



LIVRE BLANC

sur
l'accès aux soins
en Belgique



Préambule

La Belgique est considérée comme un pays qui dispose d'une bonne protection sociale et d'un système de santé de qualité. Pourtant, pour une série de populations particulièrement vulnérables, nous constatons que l'accès aux soins est loin d'être évident notamment parce que certaines d'entre elles se voient obligées de renoncer ou de postposer des soins. Ce report de soins n'est en effet qu'une raison de la difficulté d'accès aux soins. Certaines autres populations (par exemple les personnes handicapées mentales) connaissent aussi des problèmes parce que la prise en charge médicale dans des structures d'accueil fait défaut.

Ce Livre blanc présente un ensemble de recommandations opérationnelles visant à améliorer l'accessibilité aux soins de ces populations.

Il est le résultat d'un long processus auquel ont participé de nombreux acteurs de santé et est le fruit d'une initiative unique entre, d'une part, les représentants du système belge de soins de santé, l'INAMI et les mutualités, et d'autre part, Médecins du Monde, une des organisations qui assistent médicalement les populations les plus vulnérables.

Ce processus a débuté par la rédaction d'un Livre vert qui propose un état des lieux de l'accès aux soins en Belgique, en donnant la parole à une trentaine d'acteurs de l'ensemble du secteur : professionnels de la santé, travailleurs de terrain, patients, mutualités, INAMI, etc.

Ce processus s'est poursuivi par l'organisation de tables rondes où plus de 300 personnes issues du secteur se sont réunies afin de trouver des solutions aux problèmes mis en évidence par le Livre vert. A l'issue de ces tables rondes, les participants ont formulé de nombreuses propositions. Celles-ci peuvent se regrouper autour de 5 axes de recommandations prioritaires visant à rendre le système de santé plus accessible :

1. oser une politique d'inclusion
2. renforcer les mesures existantes
3. investir davantage dans la prévention
4. offrir des soins « sur mesure »
5. améliorer l'information au patient.

Sur base des discussions avec le Comité d'accompagnement, nous avons choisi de retenir par axe uniquement la recommandation qui nous semblait la plus prioritaire. Ces recommandations sont reprises dans ce Livre blanc.

Avec ce Livre blanc, nous voulons interpeller le monde politique et espérons que ces différentes recommandations seront prises compte dans la définition des politiques de santé pour les 5 prochaines années et feront ainsi évoluer notre système de santé vers un système encore plus accessible.

Nous profitons de l'occasion pour remercier l'ensemble des intervenants (membres du Comité d'accompagnement, contributeurs au Livre vert, modérateurs et participants aux tables rondes, membres du personnel de nos 2 organisations) qui ont permis l'aboutissement de ce processus.

Pierre Verbeeren

Directeur général de Médecins
du Monde

Jo De Cock

Administrateur général de l'INAMI

I. Oser une politique d'inclusion

1. Contexte/Problématique

Pour les personnes qui sortent du cadre de l'assurance soins de santé, différents systèmes « subsidiaires » ont été mis en place. Par exemple :

- La prise en charge des soins médicaux prévue pour **les personnes en séjour irrégulier** est régie par les CPAS via l'Aide Médicale Urgente (AMU) et dépend du Service Public Fédéral de Programmation (SPP) Intégration Sociale. Les procédures divergent cependant d'un CPAS à l'autre et les conditions à remplir font appel à des notions assez vagues et parfois difficile à faire valoir pour certaines populations, telle que « l'état de besoin » ou le « lieu de résidence principal ». Le manque d'harmonisation dans les pratiques des CPAS implique de nombreux obstacles dans l'accès aux soins : arbitraire, inégalités et discriminations dans l'octroi de l'AMU, inadéquation de la procédure, etc.
- Pour les **demandeurs d'asile**, les soins de santé sont octroyés par le biais de la prise en charge dans un centre d'accueil fédéral ou dans une structure partenaire. Chaque partenaire organise cependant de manière autonome son propre système. Pour les personnes résidant en dehors des centres d'accueil, les « **no shows** », le paiement des soins médicaux se fait via la cellule « frais médicaux de Fedasil », par un système de « réquisitoire » à remettre au prestataire pour chaque soin nécessaire. Pour les demandeurs d'asile qui résident dans une **Initiative Locale d'Accueil**, les soins médicaux sont pris en charge par les CPAS.
- En ce qui concerne **les personnes détenues et les internés**, leurs soins de santé sont actuellement sous la responsabilité financière du Service Public Fédéral (SPF) Justice. En entrant en prison ou en institution de défense sociale, les détenus et internés peuvent perdre les interventions de leur assurance soins de santé. Le SPF Justice prend à sa charge le coût des frais médicaux des détenus et des internés sauf exceptions prévues par la réglementation de l'assurance soins de santé. Dans ces cas, l'INAMI prend en charge les coûts dans le cadre d'un budget fermé. Quand ce budget est totalement épuisé, ces frais sont à nouveau pris en charge par le SPF Justice. D'autres situations peuvent encore survenir en fonction que le détenu est libéré provisoirement pour raisons médicales, est libéré provisoirement, est en libération conditionnelle, reçoit un congé pénitentiaire, est en surveillance électronique, etc. Dans ces situations, le détenu peut avoir accès à l'assurance soins de santé s'il est en ordre d'assurabilité.

I. Oser une politique d'inclusion

Ces différentes réglementations et la lourdeur des procédures qui y sont associées créent de nombreux trous dans notre filet de sécurité sociale mais surtout retardent une prise en charge efficace des patients et occasionnent une charge administrative pour les dispensateurs de soins. Le recours aux soins en est d'autant plus difficile que les personnes qui ressortissent de ces systèmes subsidiaires sont bien souvent déjà confrontées à des risques de santé accru et à d'importantes difficultés endogènes telle la langue, le parcours, les cultures, les vulnérabilités multiples, etc.

Afin de lutter contre l'exclusion institutionnelle, il est donc nécessaire d'uniformiser au maximum les différents modes d'opérationnalisation de l'aide médicale pour ces populations qui sortent du cadre de l'assurance soins de santé.

2. Recommandation : intégration phasée par groupe cible

Même si une fusion des systèmes subsidiaires, en un système unique d'aide médicale standardisé et informatisé, permettrait d'enlever le caractère discriminatoire des systèmes existants et de simplifier les procédures de remboursement pour les acteurs du système (patients, dispensateurs et administrations), nous plaidons pour une approche phasée par groupe cible.

- Comme évoqué lors des tables rondes sur l'accès aux soins, **nous plaillons pour l'intégration des détenus et des internés dans l'assurance soins de santé**. Il n'y a en effet aucune raison de principe pour qu'un détenu ou un interné soit exclu de l'assurance soins de santé.

S'il est légal et techniquement possible de changer la réglementation afin que tous les détenus et les internés accèdent à l'assurance soins de santé, il convient néanmoins de réaliser une étude qui poursuivrait plusieurs objectifs :

- fournir les données concernant l'organisation future des soins de santé dans les prisons et institutions de défense sociale
- préciser les points de la législation qui doivent être adaptés en fonction des besoins et problèmes identifiés
- estimer les répercussions financières exactes.
- En ce qui concerne les personnes émergeant au CPAS dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, le système MediPrima, qui couvre la gestion automatisée de l'aide médicale, constitue une étape importante dans l'harmonisation des pratiques et implique un gain de temps administratif pour les CPAS.

MediPrima apporte également une plus-value importante pour les dispensateurs de soins car il leur permet d'avoir une information claire sur les frais pris en charge et surtout une garantie sur le paiement effectué par l'Etat.

Si ce système MediPrima constitue un pas important vers une simplification des procédures, les personnes qui souhaitent bénéficier de l'intervention du CPAS dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente ne sont pas épargnées par les démarches administratives qui peuvent retarder de manière significative l'accès aux soins (enquête sociale, etc.). Par ailleurs, les coûts, notamment en personnel, liés à l'application des procédures de ce système n'est pas négligeable.

Par conséquent, nous proposons d'orienter nos actions vers différents publics :

- Dans un premier temps, nous proposons que **les personnes qui demandent la prise en charge de leurs soins santé auprès d'un CPAS** dans le cadre de la première phase du projet MediPrima (les illégaux en Belgique, les personnes ayant une procédure d'asile en cours et qui sont à charge d'un CPAS (Initiative Locale d'accueil ou aide financière) et les personnes disposant d'une demande d'autorisation de séjour recevable pour raisons médicales (appelée 9ter)) **soient inscrites d'office** à la CAAMI. Cette inscription serait **temporaire** (par exemple 3 mois) afin de permettre une vérification des conditions d'intervention du CPAS. Si après cette période de 3 mois, les conditions d'intervention de l'Aide Médicale Urgente sont confirmées, le patient reste inscrit à la CAAMI (ou à un autre organisme assureur en toute connaissance de cause quant aux impacts d'un tel choix) pour la période de validité de son inscription. Si ce n'est pas le cas, l'affiliation cesse.
- Pour les **personnes sans domicile fixe**, nous suggérons qu'en cas de difficulté pour identifier le CPAS compétent, le SPP Intégration Sociale **désigne d'autorité le CPAS compétent** afin de ne pas pénaliser la personne sans domicile fixe.
- Enfin, pour **les demandeurs d'asile y compris « no shows » et les personnes en structures locales d'accueil**, nous proposons d'appliquer le même raisonnement que celui exposé ci-dessus pour les bénéficiaires de l'inscription temporaire susvisés.

II. Renforcer les mesures existantes visant à faciliter l'accès aux soins

1. Contexte/Problématique

La protection universelle face aux risques de maladies, financée en fonction des moyens de chacun, est un des principes fondamentaux de l'assurance soins de santé et indemnités.

Cependant, des signaux préoccupants concernant les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé nous parviennent. Nous constatons par exemple que le renoncement aux soins pour des raisons financières est de 27% pour le groupe social le plus faible !

Certains facteurs sont associés à un plus grand risque de problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé :

- ménage jeune
- famille monoparentale
- faible niveau d'éducation
- faible revenu disponible.

De même, les ménages dont les soins de santé sont les plus élevés et ceux faisant état de problèmes de santé présentent plus de risques de postposer des soins pour des raisons financières.

Des réformes ont été menées jusqu'à aujourd'hui pour améliorer l'accessibilité financière des soins des personnes confrontées à des difficultés financières :

- interdiction de facturer des suppléments d'honoraires dans les chambres à 2 lits ou des chambres communes
- extension du maximum à facturer (MàF) pour les bénéficiaires du statut affection chronique
- au 1^{er} janvier 2014, le régime préférentiel a été converti en un système unique basé sur les revenus du ménage et à partir de 2015, les mutualités pourront activement identifier les ménages à faibles revenus et donc faire un grand pas en avant en direction de l'octroi automatique du régime préférentiel.

Sans ces mesures visant l'accessibilité financière des soins de santé, de nombreuses familles s'endetteraient pour leur santé ou devraient renoncer à des soins pour elles-mêmes ou leurs enfants. Le taux de report de soins démontre toutefois la nécessité de poursuivre les mesures qui visent à assurer un accès universel.

2. Recommandation : généralisation du tiers payant

Nous recommandons :

- comme le prévoit la loi du 27 décembre 2012, une **obligation d'appliquer le tiers payant**, à partir du 1^{er} janvier 2015, pour un maximum de prestations (en priorité des prestations de médecine générale et de dentisterie et à terme 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**
- à plus long terme, une **généralisation du tiers payant pour tous les actes ambulatoires** et à tous les patients, à l'image de la France qui vient d'annoncer la généralisation du tiers payant pour tous les patients pour la médecine de ville d'ici 2017.

Outre une meilleure accessibilité des soins pour tous les patients, cette généralisation du tiers payant se traduira également par une simplification administrative importante pour les dispensateurs de soins.

Avant de franchir le pas, certaines conditions doivent être remplies, notamment :

- possibilité de vérifier l'assurabilité du patient au cours du contact
- facturation électronique
- délai de remboursement très court de la part des mutualités
- formalités administratives simplifiées.

Certaines de ces conditions sont déjà rencontrées ou le seront à brèves échéances.

S'agissant d'une réforme d'ampleur historique, un délai de 4 ans pour aboutir à cet objectif semble nécessaire mais réaliste.

III. Investir dans la prévention et la promotion de la santé

1. Contexte/Problématique

Toutes les études menées sur les inégalités de santé sont sans appel et convergent vers un même constat : toutes choses étant égales par ailleurs, lorsque la position socio-économique est faible, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Pour diminuer drastiquement les inégalités en matière de santé, il est nécessaire d'investir de manière significative dans la **prévention**, et en priorité **dès la grossesse et la petite enfance**, où s'installent déjà les prémices des inégalités sociales de santé.

Une étude¹ de l'ONE a en effet montré un lien significatif entre d'une part le niveau d'étude de la mère et d'autre part la durée de l'allaitement maternel, l'excès pondéral, les caries dentaires et le développement du langage chez l'enfant. Les femmes avec un niveau d'études faible sont également plus nombreuses à quitter la maternité de manière précoce, elles consultent, de manière générale, moins en préconceptionnel (17%) en comparaison avec les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé (38%)². Pourtant, les consultations prénatales jouent un rôle fondamental de protection médico-sociale de la grossesse pour des populations les plus démunies.

L'actuel morcellement des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un obstacle aux soins, notamment pour les femmes vulnérables qui ne connaissent pas le système de santé ou qui ne maîtrisent pas la langue. Il existe en effet un service différent, voire même plusieurs services pour chaque aspect de SSR. Une femme enceinte vulnérable peut par exemple s'adresser à un point d'appui prénatal. Toutefois, en cas de complications et pour les échographies, il faut avoir accès à un gynécologue et l'accouchement se passe à l'hôpital. Bon nombre de services sont par ailleurs surchargés et la plupart des services SSR sont payants et onéreux.

Pour les femmes vulnérables, le suivi de grossesse intervient souvent tardivement, ce qui accroît le risque de complications et/ou de décès de la mère et/ou de l'enfant. Le problème consiste donc à les atteindre suffisamment tôt pour suivre leur grossesse à temps et prodiguer les examens nécessaires. Une offre de soins intégrale des services SSR et accessible pour les femmes les plus vulnérables fait cependant actuellement défaut en Belgique.

1. Rapport ONE de la banque de données médico-sociales de l'ONE 2006-2007, « les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois », MC Mouroy, M Sommer, M Liegeois, S Ndame Ebonge, 2009, p 143-157.

2. Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated research, novembre 2012.

III. Investir dans la prévention et la promotion de la santé

Un autre public vulnérable qui demande également une attention particulière en matière de promotion de la santé est celui des **populations ayant des pratiques à risques**, à savoir les travailleurs du sexe et les usagers de drogues. Les pratiques et modes de vie de ces personnes les rendent en effet plus vulnérables et plus à risque de développer certaines maladies infectieuses (HIV, Hépatites B/C, IST, etc.). La prévalence de l'hépatite C est particulièrement importante parmi les usagers de drogues puisqu'elle concerne, pour les nouveaux cas, 80 % d'entre eux³. La détection précoce de ces maladies infectieuses est pourtant un impératif de santé publique : de telles épidémies ne peuvent être contrôlées si des personnes restent exclues du système de santé ou des campagnes de prévention.

Le renforcement du travail de prévention et de promotion de la santé est donc nécessaire pour réduire les inégalités de santé, pour peu qu'il s'adresse spécifiquement aux populations qui en ont le plus besoin et qu'il passe par une approche intersectorielle et multidisciplinaire.

2. Recommandations principales : approche globale de la santé maternelle/infantile et soins préventifs adéquats pour les populations ayant des pratiques à risque

Idéalement, toute femme devrait pouvoir s'adresser gratuitement pour résoudre n'importe quelle question relative à sa santé sexuelle et reproductive, qu'il s'agisse d'éducation sexuelle, de dépistage et de prévention des IST, de grossesses non désirées ou de suivi de grossesse, de contraception ou de pilule du lendemain, de violences sexuelles et/ou conjugales, de craintes de cancer etc. Toute femme devrait pouvoir obtenir directement une réponse à sa question de la part de professionnels du secteur médical, social, juridique ou psychologique ou être redirigée et accompagnée vers un autre service d'aide approprié.

Favoriser les partenariats effectifs entre les différents acteurs de SSR, à savoir l'ONE, Kind en Gezin, les plannings familiaux, les maternités, les médecins généralistes et les maisons médicales mais aussi les associations travaillant plus particulièrement avec des femmes en situation précaire comme Aquarelle ou Médecins du Monde devrait permettre à toute femme de bénéficier de services appropriés en SSR.

3. Gerkens S, Martin N, Thiry N, Hulstaert F. Hépatite C : Dépistage et Prévention. Health Technology Assessment (HTA), Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE, Report 173 B. D/2012/10.273/02.

III. Investir dans la prévention et la promotion de la santé

Les plannings familiaux sont par exemple très peu en contact avec des publics très précarisés tels les sans-abris, les sans-papiers, etc. De plus, ces publics ne connaissent pas nécessairement l'offre de soins existante. Des collaborations accrues devraient ainsi être envisagées avec les acteurs de terrain, tant concernant les consultations que l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Nous recommandons donc de renforcer le travail en réseau entre les différents acteurs de la santé maternelle et infantile de manière à offrir un package de soins qui s'inscrivent dans une approche globale et non morcelée de la santé de la femme. Par conséquent, il est indispensable qu'un accord en Conférence Interministérielle soit trouvé entre les Communautés/Régions et l'INAMI pour établir des **programmes intégrés de santé** à destination des femmes et des ménages à risque. Ces programmes de santé couvriraient au moins une période s'étendant de la préconception jusqu'à ce que l'enfant rentre à l'école primaire.

Pour ce qui concerne les **populations ayant des pratiques à risque** (travailleurs du sexe, usagers de drogue, etc.), il est essentiel de pouvoir fournir des **soins préventifs adéquats** pour ces populations :

- dépistage précoce des maladies sexuellement transmissibles et des hépatites virales
- vaccination contre l'hépatite B (HBV) et contre le papillomavirus (HPV)
- distribution de matériel de prévention adéquat : seringues, lubrifiants, préservatifs, sets d'injections stériles, sniffs kits, etc.
- amélioration de l'accessibilité aux traitements de substitution opioïde (sensibilisation des soignants) et au Nalaxone (remboursement)
- conception de "guidelines" afin de faciliter la détection et la prise en charge des pathologies infectieuses prévalant dans les populations plus vulnérables (tuberculose, VIH, Hépatite C), mais aussi concernant les addictions (alcool, tabac, psychotropes, drogues illégales) et la santé mentale.

Il est également nécessaire de mieux **informer ces populations** sur les risques et les dangers liés à leurs pratiques : transmission des IST, des hépatites, etc., notamment en adaptant l'information à la compréhension du public cible (p. ex. dépliants avec pictogrammes traduits)

Enfin, les actions de prévention doivent adopter une approche **proactive**, c.-à-d. en allant à la rencontre du public cible sur leur lieu de vie et de socialisation, par un travail de rue ou via des dispositifs mobiles.

Ces programmes de réduction de risque devraient faire partie intégrante de l'offre de soins proposée à la population et être coordonnés via les dispositifs de soins publics existants (consultations, urgences hospitalières, etc.).

IV. Offrir des soins « sur mesure » à certains groupes

1. Contexte/Problématique

Dans le cadre de la santé et notamment de l'accès et de l'accessibilité aux services sanitaires, une vigilance particulière s'impose pour les **personnes dites vulnérables**. Ces groupes (les sans-abris, les primo-arrivants, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues, etc.) en grande précarité (matérielle, sociale et psychologique) sont souvent les premières victimes des grandes inégalités de santé. Pourtant, ce public est exclu des soins :

- 66% des patients soignés par Médecins du Monde n'avaient pas de sécurité sociale et donc d'accès au système de santé classique
- 70 % d'entre eux n'ont pas de médecin traitant
- 36% des personnes avouaient avoir une mauvaise connaissance de leurs droits et du système dans son ensemble⁴.

L'impossibilité pour ces populations d'accéder normalement aux soins s'explique de différentes façons : perte de couverture sociale, non compréhension du système, perte de confiance avec le professionnel de santé, offre de service non adaptée, manque de moyen, etc.

Les barrières en cause sont nombreuses et variées (nous en citerons trois ici) et sont souvent additionnées :

- **Barrières médicales**

Ces différents groupes rencontrent des problèmes courants de santé intensifiés par leurs conditions de vie mais également des problèmes de santé spécifiques, à la fois causes et conséquences de leur actuelle précarité et/ou de leur pratique. De plus, ces populations accumulent souvent des problèmes de santé mentale et de santé physique. L'offre de soins n'est donc pas toujours adaptée pour ce type de public. Une certaine « expertise » doit donc pouvoir exister.

4. Rapport annuel de Médecins du Monde, 2012.

IV. Offrir des soins « sur mesure » à certains groupes

- **Barrières administratives**

Le système de santé belge est un système extrêmement complexe au niveau administratif. Entreprendre « seul » un parcours d'ouverture d'accès aux soins, fait de procédures longues et contraignantes, n'est pas une sinécure.

- **Barrières endogènes à la personne (culture, langue, etc.)**

Les personnes en grande précarité sont souvent aussi en phénomène d'auto-exclusion. Une mauvaise expérience avec un professionnel de santé peut avoir cassé le lien qu'ils avaient avec le système. Une demande de soin n'émargera plus spontanément et des approches proactives doivent être menées. De plus, la langue et/ou d'autres facteurs culturels peuvent avoir des incidences sur l'accès aux soins et surtout sur la prise en charge d'un public migrant.

Le trait d'union de tout ce public en décrochage est une certaine forme d'exclusion des soins, une faiblesse du lien avec la première ligne classique et une addition de vulnérabilités sociale, médicale et psychologique.

Des mesures ad hoc permettant d'offrir des soins sur mesure doivent donc pouvoir exister. Ces structures ad hoc doivent avoir pour objectif à terme une réintégration dans le système de soins classique.

2. Recommandation principale : instituer dans chaque grande ville une ligne de soins intermédiaire

Compte tenu des éléments qui viennent d'être expliqués, nous proposons **d'instituer dans chaque grande ville une ligne de soins intermédiaire que l'on appellera « ligne 0,5 »**. Cette « ligne 0,5 » est un **ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive**, où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire (y compris la santé sexuelle et reproductive dans sa globalité), avec des conditions d'accès non discriminantes et respectueuses MAIS qui ont pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle.

- **Multidisciplinaire** : le service doit être multidisciplinaire afin de pouvoir faire le lien avec l'ensemble des problèmes du patient.
- **Flexible** : la structure doit pouvoir s'adapter aux besoins du patient et doit être avec un « bas » seuil d'accès. Cela signifie que la structure doit pouvoir garantir un soutien psycho-médicosocial, financièrement accessible, tout en garantissant la confiance et le non jugement nécessaire à l'accompagnement des personnes en grande précarité.

IV. Offrir des soins « sur mesure » à certains groupes

- Proactif : le service doit pouvoir être mobile et aller vers le patient. De plus en plus de personnes en grande précarité n'ont plus confiance dans les structures de soins classiques. L'approche mobile consiste par l'augmentation de l'offre des services de soins en dehors du cadre institutionnel (notamment en plaçant des professionnels de santé, des psychologues et des assistants sociaux dans des lieux de vie et de socialisation, afin de retisser un lien avec cette population puis de commencer un travail de référence).
- Référence : La « ligne 0,5 » doit être une structure de référence c.-à-d. qu'elle ne doit pas se substituer à l'offre de soins classique. Elle doit donc être spécifique pour un moment (qui peut être long) et puis référer le patient vers la structure classique de soins. Par exemple : les structures médicales pour les personnes toxicomanes sont disponibles pour prendre en charge et stabiliser les patients. Une fois stabilisés, ces patients doivent être référés vers la ligne de soins classique.

Ce dispositif spécialisé dans l'insertion médicale devrait intégrer un service social, un système d'interprètes et/ou de médiateurs culturels et un mécanisme d'orientation.

Afin de garantir l'accrochage médical et la continuité des soins, les personnes doivent être accompagnées dans leurs soins. Il est important de réfléchir à de « nouveaux métiers » dans la ligne de soins tels que accompagnateurs psycho-sociaux, travailleurs pairs (relais communautaires qui peuvent passer les messages de prévention et accompagner les personnes dans une recherche de solution) et des activateurs de réseaux (afin d'activer et de créer des liens entre différentes institutions qui prennent en charge ces personnes).

L'existence d'un service psychologique ainsi que d'un important volet prévention sont également nécessaires pour améliorer la prise en charge de ces populations et améliorer leur connaissance du système (cf. point suivant « health literacy »).

La prévention et la promotion de la santé doivent être adaptées aux groupes cibles, via notamment l'approche de la réduction des risques pour les personnes ayant des pratiques à risques. Pour les usagers de drogues, cela concerne par exemple le traitement de substitution opioïde, les programmes d'échange de seringues, l'accessibilité au Nalaxone ou des salles de consommation à moindre risque. Pour les travailleurs du sexe, il s'agit par exemple de la distribution de préservatifs, de dépistage des IST ou de vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus.

Enfin, il importe de prévoir un plus grand monitoring de ces différentes structures ad hoc 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.

La taille du dispositif 0,5 dépend évidemment de l'accessibilité de l'offre de première ligne classique vis-à-vis de ce public ainsi que de la situation géographique donnée.

V. Améliorer l'information et la compréhension du patient

1. Contexte/Problématique

La « littératie en santé » (« health literacy » en anglais) se définit comme « la capacité d'un individu à trouver, à comprendre et à utiliser l'information santé de base, les options de traitement qui s'offrent à lui et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ». Un faible niveau de littératie a des effets négatifs sur les résultats de santé, ainsi que sur la qualité et les coûts des soins de santé. Il constitue en effet un facteur de risque de mauvaise santé, souvent en raison d'erreurs médicales, d'une mauvaise compréhension de la maladie et des traitements.⁵ D'ailleurs, il existe une corrélation claire entre le faible niveau de littératie en santé et les taux de mortalité accru.⁶

Les personnes qui ont un faible niveau de littératie en santé sont le plus souvent les gens ayant un faible niveau de scolarité ou un faible revenu, les personnes âgées ainsi que les migrants et minorités ethniques (en raison de leur langue et de leur culture).

Pour ces groupes vulnérables, un faible niveau de littératie en santé se traduit souvent par une incapacité de prendre en charge efficacement leur santé, d'accéder aux services de santé, de comprendre l'information disponible et de prendre des décisions éclairées en matière de santé.

5. Wolf, MS, Gazmararian, J.A., Baker, D.W (2005). Health literacy and functional health status among older adults. Arch Intern Med, 165, 1946-52.

6. Baker, D., Wolf, M. Feinglass, J, Thompson, J., Gazmararian, J et Huang J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med, 167 (14), 1503-1509.

2. Recommandation principale : création de nouveaux métiers (médiateurs interculturels et experts du vécu) dans le secteur ambulatoire

Pour améliorer le niveau de littératie en santé, il nous paraît indispensable de créer de **nouveaux métiers dans le secteur ambulatoire** :

- En particulier en étendant **l'expérience des médiateurs interculturels à la première ligne**. Depuis plus de 15 ans, des médiateurs interculturels sont financés avec succès au sein des hôpitaux. Les tâches de ces médiateurs sont multiples : interprétariat, accompagnement des patients, écoute et soutien, médiation de conflits, défense des droits et des intérêts du patient ou encore simplement information du patient. Nous préconisons donc de prévoir cette possibilité également pour les professionnels de santé de première ligne. Il devra s'agir d'un système souple (sans rendez-vous préalable), facilement accessible pour le professionnel de santé (par exemple via internet)
- A l'image de ce que le SPP Intégration Sociale réalise au niveau des services publics c.-à-d. faire appel à des personnes qui possèdent une expérience personnelle de la pauvreté, nous recommandons d'étendre l'expérience des « **experts du vécu** » au secteur des soins de santé.

Le développement de ces nouveaux métiers nécessitera la mise sur pied de formations adéquates. Par conséquent, un accord en Conférence Interministérielle doit être obtenu avec les entités fédérées sur le contenu de ces formations.

Liste des abréviations

AMU	Aide Médicale Urgente
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CPAS	Centre public d'action sociale
FEDASIL	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
HBV	Hepatitis B virus (virus de l'hépatite B)
HIV	Human immunodeficiency virus (virus de l'immunodéficience humaine)
HPV	Human papillomavirus (papillomavirus humain)
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IST	Infections sexuellement transmissibles
MàF	Maximum à facturer
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
SPF	Service public fédéral
SPP	Service public fédéral de programmation
SSR	Santé sexuelle et reproductive

Informations complémentaires



Le Livre vert , les propositions formulées lors des tables rondes et le Livre blanc sont disponibles :

- sur le site Internet de l'INAMI, www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Etudes et recherches > Accès aux soins : nos recommandations pour un système de santé plus inclusif
- sur le site Internet de Médecins du Monde, www.medecinsdumonde.be, rubrique Publications > Dossiers.

Si vous avez d'autres questions relatives au Livre blanc, envoyez un email à secr-rdq@inami.fgov.be.

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : INAMI et Médecins du Monde

Design graphique : Cellule communication de l'INAMI

Dépôt légal : D/2014/0401/39