'est-à-dire la « capacité d'un individu à trouver, comprendre et utiliser l'information de base, les options de traitement qui s'offrent à lui et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ». Il s'agit d'étendre l'expérience des médiateurs culturels à la première ligne et de prévoir des « experts du vécu » - à l'image du service public fédéral d'Intégration sociale qui fait appel, au niveau des services publics, à des personnes qui possèdent une expérience personnelle de la pauvreté.

Et les maisons médicales ?

Le *Livre vert* identifie bien les maisons médicales au forfait parmi les mesures favorisant l'accès aux soins sur le plan financier et démontre leur accessibilité sur base d'études faites par les mutualités (chrétienne et socialiste) : fréquence d'inscription auprès d'une maison médicale six fois plus importante parmi la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée⁶ ; proportion d'indice de masse corporelle dans les pratiques au forfait de 36 % en moyenne contre 29 % pour la médecine à l'acte⁷.

5. Certains utilisent le terme « littérature claire ».

L'accessibilité des maisons médicales ne se limite évidemment pas aux aspects financiers. Un chapitre du Livre vert consacré aux migrants et minorités ethniques décrit bien la richesse des pratiques pluridisciplinaires et de l'approche de la santé poursuivie en maisons médicales (francophones et néerlandophones: ce chapitre a été rédigé, à partir de témoignages du terrain, par les deux fédérations), et leur nécessité: «Le problème qui semble croissant vis-à-vis de l'accès aux soins, c'est que cette disponibilité ne se retrouve pas chez l'ensemble des intervenants; ceux qui veulent prendre en charge ces patients ont le sentiment de devoir pallier les réticences, les rejets exprimés par certains de leurs confrères – du premier et du deuxième échelon – vis-à-vis des publics les plus vulnérables. La réflexion sur l'accès aux soins des migrants et minorités ethniques engage donc à des réflexions plus larges concernant l'adaptation et l'engagement de l'ensemble du système de soins face aux inégalités de santé».

Une médecine à deux vitesses ?

Dans sa conclusion au Livre vert, Ri De Ridder⁸ pointe que «le plus frappant, dans ces histoires, c'est le rôle de nos systèmes eux-mêmes: l'exclusion institutionnelle illustrée clairement à l'aide des témoignages du combat des exclus sociaux face au «système». Dans sa terminologie technocratique (no shows⁹, sans domicile fixe, etc.), mais plus encore dans sa méthode technocratique, l'approche compartimentée¹⁰ on le voit, crée de nombreux trous dans notre filet de sécurité sociale».

6. Avalosse H., Gillis O., Cornelis K., Mertens R., Inégalités sociales de santé en Belgique: des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données mutualistes», Revue Belge de sécurité sociale, 2009, 1, 145-170, http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2009/btsz_01_2009_fr.pdf

7. Boutsen, M. et Maron, L., L'accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles, Bruxelles, Direction Etudes, Union Nationale des Mutualités socialistes, 2011.

8. Directeur général des services de soins de santé de l'INAMI.

9. Demandeurs d'asile ayant renoncé à l'hébergement dans une structure d'asile au bénéfice d'un logement privé à leur initiative; ils doivent s'orienter eux-mêmes dans le système de santé et doivent demander un réquisitoire à Fedasil pour tout soin nécessaire.

10. Entre types de publics.



La recommandation de créer une «ligne 0,5» peut interpellier les maisons médicales qui, dans le Livre vert soulignent «l'importance d'une approche non sélective et non catégorielle. Les maisons médicales sont accessibles pour toutes les couches de la population et prêtent une attention particulière aux obstacles qui entravent l'accès». Ajoutons que recommander ce niveau de soins «dans toutes les grandes villes» est sans doute excessif: toutes les grandes villes ne le nécessitent pas, et il suffit parfois de renforcer ce qui existe afin d'améliorer la couverture des besoins. C'est surtout à Bruxelles que les difficultés d'accès sont devenues massives et structurelles.

Nous sommes de fait dans un système de santé à deux vitesses.

Y a-t-il contradiction entre l'universalisation voulue par les maisons médicales et la création d'une «ligne 0,5»? Le Livre blanc préconise-t-il une médecine à deux vitesses? Ces questions ont droit de cité mais le Livre blanc ne va évidemment pas dans ce sens-là: il part du constat que nous sommes de fait dans un système à deux vitesses et qu'il est urgent de réorienter le système au bénéfice de tous.

La ligne 0,5 est donc conçue comme un «marche-pied» vers le système général, ce qui correspond au travail

réalisé par Médecins du Monde – actuellement débordé, et dont une des difficultés est, à Bruxelles, de référer les patients, notamment vers... des maisons médicales déjà saturées. La création de structures 0,5 permettrait d'accueillir des personnes actuellement exclues de facto sans estomper la nécessité d'une première ligne suffisante, de qualité et dotée d'outils supplémentaires: comment serait-il possible de sortir de la ligne 0,5 si la première ligne ne se développe pas?

La Fédération des maisons médicales a dans une certaine mesure répondu à ces questions en s'associant à Médecins du Monde et à d'autres dans le cadre d'un appel à projets de la Région bruxelloise reposant sur des financements européens. Ce projet répond à la difficulté, pour les usagers et pour les intervenants, de se diriger dans l'ambulatoire social-santé bruxellois, morcelé et largement cloisonné; il propose une recherche-action visant à renforcer l'accessibilité à la santé pour tous à travers de nouveaux processus

Les moyens ne sont pas colossaux: une bonne dose de courage politique et un leadership politique fort feront l'affaire.

d'intégration des services. Trois types de structures, situées dans des quartiers vulnérables seraient mises en place et évaluées à titre pilote, deux d'entre elles étant construites à partir de services déjà existants; la troisième, située dans un quartier très fréquenté par les usagers de drogue, viserait spécifiquement ce public et agirait dans la perspective décrite pour la ligne 0,5. Il est trop tôt pour décrire plus en détail ce projet: son acceptation éventuelle ne sera pas communiquée avant janvier 2015.

On pourrait imaginer des maisons médicales développant des stratégies proactives telles que préconisées dans le cadre de la ligne 0,5: certains travailleurs iraient alors à la rencontre des publics exclus - dans la rue, dans les abris de nuit, aux abords des gares, arrêts de métro, squats,... - s'attachant patiemment à tisser des liens avec les personnes éloignées du système¹¹. Est-

il possible, souhaitable, d'intégrer ces pratiques «à la marge» dans les maisons médicales?

On pourrait aussi imaginer que des activités actuellement réalisées par des institutions centrées sur des publics (par exemple les nourrissons) ou des problématiques spécifiques (la santé sexuelle ou mentale, la toxicomanie,...) soient intégrées dans un même centre doté des moyens et des compétences nécessaires – sans pour autant que celui-ci devienne gigantesques, au risque de perdre en proximité avec la population et en fluidité du travail... Donc beaucoup de petits centres de santé globale très polyvalents: «*Nous osons rêver tout haut...*» dit Ri de Ridder dans la conclusion du *Livre vert*, et son rêve c'est justement cela.

Mais c'est une autre histoire, qui ne ferait pas d'emblée l'unanimité! Un des aspects du projet Fonds européen de développement régional évoqué ci-dessus est de tester des centres pilotes proches de ce rêve... s'il est accepté, il participera sûrement à nourrir la réflexion quant à de nouvelles orientations du système de santé.

Courage politique

En fin de compte, le *Livre blanc* propose à la fois des réformes fondamentales et durables, et des mécanismes transitoires visant à parer à l'urgence. En espérant qu'à terme le système général se consolide de manière telle que chacun puisse y avoir accès sans se livrer à un parcours d'obstacles infini – et nuisible à sa santé, physique, mentale et sociale!

Laissons la conclusion à Ri De Ridder: «*Certaines mesures peuvent être prises à court terme (...). Ce dont nous avons besoin, c'est une politique d'inclusion dans tous les domaines: sensée, rationnelle, efficace, pertinente. C'est la question formulée à l'attention de nos dirigeants par nombre de personnes qui s'engagent – souvent à contre-courant – en faveur d'une société qui offre davantage de chaleur et d'espace. Les moyens ne sont pas colossaux: une bonne dose de courage politique et un leadership politique fort feront l'affaire.*».

Mais cela ne peut être ancré que sur un modèle de société différent de celui qui se profile aujourd'hui. Les projets de la «suédoise» devront à coup sûr être éclairés, discutés, contrecarrés par une mobilisation citoyenne sans failles.

11. À l'instar des infirmiers de rue, l'équipe mobile de Médecins du Monde, certaines associations membres de la Fedito, d'autres encore.