

Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé

1995 - 2006

COLOPHON

Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé Belgique 1995 – 2006

AUTEURS

Nathalie Maulet et Michel Roland
(Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles)

Jan De Maeseneer, Ilse Van de Geuchte et Sara Willems
(Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent).

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOIN

Gerrit Rauws, directeur
Johan Alleman, responsable de projet
Els Heyde, assistante
Ann Nicoletti, assistante

TRADUCTION

Marielle Goffard

GRAPHISME & IMPRESSION

PuPiL

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be

Dépôt légal : D/2007/2848/26
ISBN-13 : 978-2-87212-531-9
EAN : 97872125319

Décembre 2007

Avec le soutien de la Loterie Nationale

Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé en Belgique 1995 - 2006

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel : Initiatieven inzake sociaal-economische gezondheids-verschillen in België 1995 - 2006

Une édition de la Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

SOMMAIRE

1.	Introduction	4
1.1	Méthodologie	4
1.2	Plan du dossier	5
2.	Présentation synthétique des initiatives	6
2.1	Mesures concrètes : en fonction des déterminants de santé	6
2.1.1	Renforcement des individus	8
2.1.2	Renforcement de la communauté	10
2.1.3	Renforcement des conditions de vie et de travail et optimisation de l'offre de soins	11
2.1.4	Politique macro-sociale, -culturelle et -économique	16
2.2	Mesures de soutien (créant un cadre pour des mesures plus concrètes)	17
2.2.1	Etude et information	17
2.2.2	Concertation multidisciplinaire/ travail en réseau	18
2.2.3	Concertation intersectorielle et intergouvernementale / monitoring	19
2.2.4	Financement	21
3.	Pistes de réflexion	22
4.	Annexes	24
4.1	Instructions pour la lecture des fiches	24
4.2	Tableau analytique des initiatives	26
4.3	Fiche des initiatives	32

première partie
INTRODUCTION

Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé

1995 - 2006

Ce dossier de recherche est présenté dans le cadre du Projet 'Inégalités en matière de santé' initié par la Fondation Roi Baudouin. Réalisée par une équipe de recherche de l'Université de Gand (Département de Médecine générale et des Soins de Santé primaires) en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles (Département de Médecine générale), cette étude a pour objectif de donner un aperçu des initiatives mises en œuvre depuis une quinzaine d'années par les différents pouvoirs politiques compétents en Belgique pour lutter contre les inégalités de santé.

Visant la représentativité plutôt que l'exhaustivité, ce dossier se veut un tour d'horizon des principales initiatives menées aux niveaux fédéral, communautaires et régionaux avec quelques exemples aux niveaux provinciaux et locaux. La mise en perspective de ce qui est fait – ou n'est pas fait – en réponse aux inégalités de santé constatées tant par les acteurs de terrain que par les décideurs ou la recherche scientifique permettra, à terme, de dégager de nouvelles priorités pour une gestion plus efficace de cette problématique.

1.1 Méthodologie

La recherche des différentes initiatives en matière d'inégalités socio-économiques de santé s'est faite principalement par une analyse de la littérature et une recherche internet. Quelques responsables d'initiatives ont été contactés par téléphone pour supplément d'information.

Le travail de recherche couvre les stratégies politiques et les actions menées en Belgique pendant une période

d'environ quinze ans (1990 à 2006). Compte tenu du nombre d'initiatives mises en œuvre et du temps de recherche limité, cet 'inventaire' n'est pas exhaustif. L'équipe a accordé la priorité aux initiatives aux niveaux politiques supérieurs, visant surtout la représentativité au niveau du type de mesures prises en Belgique, plutôt que la représentativité au niveau de l'activité politique dans les diverses régions et instances décisionnelles. Ainsi, le niveau provincial et local en Flandre n'est pour ainsi dire pas représenté dans le tour d'horizon – par manque de temps, et non par manque d'initiatives flamandes – mais les exemples wallons donnent déjà une idée des types d'initiatives existant à ces niveaux de compétence.

On a évidemment prêté attention surtout aux secteurs politiques les plus étroitement liés à la problématique des inégalités en matière de santé, à savoir le secteur de la santé et le secteur de la sécurité sociale. Il serait néanmoins intéressant, à l'avenir, d'étudier aussi les initiatives d'autres secteurs tels que le logement, l'emploi et l'enseignement, qui ont des points de convergence avec la santé. Par ailleurs, l'inventaire prend en considération les initiatives ne mentionnant pas spécifiquement la 'lutte contre les inégalités socio-économiques de santé' dans leurs objectifs mais ayant un impact direct ou indirect sur celles-ci.

L'inventaire a pour but de couvrir les différents types d'inégalités socio-économiques de santé (accès, information, qualité, etc.). Il ne traite que des initiatives toujours en cours actuellement; les initiatives ayant pris fin seront examinées dans une étape de recherche ultérieure portant sur les bonnes et mauvaises pratiques. De même, les

initiatives purement ponctuelles (réquisition de lits dans les homes, etc.) ou mises en place pour cause d'événement exceptionnel (hiver rigoureux, etc.) ont été exclues de la recherche.

1.2 Plan du dossier

Ce dossier présente une synthèse des différentes initiatives en matière d'inégalités de santé étudiées au cours de cette recherche. Il est structuré en deux parties thématiques suivies d'une conclusion proposant des pistes de réflexion.

La première partie analyse les initiatives et mesures concrètes portant sur les principaux déterminants des inégalités de santé, à savoir les déterminants liés à l'individu lui-même, à la communauté, à l'environnement de vie et de travail y compris la disponibilité et l'accessibilité aux services, à l'environnement au niveau macro. La deuxième partie reprend ce qui peut être considéré comme des mesures de soutien à la prise en compte des inégalités socio-économiques de santé. Il s'agit notamment de la recherche, du monitoring, de la coordination et des mesures budgétaires.

Les niveaux de pouvoir (du fédéral au local) des initiatives et mesures présentées sont mentionnés dans cette synthèse thématique par le numéro des initiatives (2 pour fédéral à 5 pour local. Les numéros des initiatives indiqués entre parenthèses permettent également de se référer aux fiches ad hoc en annexe, qui contiennent des informations plus détaillées sur chacune des 45 initiatives citées.

deuxième partie PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES INITIATIVES

2.1 Mesures concrètes : en fonction des déterminants de santé

Pour répertorier et classer les différentes mesures prises en Belgique ayant un (éventuel) impact positif sur les inégalités socio-économiques de santé (ISES), nous pourrions prendre pour points de départ les piliers classiques du système de santé belge : les soins de santé curatifs et l'assurance-maladie (INAMI et mutualités), très développés, et à côté de cela, le secteur des soins de santé préventifs, régionalisé, quelque peu subalterne, comme catégorie restante. Cela donnerait un tableau peu surprenant. Tout le monde peut en effet présager qu'en matière de politique de lutte contre les inégalités socio-économiques de santé, ces rapports se traduisent par une nette accentuation des mesures visant à accroître l'accessibilité financière des soins de santé curatifs pour les groupes vulnérables.

D'autre part, nous constatons cependant qu'au sein du secteur de santé préventif, suite à la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale pour la Santé, de plus en plus d'attention va à la promotion de la santé, autrement dit qu'on crée des conditions permettant aux individus eux-mêmes d'acquérir un certain contrôle sur leur santé. Cette évolution est liée à la prise de conscience que les soins ne participent finalement que pour 10 à 20% de l'état de santé de la population¹.

Comme explicité par l'Institut flamand de la Promotion de la Santé (Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie **VIG** : [http : //www.vig.be/content.asp?nav=onderzoek&selnav=529.599](http://www.vig.be/content.asp?nav=onderzoek&selnav=529.599)), cela implique concrètement que, outre

l'exécution des tâches en matière de prévention classique (par ex. vaccination) et d'information et d'éducation à la santé (par ex. campagnes anti-tabac), on plaide aussi pour la création de conditions de vie, d'apprentissage et de travail saines, pour le renforcement des réseaux sociaux, pour une mission de promotion de la santé plus large et pour plus d'attention à l'impact sur la santé de mesures publiques dans d'autres domaines, comme l'économie. Vous remarquerez que nous atterrissons de ce fait à nouveau au niveau de compétence fédéral. Une approche intergouvernementale s'impose donc.

D'une part, un classement des mesures publiques en fonction des piliers 'soins de santé curatifs' – 'assurance-maladie' – 'promotion de la santé' ne ferait donc que confirmer les rapports actuels dans le système de santé belge, et n'apprendrait pas grand-chose concernant les lacunes existant dans l'approche des ISES. D'autre part, le terme 'promotion de la santé' recouvre de nombreuses connotations différentes et sera donc de peu d'utilité dans la subdivision des mesures. C'est la raison pour laquelle nous avons trouvé intéressant d'essayer de classer les mesures belges découvertes (non exhaustives!) dans un schéma structuré de manière scientifique, du point de vue spécifique de la lutte contre les ISES. Voici, pour une bonne compréhension, quelques explications supplémentaires concernant le schéma utilisé.

Les experts en matière d'inégalités

socio-économiques de santé mettent fréquemment l'accent sur la nécessité d'adopter une approche diversifiée de ce problème. C'est logique, étant donné la multidimensionnalité du problème, reflétée dans le vocable. Il est rare de trouver un terme combinant à la fois économie, statut social et santé. On a dès lors cherché à créer un cadre scientifique qui permette de mieux comprendre l'interaction des différentes causes du problème et, partant de là, de mieux comprendre les différents éclairages possibles pour des mesures de lutte, et leur combinaison idéale. Margaret Whitehead² a fourni sur ce plan un travail particulièrement méritoire.

Dans le modèle Whitehead, les facteurs causaux des ISES sont situés à différents niveaux, allant du niveau individuel au macro-niveau, les facteurs aux niveaux supérieurs influant non seulement directement sur le problème, mais exerçant aussi un impact sur les facteurs aux niveaux inférieurs.

En d'autres mots, plus le niveau est élevé, plus fondamentale et plus forte est son influence sur le problème :

1. Niveau individuel : connaissances individuelles, croyances, estime de soi, comportement;
2. Le niveau de la communauté : cohésion sociale;
3. Le niveau des services et structures : environnement quotidien de vie, d'apprentissage et de travail et accessibilité des services et structures;
4. Le niveau macro-social, -économique et -culturel : inégalités en matière de revenus,

Ce schéma permet également de situer toutes les interventions possibles contre les ISES, à savoir :

1. Renforcement des individus : interventions au niveau du style de vie et habilitation;
2. Renforcement de la communauté : d'une part, des interventions qui augmentent les possibilités d'un quartier de définir et d'appréhender ensemble les problèmes, en tant que collectivité (cohésion horizontale), et d'autre part, des interventions qui relient entre eux les différents groupes socio-économiques, axées sur la participation et la démocratie (cohésion verticale);
3. Renforcement des conditions de vie et de travail et optimisation de l'accès aux services et structures ayant une influence positive sur la santé;
4. Stimulation de changements macro-économiques, -sociaux et -culturels (en s'attaquant par ex. aux inégalités en matière de revenus).

Les centres d'expertise, qu'ils soient belges, européens ou internationaux, plaident unanimement en faveur d'une approche coordonnée des ISES à chacun de ces quatre niveaux.

Nous abordons maintenant les mesures belges étudiées à chacun de ces quatre niveaux d'intervention.

(1) Strohl H., *Le mythe de l'accès aux soins. Droit Social*, 1995 ; 9 (10) : 789-91.

(2) Whitehead M. *A Typology of actions to tackle social inequalities in health. Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61 : 473-478.

Voir aussi Beck M. *Beleidsinterventies ter vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen*,

[http : //www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragdd008bel_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragdd008bel_nl.pdf)

2.1.1 Renforcement des individus

Dans cette catégorie, il est considéré que les inégalités de santé sont causées par un déficit individuel de connaissances, de croyances, de compétences, de pouvoir de décision ou d'estime de soi.

En conséquence, les interventions visent principalement l'éducation ou le développement des compétences permettant aux individus d'améliorer leur état de santé. Les interventions sont centrées sur les individus eux-mêmes plutôt que sur d'autres facteurs (environnement, services de santé, etc.).

La loi relative aux droits des patients du 22 août 2002 (fiche 2.1.12) s'inscrit dans cette catégorie parce qu'elle renforce la position et les droits du patient dans sa relation avec le soignant.

La loi insiste sur la notion de consentement aux soins et sur le devoir du soignant d'habiliter³ son patient. Il y a ici une volonté de prendre en compte l'asymétrie de la relation qui existe entre le soignant avec ses connaissances médicales professionnelles et le soigné qui ne dispose généralement pas de connaissances spécifiques nécessaires à la compréhension de sa maladie et de son traitement.

La loi précise une série d'autres principes qui contribuent également au renforcement du patient : liberté de choix de son praticien, droit à l'information, droit de consentement aux soins

proposés, droits des personnes de confiance, etc. Cette loi a également des implications sur de nombreuses autres dispositions juridiques, notamment celles relatives à la fin de vie (soins palliatifs et euthanasie).

Par ailleurs, l'égalité entre tous les patients est renforcée puisque la loi réaffirme le droit du patient à des prestations de qualité répondant à ses besoins « sans qu'aucune distinction d'aucune sorte ne soit faite ». L'impact de la loi relative aux droits des patients tant en terme d'habilitation des individus qu'en terme d'universalité des soins n'a cependant pas encore été évalué.

Le Plan d'action national contre la violence conjugale (fiche 2.1.7) constitue un exemple d'intervention à trois points de vue.

D'abord, en terme d'habilitation des individus puisqu'il prévoit un ensemble de mesures et d'actions préventives, curatives ou répressives visant à renforcer les caractéristiques personnelles des victimes de violences. Mais, le Plan va plus loin dans cette approche puisque de manière innovante, il s'intéresse également à la prise en charge des caractéristiques déviantes des agresseurs.

Ensuite, ce Plan illustre la valeur ajoutée d'une approche intersectorielle (justice/social/santé) de la problématique de

santé publique telle que la violence à l'égard des femmes. Enfin, il s'agit également d'une intervention entre niveaux de pouvoir puisque le Plan est mis en place de manière concertée par le fédéral, les Communautés et les Régions.

Les interventions impliquant plusieurs niveaux de pouvoirs restent rares en Belgique. Depuis la communautarisation des compétences de santé (1983), les Communautés sont chacune compétentes pour l'organisation de leurs propres campagnes préventives, tandis que l'état fédéral se charge (totalement ou partiellement) du remboursement des prestations préventives dans le cadre de l'assurance-maladie, telles que (certaines) vaccinations et tests de dépistage. En outre, les programmes de prévention des trois communautés diffèrent dans leur appellation et leur mode d'organisation.

Les interventions de prévention détaillées ici sont celles dont l'approche vise principalement à renforcer les individus de sorte qu'ils puissent faire face à leur situation sociale ou leur situation de santé défavorable. D'autres interventions de prévention centrées principalement sur l'accès aux soins sont détaillées plus loin dans la catégorie 3.

Dans leurs Communautés respectives et de manière commune en Région de Bruxelles-Capitale, le Fonds des Affections Respiratoires-FARES (fiche

(3) L'habilitation est utilisée ici comme traduction de la notion d'empowerment.

Niveau régional et communautaire

3.3.1) et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg-VRGT (fiche 3.1.4) interviennent sur deux axes principaux : la prévention tabagique et la prévention de la tuberculose. La prévention tabagique est centrée sur les individus ou les cibles des groupes spécifiques (jeunes, etc.) Elle prévoit un appui personnalisé aux fumeurs (Ligne Tabac-Stop, etc.) ainsi que des mesures spéciales pour les femmes enceintes par exemple. L'axe de la tuberculose est étendu à d'autres affections respiratoires (asthme, bronchite chronique, etc.). Il comprend diverses mesures de suivi personnalisées mais intervient également en matière d'accessibilité au dépistage et aux soins (cf. catégorie 3).

En Communauté flamande, Kind en Gezin développe également une approche d'empowerment des mères. Parmi autres initiatives de Kind en Gezin, il est utile de signaler l'augmentation du temps de consultation pour une meilleure prise en charge des femmes des classes socio-économiques les plus pauvres ou encore le service prénatal pour les femmes enceintes en situation difficile (fiche 3.1.3). Une vision innovante du service prénatal à des femmes enceintes en situation difficile repose sur quatre lignes de force : l'amélioration de l'atteinte du groupe cible, l'extension de l'accompagnement psychosocial, la collaboration accrue avec le secteur médical régulier pour

l'accompagnement prénatal médical et l'élaboration d'un service par région.

En Communauté française, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, l'ONE (fiche 3.3.4) mène également une politique de renforcement de l'individu mais avec une organisation et une stratégie sensiblement différentes. La politique d'accompagnement de l'enfant et de son entourage parental est conçue dans une optique de service universel avec notamment des efforts particuliers pour les zones rurales et une stratégie qui met l'accent sur une approche holistique des besoins des individus (médical/social/éducatif).

Les maisons médicales (fiche 3.3.2) développent aussi cette stratégie holistique de renforcement des capacités de l'individu par une prise en charge multidisciplinaire. Les maisons médicales comme leurs équivalents néerlandophones dénommés 'wijkgezondheidscentra' se caractérisent également par leur stratégie d'accessibilité financière et leur approche communautaire, qui seront commentées en catégorie 3. La combinaison de ces approches et l'ampleur croissante du mouvement font des maisons médicales l'une des interventions agissant directement sur la réduction des inégalités socio-économiques de santé. L'impact est actuellement évalué par un projet de recherche du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

L'approche multidisciplinaire est également de mise dans les centres de planning familial (fiche 3.4.5) qui sont des structures à caractère extra-hospitalier ayant pour objectif d'assurer l'accueil, l'écoute, l'éducation et l'accompagnement de toute personne en matière de vie affective, sexuelle ou relationnelle. Ces centres illustrent les initiatives travaillant à l'habilitation de l'individu dans un domaine spécifique de la santé (santé sexuelle et reproductive).

Le numéro vert Libre-Âgé (fiche 3.4.3) est une intervention qui s'intéresse aux besoins d'un groupe d'âge spécifique. Il s'agit ici d'apporter un appui aux personnes âgées mais aussi de renforcer les compétences des personnes (professionnelles ou non) qui s'en occupent.

Le Centre de Prévention du Suicide (fiche 3.3.5) et son homologue néerlandophone (Centrum voor Zelfmoordpreventie) accordent quant à eux une attention particulière au cumul des facteurs de risque psychosociaux, environnementaux (histoire familiale, etc.) et socioculturels (soutien social, 'coping', etc.). Subsidée par la Commission communautaire française (COCOF), la permanence téléphonique couvre la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne.

2.1.2 Renforcement de la communauté

Ce type d'intervention considère que l'exclusion sociale est une cause sous-jacente des inégalités de santé. La non participation à la vie socio-économique qui prive les individus de dignité et d'estime de soi a des conséquences sur la santé. Les interventions visent à renforcer la cohésion sociale et le support mutuel dans les communautés. Elles sont soit axées sur la cohésion horizontale, autrement dit la cohésion entre les membres d'un quartier ou d'un groupe de population bien précis, soit sur la cohésion verticale, à savoir la cohésion entre les différents groupes socio-économiques dans la société.

Les mesures de cohésion verticale comprennent entre autres des mesures visant la participation du groupe cible, comme l'engagement d'experts du vécu en pauvreté dans les institutions fédérales (fiche 2.1.9) et la participation d'associations de personnes défavorisées à l'élaboration de la politique.

Une stratégie qui contribue à la cohésion horizontale, ce sont par exemple les "community oriented primary care"⁴ tels que pratiqués par les maisons médicales. Cette approche consiste à formuler, en concertation avec la population locale, un "community diagnosis" ou diagnostic de communauté se basant sur des informations relatives aux patients et des données statistiques, à partir duquel on élabore avec la population un plan d'action permettant

d'aborder collectivement les problèmes et d'évaluer cette solution.

L'approche communautaire est également un fondement de l'approche des maisons médicales qui sont de plus en plus nombreuses dans les quartiers en Communauté française et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

De nombreuses initiatives locales adoptent également une approche communautaire pour intervenir en matière de santé. Il en est ainsi des initiatives de promotion de la santé visant soit un groupe cible spécifique (le plus souvent les jeunes) sur des thèmes classiques tels que le tabagisme, la drogue, la nutrition, l'activité physique ou encore la sexualité et le VIH/Sida; soit un public plus large, mais sur des thèmes précis généralement liés aux maladies dites de civilisation (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, vieillissement, etc.). Les centres d'intérêts sont évidemment liés aux priorités communales et dépendent principalement du dynamisme du réseau associatif en place. Ce réseau est parfois renforcé par des projets internationaux comme celui des Villes et Provinces Santé OMS (fiches 5.2.1 et 4.2.3) qui promeut l'approche de « la santé pour tous » et vise notamment à dynamiser la solidarité locale.

Les méthodes utilisées vont de la simple distribution de brochures à l'animation originale et participative en passant par la conférence d'expert. Toutes ces

initiatives se caractérisent par leur approche ponctuelle. Malgré la mise en place de Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) chargés de la coordination de la mise en œuvre locale du programme et des plans communautaires de promotion de la santé et hormis quelques exceptions, il ne semble pas encore y avoir de véritable programme ou stratégie de sensibilisation à la santé (fiche 5.2.2). A noter également que la plupart des initiatives locales ne sont pas centrées sur les inégalités socio-économiques mais espèrent contribuer indirectement à leur réduction. On constate en outre en général que la plupart de ces initiatives ont du mal à atteindre les plus défavorisés.

Niveau local

(4) Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulner H. *Community Oriented Primary Care : health care for the 21st century - Washington, American Public Health Association, 1998.*

2.1.3 Renforcement des conditions de vie et de travail et optimalisation de l'offre de soins

Ce type d'intervention considère que les inégalités de santé sont dues aux différences dans l'environnement de vie. L'exposition aux déterminants sociaux néfastes pour la santé est proportionnelle à la position sociale.

Les interventions classiques de santé publique se situent au niveau de l'accès au logement, l'alimentation saine, la sécurité sur le lieu de travail, l'accès aux soins de santé et sociaux.

2.1.3.1 Amélioration de l'environnement quotidien de vie et de travail :

Les déterminants liés aux modes de vie et à l'environnement sont cités comme axes d'intervention par le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé de la Communauté française qui prône une approche globale de la santé.

Cette prise de conscience apparaît également à travers quelques initiatives sur le terrain. Avec la mise en place d'une Ambulance verte, la Cellule régionale d'Intervention en Pollution intérieure a développé une approche qui intègre l'influence des conditions de logement et d'habitat dans le développement des maladies. Par une coopération entre divers acteurs médicaux et sociaux, l'ambulance verte permet de réaliser le diagnostic chimico-biologique et social d'une habitation quand il y a suspicion d'intoxication ou d'asthme (fiche 3.2.1).

En Flandre, le Vlaams Milieukundig Netwerk vise la prévention primaire et secondaire de problèmes de santé résultant d'un milieu de vie pollué.

Au niveau local, les LOGO (Lokaal Gezondheidsoverleg) emploient des experts en santé environnementale. Ces experts recueillent les questions et les plaintes liées à la santé et l'environnement, et peuvent aussi attirer eux-mêmes l'attention sur la menace ou l'existence de risques pour la santé liés à l'environnement, comme l'insalubrité d'une habitation.

En Flandre, on essaie d'optimiser l'accès aux droits sociaux fondamentaux (dont la santé) au niveau des villes et des communes par le biais de la Lokaal Sociaal Beleid.

2.1.3.2 Optimalisation de l'accès aux services et structures ayant un impact positif sur la santé :

2.1.3.2.1 Accessibilité financière

Le système de santé belge se caractérise entre autres par une offre étendue de prestataires et d'institutions de soins sans listes d'attente, par le libre choix du médecin dans le chef du patient et la liberté thérapeutique du prestataire de soins. La capacité du patient à payer les soins de santé disponibles est déterminée d'une part par des facteurs

individuels (liés au patient), tels que la quantité de soins de santé nécessaires et utilisés et les ressources financières, et d'autre part par des facteurs externes : le système qui régit le paiement des prestataires de soins, la tarification des prestations de soins de santé et, non des moindres, l'assurabilité (du patient) et le remboursement (de la prestation de santé) dans le cadre de l'assurance-maladie. Nous commentons la politique de l'Etat en matière d'accessibilité financière en rapport avec chacun de ces facteurs déterminants.

Tarification :

Etant donné que les médicaments constituent un poste de dépenses important au sein du budget santé du patient comme de l'Etat, on trouve quelques-unes des principales mesures intervenant sur la tarification des prestations de santé au sein de la politique relative aux médicaments. Ces mesures consistent à imposer des réductions de prix pour d'anciens médicaments, à encourager une réduction de prix en prévoyant un remboursement plus favorable pour des médicaments bon marché (remboursement de référence, modèle Kiwi), à influencer le comportement prescriptif des médecins en leur imposant des pourcentages minimaux de prescriptions de médicaments bon marché.

Assurabilité :

Aujourd'hui, plus de 99% des personnes séjournant en Belgique sont affiliées à l'assurance-maladie. Ce taux de couverture élevé est imputable entre autres aux mesures prises en 1997 en vue de généraliser et d'assouplir l'accès à l'assurance pour les soins médicaux (arrêtés royaux des 24.04.1997 et 29.12.1997). Cela concerne entre autres les modifications suivantes. Moins-valides, étudiants, anciens employés coloniaux, membres de communautés religieuses et personnes non protégées comme les sans abri et les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence (minimex) sont repris dans le régime général pour salariés ou dans le régime des indépendants. Les règlements résiduels dans lesquels ils étaient repris auparavant sont supprimés. Les règles administratives et financières pour l'inscription, la réinscription et le paiement de la cotisation personnelle mensuelle ont été profondément modifiées. Les ayants droit bénéficiant du minimex, d'une assistance similaire ou d'un revenu annuel inférieur au montant annuel du minimex, de même que toutes les personnes à charge de ces derniers, ont automatiquement accès au régime général, sans paiement de cotisation. Les étrangers ont ainsi accès au système à certaines conditions, alors qu'ils en étaient automatiquement exclus auparavant.

Remboursement :

- Remboursement uniquement axé sur la prestation :

Pour chaque prestation de soins, l'Etat décide sur base de considérations économiques de santé si celle-ci doit faire l'objet d'un remboursement par l'assurance-maladie, et dans l'affirmative, quelle partie du prix est remboursée et à quelles conditions. L'Etat détermine donc la part des frais de santé que le patient doit finalement assumer lui-même. Cette part personnelle ou 'ticket modérateur' dans les coûts de prestations remboursées s'élève en principe à 25% mais elle peut être inférieure ou supérieure, en fonction du type de prestation médicale. La politique générale adoptée en matière de remboursement se base donc sur la prestation.

Les choix opérés par l'Etat au sein de cette politique de remboursement ne tiennent (en principe) pas compte de la situation socio-économique du patient concerné. Or, ces choix revêtent une importance cruciale pour les personnes aux moyens financiers limités. Lorsque l'Etat décide par exemple de rembourser totalement certains vaccins, cela veut dire que même les plus pauvres ont financièrement accès aux campagnes de vaccination en question, alors que ce ne serait pas le cas s'ils n'étaient pas entièrement remboursés. Les vaccins contre la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'haemophi-

lus influenza de type B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C sont en effet gratuits. A partir du 1 janvier 2007, le vaccin contre les pneumocoques est gratuit également (pour les enfants de moins de deux ans et à certaines conditions). De même, dans le cadre de la prévention, une mammographie préventive est proposée gratuitement tous les deux ans aux femmes de 50 à 69 ans qui n'ont pas encore été traitées pour un cancer du sein.

Alors que le remboursement de ces prestations préventives revient (du moins en partie) à l'assurance-maladie fédérale, l'organisation des campagnes de prévention est de la compétence des Communautés. Cette organisation a un impact important sur l'accessibilité autre que financière de la prévention, qui sera abordée plus tard.

Un autre exemple est le remboursement de médicaments réellement innovants en dépit de leur coût extraordinairement élevé, grâce à l'augmentation du budget affecté aux médicaments.

Une mesure qui allège encore la part personnelle du patient, et qui concerne tant le médecin que le patient, est le dossier médical global. Ce 'DMG' est un ensemble de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui est géré par le médecin traitant et est transmis, moyennant autorisation du patient, à

.....
: Niveau régional et communautaire

d'autres médecins traitants. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins dispensés et d'éviter la répétition de mêmes examens et les prescriptions contradictoires. Depuis le 1 mai 2002, tout citoyen qui le souhaite peut faire établir un dossier médical global par le médecin de son choix. Pour encourager cela, l'Etat a prévu pour le patient une réduction de 30% sur le ticket modérateur de chaque consultation chez un médecin de famille qui utilise le DMG.

- Remboursement axé sur le groupe cible

La réglementation régissant les remboursements, évoquée ci-dessus, s'applique de façon identique à tout le monde, mais dans certains cas, ces mesures de remboursement ne suffisent pas à rendre les soins de santé financièrement accessibles. C'est le cas par exemple lorsque les déterminants personnels d'accessibilité financière, tels que le profil de consommation personnel et les ressources financières du patient entravent davantage l'accès financier que ce qui est escompté en moyenne. Concrètement, c'est le cas pour des personnes qui requièrent énormément de soins de santé et/ou qui se trouvent dans une situation financière particulièrement difficile. Pour remédier à cette problématique liée au patient, l'Etat a mis au point des mesures de correction qui répondent soit au besoin exceptionnel de soins, soit à

la situation socio-économique précaire du patient concerné.

- Besoin de soins exceptionnel

Le forfait pour maladies chroniques, le forfait incontinence, le forfait soins palliatifs, le forfait PVS (forfait pour patients comateux) sont quelques exemples de mesures de correction financière répondant à des besoins de soins exceptionnels. Dans ces différents cas, les patients reçoivent un montant fixe lorsqu'ils satisfont à des conditions spécifiques sur le plan des besoins en soins médicaux. Pour obtenir le forfait pour maladies chroniques, les patients doivent en outre satisfaire à une condition liée au ticket modérateur (dépassement d'un montant-seuil des tickets modérateurs payés annuellement).

... Dans un souci de rendre les soins de santé financièrement accessibles à tous, la Flandre a également introduit des mesures de correction répondant à des besoins de soins exceptionnels. Alors que l'Etat fédéral prévoit des forfaits destinés à couvrir des frais médicaux (voir ci-dessus : forfait pour maladies chroniques, etc.), les pouvoirs publics flamands prévoient des forfaits couvrant des frais non-médicaux, dans le cadre de l'assurance-soins flamande. Des personnes nécessitant des soins lourds en Flandre et à Bruxelles reçoivent après agrégation un forfait mensuel pour les frais de prise en charge à domicile ou de soins résidentiels.

... Niveau régional et communautaire

Outre les allocations forfaitaires qui par définition *ne sont pas attribuées en fonction de prestations correspondantes*, il y a des remboursements *liés à des prestations précises*, qui s'adressent aux patients nécessitant des soins exceptionnels bien précis. Dans le cadre du Fonds spécial de Solidarité, certaines prestations sont totalement ou partiellement remboursées, à des conditions très strictes, alors qu'elles ne sont absolument pas couvertes dans la réglementation habituelle : il s'agit d'une part de prestations médicales onéreuses destinées au traitement d'enfants malades chroniques, d'indications ou de maladies rares, ou qui peuvent être considérées comme des techniques innovantes, et d'autre part de prestations médicales dispensées à l'étranger.

Ces différentes mesures ne tiennent pas compte de la situation socio-économique des intéressés; elles ne prévoient pas de protection supplémentaire pour les personnes de classes socio-économiques inférieures. Elles n'ont donc pas d'impact direct sur les inégalités sociales dans le domaine de la santé, partant du modèle d'explication "la pauvreté rend malade". Mais ces mesures influent bel et bien sur le mécanisme inverse, "la maladie rend pauvre", qui fait que certaines personnes, en raison de leur besoin exceptionnel de soins et des frais qui les accompagnent, aboutissent dans une spirale socio-économique négative et/ou doivent renoncer aux soins dont elles ont besoin.

- Situation socio-économique précaire

Il existe à côté de cela des mesures de correction destinées à réduire les obstacles financiers aux soins de santé pour les personnes qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire.

Il y a d'abord la mesure grâce à laquelle les patients, lors d'une consultation chez un généraliste, un spécialiste ou un dentiste, peuvent se limiter au paiement de la contribution personnelle, à savoir cette partie des frais que l'assurance-maladie ne couvre pas; c'est une application exceptionnelle du règlement du tiers payant (fiche 2.1.6). Les patients ne doivent donc pas avancer le montant qui est remboursé par l'assurance-maladie, comme cela est exigé normalement dans le système du 'remboursement a posteriori'. Outre une série de conditions alternatives relatives au patient (statut social, situation financière, ..) ou à l'institution dispensatrice de soins (maisons médicales, centres d'information, service de garde de médecine générale, ...), ce règlement d'exception est aussi soumis à des conditions administratives non négligeables, à remplir par le prestataire de soins concerné.

Une autre mesure concerne le montant de la contribution personnelle à payer : le remboursement majoré, appelé aussi tarif préférentiel (fiche 2.1.4). L'assuran-

ce-maladie prévoit un remboursement majoré des frais – le patient paie donc une contribution personnelle plus petite – pour le séjour en hôpital, la consultation de prestataires de soins, certaines prestations techniques et des médicaments, et ce, à certaines conditions qui touchent au statut social et aux revenus de la personne concernée (conditions cumulatives).

Enfin, un plafond des dépenses entre également en vigueur : dès que le montant des tickets modérateurs dépensés en un an pour certaines prestations médicales (hospitalisation, consultation de prestataires de soins, certaines prestations techniques, préparations magistrales, implants, nutrition entérale et médicaments indispensables) dépasse un certain seuil, le patient concerné avec sa famille ne doit plus payer de ticket modérateur pour ces prestations pour le reste de l'année civile (fiche 2.1.5). Pour bénéficier de ce maximum à facturer, la famille concernée doit répondre à des conditions de statut social ou de revenus annuels (conditions alternatives).

Toutes ces mesures de correction se caractérisent par le fait qu'elles prennent en considération la situation socio-économique de la personne concernée. Comme toujours, ce type de mesures sélectives manquent parfois leur cible. Les gens qui ne font pas partie d'une catégorie sociale vulnéra-

ble préalablement définie, mais qui ont quand même un réel besoin de soutien financier supplémentaire pour les soins de santé, sont laissés sur la touche. C'est la raison pour laquelle on a tendance ces dernières années à éliminer ou à adoucir les conditions ayant trait au statut social du patient. C'est ainsi que la franchise sociale a cédé la place à une combinaison du MAF sociale et du MAF revenus (fiche 2.1.5), et que depuis le 01.07.07, le statut BIM (bénéficiaire d'une indemnité majorée) a évolué en statut OMNIO (fiche 2.1.4). La condition relative aux revenus reste toutefois d'application tant pour l'indemnité majorée que pour le MAF.

Ces mesures de remboursement supplémentaires, axées non seulement sur un groupe cible mais aussi sur la prestation, se limitent uniquement à une sélection de prestations médicales remboursables. Les prestations non-médicales de soins de santé (par ex. psychothérapie par des thérapeutes non-médicaux, transport adapté, aide ménagère, ...), les prestations médicales non remboursables (par ex. antidouleurs) et les prestations médicales remboursables qui ne font pas partie de la sélection (par ex. dispositifs médicaux comme des lunettes), sont aussi coûteuses pour les pauvres que pour les riches.

Plusieurs mesures résiduelles essaient de combler toutes les lacunes qui subsistent encore en matière d'accessibi-

lité financière au moyen d'interventions financières supplémentaires, limitées alors à des affections bien précises et à des groupes cibles bien précis. BELTA-TB-net (fiche 2.1.2) constitue une de ces mesures de compensation financière : axée sur le traitement de la tuberculose, elle est ouverte entre autres à des patients sans couverture sociale.

D'autres ajustements au système de paiement peuvent parfois être décidés au niveau de la structure même. L'Intercommunale sociale du Brabant wallon (fiche 4.2.1), qui organise un appui aux familles ou personnes handicapées, et les Centres de Guidance provinciaux, qui appliquent des tarifs symboliques pour leurs consultations de santé mentales (fiche 4.2.5), en sont deux exemples.

Le système belge d'accès à 'l'aide médicale urgente' pour les sans-papiers (AR 12.12.96), qui fournit une aide à ce groupe très vulnérable, mérite une mention spéciale (fiche 3.2.2).

Système de paiement

Enfin, certaines mesures interviennent plus profondément dans le système des frais médicaux. Au lieu de moduler le remboursement à la mesure du patient, ces mesures agissent sur le système de paiement sur lequel repose le coût des soins de santé à rembourser. Le système 'courant' sur lequel repo-

sent toutes les mesures générales et particulières citées prévoit que le prestataire de soins soit payé par prestation. Les frais de maladie sont finalement déterminés par le nombre et le type de prestations que le prestataire de soins fournit au patient. Une alternative à ce système est la médecine forfaitaire, où les prestataires de soins reçoivent par patient un montant fixe et où le coût santé correspondant par patient est donc fixé de manière forfaitaire ('capitation'). La médecine forfaitaire est un système visant l'accessibilité des soins pour tous, qui ne tient compte ni de l'ampleur des besoins en soins, ni de la situation socio-économique (fiche 2.1.8). Dans un tel système, les patients ne paient plus aucune contribution personnelle dans les frais de prestation de soins. L'application de ce système est cependant limitée aux consultations et aux visites à domicile des généraliste, kinésithérapeute et infirmière. Pour les autres prestations médicales, ce système est dès lors combiné au système 'courant' de la médecine de prestation, auquel s'appliquent les mesures d'ajustement susmentionnées. La médecine forfaitaire de première ligne est pratiquée essentiellement par les 'maisons médicales' et d'autres 'pratiques de groupe' (voir ci-après) et touche actuellement quelque 150.000 personnes.

2.1.3.2.2 Accessibilité autre que financière : accessibilité informative, administrative et logistique, et accessibilité

psychologique, sociale et culturelle. Des structures ad hoc viennent compléter la contribution de la première ligne à la lutte contre les inégalités de santé en s'adressant spécifiquement aux exclus. Il s'agit notamment du réseau Santé mentale et Exclusion sociale qui a mis en place une cellule d'appui médico-sociale centrée sur le groupe cible des plus pauvres (fiche 3.3.6). A noter également les permanences médicales mises en place pour les populations précarisées par MSF, Médecins du Monde et ATD Quart Monde à Anvers, Bruxelles et en Communauté française.

A cela s'ajoute la nécessité de prendre en charge les facteurs linguistiques ou culturels qui interviennent aussi bien dans la relation soignants-soignés que de manière générale dans la problématique de l'accès aux soins. Plusieurs études ont mis en exergue les conséquences des barrières linguistiques sur l'état de santé, sur le diagnostic et les traitements, sur l'utilisation des services et la surconsommation des services spécialisés, sur l'augmentation de risques d'hospitalisation ainsi que sur un accès fort réduit aux services de santé mentale. Par le biais de la médiation interculturelle et des services d'interprétariat social (fiche 2.1.14), on essaye de favoriser la communication entre immigrants et prestataires de soins via la traduction, la médiation et l'information.

2.1.4 Politique macro-sociale, -culturelle et -économique

Le décret flamand relatif aux minorités, évoqué précédemment, crée un cadre important (fiche 2.1.3. Concertation intersectorielle / monitoring) pour les mesures locales visant l'inclusion des minorités ethniques et culturelles en renforçant par exemple l'accessibilité culturelle des services de santé.

En ce qui concerne le facteur 'genre'⁵, force est de constater qu'il reste très peu pris en considération. Ainsi, il ressort des conclusions d'un groupe de 45 experts en santé publique menée par la VUB⁶ que « les prestataires de soins ne sont, en général, pas assez conscients des différences entre hommes et femmes. Ceci aura des conséquences pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patientes. Les femmes allochtones sont particulièrement concernées. Par ailleurs, au sein même de la sécurité sociale, on assiste à des discriminations manifestes entre hommes et femmes, dues sans doute au manque de sensibilisation à ce problème ».

Le constat de l'inexistence de la prise en compte du genre dans les soins de santé a été fait dès 2000⁷ par la Ministre de la Santé. En 2005, un rapport intitulé « Pour une prise en compte des différences et inégalités de genre dans les politiques de santé en Belgique »⁸ attirait l'attention sur le fait qu'une politique de santé publique doit être plus sensible à l'analyse de genre pour être plus

équitable mais aussi plus efficace. Reste que, hormis une prise en compte du genre transversale, voire de principe, dans les initiatives de prévention et de recherche scientifique, la présente recherche n'a trouvé aucune initiative ou mesure s'intéressant à l'impact de la différence de genre sur l'accès à l'information, l'accès aux soins ou sur la relation soignant-patient. Malgré l'impact connu du phénomène de féminisation de la pauvreté, il n'y a pas encore de véritable intégration d'une approche 'genre' dans les initiatives en matière d'inégalités socio-économiques de santé.

La cause des inégalités de santé est attribuée aux conditions macro-économiques, -culturelles et -environnementales qui ont cours dans un pays. Ces conditions ont un impact sur le niveau de vie des divers groupes de la population, les inégalités de revenus, le taux de chômage, etc.

Les interventions prévues ont pour objectif d'agir sur le niveau macro pour réduire la pauvreté et ses effets en termes d'inégalités de santé.

Différentes initiatives sont prises sur ce terrain : la politique d'activation à l'égard des sans-emploi, des projets d'habitation sociale et de rénovation urbaine, des projets visant l'optimalisation de l'insertion de groupes socialement vulnérables dans l'enseignement.

Dans ce type de projets, le recul des inégalités socio-économiques de santé n'est formulé comme objectif explicite que de façon exceptionnelle.

Cela est probablement dû au fait que le recul des ISES n'a pas (encore) été repris à l'agenda politique comme thème transcendant le secteur, et à l'approche pragmatique, incrémentale qui caractérise notre culture politique.

(5) Le 'genre' se définit comme les rôles et responsabilités déterminés socialement et assignés aux hommes et aux femmes dans une culture, un lieu, une société et un temps donné. Contrairement au sexe qui est un facteur biologique et invariable, le genre est un 'construit social' qui varie dans le temps et le lieu.

(6) Van Roelen C., Smeets T., Louckx F., *Les nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique*, Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van Geneeskunde en Farmacie, VUB.

(7) *Compte rendu analytique de la réunion de la Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des représentants, 23 mai 2000.*

(8) *Pour une prise en compte des différences et inégalités de genre dans les politiques de santé en Belgique : éléments pour la réflexion*, Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes, 2005 (non publié).

2.2 Mesures de soutien (créant un cadre pour des mesures plus concrètes)

2.2.1 Etude et information

Diverses initiatives ont pour objectif de mieux cerner les inégalités sociales de santé, la problématique plus large de la pauvreté et de l'exclusion sociale et les réactions de la société en la matière, dans le but d'en tirer les leçons appropriées pour la politique future.

Plusieurs projets et études scientifiques ont abordé le thème des inégalités sociales de santé. Ces études traitent des sujets suivants, par ordre décroissant de fréquence : les inégalités sociales de santé proprement dites; les déterminants des inégalités sociales de santé, dont les obstacles à l'accès aux soins de santé; les stratégies à recommander pour la politique future en matière d'inégalités sociales de santé; l'efficacité et la 'rentabilité' des mesures déjà prises dans ce domaine. Ces projets d'étude ne sont pas coordonnés entre eux mais reposent sur diverses initiatives, émanant de services et institutions publics aux différents niveaux politiques, d'organes de consultation scientifiques, d'universités, de fédérations de mutualités, d'organisations de défense des intérêts tant des patients que des prestataires de soins, d'autres asbl, de fondations, ... Les résultats des enquêtes nationales de santé en Belgique constituent une source d'information importante pour de nombreuses études.

Le programme de recherche 'cohésion sociale' du SPP Politique scientifique, au sein duquel certaines études ont été menées sur les inégalités sociales de santé

(fiche 2.1.3), le projet TAHIB (fiche 2.1.10), le projet EUROTHINE (fiche 2.1.11) sont quelques exemples d'initiatives scientifiques au niveau fédéral. Le projet fédéral en matière d'accessibilité des soins de santé (Ministre F. Vandenbroucke), la création du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et ses activités de recherche dans le domaine de l'équité et de l'accessibilité des soins de santé (fiche 2.1.13.) en sont d'autres.

... Au niveau flamand, le Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie a mené quelques études, telles que "De rol van gezondheidspromotie bij de aanpak van ongelijkheden op het vlak van gezondheid" (fiche 3.1.2).

Le rôle des Observatoires de Santé mis en place dans deux provinces wallonnes (Hainaut et Luxembourg) et dans la Région de Bruxelles-Capitale est à mettre en exergue. En effet, ces structures constituent des centres de recherche permanents sur la santé. Compte tenu de la situation sanitaire spécifique de la Province du Hainaut (nombreux indicateurs de santé plus bas que la moyenne nationale), l'Observatoire de Santé du Hainaut a fait des inégalités socio-économiques de santé l'un de ses thèmes de recherche majeur. L'Observatoire de Santé de Bruxelles-Capitale, qui se focalise sur le thème de la pauvreté, accorde également une importance croissante aux inégalités de santé. A l'inverse, ce thème n'est absolument pas développé par l'Observatoire du

Luxembourg (fiches 4.2.6, 4.2.7).

Les Observatoires de Santé ainsi que d'autres centres de recherches communautaires ou provinciaux (ULB-Promes, UCL-Reso, CEDORES, Educa-santé, etc.) peuvent être qualifiés de structures 'trait d'union' : d'une part, ils analysent les données recueillies sur le terrain et les mettent à disposition des décideurs et, d'autre part, ils assurent le renforcement des compétences des professionnels de santé et autres acteurs de terrain (fiche 4.2.2).

La mise en place de réseaux apparaît

... Niveau régional et communautaire

Niveau provincial

2.2.2 Concertation multidisciplinaire/ travail en réseau

comme une marche à suivre privilégiée tant pour les initiatives de promotion de santé que pour celles des soins de première ligne. La mise en réseau est présentée comme une stratégie de proximité permettant d'améliorer d'une part l'accès aux soins de santé et, d'autre part, le continuum des soins du préventif au curatif.

Le 'réseautage' cherche principalement à tirer profit des diverses initiatives déjà en place - secteurs public et privé confondus. Généralement, le réseau est mono-thématique, centré sur un groupe cible (personnes précarisées, personnes âgées, etc.) ou sur une pathologie spécifique (assuétudes, santé sexuelle, etc.).

Les réseaux les plus anciens sont issus d'un processus ascendant (bottom-up) où le rôle et l'expérience des acteurs de terrain est prépondérant. « Ils se donnent pour objectif ambitieux 'd'assurer' la santé; c'est-à-dire s'assurer de la couverture des frais, s'assurer qu'un suivi est possible de manière à aller jusqu'au bout d'un traitement, accompagner l'individu et le diriger vers d'autres spécialistes si cela se révèle nécessaire, offrir une meilleure écoute aux patients, avoir une connaissance assez large du vécu des individus, 'aller sur place' pour voir dans quelles conditions les patients évoluent, mais veiller également à coordonner (avec souplesse) les actions en évitant tout contrôle social ».⁹

La création d'un numéro vert à l'atten-

tion des personnes âgées en Région wallonne a, par exemple, commencé par le regroupement de diverses ASBL qui se sont finalement constituées en réseau pour étendre leurs services à toute la région (fiche 3.4.3). Ce type de réseau a une composante sociale importante fondée sur l'expression des patients plus ou moins démunis face à une situation de vie ayant des répercussions sur leur état de santé.

Dans le cas des relais santé, c'est la composante santé qui est ajoutée à un réseau de relais sociaux déjà mis en place préalablement par la politique régionale. Ici encore, l'expérience et la réflexion menée par la ville de Liège face au problème d'exclusion des soins de santé a joué un rôle essentiel (fiche 3.4.1).

L'intégration des relais santé dans les relais sociaux est aujourd'hui systématique en Wallonie. Ceci met en évidence l'apparition d'un second type de réseaux beaucoup plus structurés, issus d'une volonté de coordination descendante. Ces réseaux ne sont par conséquent plus directement fondés sur les besoins des groupes cibles; ils ont pour fondement une volonté 'd'aider les aidants' en les sortant de leur isolement, en facilitant les échanges et en renforçant leurs compétences.¹⁰

En matière de prévention et de prise en charge des assuétudes, par exemple, la mise en réseau des associations est un processus promu par la Région wallonne qui va jusqu'à en faire une condi-

tion de subvention à partir de 2007 (fiche 3.4.4).

Le 'réseautage' fait généralement référence au premier type de réseaux cité, né d'une collaboration volontaire 'bottom-up' (partant de la base), tandis que le terme 'concertation multidisciplinaire' réfère plutôt au deuxième type de réseaux, réglementés 'top-down' (sur un principe hiérarchique). Or, tant au niveau des soins de santé, de la prévention des maladies que de la promotion de la santé, se dessine une tendance vers plus de concertation multidisciplinaire, ce qui sert non seulement l'efficacité mais aussi l'accessibilité de ces soins. Nous songeons ici surtout à l'accessibilité informative, administrative et logistique des soins de santé.

L'Arrêté flamand de 1991 en matière de promotion de la santé et le décret de 2004 relatif à la politique préventive de santé ont essayé de contrer l'éparpillement des initiatives de promotion de la santé. Le Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie, créé en 1991, a évolué d'un institut de coordination et de soutien à un centre d'expertise. Le gouvernement flamand a pris un rôle plus 'directeur' en intégrant la promotion de la santé et la prévention dans un cadre réglementaire et en formulant des objectifs en matière de santé. Alors qu'au niveau flamand, le VIG fournit aux acteurs locaux l'expertise nécessaire, la tâche de coordination et de soutien fait

Niveau régional et communautaire

(9) Doumont D., Ajoulat I., Deccache A., *L'exclusion de la santé : comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent*, UCL RESO, décembre 2000.

(10) Bertolotto F., Joubert M., *L'approche des cumuls de fragilités (sanitaires, sociales, juridiques et institutionnelles). Les migrants et la santé : leçons d'une évaluation*, in *Revue Prévenir*, nr. 32, 1997, pp 83-102.

l'objet d'un glissement vers le niveau supra-local. C'est là qu'ont été créés les Logo, partenariats pour la concertation et l'organisation de la santé. La mission essentielle des Logo consiste à accroître l'efficacité, l'harmonisation et la durabilité des actions de promotion de la santé des acteurs locaux, tant dans les soins de santé que dans d'autres secteurs tels que l'aide sociale, l'enseignement ou le monde des entreprises. Ce faisant, ils doivent œuvrer à la poursuite des cinq objectifs flamands de santé : prévention tabagique, promotion d'une alimentation saine, prévention des accidents à domicile et dans la circulation, vaccination et dépistage du cancer du sein. La réduction des inégalités socio-économiques de santé ne fait donc pas partie des objectifs sanitaires explicites en Flandre. Les Logo sont néanmoins explicitement chargés d'accorder une attention prioritaire aux groupes défavorisés dans leur région.

En Communauté française, les Centres locaux de Promotion de la Santé sont chargés de la coordination locale du plan quinquennal de promotion de la santé. Ils apportent un appui et des outils méthodologiques aux acteurs locaux en matière de promotion de la santé comme en matière de prévention.

Qu'il s'agisse de la promotion de la santé ou des soins de santé de première ligne, on a cherché une forme

de coordination se situant à un niveau suffisamment petit pour détecter des problèmes spécifiques, mais suffisamment grand pour permettre un fonctionnement efficace. Actuellement, la concertation multidisciplinaire pour les soins de santé de première ligne n'est structurée qu'au niveau des soins à domicile, sous la forme des Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT), qui correspondent en Flandre aux Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging (SIT). L'équivalent existe en Communauté française (Service Intégré de Soins à Domicile – SISD). Les Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), structure de concertation et point de contact pour l'ensemble de l'offre des soins de santé de première ligne dans une région déterminée, sont annoncées en Flandre. Leur création se fait cependant attendre suite au retard des arrêtés d'exécution du Décret relatif aux soins de santé de première ligne (fiche 3.1.6.).

Plusieurs instruments politiques et de

2.2.3 Concertation intersectorielle et intergouvernementale / monitoring

suivi ont été mis sur pied en vue de mieux cerner la problématique de la pauvreté et de mieux organiser la politique de lutte contre la pauvreté. L'accessibilité des structures de santé pour les personnes plus fragiles sur le plan socio-économique y est abordée à chaque fois.

D'une part, de nombreux nouveaux organes ont été créés pour renforcer la concertation et la cohérence dans la politique de lutte contre la pauvreté. D'autre part, nombre de rapports font régulièrement un état des lieux de la problématique de la pauvreté et de la politique menée et à mener en la matière. Ces bilans sont généralement coordonnés par les organes susmentionnés. La création de ces nouveaux instruments se fonde sur l'idée qu'une approche intégrée de la problématique sociale d'exclusion – dont les inégalités en santé ne constituent qu'un aspect partiel – s'impose : une politique multisectorielle et intersectorielle (emploi, enseignement, santé, logement, revenus) soutenue par l'ensemble des acteurs concernés (services publics, milieu associatif, entreprises, sciences, les exclus sociaux eux-mêmes).

Parmi ces nouvelles structures décisionnelles/politiques et de concertation, qui réunissent non seulement tous les secteurs politiques concernés (concertation intersectorielle) mais aussi les différents niveaux décisionnels belges

(concertation intergouvernementale), nous trouvons la Conférence interministérielle pour l'Intégration sociale (1994), le Point d'appui pour la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (1999), le Ministre de l'Intégration sociale (1999), l'Unité de recherche sur la Pauvreté, l'Exclusion sociale et la Ville (Onderzoeksgroep armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad, OASeS) (2000), la Conférence intergouvernementale (CIG) (2001). Le Rapport général sur la Pauvreté et les rapports qui l'ont suivi, l'Annuaire Pauvreté et Exclusion sociale, les Plans d'action nationaux d'inclusion sociale (PANincl) sont quelques-uns des bilans et rapports au niveau belge (tous niveaux décisionnels confondus). Pour un court aperçu historique de ces structures et rapports, consultez la fiche 2.1.9.

Parmi les structures de concertation régionales intersectorielles, on trouve entre autres le Vlaams Permanent Armoedeoverleg et la Direction interdépartementale de l'Intégration sociale (DIIS) en Région wallonne. Les Vlaamse Actieplannen Armoedebestrijding annuels (fiche 3.1.1), les rapports en matière de cohésion sociale en Région wallonne, les rapports annuels sur la situation de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale et le Premier rapport sur la Pauvreté en Communauté germanophone sont quelques-uns des bilans dressés au niveau régional. Une autre structure inclusive, intersectorielle, est prévue par le décret

relatif à la politique flamande à l'égard des minorités ethniques et culturelles (1998). Ce décret prévoit une politique d'accueil et d'émancipation qui a pour objectif de faire participer les membres des minorités ethniques et culturelles à la société flamande en tant que citoyens à part entière, en mettant l'accent sur l'aide sociale, les soins de santé et l'enseignement. L'élaboration, la coordination et l'exécution de cette politique à l'égard des minorités sont du ressort des provinces et des administrations locales. On y prévoit la création et la subsidiation de services d'intégration communaux sur base d'un plan triennal de politique locale, chargés de suivre et de coordonner localement les missions suivantes : l'élaboration de mesures politiques inclusives axées sur l'accessibilité des structures; l'organisation de la participation des groupes cibles à la politique; l'organisation d'une politique d'accueil; la communication sur la politique menée avec la population. L'accent est mis ici sur la collaboration entre les différents secteurs politiques.

Sur un plan plus vaste que celui de la lutte contre la pauvreté et de la politique à l'égard des minorités, le décret Lokaal Sociaal Beleid du 19 mars 2004 décrit le cadre dans lequel élaborer une politique sociale locale intégrée en Flandre, dont fait partie la thématique de la santé. Le décret donne aux administrations locales la responsabilité des tâches suivantes : la rédaction d'un plan local de politique sociale; la coordination de

la politique sociale locale; la réalisation d'une Maison sociale qui fasse office de guichet d'information et d'orientation pour les citoyens, la conclusion de protocoles de collaboration entre les structures reconnues entre elles ou entre ces structures et l'administration locale. Ces objectifs visent une autonomie locale maximale. Les pouvoirs locaux sont soutenus dans l'exécution de ces tâches par le gouvernement flamand, sur le plan à la fois informatif, logistique et éventuellement aussi budgétaire.

Le rapport annuel sur la pauvreté à Anderlecht est un exemple d'instrument intersectoriel local dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

2.2.4 Financement

Les inégalités socio-économiques dans la population des patients ainsi que les différences correspondantes dans les besoins en soins sont pris en considération dans certains aspects du financement des soins de santé et de la sécurité sociale, comme l'illustrent le financement des hôpitaux et la responsabilisation des mutualités.

Le financement des hôpitaux est sujet à de fréquentes modifications législatives. La réforme majeure est celle de juillet 2002 qui a introduit la notion de 'lit justifié' liant directement le financement aux activités relatives aux patients (et non plus

à l'offre et à la structure des lits). Cette approche dynamique centrée sur le patient répond à une volonté de maîtrise des dépenses et de promotion d'une médecine hospitalière accessible et de qualité. Les 'montants de référence' calculés sur base des pathologies ne prennent pas en compte les facteurs sociaux du patient. Néanmoins, la réforme prévoit d'octroyer un budget supplémentaire aux hôpitaux en fonction du profil socio-économique général de leur patientèle. Cette mesure se base sur la prévision qu'un patient de faible profil socio-économique a une probabilité élevée d'avoir une durée de séjour plus longue ou une pathologie plus complexe à prendre en charge. Des moyens supplémentaires sont prévus pour vingt hôpitaux.¹¹

La mise en place de la responsabilité financière des mutualités s'inscrit dans les mesures du gouvernement pour étendre la responsabilité de tous les acteurs de la sécurité sociale. En 1995, le Gouvernement fédéral a mis en place le principe de responsabilité financière des mutuelles (Loi du 15 février 1993), selon lequel le financement des mutualités est fonction des remboursements attendus c'est-à-dire du profil de risque des affiliés. Quatre catégories de facteurs ont été définies : les facteurs démographiques (âge, sexe, composition de ménage, nationalité), les facteurs socio-économiques (revenu, catégorie professionnelle, chômage), l'état de santé et les facteurs environnementaux (urbanisation, logement, offre médicale). Les mutualités sont responsables de leur

équilibre budgétaire annuel. Si un déficit se dégage, une partie de celui-ci doit être couvert par une cotisation de responsabilité financière qui, le cas échéant, s'ajoute à la cotisation à l'assurance obligatoire et aux assurances complémentaires éventuelles payées par les affiliés.

Si les budgets annuels alloués à la politique de santé et de sécurité sociale représentent évidemment un soutien important, le financement de la politique locale d'inclusion sociale peut également jouer un rôle considérable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Au moyen d'impulsions financières particulières, les autorités fédérales et régionales incitent les pouvoirs locaux à rédiger des plans annuels ou pluriannuels stratégiques adaptés à la ville ou à la commune concernée, en vue entre autres de renforcer la cohésion sociale et de combler le fossé socio-économique. La problématique des inégalités sociales de santé peut être abordée dans ce cadre.

Le gouvernement fédéral donne via les contrats de ville (fiche 2.1.1) une impulsion financière aux grandes villes belges pour tenter d'augmenter la qualité de vie dans les quartiers défavorisés. La santé constitue un des cinq thèmes autour desquels les grandes villes doivent concentrer leurs mesures politiques dans le cadre de leur contrat de ville, à côté de l'intégration des quartiers défavorisés dans la ville, l'économie et l'emploi, la cohésion sociale et le logement. Les programmes pluriannuels urbains qui voient le jour de cette manière

traitent cependant rarement des inégalités sociales de santé (exc. : bus de la santé à Anderlecht). Ils sont axés surtout sur le contexte plus large des inégalités socio-économiques dans les grandes villes (logement, emploi, mobilité, possibilités sociales et culturelles...), dont les inégalités de santé font partie.

Les grandes villes et les villes régionales flamandes bénéficient d'un financement public dans le cadre du Vlaams Stedenfonds, qui vise l'amélioration de la qualité de vie, la lutte contre la dualisation et l'accroissement de la qualité de la gestion démocratique. En échange de ce financement, chaque ville concernée conclut une convention politique (pluriannuelle et liée au résultat) avec le gouvernement flamand. La problématique de la dualisation sociale en santé fait partie des thèmes qui peuvent être traités dans ces conventions.

Le Gemeentefonds répartit les moyens publics entre les 325 communes flamandes, en tenant compte des conditions spécifiques à chaque commune, dont la situation socio-économique.

Tant le Vlaams Stedenfonds que le Gemeentefonds ont des équivalents en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale.

Reste à étudier si ces impulsions financières ont effectivement conduit à la création ou à l'extension de projets locaux en matière d'inégalités sociales de santé.

Niveau régional et communautaire

Niveau local

(11) Carton J., *La réforme du financement des hôpitaux, la notion d'activité justifiée, Reflet et perspective de la vie économique*, XLII, 2003, 1.

Troisième partie

PISTES DE REFLEXION

- Jusqu'à présent, la réduction des ISES n'apparaît pas explicitement dans les objectifs politiques du gouvernement, ce qui complique le développement d'une politique intersectorielle inclusive.
- Les inégalités socio-économiques de santé sont souvent perçues comme une problématique exclusivement liée à la pauvreté. Pourquoi le gradient social des inégalités de santé n'est-il pas perçu ? Est-ce que la 'quasi-invisibilité' des besoins de santé des strates socio-économiques intermédiaires ne les exclut pas des initiatives en matière d'inégalités de santé ?
- Les besoins différentiels et les inégalités potentielles entre les classes d'âge sont pris en compte avec des initiatives spécifiques pour les jeunes enfants, les adolescents et l'attention croissante accordée aux seniors. Comparativement, les inégalités socio-économiques de santé entre hommes et femmes ne reçoivent qu'une considération transversale, voire purement symbolique. Le cumul systématique du facteur genre avec les autres facteurs d'iné-

galités de santé ne permettrait-il pas une meilleure prise en compte de, entre autres, la féminisation de la pauvreté, des femmes allochtones, de la sexospécificité des maladies ?

- La mise en réseau des acteurs apparaît comme la stratégie privilégiée pour résoudre l'exclusion des soins de santé. Ceci met en évidence d'une part les nombreuses initiatives existantes ainsi que leur volonté de collaboration et, d'autre part, la prise en compte progressive de l'importance d'une approche multidisciplinaire pour lutter contre les inégalités de santé. Mais quid de la multiplication des réseaux ? Comment réconcilier cette multitude de réseaux avec le besoin d'optimiser l'approche territoriale ?
- Du financement à la coordination ou de la prévention au curatif, il y a très peu d'information sur l'efficacité des initiatives mises en place. La réduction des inégalités de santé en Belgique est-elle basée uniquement sur de bonnes intentions ou sur une véritable évaluation ?
- Si la recherche est de plus en plus en adéquation avec le modèle explicatif

causal et élargit son champ d'étude aux déterminants socioculturels, les constats ne restent-ils cependant pas trop souvent sur papier sans être suivis d'action ?

- Comparativement aux initiatives centrées sur l'accessibilité financière, il y a assez peu d'initiatives portant sur la prévention. Or, il n'y a pas de prévention dans une vision à court terme. La promotion de la santé comme la prévention sont des investissements à long terme avec un impact futur sur la quantité et la gravité de la morbidité. Les mesures mises en place pour lutter contre les inégalités socio-économiques de santé doivent-elles s'inscrire dans le court ou le long terme ? Comment les approches curative et préventive peuvent-elles mieux s'accorder ? Seuls des soins curatifs de qualité donneront aux groupes vulnérables la confiance nécessaire pour être réceptif aux messages préventifs.
- Les initiatives intégrées actuelles qui réussissent à atteindre les défavorisés dans une perspective de santé (par ex. Kind en Gezin, maisons mé-

dicales, travail de quartier...) doivent être soutenues car le travail avec des groupes vulnérables pose des exigences spéciales sur le plan du personnel, de l'infrastructure, de la collaboration,...

- On peut se demander à cet égard si le recours (par ex. dans les soins médicaux curatifs) à une législation centralisée laisse suffisamment de marge pour réagir aux différents besoins locaux de manière adéquate.

quatrième partie ANNEXES

4.1. Instructions pour la lecture des fiches

L'inventaire présente chaque initiative dans une fiche individuelle ad hoc dont les rubriques peuvent se lire comme décrit ci-dessous. Les rubriques des fiches sont présentées en anglais, les fiches étant quant à elles disponibles seulement en néerlandais ou en français.

ID Number :

Numéro d'identification de l'initiative permettant de faire le lien avec l'organigramme des compétences en matière de santé en Belgique.

- **Keyword :**

Trois mots-clés ont été attribués à chaque initiative.

Le premier classe l'initiative selon son domaine d'intervention :

PS = Promotion de santé = motiver et renforcer des individus et des groupes à avoir davantage de prise sur leur santé et à bénéficier ainsi d'une meilleure santé (approche émancipatrice, 'empowering'). Axée sur le changement des individus eux-mêmes ainsi que sur les conditions physiques et sociales dans lesquelles ils vivent et travaillent.

P = Prévention

P1 = Prévention primaire : prévention de problèmes de santé, de maladies et d'accidents

P2 = Prévention secondaire : détection de nouveaux problèmes de santé ou maladies de manière à prendre à temps des mesures permettant d'accroître les chances de guérison

P3 = Prévention tertiaire : limiter autant que possible les conséquences de maladies ou d'accidents

C = Soins de santé curatifs

Le deuxième mot clé mentionne si l'initiative porte sur la santé physique ou la santé mentale.

Le troisième mot-clé précise le sujet

Niveau de pouvoir	Instances
1 = Communauté européenne	1
2 = Fédéral	1
3 = Régional	1 = Région flamande 2 = Région Bxl-Capitale 3 = Communauté française 4 = Région wallonne 5 = Communauté germanophone
4 = Provincial	1 = Provinces néerlandophones 2 = Provinces francophones
5 = Local	1 = Villes néerlandophones 2 = Villes francophones

dans le cadre de la stratégie adoptée (voir ci-dessous : “strategy”) ou indique la forme d’accessibilité poursuivie.

- **Impact :**

L’impact direct ou indirect de l’initiative sur les inégalités socio-économiques de santé est précisé. Par exemple, une initiative offrant des soins de santé aux immigrés sera considérée comme ayant un impact direct. Une recherche sur les inégalités de santé des immigrés sera considérée comme ayant un impact indirect.

- **Strategy :**

Chaque initiative est classée selon l’une des cinq stratégies suivantes (les quatre premières stratégies se basent sur la terminologie de EuroHealthNet) :

- Integrating health-equity objectives into existing policies and programmes = approche intégrant les objectifs dans la politique existante
- Disease based approaches = approche basée sur la maladie
- Group specific approaches = approche axée sur des groupes spécifiques
- Settings or community based approaches = approche axée sur l’environnement ou la communauté
- Approche informative

Title :

L’intitulé de l’initiative.

Period :

La date du début de l’initiative.

Framework :

Une description synthétique du contexte et des raisons de la mise en œuvre de l’initiative.

Activities :

Une description des activités de l’initiative mettant en évidence les aspects et activités relatifs aux inégalités socio-économiques de santé.

Contacts :

Coordonnées d’une personne pouvant donner des informations supplémentaires sur l’initiative.

Le niveau de compétence, les mots clés et la stratégie tels que mentionnés dans les fiches se retrouvent dans le tableau analytique des initiatives répertoriées (annexe 2).

4.2 Tableau analytique des initiatives

N°	Titre	Niveau de pouvoir				Approche des ISES				
		Fédéral	Régional	Provincial	Local	Informative	Politique intégrée	Axée sur la Maladie	Axée sur l'Environnement	Axée sur le Groupe
1.	Contrats de ville	F					P		E	
2.	BELTA-Tbnet	F						M		
3.	Programme de recherche «cohésion sociale»	F				I				
4.	Intervention majorée	F								G
5.	Maximum à facturer	F								G
6.	Système du tiers payant	F								
7.	Plan d'action national contre la violence conjugale	F	R				P	M		
8.	Médecine forfaitaire	F							E	
9.	Engagement d'experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale au sein des services publics fédéraux	F					P			
10.	Réduire les inégalités de santé en Europe (EUROTHINE)	F				I				
11.	Réduire les inégalités de santé en Belgique (TAHIB)	F				I				
12.	Loi sur les droits du patient	F					P			
13.	Recherche par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé	F				I				
14.	Médiation interculturelle en soins de santé	F	R							G
15.	Concertation et suivi intergouvernemental et intersectoriel	F	R	P	L	I	P			
16.	Accompagnement psychosocial des demandeurs d'asile en phase d'accueil	F	R					M	E	G
17.	Plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté		R			I	P			
18.	Rôle de la promotion de la santé dans l'approche des inégalités de santé		R			I				

Sujet au sein de l'approche des ISES		Accessibilité des soins			Approche de la maladie				Santé		
		Financière	Informative/ administr./ logistique	Psychologique/ socio-culturel	Soins de santé Curatifs	Prévention Tertiaire	Prévention Secondaire	Prévention Primaire	Promoteur de la Santé	Santé Physique	Santé Psychique
	Grandes villes	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	TBC	F			C	T				Ph	
	Diverses instances politiques	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Catégories socio-écon. vulnérables	F			C					Ph	Ps
	Catégories socio-écon. vulnérables & familles à bas revenus	F			C	T	S			Ph	Ps
	Violence conjugale	F			C	T	S			Ph	Ps
	Violence conjugale		I	Ps			S	P	G	Ph	Ps
	Maisons médicales et autres	F			C	T				Ph	
	Diverses instances politiques	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Approche ISES en Europe	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Approche ISES en Belgique	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Diverses instances politiques	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Accessibilité soins de santé	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Allochtones		I	Ps	C	T	S	P	G	F	Ps
	Problématique et politique de lutte contre la pauvreté	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Demandeurs d'asile	F	I	Ps	C	T	S				Ps
	Politique flamande de lutte contre la pauvreté	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Approche ISES : promotion de la santé	F	I	Ps	C	T	S	P	S	Ph	Ps

N°	Titre	Niveau de pouvoir				Approche des ISES				
		Fédéral	Régional	Provincial	Local	Informative	Politique Intégrée	Axée sur la Maladie	Axée sur l'Environnement	Axée sur le Groupe
19.	Services prénataux pour femmes enceintes en situation difficile		R							G
20.	VRGT prévention du tabagisme		R					M		G
	VRGT prévention de la tuberculose		R					M		G
21.	Dépistage du cancer du sein en Flandre	F	R		L			M		G
22.	Initiatives de coopération dans les soins de santé primaires	F	R		L				E	
23.	Ambulance vertes : la CRIPI	-	R	-	-				E	
24.	Medimmigrant		R							G
25.	Santé mentale et Exclusion sociale - Belgique		R							G
26.	Fonds des Affections Respiratoires		R					M M		
27.	Maisons médicales		R						E	
28.	Programme de dépistage du cancer du sein		R					M		
29.	Prevention ONE		R							G
30.	Centre de prévention du suicide		R					M		
31.	Relais santé au sein de Relais sociaux		R						E	
32.	Enquête auprès des centres de coord. S.S.A.D.		R							G
33.	Numéro vert Libr'agé		R							G
34.	Mise en réseau associations assuétudes		R					M		
35.	Centres de planning familial		R					M		

Sujet au sein de l'approche des ISES		Accessibilité des soins			Approche de la maladie					Santé	
		Financière	Informatif/ administr./	Psychologique/ socio-culturel	Soin de santé C uraifs	Prevention T ertiaire	Prevention S econdaire	PPrevention P rimaire	Promotion de la S anté	Santé Ph ysique	Santé Ps ychique
	Femmes enceintes en situation difficile	F	I	Ps	C	T	S	P	S	Ph	Ps
	Cancer du poumon, Femmes enceintes, jeunes,...	?	I	Ps				P	S	Ph	
	TBC Demandeurs d'asile	F	I	Ps			S			Ph	
	Cancer du sein Femmes de 50 à 69 ans	F	I	Ps			S			Ph	
	Régions de soins		I	Ps	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Domicile	F	I	Ps	C		S			Ph	
	Demandeurs d'asile & illégaux		I						S	Ph	
	Sans domicile fixe			Ps	C	T	S	P	S	Ph	Ps
	Cancer du poumon TBC	F	I			T	S	P	S	Ph	
	Commune & quartier	F		Ps	C	T	S	P	S	Ph	
	Cancer du sein Femmes de 50 à 69 ans	F					S	P		Ph	
	Femmes enceintes et enfants 0 à 12 ans	F	I					P	S	Ph	
	Suicide			Ps		T	S	P		Ph	Ps
	Commune		I						S	Ph	Ps
	Personnes âgées			Ps	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca
	Personnes âgées		I				S	P	S	Ph	Ps
	Assuétudes		I					P	S	Ph	Ps
	Santé reproductive	F	I		C	T	S	P	S	Ph	Ps

N°	Titre	Niveau de pouvoir				Approche des ISES				
		Fédéral	Régional	Provincial	Local	Informative	Politique intégrée	Axée sur la Maladie	Axée sur l'Environnement	Axée sur le Groupe
36.	Intercommunale Sociale du Brabant Wallon			P				O		
37.	Centre de Documentation et de recherche sociale			P			P			
38.	Liège Province santé			P				O		
39.	Clinique de l'exil – Province de Liège			P						G
40.	Centres de Guidance de Nivelles et Jodoigne			P				Z		
41.	Observatoire de la Santé du Hainaut			P			P			
42.	Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale			P			P			
43.	Seraing – Ville Santé				L			O		
44.	Initiatives «inégalités santé» des CLPS				L			O		

Légende : quelques explications :

- > Ca = Initiatives qui n'impliquent pas d'action concrète, mais créent plutôt un cadre informatif ou stratégique pour des mesures plus concrètes. Ces initiatives peuvent s'inscrire dans une ou plusieurs des catégories prévues dans le tableau.
- > Promotion de la Santé = motiver et permettre à des individus et à des groupes d'avoir davantage de prise sur leur santé et de bénéficier ainsi d'une meilleure santé (approche émancipatrice, "empowering"). Axée sur le changement des individus et de l'environnement social et physique dans lequel ils vivent et travaillent.
- > Prévention primaire = prévention de problèmes de santé, de maladies et d'accidents
- > Prévention secondaire = détection de nouveaux problèmes de santé ou maladies de manière à prendre à temps des mesures permettant d'accroître les chances de guérison
- > Prévention tertiaire = limiter autant que possible les conséquences de maladies ou d'accidents
- > ISES = inégalités socio-économiques de santé

Sujet au sein de l'approche des ISES		Accessibilité des soins			Approche de la maladie				Santé		
		Financière	Informative / administr./	Psychologique /socio-culturel	Soins de santé Curatifs	Prevention Tertiaire	Prevention Secondaire	Prevention Primaire	Promotion de Santé	Santé Physique	Santé Psychique
Province		F	I			T	S		S	F	
Diverses instances politiques		K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Province			I						S	F	
Immigrants				P	C	T	S				Ps
Santé mentale		F			C	T	S				Ps
Diverses instances politiques			I					P	S	F	
Diverses instances politiques			I					P	S	F	
Ville		F	I	P	C			P	S	F	
Commune			I					P	S	F	

4.3 Fiche des initiatives

N°	Titres	ID N°
	Fédéral	
1.	Contrats de ville	2.1.1
2.	BELTA-Tbnet	2.1.2
3.	Programme de recherche « cohésion sociale »	2.1.3
4.	Intervention majorée	2.1.4
5.	Maximum à facturer	2.1.5
6.	Système du tiers payant	2.1.6
7.	Plan d'action national contre la violence conjugale	2.1.7
8.	Médecine forfaitaire	2.1.8
9.	Engagement d'experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale au sein des services publics fédéraux	2.1.9
10.	Réduire les inégalités de santé en Europe (EUROTHINE)	2.1.10
11.	Réduire les inégalités de santé en Belgique (TAHIB)	2.1.11
12.	Loi sur les droits du patient	2.1.12
13.	Recherche par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé	2.1.13
14.	Médiation interculturelle en soins de santé	2.1.14
15.	Concertation et suivi intergouvernemental et intersectoriel au niveau belge en matière de pauvreté et de politique de lutte contre la pauvreté	2.1.15
16.	Accompagnement psychosocial des demandeurs d'asile en phase d'accueil	2.1.16
	Région & Communauté Flamande	
17.	Plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté 2005-2009	3.1.1
18.	Rôle de la promotion de la santé dans l'approche des inégalités de santé	3.1.2
19.	Services prénataux pour femmes enceintes en situation difficile	3.1.3
20.	VRGT	3.1.4
21.	Dépistage du cancer du sein en Flandre	3.1.5
22.	Initiatives de coopération dans les soins de santé primaires	3.1.6
	Région Bxl-Capitale	
23.	Ambulance verte : la CRIPi	3.2.1
24.	Medimmigrant	3.2.2
25.	Santé mentale et Exclusion sociale – Belgique	3.2.3

	Communauté française	
26.	Fonds des Affections Respiratoires	3.3.1
27.	Maisons médicales	3.3.2
28.	Le programme de dépistage du cancer du sein	3.3.3
29.	Prévention de l'Office de la Naissance et de l'Enfance	3.3.4
30.	Centre de Prévention du Suicide	3.3.5
	Région Wallonne	
31.	Relais santé au sein des Relais sociaux	3.4.1
32.	Enquête auprès des centres de coordination de soins et de services à domicile	3.4.2
33.	Numéro vert Libr'agé	3.4.3
34.	Mise en réseau associations de prévention et lutte contre les assuétudes	3.4.4
35.	Centres de planning familial	3.4.5
	Provinces	
36.	Intercommunale Sociale du Brabant Wallon	4.2.1
37.	Centre de Documentation et de recherches sociales	4.2.2
38.	Liège Province santé	4.2.3
39.	Clinique de l'exil – Province de Liège	4.2.4
40.	Centres de Guidance de Nivelles et Jodoigne	4.2.5
41.	Observatoire de Santé du Hainaut	4.2.6
42.	Observatoire de la Santé et du Social de Bxl-Capitale	4.2.7
	Localités	
43.	Seraing – Ville Santé	5.2.1
44.	Initiatives « inégalités santé » des CLPS	5.2.2

ID Number	2	1	1
Keyword	/	/	inclusion sociale
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche intégrée, axée sur l'environnement		
Title	Contrats de ville		
Period	2000 -		
Framework	<p>Depuis 1999, les autorités fédérales tentent de développer une politique visant à rendre les grandes villes plus attractives. Elles souhaitent améliorer les conditions de vie de ceux qui en ont le plus besoin dans les quartiers défavorisés et essaient de donner à ces villes une impulsion leur permettant de mener une politique intersectorielle.</p> <p>Les autorités fédérales mettent chaque année plus de 40 millions d'euros par an à la disposition de quinze villes et communes. En 2000, ce montant a été réparti en fonction du nombre d'habitants uniquement. Seules les villes de plus de 150.000 habitants ont reçu un soutien fédéral. Les villes d'Anvers, Gand, Liège, Charleroi et la Région de Bruxelles-Capitale (les sept villes et communes qui bénéficient du programme européen Objectif 2 sont Bruxelles-Ville, Anderlecht, Saint-Gilles, Saint-Josse, Schaerbeek, Molenbeek et Forest) sont ainsi entrées en ligne de compte. Depuis 2001, des critères socio-économiques sont également pris en compte, ce qui a permis aux villes de Mons, La Louvière, Seraing et Ostende de rejoindre la liste.</p>		
Activities	<p>Depuis 2000, le gouvernement fédéral conclut chaque année des contrats avec ces quinze villes. Ces 'contrats de ville' comprennent tous les projets de la ville ou de la commune (co)financés via la Politique des grandes villes. Le contexte, les objectifs, les indicateurs, les résultats et le montant octroyé sont examinés en détail, projet par projet. C'est la commune qui choisit finalement les projets à financer. On considère en effet que les autorités locales connaissent mieux les besoins des habitants et sont mieux placées pour harmoniser les projets dans le cadre d'une stratégie de développement communal à long terme.</p> <p>En 2005, les contrats de ville ont été conclus pour une période de cinq ans afin d'en renforcer l'efficacité tout en simplifiant les procédures administratives. Ces 'plans pluriannuels pour les villes' permettent aux autorités locales d'agir à grande échelle sur cinq thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un développement intégré des quartiers dans la ville; - une économie locale vivante, des emplois durables et de proximité; - des quartiers où il fait bon vivre ensemble (cohésion sociale); - la santé en ville; - une meilleure offre de logement. <p>Le 'bus sanitaire' à Anderlecht (100.000 habitants en 2002) était un projet expérimental de santé qui faisait partie d'un contrat de ville. Ce bus sanitaire se déplace toujours dans les quartiers défavorisés de la commune pour informer gratuitement l'ensemble de la population d'Anderlecht, la sensibiliser en matière de santé (gratuitement, anonymement et confidentiellement), orienter les visiteurs vers les infrastructures médicales, psychologiques et sociales compétentes et soutenir des projets de prévention (sida, tuberculose, ...) en collaboration avec les partenaires.</p> <p>Une étude en matière de 'Santé dans les grandes villes' a également été réalisée pour le compte de la Cellule Politique des Grandes Villes.</p>		
Contacts	Rik BAETEN, responsable du personnel, du budget général, de la cohésion sociale, de la santé, du développement durable, des statistiques, de la coordination générale relative aux contrats de ville. Cellule Politique des Grandes Villes, SPP Intégration sociale, boulevard Anspach 1, 1000 Bruxelles. Tél. 02/509 82 55 et 02/509 89 95- fax 02/509 89 55 - mail : info@grootstedenbeleid.be		

ID Number	2	1	2
Keyword	P 3 & C	Santé physique	Tuberculose
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Diseased based approaches		
Title	BELTA-TBnet		
Period	2006 -		
Framework	<p>Depuis les années 1990, l'incidence de la tuberculose en Belgique – jusqu'alors en décroissance – s'est stabilisée aux alentours de 1200 à 1300 cas par an. La principale cause de cette tendance est due à l'augmentation de cas importés.</p> <p>Le traitement de la tuberculose ne pose pas de problème pour la majorité des malades en ordre de sécurité sociale ; les médicaments anti-tuberculeux standards étant remboursés intégralement par l'INAMI.</p> <p>Toutefois, les patients contaminés par des bacilles multirésistants (1 à 2% des cas), même s'ils ont une mutuelle, doivent financer en partie ou totalement les antibiotiques très coûteux dits de deuxième ligne que l'INAMI ne rembourse pas ou seulement partiellement.</p> <p>En dehors de ces patients, il reste environ 10% des malades tuberculeux déclarés chaque année qui rencontrent des difficultés de prise en charge ; il s'agit de personnes dépourvues de couverture sociale pour lesquelles les CPAS jouent un rôle essentiel, par l'octroi de l'aide médicale directe ou urgente. Cette aide n'est cependant pas toujours systématique ou est délivrée avec retard car elle dépend d'une série de facteurs allant de l'évaluation de l'état de besoins à la présence de problèmes d'ordre administratif.</p> <p>Par l'Arrêté Royal du 10 mars 2005, le Ministère Fédéral des Affaires Sociales et de la Santé Publique a prévu la mise en oeuvre d'un modèle particulier de prise en charge des patients tuberculeux qui ont des difficultés d'accès au traitement et aux examens de suivi : le projet BELTA –TBnet.</p> <p>Un accord a été conclu entre l'INAMI qui finance le projet BELTA-TBnet et l'œuvre nationale belge de défense contre la tuberculose et les maladies respiratoires (FARES & VRGT) qui met à disposition ses services infirmiers. BELTA-Tbnet collabore également avec les CPAS pour assurer le suivi sans interruption du traitement.</p>		
Activities	<p>Le projet BELTA-TBnet a pour objectif de garantir un traitement adéquat pour tout malade atteint de tuberculose, même s'il n'a pas de couverture sociale ou s'il est contaminé par des bacilles multirésistants.</p> <p>BELTA-TBnet rembourse uniquement les médicaments antituberculeux non pris en charge par l'INAMI et/ou des examens de suivi en fonction de différents critères : absence d'aide sociale, tuberculose à germes multirésistants, hospitalisation ou phase ambulatoire.</p> <p>BELTA-TBnet n'intervient qu'après épuisement de toutes les autres possibilités de prise en charge. Les patients qui ne se sont pas (encore) affiliés à la mutualité, qui ne bénéficient pas de l'aide médicale (urgente) et/ou qui ne sont pris en charge par personne, que ce soit par hospitalisation ou en soins ambulatoires, peuvent prétendre au remboursement.</p>		
Contacts	Médecin-coordonnateur : Dr Guido Groenen - 02/510 60 97		

ID Number	2	1	3
Keyword	/	Santé physique et mentale	Recherche
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Integrating health-equity objectives into existing policies and programmes		
Title	Programme de recherche « cohésion sociale »		
Period	2000 -		
Framework	<p>Le Service Public Fédéral de Programmation Politique scientifique (ancienne appellation : Services fédéraux des affaires scientifiques, techniques et culturelles) a mis en œuvre un programme de recherche pluriannuel sur la thématique de la cohésion sociale.</p> <p>L'objectif essentiel de ce programme est de contribuer au renforcement du potentiel de connaissances pour soutenir la politique fédérale dans les domaines socio-économiques, plus particulièrement de fournir une contribution aux besoins de connaissances dans les domaines suivants de l'accord gouvernemental du 7 juillet 1999 : "la démocratie citoyenne", "une société sûre", "une société ouverte", "les grandes villes viables", "l'état social actif" et "une sécurité sociale moderne".</p> <p>Les recherches réalisées dans le cadre de ce programme « cohésion sociale » ont donné lieu aux recommandations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégrer les problèmes étudiés dans un contexte à la fois de mondialisation et de repli identitaire au sein de communautés plus restreintes, - adapter les recommandations politiques à une politique de développement durable; - être attentif aux groupes marginalisés ou ceux qui risquent de l'être (par exemple les aspects liés aux différences hommes/femmes, la problématique des jeunes, la discrimination ethnique, etc.); - fournir aux acteurs sociaux des résultats de recherche permettant de développer une réflexion sur les problèmes actuels concernant la cohésion sociale et sur différentes solutions alternatives. <p>Le programme de recherche est divisé en deux volets essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les problèmes nouveaux et les nouvelles analyses concernant la cohésion sociale : l'image formée par les citoyens et à propos des citoyens, la réponse et l'initiative des citoyens, l'inégalité et l'exclusion, les citoyens et la dynamique des institutions - La recherche pertinente pour la politique de l'autorité fédérale dans un certain nombre de secteurs clés : la mise en place du monde économique, l'environnement du travail, le patient et le système de soins médicaux 		

Activities	<p>Quatre recherches réalisées dans le cadre du Programme « cohésion sociale » traitent directement ou indirectement des inégalités de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins éthico-médicaux lors des décisions en fin de vie des patients (U Gent, VUB, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 2000 - 2003) Cette étude qualitative vise un rapprochement entre le médecin-expert et le patient-profane pour les soins en phase terminale. La séparation médecin/patient se manifeste surtout en ce qui concerne les soins de santé hyper-spécialisés autour de la fin de vie d'un patient. D'une étude menée en Flandre (Pratiques des médecins autour de la fin de vie d'un patient), il ressort clairement que les soins palliatifs centrés sur une mort douce et digne sont mis en pratique de manière significativement plus fréquente chez les personnes qui ont obtenu un diplôme d'étude supérieure. Ceci tend à montrer que pour obtenir de l'aide pour mettre fin à sa vie, le patient doit connaître dans une certaine mesure le discours médical et que celui qui ne possède pas cette capacité reçoit une autre forme d'accompagnement terminal. - Équité dans le financement des soins de santé (KUL & U Antwerpen, 2000- 2003) Cette étude analyse dans quelle mesure l'augmentation des tickets modérateurs est compensée par des mesures comme la franchise sociale et fiscale. Elle décrit également le profil des groupes sensibles en ce qui concerne le paiement des soins médicaux et propose des stratégies pour solutionner cette problématique. Elle évalue l'équité verticale et horizontale dans le financement des soins de santé. - Les nouveaux groupes vulnérables en matière de santé en Belgique (VUB, 2000-2003) L'étude reprend les résultats des études qualitatives et quantitatives et des dispositions existantes en ce qui concerne les besoins des nouveaux groupes sensibles au sein de la santé publique. Puis, grâce à une analyse Delphi (groupe d'experts), elle élabore un texte politiquement pertinent et étayé de la plus large manière possible sur le profil des nouveaux groupes sensibles, sur leurs besoins spécifiques et les interventions politiques possibles, et ce afin de les prendre en charge. - La stratification sociale dans l'achat et la consommation d'aliments (U Gent, 2000-2003) L'objectif de cette étude est d'expliquer les différences entre les différentes classes sociales en ce qui concerne leur comportement d'achat et leur consommation alimentaire. Par des simulations l'étude donne également un aperçu des possibilités de correction des différences et sur cette base, élabore des recommandations à l'attention des politiques et pour la
Contacts	<p>Responsable(s) Programme « cohésion sociale » : Van doninck Bogdan 02/23.83.488, vdon@belspo.be Naji Aziz 02/23.83.646, naji@belspo.be Van Daele Lieve 02/23.83.487, vdae@belspo.be</p>

ID Number	2	1	4
Keyword	C (soins curatifs)	Santé physique et mentale	Accessibilité financière
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Approche axée sur le groupe		
Title	Intervention majorée (l'ancien 'régime VIPO')		
Period	Régime sous la forme et la dénomination actuelle : depuis le 1er juillet 1997. Principes de base du régime : en tout cas depuis la loi du 9 août 1963.		
Framework	<p>Afin de garantir financièrement à tout un chacun le droit à des soins médicaux, l'assurance maladie obligatoire prévoit pour chaque assuré social – et sous des conditions de remboursement précises – une intervention dans les frais des prestations médicales. Une partie du coût légal de certaines prestations de santé est remboursée par les organismes assureurs. L'autre partie du coût légal, appelée quote-part personnelle ou ticket modérateur, reste à charge de l'assuré social.</p> <p>Ce système de remboursement ne tient toutefois pas compte de problèmes particuliers d'assurés sociaux aux revenus limités ou de ceux qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire. C'est pourquoi l'intervention majorée de l'assurance dans les coûts des prestations de santé a été créée pour un groupe cible bien défini de personnes démunies sur le plan socio-économique.</p>		
Activities	<p>Les bénéficiaires de l'intervention majorée obtiennent un remboursement plus élevé de la mutualité pour les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les visites et les consultations des médecins généralistes ou des médecins spécialistes; - les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier ou par des services de soins infirmiers à domicile; - les soins donnés par des kinésithérapeutes; - les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification d'un médecin spécialiste; - les soins dentaires; - les soins fournis par des logopèdes, des podologues et des diététiciens; - les médicaments; - les coûts en cas d'hospitalisation. <p>Outre les coûts d'hospitalisation, l'intervention majorée concerne donc principalement les petits risques. Les gros risques tels que les interventions chirurgicales, les radiographies, les rayons, les dialyses rénales, les prothèses, les implants, les dispositifs médicaux ne font pas l'objet d'une intervention majorée. Les prestations reprises dans les petits risques qui ne sont pas remboursables n'entrent naturellement pas non plus en ligne de compte pour une intervention majorée.</p> <p>Pour obtenir l'intervention majorée, l'ayant droit doit satisfaire – outre aux conditions pour obtenir un remboursement 'ordinaire' des frais de prestations de santé (conditions relatives à l'assurabilité du demandeur et à la remboursabilité de la prestation concernée) – à des conditions spécifiques en matière de revenu et de statut.</p> <p>La condition de revenu implique que le revenu familial brut imposable est plafonné à 13.512,18 euros majoré de 2.501,47 euros par personne à charge (montants au 1er octobre 2006).</p>		

	<p>La condition de statut implique que les bénéficiaires doivent être repris dans l'une des catégories légales de personnes nécessitant des soins. À l'origine, l'intervention majorée n'était destinée qu'aux personnes de la catégorie VIPO : les veufs/veuves, les invalides (bénéficiaires d'une allocation après la première année d'incapacité de travail), les pensionnés et les orphelins. Le 1er juillet 1997, plusieurs autres catégories vulnérables ont été ajoutées; on parle depuis de 'BIM' (bénéficiaire de l'intervention majorée). Actuellement, l'intervention majorée est accordée aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 'VIPO' : pensionnés, veufs et veuves, orphelins, invalides; - chômeurs de longue durée (indemnisés depuis au moins un an) à partir de 50 ans; - fonctionnaires mis en disponibilité depuis plus d'un an pour maladie; - personnes ayant un handicap (moins valides); - résidents à partir de 65 ans (par résidents, nous entendons les personnes qui ont droit à des soins de santé sur la base de leur inscription au Registre national des personnes physiques); - membres des communautés religieuses à partir de 65 ans; - enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées pour handicap; - personnes qui reçoivent l'une des allocations mentionnées ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> o un revenu d'intégration sociale ou une aide équivalente allouée par un CPAS; o un revenu garanti aux personnes âgées (ancien régime) ou une garantie de revenu aux personnes âgées (régime d'application sur les demandes depuis le 1er juin 2001); o une allocation pour handicapés (allocation de remplacement ou d'intégration pour les personnes souffrant d'un handicap ou allocation pour l'aide aux personnes âgées). - les personnes à charge des personnes susmentionnées. <p>Le droit à une intervention majorée accordé sur la base du statut et du revenu susmentionné fait également naître, pour les bénéficiaires concernés, un statut (statut BIM) donnant accès à d'autres avantages : le droit au tiers-payant, au maximum à facturer social ainsi qu'à d'autres avantages tels que des réductions à la SNCB et sur certains autres transports en commun, des tarifs avantageux pour le téléphone, une réduction de la taxe immondice, des taxes provinciales et communales, ...</p> <p>La condition de statut dans la réglementation BIM fait que certaines personnes économiquement faibles restent exclues de l'intervention majorée : les travailleurs à bas revenus, les familles monoparentales et les chômeurs de longue durée âgés de moins de 50 ans. Cette réglementation favorise aussi les "pièges à l'emploi" : les chômeurs ou les invalides qui parviennent à revenir sur le marché du travail et à quitter leur statut social difficile perdent automatiquement leur statut BIM et tous les avantages associés, même si leur situation économique reste précaire.</p> <p>C'est pourquoi le gouvernement a annoncé pour 2007 la suppression de la condition de statut (date prévue : 1er avril 2007 avec un régime de transition). Le droit à l'intervention majorée sera étendu à tous les ménages dont les revenus bruts annuels se situent en dessous d'un niveau déterminé, même s'ils ne rencontrent pas la condition de statut requise par la réglementation actuelle. Le statut BIM sera baptisé 'statut OMNIO' puisqu'il protège toutes les personnes économiquement vulnérables sans autre condition. Un montant de 50 millions d'euros sera affecté annuellement au financement de cette mesure.</p>
<p>Contacts</p>	<p>Marie-Jeanne Servotte Direction Juridique et Accessibilité Service des soins de santé INAMI – Avenue de Tervuren 211 - 1150 Bruxelles - Tél. 02/739.78.46</p>

ID Number	2	1	5
Keyword	P 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Accessibilité financière
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Approche axée sur le groupe		
Title	Maximum à facturer (MAF)		
Period	2002 -		
Framework	<p>Le maximum à facturer est une mesure de protection financière qui garantit qu'une famille ne doit jamais, en un an, dépenser plus qu'un certain montant pour des soins de santé nécessaires remboursables. Les adjectifs "nécessaires remboursables" méritent d'être soulignés car le maximum à facturer ne couvre pas toutes les dépenses de santé mais uniquement les coûts de prestations médicales qui sont déjà remboursables dans le régime ordinaire et qui sont en outre considérées comme absolument nécessaires pour la santé publique, ce qui donne lieu à une sélection supplémentaire (cf. infra : liste des prestations entrant en ligne de compte).</p> <p>Le maximum à facturer trouve son origine dans les franchises sociale et fiscale, toutes deux introduites en 1994.</p> <p>La franchise sociale était une mesure se limitant à certaines catégories sociales d'assurés qui disposaient de revenus de remplacement ou d'allocations sociales. Pour ces assurés, l'intervention pour certaines prestations de santé était portée à 100% quand l'ensemble des tickets modérateurs payés sur un an atteignait un plafond déterminé. Certains groupes à risque étaient toutefois exclus de cette mesure, comme les malades chroniques, les familles à revenus faibles ou modestes régulièrement confrontées à des coûts médicaux et globalement, toute famille socio-économiquement vulnérable qui n'appartenait pas aux catégories sociales visées par la mesure.</p> <p>La franchise fiscale a été instaurée en faveur de tous les ménages : ceux-ci bénéficient, par le biais d'un ajustement fiscal, d'une intervention de l'assurance à 100% dès lors que l'ensemble des tickets modérateurs supportés par eux atteint un certain plafond déterminé en fonction des revenus dont ils disposent. Cette mesure était certes ouverte à toutes les familles disposant d'un revenu imposable mais exigeait beaucoup de temps (un an et demi après la date de dépense effective) car elle ne s'appliquait qu'après l'enrôlement du revenu imposable.</p> <p>Le 1er janvier 2002, le maximum à facturer a été introduit dans le but d'offrir une protection plus rapide et d'améliorer l'accessibilité financière des soins médicaux. Trois types de maximum à facturer étaient prévus à l'origine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maximum à facturer social, déterminé en fonction de la catégorie sociale du bénéficiaire; - le 'maximum à facturer revenus modestes', déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire - le maximum à facturer fiscal, analogue à l'ancienne franchise fiscale. <p>Depuis le 1er janvier 2005, le maximum à facturer fiscal est intégré dans le 'maximum à factu-</p>		

<p>Activities</p>	<p>Dès que les dépenses familiales en soins de santé atteignent un plafond bien déterminé sur une année civile, l'intervention pour les prestations suivantes est portée à 100% jusqu'à la fin de cette année civile.</p> <p>Les frais pris en considération pour le calcul des dépenses familiales annuelles en soins de santé ("compteur MAF"), et qui sont remboursés en cas de dépassement du plafond sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le ticket modérateur sur les honoraires de prestataires de soins; - le ticket modérateur sur les prestations techniques comme des opérations et des examens sanguins; - le ticket modérateur sur certains médicaments : <ul style="list-style-type: none"> o les 'médicaments indispensables', c.-à-d. les spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C (*); o les médicaments administrés lors d'une hospitalisation; y compris le ticket modérateur suite au remboursement de référence; - le ticket modérateur sur les préparations magistrales; - la marge de délivrance des implants; - l'alimentation entérale pour les enfants et les jeunes de moins de 19 ans, administrée à domicile; - certains frais d'hospitalisation, comme l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation. <p>(*) Note : la catégorie de remboursement indique dans quelle mesure l'assurance maladie intervient dans les frais d'une spécialité pharmaceutique et varie en fonction de sa valeur thérapeutique, de l'intérêt de la spécialité dans la pratique médicale, du prix, de la base de remboursement proposée par le demandeur et du rapport entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique de la spécialité.</p> <p>Il y a cinq catégories de remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catégorie A : remboursés à 100% car absolument nécessaires (vitaux), pour le traitement de pathologies lourdes et de longue durée telles que le cancer, la tuberculose, le diabète, l'épilepsie ...; - Catégorie B : remboursés à 75% car très importants sur le plan thérapeutique et social (prix élevé), comme antibiotiques, médicaments pour des maladies cardiaques, médicaments contre l'asthme, ...; - Catégorie C : remboursés à 50% car un peu moins importants mais toujours 'nécessaires', comme certains vaccins, mucolytiques, médicaments pour traiter un affaiblissement général, des troubles circulatoires, ...; - Catégorie Cs : remboursés à 40%, par ex. anti-allergènes, vaccins contre la grippe; - Catégorie Cx : remboursés à 30%, par ex. pilule contraceptive; - Catégorie D : remboursés à 0%, par ex. somnifères, analgésiques <p>(pourcentage pour de simples assurés non hospitalisés et sous réserve d'un éventuel plafond du ticket modérateur).</p> <p>Il existe aujourd'hui deux types de maximums à facturer : le MAF social, déterminé en fonction de la catégorie sociale du bénéficiaire, et le MAF revenus, déterminé en fonction des revenus du bénéficiaire.</p>
--------------------------	--

	<p>Le 'maximum à facturer social' est exclusivement appliqué aux familles dont un membre au moins appartient à une catégorie sociale réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les bénéficiaires de l'intervention majorée; - les chômeurs complets depuis au moins six mois; - les bénéficiaires d'allocations familiales majorées; - les personnes qui reçoivent l'une des allocations ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> - un revenu d'intégration sociale ou l'aide sociale équivalente octroyée par un CPAS; - un revenu garanti aux personnes âgées (ancien régime) ou une garantie de revenu aux personnes âgées (régime d'application sur les demandes depuis le 1er juin 2001); - une allocation pour handicapés (allocation de remplacement ou d'intégration pour les personnes souffrant d'un handicap ou allocation pour l'aide aux personnes âgées). <p>L'intervention est fixée à 100% dès qu'un membre de la famille, avec les personnes à sa charge, dépense un montant annuel de tickets modérateurs supérieur à 450 euros.</p> <p>Le 'MAF revenus' s'applique aux ménages qui n'ont pas droit au MAF social mais qui, au cours de l'année civile, supportent un montant total de tickets modérateurs supérieur à un montant de référence déterminé en fonction des revenus du ménage.</p> <p>Pour certaines catégories de personnes (enfants de moins de 19 ans, enfants handicapés, cohabitants nécessitant des soins, chômeurs de longue durée,...), une protection supplémentaire est prévue par le biais d'exceptions aux règles MAF générales (calcul plus avantageux des revenus du ménage, plafonds plus bas, remboursement plus rapide,...).</p> <p>L'application du maximum à facturer a pour conséquence que la part des tickets modérateurs dans les dépenses pour des prestations assurées est ramenée de 8,3% à 7,3%. On constate en outre que, lorsqu'on prend en compte les coûts des prestations non remboursées en plus des tickets modérateurs, les dépenses privées en soins de santé correspondent à 25% des dépenses totales en matière de soins de santé. Les dépenses privées en matière de soins de santé ne sont donc pas tant déterminées par les "co-paiements" au niveau des prestations couvertes que par les dépenses liées à des prestations non remboursées. Et ce sont des dépenses sur lesquelles le MAF n'a aucune influence (chiffres de 2005, cf. Comité de la protection sociale, Preliminary national report on health care & long-term care – Belgique). Actuellement, le KCE analyse l'effet du maximum à facturer sur certains groupes cibles spécifiques afin de tirer des conclusions quant à l'efficacité des moyens mis en œuvre et l'équité de cette mesure (cf. fiche 2.4.1).</p> <p>Le gouvernement a annoncé que les frais repris dans le compteur MAF (comptage des tickets modérateurs réellement payés par rapport au plafond) seront étendus aux maladies chroniques afin de mieux répondre aux besoins particuliers des malades chroniques.</p> <p>On étudie actuellement la possibilité d'inclure entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les frais d'analgésiques non remboursés; - les frais de déplacement de patients cancéreux et d'enfants en dialyse rénale; - les soins infirmiers pour des patients souffrant d'epidermolysis bullosa (affection génétique cutanée); - les frais de bandages actifs; - l'alimentation médicale. <p>On rédigera une liste des maladies chroniques pour lesquelles cette protection supplémentaire se justifie. Un montant de 30,5 millions d'euros a été affecté à cette mesure sur le budget de l'année 2007.</p>
Contacts	<p>Marie-Jeanne Servotte Direction Juridique et Accessibilité Service des soins de santé INAMI – Avenue de Tervuren 211 - 1150 Bruxelles - Tél. 02/739 78 46</p>

ID Number	2	1	6
Keyword	P 2, 3 & C	Santé physique	Accessibilité financière
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Approche axée sur le groupe		
Title	Système du tiers payant		
Period			
Framework	<p>Pour le remboursement de prestations de santé, deux modes d'intervention de l'assurance soins de santé coexistent.</p> <p>La règle générale est le remboursement a posteriori des frais de santé : le patient paie le dispensateur de soins, lequel lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation effectuée. Le patient remet ensuite cette attestation à son organisme assureur pour obtenir un remboursement. De cette façon, le dispensateur de soins est indemnisé directement et totalement pour la prestation fournie et le patient est responsabilisé pour les frais de santé qu'il génère. Toutefois, se priver temporairement du montant de l'intervention peut, dans certains cas, s'avérer problématique pour le patient, ou politiquement indésirable, lorsque le patient se trouve dans une situation médicale ou socio-économique précaire ou lorsque les autorités souhaitent justement encourager l'utilisation de certains équipements médicaux.</p> <p>En dérogation au système du remboursement a posteriori, le système du tiers payant implique que le prestataire/l'institution de soins reçoit le montant de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire directement de la mutualité du patient-bénéficiaire. Le dispensateur de soins reçoit donc la quote-part personnelle (s'il y en a une) du patient tandis que la partie du prix endossée par l'assurance maladie lui est versée par un tiers payant, à s'avoir l'organisme assureur auquel le patient est inscrit. Cette méthode est naturellement plus avantageuse pour le patient qui ne doit donc pas 'prêter' temporairement le montant de l'intervention au système, le temps que la demande de remboursement soit traitée. Cette charge incombe maintenant au prestataire de soins qui n'est payé qu'à posteriori par l'organisme assureur, après avoir rempli certaines formalités administratives (art. 2 AR 10/10/1986 : " Le paiement a lieu au plus tard dans les deux mois suivant celui au cours duquel les documents nécessaires pour la facturation ont été reçus par l'organisme assureur.").</p>		
Activities	<p>L'application du régime du tiers payant est, selon la nature des soins à payer, obligatoire, interdite ou possible.</p> <p>L'application du régime du tiers payant est obligatoire pour les frais suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation et toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation; - les prestations de biologie clinique (spécialité médicale qui met en lumière des anomalies dans le sang et autres liquides corporels à l'aide de techniques laboratoires); - les prestations dans le cadre d'un dépistage organisé du cancer du sein (cf. fiche sur le dépistage du cancer du sein). 		

	<p>L'application du régime du tiers payant est interdite pour les frais suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les consultations, visites et avis de généralistes et de spécialistes; - certaines prestations de dentistes (consultations pour des patients de plus de 12 ans, traitements préventifs, soins conservateurs pour des patients de plus de 18 ans comme le traitement d'une dent ou du canal dentaire et radiographies dentaires chez des bénéficiaires non hospitalisés); - les déplacements pour des visites ou des prestations à domicile de médecins et de dentistes (frais de déplacement). <p>Une exception à cette interdiction a toutefois été prévue lorsque les prestations précitées ont été dispensées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre de maisons médicales au forfait (cf. fiche maisons médicales au forfait); - dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes; - dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés; - à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux; - à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse (déclarée sur l'honneur par le patient ou déclarée par le prestataire de soins); - aux bénéficiaires de l'intervention majorée; - à des titulaires et aux personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation parce que leurs revenus annuels bruts imposables ne sont pas supérieurs au montant annuel du revenu d'intégration sociale; - à des bénéficiaires qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet; - à des bénéficiaires d'allocations familiales majorées <p>Les frais de gestion du Dossier médical global sont également exclus.</p> <p>Dans ces dix exceptions, l'application du régime du tiers payant pour ces prestations est donc en principe possible. Attention : des conditions complémentaires spécifiques sont encore liées à chacune de ces exceptions, souvent des obligations administratives pour le prestataire de soins. De plus, l'autorisation du prestataire de soins est également toujours requise pour l'application de ces exceptions. Si le patient demande l'application du régime du tiers payant pour la gestion du dossier médical global, le médecin ne peut en refuser l'application.</p> <p>Pour les autres prestations que celles visées sous les régimes de l'application obligatoire et interdite, comme les médicaments, l'application du régime du tiers payant est possible à condition que le prestataire de soins adhère à un accord et à certaines conditions supplémentaires.</p>
Contacts	<p>Marie-Jeanne Servotte Direction Juridique et Accessibilité Service des soins de santé - INAMI Avenue de Tervuren 211 - 1150 Bruxelles - Tél. 02/739 78 46</p>

ID Number	2	1	7
Keyword	PS & P1, P2	Santé physique et mentale	Violence conjugale
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Integration of health equity objectives into existing programmes and policies		
Title	Plan d'action national contre la violence conjugale		
Period	2004 -		
Framework	<p>Le premier Plan national d'action contre la violence a été approuvé en Belgique en 2001 suite à une décision de la Conférence Interministérielle en matière d'égalité des chances. Ce Plan prévoyait des projets de programmes dans cinq domaines spécifiques (les deux premiers s'avérant prioritaires) : la violence conjugale, la violence au travail, la traite des êtres humains dans le but d'une exploitation sexuelle, la politique d'asile, les affaires internationales et la coopération au développement.</p> <p>Selon les chiffres d'Amnesty International (2004), une femme sur cinq est victime de violences conjugales en Belgique. Sur base de l'évaluation du Plan d'action national de 2001- 2003, un plan d'action fédéral centré sur la violence conjugale a été élaboré et adopté en 2004. Ce plan d'action fédéral a été élaboré par les Ministres fédéraux de l'Egalité des Chances, de la Santé Publique, de l'Intérieur et de la Justice et la Secrétaire d'Etat à la Famille.</p> <p>A l'origine, ce Plan fédéral prévoyait d'établir une collaboration avec les Communautés et les Régions, élément indispensable pour la cohérence et l'efficacité de l'action publique en la matière. En 2005, il a été décidé de modifier le Plan d'action fédéral 2004-2007 afin d'établir un Plan d'action national commun au Fédéral, aux Communautés et aux Régions. L'Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes (IEFH) a reçu pour mission la coordination et l'évaluation du Plan National.</p> <p>Dans ce cadre, un groupe de travail interministériel a été mis en place pour renforcer la cohérence de l'action publique en matière de lutte contre les violences dans le couple. Une de ses premières activités a été d'établir une définition de la violence dans le couple commune pour les autorités fédérales, communautaires et régionales ; à savoir :</p> <p>« Les violences dans les relations intimes sont un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui visent à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Ces violences affectent non seulement la victime, mais également les autres membres de la famille, parmi lesquels les enfants. Elles constituent une forme de violence intrafamiliale.</p> <p>Il apparaît que dans la grande majorité, les auteurs de ces violences sont des hommes et les victimes, des femmes. Les violences dans les relations intimes sont la manifestation, dans la sphère privée, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société ».</p>		

Activities	<p>Le Plan d'action national vise à intensifier les actions concrètes afin de combattre la violence conjugale, sur le plan préventif, curatif et répressif. Il a été élaboré sur la base de six grands objectifs stratégiques :</p> <p>La sensibilisation : L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes organise des campagnes de sensibilisation à l'attention des victimes et des groupes cibles spécifiques basées sur des dépliants et des brochures en 14 langues différentes. Diverses actions sont prévues avec le Département de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé Publique. Le Plan insiste particulièrement sur les mesures à prendre en matière de sensibilisation des médecins et du personnel soignant à l'égard des violences conjugales et à la détection des actes de violence durant la grossesse.</p> <p>La formation : L'un des axes du Plan d'action national 2004-2007 contre les violences conjugales consiste à évaluer le niveau de la formation des professionnels attelés à la résolution du phénomène. Les départements sont appelés à travailler en collaboration avec l'IEFH dans le cadre de leur formation.</p> <p>La prévention : L'impact de la campagne des « rubans blancs » visant à mobiliser les hommes à l'arrêt de la violence entre partenaires est en cours d'évaluation. Un autre point d'attention important est l'aide aux auteurs de violence entre partenaires. Depuis 2003, trois projets expérimentaux en matière de thérapie des auteurs sont financés par la politique fédérale d'égalité des chances.</p> <p>L'accueil et la protection des victimes : Une étude a été menée en 2003 concernant l'enregistrement de la violence entre partenaires dans le secteur de l'aide et le secteur médical. Un instrument d'enregistrement a aussi été testé dans un certain nombre d'organisations d'aide aux victimes. Ce système devrait être mis en pratique prochainement en collaboration avec les Communautés et les Régions.</p> <p>Les mesures répressives et autres L'IEFH peut venir en aide à quiconque lui soumet une demande d'avis, il dispose également du droit d'ester en justice dans le cadre de litiges pour lesquels la législation pénale et les autres lois ayant pour but de promouvoir l'égalité des femmes et des hommes sont d'application.</p> <p>L'évaluation Toutes les actions qui sont menées en matière de lutte contre la violence entre partenaires par les différentes autorités publiques, les départements et organismes, sont discutées dans le cadre d'un réseau interdépartemental et font ainsi l'objet d'une évaluation qualitative. Pour réaliser l'évaluation quantitative, des indicateurs sont élaborés avec les différents départements par objectif, voire par action, afin d'en améliorer l'évaluation.</p>
Contacts	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes 02/233 42 65

ID Number	2	1	8
Keyword	P 3 & C	Santé physique	Accessibilité financière
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Approche axée sur la communauté		
Title	Médecine forfaitaire ou par abonnement (capitation)		
Period			
Framework	L'article 52 de la loi AMI du 14 juillet 1994 prévoit la possibilité de payer les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes sur une base forfaitaire en fonction du nombre de patients qui s'inscrivent au cabinet. Ce règlement forfaitaire remplace le système de paiement par prestation.		
Activities	<p>Chaque mois, les prestataires de soins reçoivent un montant fixe pour tous les patients inscrits, qu'ils viennent ou non en consultation ce mois-là. Ce montant est calculé sur la base du remboursement moyen pour les prestations de soins par catégorie de patients. Cet 'abonnement' comprend le paiement des consultations et des visites à domicile. Les prestations techniques ne sont pas comprises (elles sont réglées via le système du tiers payant).</p> <p>Au sein de ce système, les dispensateurs de soins s'engagent à ne plus demander de paiement par prestation aux patients inscrits chez eux. En pratique, la consultation d'un médecin, d'un kinésithérapeute ou d'un infirmier est alors gratuite pour le patient. Ce dernier quant à lui doit toujours s'adresser au même groupe de prestataires pour la prestation comprise dans le forfait, au risque de perdre son droit de remboursement de l'assurance maladie.</p> <p>Lorsqu'un patient est inscrit dans un centre déterminé et consulte un dispensateur de soins (médecin, infirmier, kinésithérapeute) en dehors du centre (alors que cette discipline est représentée dans le centre), la mutualité ne rembourse pas cette prestation. Si cette consultation se fait dans le cadre d'une garde de nuit ou de week-end ou après concertation avec le centre, le centre, qui reçoit un forfait mensuel pour le patient, rembourse la prestation. Si un patient déménage ou souhaite une prestation de soins en dehors du centre, il doit se désinscrire. Le patient a la liberté de choisir son médecin au sein du centre.</p> <p>Le système du paiement forfaitaire s'applique surtout dans les pratiques de groupe, principalement dans les centres de soins de proximité et les maisons médicales.</p>		
Contacts	Vereniging van Wijkgezondheidscentra Rue G. Schildknecht 9 - 1020 Bruxelles www.vwgc.be		

ID Number	2	1	9
Keyword	/	Santé physique et mentale	Inclusion sociale
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche intégrée		
Title	Engagement de médiateurs de terrain/experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale au sein des services publics fédéraux		
Period	2004 – 2007		
Framework	<p>L'organisation de ce projet d'embauche est du ressort du SPP Intégration sociale. La réalisation aussi complète que possible des droits sociaux fondamentaux de chaque citoyen constitue le cadre général de ce projet (cf. Rapport général sur la Pauvreté, 1994). Il a pour principal objectif de mieux harmoniser la politique aux besoins des personnes défavorisées en les intégrant comme employés dans différents services publics. C'est une manière de renforcer la sensibilisation à la problématique de la pauvreté, d'instaurer un dialogue et d'intégrer la notion de participation de manière structurelle.</p>		
Activities	<p>En octobre 2004, l'asbl De Link a organisé pour la première fois la formation de 'médiateur de terrain en pauvreté et exclusion sociale' en Flandre. L'Institut Roger Gilbert a mis la formation sur pied du côté wallon.</p> <p>Cette formation a débuté pour la première fois en octobre 2005. Les personnes qui ont vécu dans la pauvreté apprennent comment utiliser cette expérience en qualité d'interprète, de conseiller ou d'expert.</p> <p>Au fil des ans, une trentaine d'experts ont été engagés dans différents services publics.</p>		
Contacts	<ul style="list-style-type: none"> - Vzw De Link : Boomgaardstraat 38, 2018 Berchem - 03/2188878 - Ed.link@pi.be - Institut Roger Gilbert Institut Roger Gilbert /CERIA, Av. Emile Gryson 1, 1070 Bruxelles 02/5267540 - Université Libre de Bruxelles (évaluation) Secrétariat de la Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Économiques Avenue F.D. Roosevelt 50, 1050 Bruxelles, 02/6503905 - Hoger Instituut voor de Arbeid (évaluation) Huis Bethlehem, Schapenstraat 34, 3000 Leuven, 016/324065 onderzoek@kuleuven.be - SPP Intégration sociale http : //www.mi-is.be 		

ID Number	2	1	10
Keyword	/	Santé physique et mentale	Approche SEGV
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative		
Title	Réduire les inégalités de santé en Europe (EUROTHINE)		
Period	2006 – 2007		
Framework	<p>Projet financé par la Commission européenne et coordonné par l'Université Erasmus de Rotterdam. Outre l'ISP, le projet regroupe différents partenaires européens, en provenance d'Allemagne, d'Estonie, d'Italie, des Pays-Bas, d'Espagne, du Royaume Uni et de Suède.</p> <p>L'objectif du projet est de favoriser l'apprentissage réciproque par la collecte et l'analyse d'informations en provenance de différents pays européens. Cet apprentissage doit aider les hommes politiques à développer, aux niveaux national et européen, des stratégies rationnelles de lutte contre les inégalités sociales en santé.</p>		
Activities	<ul style="list-style-type: none"> - Développer et collecter des indicateurs permettant de mesurer les inégalités socio-économiques de santé et envoyer aux pays participants un point de référence en ce qui concerne les inégalités de santé et les déterminants de santé - Estimer l'efficacité de la politique et des mesures prises pour lutter contre les déterminants des inégalités de santé et développer des recommandations sur les stratégies visant à réduire ces inégalités dans les pays participants. - Diffuser les résultats ainsi que développer et proposer un centre de coordination européen permanent pour lutter contre les inégalités de santé. <p>Au sein du projet EUROTHINE, l'ISP est responsable de l'analyse de l'impact des comportements liés à la santé (le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité) sur les différences internationales au niveau des inégalités de santé.</p>		
Contacts	<p>Institut scientifique de Santé publique (ISP) Rue Juliette Wuytsman 14 – 1050 Bruxelles SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement Stefaan Demarest : 02/642 57 49 Herman Van Oyen : 02/642 50 29</p>		

ID Number	2	1	11
Keyword	/	Santé physique et mentale	Approche SEGV
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative		
Title	Réduire les inégalités de santé en Belgique (TAHIB)		
Period	2006 – 2009		
Framework	<p>Des comportements liés à la santé contribuant aux inégalités socio-économiques dans la mortalité et la morbidité ont été mis à jour. La réduction des inégalités des comportements à risque (tabagisme, alcool, excès de poids,...) et des comportements sains (activité physique,...) est essentielle pour une stratégie globale visant à réduire les inégalités de santé.</p> <p>Cependant, les politiques de promotion de santé et les interventions visant à réduire les comportements à risque tendent souvent à renforcer plutôt qu'à réduire ces écarts de santé en raison de la différence d'accès et d'utilisation entre groupes sociaux. De plus, l'importance des facteurs individuels est incertaine car elle diffère probablement selon le genre et varie considérablement au fil du temps.</p> <p>C'est la raison pour laquelle l'ISP, l'UCL, l'ULB et la University of Bristol (UB) mènent, avec le financement du Service public fédéral de programmation politique scientifique (programme de recherche 'Société et Avenir'), un projet de recherche sur les déterminants des inégalités de santé, principalement axé sur l'effet des inégalités sociales dans les styles de vie, pour favoriser le développement de stratégies politiques systématiques et détaillées de lutte contre ces inégalités de santé. Suite au constat que l'espérance de vie connaît une évolution divergente en fonction des différents groupes sociaux, on veut placer les inégalités de santé en tête de l'agenda.</p>		
Activities	<ul style="list-style-type: none"> - Description des inégalités sociales en santé, de la mortalité et de l'espérance de vie sans incapacité (Disability Free Life Expectancy) et évaluation de la différence compression/expansion de la DFLE selon le statut socio-économique pour une certaine période. - Analyse des inégalités sociales en santé par rapport aux changements longitudinaux du statut socio-économique (SES) entre 1991 et 2001, par le biais du suivi du recensement de la population de 1991 et en étudiant l'effet longitudinal du statut socio-économique sur la santé et le style de vie, sur la base du Panel d'enquêtes des Ménages Belges (PSBH). - Étude de l'effet des facteurs contextuels sur l'inégalité sociale en santé et sur la mortalité. - Évaluation de l'évolution dans le temps de la connexion entre inégalité sociale en santé et inégalité sociale en style de vie. - Ensemble de recommandations politiques, visant la réduction des inégalités observées. 		
Contacts	<p>Institut scientifique de Santé publique (ISP) Rue Juliette Wuytsman 14 – 1050 Bruxelles SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement Pieter-Jan Miermans - Tél. : 32 2 642 57 54 Stefaan Demarest – Tél. : 32 2 642 57 94</p>		

ID Number	2	1	12
Keyword	/	Santé physique et mentale	Législation
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Integrating health equity objectives into existing programmes and policies		
Title	Loi relative aux droits des patients		
Period	2002 -		
Framework	<p>En Belgique, la loi relative aux droits des patients a été proposée afin «d’instaurer un dialogue et une relation de confiance entre les professionnels et les patients, à construire un partenariat et à améliorer la qualité des soins de santé.» (Jef Tavernier, Ministre fédéral de la Santé Publique)</p> <p>Comme la plupart des autres Etats membres de l’Union européenne, la Belgique était jusqu’en 2002 un pays où, sans être totalement inexistante, la protection des droits du patient devait être inférée de traités internationaux (ainsi, le droit à l’intégrité physique est inféré de l’article 8 de la CEDH), de principes généraux du droit (ainsi, le principe du consentement éclairé est considéré comme un principe de droit médical dans l’ensemble des pays membres de l’UE), de dispositions constitutionnelles telles que celles relatives au droit à la vie privée (article 22 de la Constitution) et aux soins de santé (article 23 de la Constitution) et de dispositions pénales telles que celles relatives au secret médical (article 458 du Code pénal).</p> <p>Par ailleurs, le renforcement de la position juridique du patient s’inscrit dans les développements internationaux tels que la Déclaration d’Amsterdam de l’OMS (1994), la CEDH Bio (1997) du Conseil de l’Europe.</p> <p>La loi relative au droit des patients porte uniquement sur les droits individuels du patient (et ne s’intéresse donc pas au droit social fondamental aux soins de santé tel que déduit de l’art. 23 de la Constitution Belge). Les droits individuels sont définis en particulier pour le domaine de la relation entre le patient et le prestataire de soins.</p> <p>A noter également que la loi ne définit nullement les obligations des patients ni les droits des médecins, et qu’elle fait l’impasse sur la notion de réparation d’un préjudice (qui devrait faire l’objet d’un prochain arrêté).</p>		

Activities	<p>La loi relative aux droits des patients concerne tous les praticiens professionnels de la santé “reconnus” : médecins, pharmaciens, dentistes, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, professionnels para-médicaux, ainsi que les praticiens “non conventionnels” (mais pas les psychologues). La loi se veut une loi de clarification qui rassemble toute une série de devoirs médicaux déjà existants tout en précisant quelques nouvelles notions. Elle définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le droit à la prestation de soins de qualité. Le patient a droit au respect de sa dignité et de son autonomie. Il doit également être soigné quelle que soit sa situation sociale, raciale ou financière. - Le droit au libre choix du professionnel - Le droit à la protection de la vie privée. - Le droit à l’information : Le professionnel doit informer le patient, dans un langage compréhensible, de son état de santé (diagnostic, pronostic). Le patient peut désigner une personne de confiance pour recevoir l’information. Le patient peut refuser l’information et le médecin doit souscrire à ce refus sauf si la méconnaissance de la maladie est dangereuse pour le patient ou son entourage. Le médecin peut aussi refuser de livrer l’information s’il estime que sa connaissance représente un danger plus grave pour la santé du patient (exception thérapeutique). - Le droit au consentement : Les informations fournies au patient en vue de la manifestation de son consentement concernent l’objectif, la nature, le degré d’urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les risques, les effets secondaires, les alternatives thérapeutiques et les répercussions financières. Le consentement peut être retiré par le patient à tout moment. Lorsqu’en situation d’urgence, il n’est pas possible de recueillir le consentement du patient, l’Aide Médicale Urgente prime. - Le droit à la consultation du dossier : Le patient a le droit de consulter directement son dossier médical. - La représentation du patient incapable d’exprimer sa volonté. - Le droit à la médiation : Le patient a le droit d’introduire une plainte concernant l’exercice de ses droits auprès d’une fonction de médiation compétente. Ce service de médiation doit informer, communiquer, tenter de trouver une solution au problème soulevé, et formuler des recommandations pour corriger des manquements ayant conduit à la plainte. - L’instauration d’une commission fédérale ayant notamment pour mission d’évaluer l’application de la loi ainsi que le fonctionnement des services de médiation et d’en traiter les plaintes sur ces services. Un service de médiation nationale est mis en place auprès de cette commission.
Contacts	<p>Secrétariat Commission fédérale des Droits du Patient Vincent Hubert : 02/524 85 23 - vincent.hubert@health.fgov.be</p>

ID Number	2	1	13
Keyword	/	Santé physique et mentale	Accessibilité / budget
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative		
Title	Création du Centre fédéral d'expertise des soins de santé		
Period	Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a été fondé le 24 décembre 2002 dans le cadre de la loi-programme.		
Framework	<p>La mission et les tâches du centre d'expertise sont définies par la loi-programme du 24 décembre 2002 créant le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (articles 262 à 266). Le centre d'expertise a débuté ses activités au cours de l'année 2004. La Belgique suivait ainsi l'exemple d'une série d'autres pays industrialisés. Le mandat confié à la direction du Centre d'expertise requiert une équipe multidisciplinaire d'experts appuyée par un réseau externe. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est un organisme public créé au niveau fédéral.</p> <p>La création du Centre fédéral d'expertise des soins de santé s'inscrit dans la part croissante des moyens publics et privés affectés aux soins de santé. L'augmentation des dépenses peut s'expliquer par une série de facteurs, dont le vieillissement croissant de la population et le recours à des technologies de plus en plus sophistiquées. L'augmentation des dépenses engendre une demande d'informations objectives sur le caractère rationnel des décisions prises. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé fournit des informations scientifiques récentes aux responsables et décideurs politiques belges. Ces informations touchent trois domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des informations relatives aux bonnes pratiques médicales et des recommandations fondées sur l'evidence based medicine. - Des informations relatives à l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité de nouvelles technologies - Des informations relatives au financement et à l'organisation des soins de santé stimulant une utilisation efficace par les prestataires et les patients. C'est surtout dans le cadre de cette source d'information qu'une attention particulière est portée à l'accessibilité des soins et aux différences sociales en matière de santé. <p>Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est une structure d'appui à la décision en matière de politiques de santé et d'assurance-maladie. On y cherche les 'meilleures solutions possibles', dans un contexte de soins de santé de qualité supérieure et aussi accessibles que possible, le tout dans un cadre scientifique. Fournir des informations scientifiques actualisées aux décideurs et aux responsables belges est l'objectif premier du Centre d'expertise. Le centre se veut un outil objectif et efficace lors de la prise de décisions sur des thèmes relatifs à la santé publique. Pour y arriver, trois objectifs opérationnels intermédiaires ont été définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une expertise de haut niveau en toute indépendance. - Rassembler des informations scientifiques actuelles et des données statistiques fiables. - Rédiger des rapports en soutien à la politique avec une attention particulière pour la communication des résultats et pour les éléments qui augmentent les chances de réussite. 		

Activities	<p>Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé analyse la situation belge actuelle de manière scientifique. Il cherche des solutions possibles pour améliorer la situation actuelle. Ces solutions peuvent être des ajustements du financement, de l'information, de la formation ou de la réglementation. Toutes les informations réunies sont synthétisées avec les recommandations politiques dans un rapport entièrement accessible au public. Ce processus est soumis à un contrôle de qualité interne strict et doit en outre être validé par trois externes. Ce contrôle strict de la qualité augmente considérablement l'objectivité.</p> <p>Les études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé couvrent quatre grands domaines d'investigation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse des pratiques cliniques et le développement de directives cliniques - L'évaluation des technologies médicales - L'organisation et le financement des systèmes de soins - L'équité et le comportement des patients. <p>C'est ce dernier domaine de recherche qui traite le plus des différences socio-économiques en matière de santé. L'accessibilité et la répartition des moyens font l'objet de réflexions approfondies. Ainsi, on analyse actuellement l'effet du maximum à facturer pour des groupes cibles socio-économiques spécifiques (en fonction de leurs maladies), afin de pouvoir tirer des conclusions sur l'efficacité des moyens mis en œuvre et sur l'équité des mesures prises.</p>
Contacts	<p>Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) Rue de la loi 62, 1040 Bruxelles, 02/287 33 88 ou 02/287 33 97 info@kenniscentrum.fgov.be</p>

ID Number	2	1	14
Keyword	PS & P 1, 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Allochtones
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche axée sur le groupe		
Title	Médiation interculturelle dans les soins de santé		
Period	Premières expériences dans les années 70 -		
Framework	<p>Dans cet exemple, l'accent est mis surtout sur les initiatives du pouvoir fédéral et de la Communauté flamande. Quelques initiatives en Communauté française sont également mentionnées.</p> <p>Cadre légal général</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi spéciale du 8 août 1980 : la politique en matière d'accueil et d'intégration des immigrants devient une compétence de la Communauté flamande. - Décret du 29 avril 1997 relatif à la gestion de la qualité dans les établissements d'aide sociale. Ce décret pose des exigences minimales en matière de qualité des services et de l'aide fournis aux utilisateurs. L'accessibilité de soins sur mesure a été le fil rouge des actions et des plans concrets. - Décret 28 avril 1998 : Décret relatif à la reconnaissance et à la subvention du secteur catégoriel (à savoir un réseau de centres et de services subventionnés par les autorités flamandes pour concrétiser sur le terrain la politique à l'égard des minorités) <p>La santé comme droit fondamental</p> <p>Le droit à la santé et aux soins de santé est un droit fondamental pour tous les individus. Ce droit primaire a été reconnu par les principales organisations multilatérales actives dans le secteur des soins de santé.</p> <p>En Belgique également, le droit universel aux soins de santé occupe une place centrale depuis longtemps.</p> <p>L'accès aux établissements de santé et d'aide sociale constitue à cet égard un point de départ important.</p> <p>Dans cet exemple, l'accent réside sur les initiatives de la Communauté flamande.</p> <p>But de l'initiative de médiation interculturelle</p> <p>L'un des prémisses d'un système de soins accessible et de qualité est une bonne communication entre les demandeurs et les dispensateurs de soins.</p> <p>La prestation de soins à la communauté allochtone se caractérise toutefois par une communication déficiente et difficile. Le manque de communication s'explique non seulement par les barrières linguistiques mais aussi par des facteurs socioculturels. Ces derniers influencent considérablement le comportement d'une personne vis-à-vis de la maladie, de son vécu en la matière et ont également un impact sur la relation entre le patient et le thérapeute.</p> <p>Le manque de communication avec la communauté allochtone influence le degré d'accessibilité des équipements mais également le niveau de qualité des soins.</p> <p>Première amorce</p> <p>L'un des moyens utilisés pour accroître l'accessibilité des structures de santé pour la communauté allochtone a été la médiation interculturelle. Les premières initiatives datent des années 70. Le CPAS d'Anvers utilisait des interprètes dans un contexte médical. Ce fut le point de départ des initiatives ultérieures. À Bruxelles, un projet de 'Formation d'Interprètes en Milieu médico-social' a été mis en place en 1986 et financé par la Communauté française.</p>		

Communauté flamande : projet 'Médiation interculturelle dans les soins de santé'

En 1991, le projet 'Médiation interculturelle dans les soins de santé' a été lancé par la Communauté flamande. Pendant huit ans, des médiateurs interculturels ont été formés puis engagés dans différents domaines des soins de santé (services de prévention, hôpitaux, établissements plus petits, prestataires individuels, ...).

1999 a signifié la fin du projet dans le secteur des soins de santé du côté flamand. Des médiateurs interculturels ont ensuite été engagés dans le secteur de l'enseignement, plus particulièrement dans l'Inspection médicale scolaire.

Il ne s'agit ici que d'initiatives thématiques et, bien que la médiation interculturelle ait été intégrée de manière structurelle dans un grand nombre d'institutions (comme Kind en Gezin), on a toutefois opté pour une autre approche, qui consistait à favoriser une présence proportionnelle de migrants sur le marché régulier de l'emploi.

En Communauté flamande, on s'est davantage intéressé, ces dernières années, aux interprètes sociaux. La tâche de ces interprètes est de traduire et non d'intervenir en tant que médiateur.

Un service central flamand d'interprétariat, Babel, a ainsi été créé en 2001 à l'instigation du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de l'Égalité des chances. Babel dépend du Centre flamand des minorités. Il vise à favoriser l'accessibilité des différentes structures sociales.

Communauté française : médiation interculturelle

En 1991, c'est dans le cadre de la politique d'intégration des populations immigrées et du Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés (FIPI) que la Communauté française a désigné l'asbl Culture et Santé pour mettre sur pied dans la région de Bruxelles-Capitale un réseau d'interprètes sociaux et médicaux. Ce projet repris par l'asbl Interprétariat social et médical (ISM) a démarré en mai 1992. Dans le cadre de ce projet, des femmes issues de l'immigration sont formées et accompagnées par ISM.

Autorités fédérales : initiative de médiation interculturelle dans les hôpitaux

Entre 1997 et 1998, une expérience fédérale s'est tenue dans une vingtaine d'hôpitaux belges. En Flandre, le projet a débuté le 1er janvier 97, en Wallonie le 15 novembre 97.

Les deux initiatives ont été réalisées à la demande de la Conférence interministérielle de la politique de l'immigration. Les moyens provenaient du Fonds d'Impulsion pour la Politique des Immigrés créé en 1991 dans le but de soutenir différents projets favorisant l'intégration et luttant contre la discrimination. L'ancien Ministère des Affaires sociales, de l'Environnement et de la Santé publique était responsable du projet.

Une cellule de coordination médiation interculturelle a en outre été créée pour encadrer et évaluer ces initiatives.

Depuis 1999, les hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques (depuis 2000), peuvent demander des financements auprès du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement pour leur service de médiation interculturelle. Les autorités fédérales continuent à investir dans la médiation interculturelle. Le budget croissant (par le biais du financement des hôpitaux et de l'accord social) libéré à cette fin démontre que les autorités fédérales optent résolument pour la médiation interculturelle.

Activities	<p>Les tâches des médiateurs interculturels peuvent être réparties en deux catégories.</p> <p>Tâches axées sur la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traduction - Culture brokerage (médiation culturelle) : le médiateur fournit au thérapeute des informations sur le contexte culturel du patient. Ces facteurs culturels jouent un rôle important dans l'expérience de la maladie, l'acceptation du traitement... - Médiation au profit du patient individuel en fonction de problèmes linguistiques, culturels ou administratifs. - Informations en matière de santé. <p>Tâches axées sur le groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explication des différents aspects de l'hôpital à l'égard de la communauté allochtone. - Informations à la communauté allochtone : formations, informations relatives aux structures. <p>En 2005, environ 65.000 interventions ont eu lieu. Les bénéficiaires en sont des personnes de tout âge, particulièrement marocaines et turques. La médiation concerne davantage les femmes que les hommes. L'initiative de la médiation est prise à 22 % par les médecins, à 20 % par les infirmières, à 20 % par les patients, à 13 % par les médiateurs et à 10 % par les travailleurs sociaux. Au fil du temps, les demandes émanant de médecins croissent.</p> <p>Le contenu de ces interventions est l'interprétariat (40% des médiations) suivi par le soutien, des messages à faire passer de soignant à patient et de patient à soignant, la négociation sur le traitement, une information sur le fonctionnement de l'hôpital ou encore une information donnée à la famille. Plus de la moitié des médiations se réalisent en triade (médecin/médiateur/patient).</p>
Contacts	<p>Hans Verrept - Hans.verrept@health.fgov.be Responsable de la cellule médiation interculturelle SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement Eurostation, place Victor Horta 40 (boîte 10), 1060 Bruxelles 02/524 86 07</p>

ID Number	2	1	15
Keyword	/	Santé physique et mentale	Politique belge en matière de pauvreté
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative et intégrée		
Title	Concertation et suivi intergouvernemental et intersectoriel au niveau belge en matière de pauvreté et de politique relative à la pauvreté		
Period	Historique depuis 1991		
Framework	<p>En Belgique (et dans le reste du monde), on prend de plus en plus conscience qu'une approche intégrée de la problématique de l'exclusion sociale – dont les inégalités dans les soins de santé ne sont qu'une partie – s'impose, à savoir une politique multisectorielle et intersectorielle (emploi, enseignement, santé, logement, revenus) s'appuyant sur toutes les parties prenantes (services publics, associations de la société civile, entreprises, scientifiques, exclus sociaux eux-mêmes).</p> <p>À partir de cette vision, une série d'instruments de suivi et politiques ont été créés dans le but de mieux comprendre la problématique de la pauvreté et de mieux organiser la politique en la matière. D'une part, de nombreux nouveaux organes ont été créés afin de renforcer la concertation et la cohérence de la politique de lutte contre la pauvreté. D'autre part, nombre de rapports font périodiquement état de la situation en matière de pauvreté et de politique mise en œuvre et à mettre en œuvre, généralement coordonnés par les organes précités. L'accessibilité des équipements de santé pour les personnes socio-économiquement vulnérables y est à chaque fois abordée.</p>		
Activities	<p>Depuis 1991, l'Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) de l'Université d'Anvers publie annuellement un aperçu des évolutions récentes, des résultats de recherches, de l'évolution des pratiques et de la politique des pouvoirs publics en matière de pauvreté et d'exclusion sociale dans un Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting (Annuaire sur la Pauvreté et l'Exclusion sociale).</p> <p>En 1994, le Rapport Général sur la Pauvreté (RGP) dresse une liste de problèmes socio-économiques, en guise de fil conducteur pour des initiatives publiques spécifiques en matière de lutte contre la pauvreté. Presque directement après cette publication, la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale (appelée depuis fin 2004 'Conférence interministérielle pour l'Intégration dans la Société') voit le jour : cette structure de coopération permanente entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions entend garantir la cohérence des mesures prises en matière de lutte contre la pauvreté. Jusqu'à 2001, un rapport d'avancement rédigé annuellement faisait l'inventaire de ce qui était réalisé dans le cadre de la politique de lutte contre la pauvreté depuis le RGP.</p> <p>En 1999, l'Accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté prévoyait le partenariat entre les entités fédérales et régionales sur une base légale. L'accord crée le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Depuis 2001, ce Service publie un rapport d'avancement bisannuel sur la mise en œuvre du RGP.</p> <p>Depuis 2001 également, la Conférence intergouvernementale (concertation entre tous les gouvernements de Belgique dans le droit fil des objectifs politiques sociaux européens) présente tous les deux ans à la Commission européenne un compte rendu des objectifs politiques belges concrets en matière de pauvreté et d'exclusion sociale dans les Plans d'Action Nationaux Inclusion sociale (PANincl).</p> <p>En 2005, un nouveau rapport d'avancement faisant suite au RGP est rédigé par l'Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting et de Stad (OASeS) de l'Université d'Anvers.</p> <p>L'accessibilité des soins de santé en tant que déterminant des différences sociales en santé est abordée dans chacun de ces rapports.</p>		
Contacts	Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale Rue du Roi 138, 1000 Bruxelles - 02/ 212 31 66 - luttepauvrete@cntr.be		

ID Number	2	1	16
Keyword	P 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Demandeurs d'asile
Impact	Direct : X		Indirect :
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Accompagnement psychosocial et thérapeutique des demandeurs d'asile en phase d'accueil		
Period	2002 -		
Framework	<p>En tant que pays signataire de la Convention de Genève (1951), la Belgique s'engage à offrir une protection aux réfugiés qui séjournent sur son territoire. Toute personne est susceptible de demander l'asile en Belgique - même si seule une minorité de demandeurs d'asile est, in fine, reconnue comme réfugiée. Un réfugié est une personne qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses convictions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social.</p> <p>Jusqu'en 1986, il n'y a pas de véritable politique officielle d'accueil des demandeurs d'asile, qui étaient inscrits dans une commune au choix et, s'ils ne disposaient pas du minimum vital, dirigés vers un CPAS pour y recevoir une aide financière. Ceci posant des problèmes au niveau des CPAS (déséquilibre entre les communes, délais de remboursement, etc.). En 1986, le premier centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Petit-Château) ouvre ses portes. C'est le début de l'accueil organisé des demandeurs d'asile en Belgique.</p> <p>En 1990, après la chute du Mur de Berlin, les demandes d'asile passent de 5.000 à 13.000. Les autorités mandatent la Croix-Rouge de Belgique pour organiser un accueil de crise. Pour la première fois, l'accueil des demandeurs d'asile est confié à un tiers. En trois ans, 14 centres « Croix-Rouge » ont été créés. Pour la Croix-Rouge, cet accueil s'inscrit dans la continuité de ses actions d'aide et de secours aux victimes.</p> <p>En janvier 2001, le gouvernement fédéral décide de supprimer l'aide sociale financière accordée aux nouveaux candidats-réfugiés en la remplaçant par une aide matérielle dispensée par les structures d'accueil. Ceci a notamment pour conséquence une baisse du nombre de demandes d'asile.</p> <p>L'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile "Fedasil" est créée par le fédéral en 2001. La tâche principale de Fedasil est de veiller à un accueil et un accompagnement de qualité et de coordonner l'ensemble des places d'accueil en Belgique, que ce soit dans les centres d'accueil fédéraux ou de la Croix-Rouge, dans les logements proposés par les ONG ou dans les Initiatives locales d'accueil. Fin 2006, le réseau d'accueil compte près de 16.000 places d'accueil. Fedasil contribue également à la conception, la préparation et l'exécution de la politique d'accueil.</p>		
Activities	<p>Les centres d'accueil proposent, outre l'hébergement, un encadrement social et médical, un accompagnement en matière de scolarité et de logement, ainsi que des modules de formation en informatique et en langue.</p> <p>Les demandeurs d'asile constituent une catégorie à risque pour ce qui est des maladies, au même titre que les personnes défavorisées ou les sans-abri. Par ailleurs, le long itinéraire de la fuite laisse chez la plupart des demandeurs d'asile des traces psychiques et physiques. L'aide médicale est garantie à tous les demandeurs d'asile.</p>		

Les nouveaux arrivants peuvent bénéficier d'une aide médicale de trois types :

- **Dépistage systématique** : Fedasil assure une prévention maximale de la tuberculose par une cellule de dépistage de la tuberculose (installée dans le bâtiment de l'Office des Etrangers) qui effectue une radio des poumons de chaque demandeur d'asile. Tous les six mois, une nouvelle radiographie des poumons est effectuée. Les demandeurs d'asile qui sont contagieux et représentent un risque pour la santé publique sont immédiatement hospitalisés.
- **Service médical du centre d'accueil** : Le service médical du centre assure la prévention et dispense des soins ; notamment le dépistage des maladies contagieuses, le suivi des affections chroniques, des grossesses, la distribution de médicaments et de moyens de contraception, l'accompagnement des patients souffrant de maladies cardiaques ou de diabète, et l'aide aux patients souffrant de difficultés psychologiques. Le service assure, en collaboration avec l'ONE, le contrôle habituel au niveau de leur développement psychomoteur, des vaccinations et d'alimentation.
- **Prise en charge des frais médicaux** : Lorsqu'un demandeur d'asile refuse de résider dans une structure d'accueil (un centre ou un logement individuel désigné par Fedasil), il perd son droit à l'aide matérielle, à l'exception de l'aide médicale, garantie à tous. Les médecins ou les institutions médicales qui soignent ces demandeurs courent le risque de ne pas être payés, parce que le statut du demandeur d'asile n'est pas toujours clair et qu'il n'est pas toujours évident de savoir qui doit supporter les coûts et à qui doivent être adressées les factures. Dans l'objectif d'une simplification administrative, Fedasil a mis en place depuis 2007 une cellule 'Frais médicaux' qui centralise et traite les factures médicales des demandeurs d'asile qui ne résident pas dans la structure d'accueil qui leur a été désignée.

Afin d'identifier une meilleure stratégie globale d'encadrement prenant en compte **la santé mentale des personnes exilées résidant en structure d'accueil**, un financement du Fonds Européen pour les Réfugiés (FER) a permis depuis 2002 un travail de recherche servant d'impulsion à un meilleur accompagnement psychosocial et thérapeutique des demandeurs d'asile en phase d'accueil. Ce travail a été mené au niveau national par un partenariat entre Fedasil, la Croix-Rouge francophone et néerlandophone de Belgique

Ce travail s'est déroulé en trois phases distinctes :

- **Projet FER 2002** : Enquête sur les difficultés rencontrées par le personnel des structures d'accueil dans leur travail d'accompagnement des demandeurs d'asile, ainsi que celles éprouvées par les services de soins en santé mentale. Ce projet a permis de dégager des pistes d'action et de réflexion pouvant être considérées par la suite, afin d'améliorer l'accueil des candidats réfugiés et de leur faciliter l'accès aux soins de santé mentale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Projet FER 2004 : Découlant directement des recommandations issues de l'enquête exploratoire en 2002, une première réponse visant à l'amélioration de l'assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile a été amorcée. Fedasil s'est chargé d'améliorer, d'une part, la collaboration entre les structures d'accueil et de soins, et d'autre part, la rédaction et la diffusion d'un inventaire de l'offre de soins dans toute la région francophone du pays. La Croix-Rouge a renforcé la formation et le soutien du personnel des structures d'accueil dans ses communautés linguistiques respectives. - Projet FER 2006 : Un programme de formation de deux jours a été dispensé à l'ensemble du personnel d'accueil de première ligne en Communauté francophone, l'objectif étant de leur apporter des pistes de réflexion et d'action pour améliorer leur travail d'accompagnement. Ce projet a par ailleurs permis de recueillir leurs témoignages et perspectives sur les difficultés qu'ils rencontrent, ainsi que des propositions. Des fiches d'informations destinées au personnel des structures d'accueil, pour les aider dans leur travail d'encadrement des résidents en souffrance psychologique, ont été élaborées.
Contacts	Lysbeth Gehrels - lysbeth.gehrels@redcross-fr.be - Département Accueil des demandeurs d'asile - Assistance psychosociale des demandeurs d'asile

ID Number	3	1	1
Keyword	/	Santé physique et mentale	Politique flamande de lutte contre la pauvreté
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative et intégrée		
Title	Le plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté		
Period	2005 – 2009		
Framework	<p>Le premier Plan d'action a été publié en février 2001. Le service Politique du Bien-être du Ministère de la Communauté flamande en a été désigné responsable. On consacrait beaucoup d'attention à la pauvreté à l'époque, tant au niveau européen que national.</p> <p>Au niveau national, un accord de collaboration relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté a été conclu en 1998. La coordination et la cohésion se sont renforcées suite à la création de la Conférence interministérielle 'Intégration dans la Société' et à la fondation du 'Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale'.</p> <p>Le décret du 21 mars 2003 représenta un ancrage structurel pour le Plan d'action de lutte contre la pauvreté. Neuf mois après son entrée en fonction, le gouvernement flamand doit rédiger un plan d'action, qui doit être actualisé tous les ans. La participation du groupe cible en est une donnée essentielle. Le Vlaams Netwerk van Verenigingen waar Armen het Woord Nemen a été créé dans ce cadre en 2003.</p>		
Activities	<p>Le plan d'action regroupe tous les efforts fournis par les différents ministres flamands pour lutter contre la pauvreté. Il s'agit de mesures à court et à long terme. On y cherche en outre des modalités pour évaluer la politique mise en œuvre.</p> <p>Le Plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté est multidimensionnel et se situe au sein de la vision générale de la politique flamande et européenne de lutte contre la pauvreté. Il se base sur les dix droits fondamentaux du Rapport Général sur la Pauvreté : le droit à la participation, à l'aide sociale, à la famille, à la justice, à la culture, au revenu, à l'enseignement, à l'emploi, au logement et aux soins de santé. La problématique des différences socio-économiques en matière de santé y est abordée explicitement.</p> <p>L'évaluation des mesures et le développement d'indicateurs pour mesurer l'évolution sont deux tâches essentielles du plan d'action flamand. Le plan d'action est adapté chaque année, des consultations provinciales sont organisées et la concertation permanente en matière de pauvreté (tant horizontale que verticale) s'occupe de l'évaluation du contenu. L'annuaire 'Armoede en Sociale Uitsluiting' du groupe de recherche OASeS contribue également à l'adaptation du plan d'action.</p>		
Contacts	<p>Ministère du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille - Département Bien-être, Santé publique et Famille – Service Bien-être et Société – Équipe Politique en matière de pauvreté Avenue Roi Albert II 35 boîte 30 - 1030 Bruxelles E-mail : welzijnsbeleid@vlaanderen.be Tél. : 02-553 33 30 Fax : 02-553 33 60</p>		

ID Number	3	1	2
Keyword	PS & P 1, 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Approche SEGV
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche informative		
Title	Le rôle de la promotion de la santé dans l'approche des inégalités de santé		
Period	2001 -2001		
Framework	Bien que les inégalités en matière de santé puissent en partie être améliorées via les soins de santé, il est capital d'aborder aussi la question d'un point de vue préventif. Cela signifie qu'il faut mettre en œuvre des stratégies et des politiques efficaces de promotion de la santé spécifiquement axées sur les groupes défavorisés.		
Activities	<p>Afin d'examiner en détail ces stratégies et ces politiques, l'Institut flamand de Promotion de la Santé (Vlaams Intituut voor Gezondheidspromotie VIG), en collaboration avec le European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA), a coordonné un projet de recherche de deux ans auquel participaient 13 pays de l'UE et la Norvège.</p> <p>Ce projet, qui a donné naissance à un rapport d'étude, s'est clôturé en septembre 2001 par un séminaire international d'experts au Parlement européen.</p> <p>Recommandations politiques (accompagnées d'exemples de bonnes pratiques dans le rapport) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de la politique : Objectifs nationaux et régionaux qui se concentrent sur l'éradication des inégalités en matière de santé. - Élaboration de la politique : Intégration des déterminants de la santé dans d'autres domaines politiques (politique multisectorielle) - Élaboration de la politique : travailler au niveau local - Accès aux services de santé (réduire les obstacles) - Une bonne base : Contrôle (mesure des inégalités) - Une bonne base : Évaluation de l'impact sur la santé - Une bonne base : Évaluation (de résultats et de projets) - Une bonne base : Diffusion (bonnes pratiques et méthodes) 		
Contacts	Le rapport d'étude 'Report on the role of Health Promotion in Takling Inequalities in Health" peut être demandé auprès de Linda de Boek. Linda.deboeck@vig.be		

ID Number	3	1	3
Keyword	GP & P 1, 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Femmes enceintes en situat. de vulnérabilité
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche axée sur le groupe		
Title	Services prénataux pour femmes enceintes en situation de vulnérabilité		
Period	2006 -		
Framework	<p>Kind en Gezin mène plusieurs initiatives spécifiquement axées sur les groupes défavorisés, comme l'augmentation du temps de consultation de 20% pour les personnes défavorisées, un soutien éducatif aux familles défavorisées et la mise en place d'experts en pauvreté afin d'aider à surmonter le fossé entre les services d'aide et les familles défavorisées (cf. aussi fiche 2.1.9). Les services prénataux pour femmes enceintes vulnérables est un exemple d'action axée sur un groupe cible.</p> <p>Depuis que Kind en Gezin a vu le jour, des consultations prénatales sont organisées afin de permettre le suivi médical des femmes enceintes en Flandre. Dès les années nonante, ces consultations prénatales ont progressivement été orientées vers des zones défavorisées. La nouvelle vision des services prénataux pour femmes enceintes vulnérables se fonde sur quatre lignes directrices : l'amélioration de l'atteinte du groupe cible, l'extension de l'accompagnement psychosocial, la collaboration croissante avec le secteur médical régulier de l'accompagnement prénatal médical et le développement de services de soins locaux.</p>		
Activities	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte du groupe cible Auparavant, on utilisait des critères de précarité (revenu mensuel disponible, formation des parents, situation professionnelle, faible niveau de stimulation, logement et santé) pour déterminer le groupe cible. Avec ce nouveau concept, Kind en Gezin s'adresse aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité et à leur partenaire. Par femmes enceintes en situation de vulnérabilité, il faut entendre les femmes enceintes qui ont besoin d'un soutien spécifique suite à une réduction de leurs moyens et/ou à des circonstances particulièrement accablantes (déséquilibre entre 'possibilités de ressort' et 'charge'). - Soutien psychosocial Il peut s'agir d'un échange d'expériences avec d'autres parents par un travail de groupe, un soutien pratique, une orientation encadrée, un soutien émotionnel, une médiation, la coordination de soins, l'élaboration du réseau informel de la famille. L'attention se porte également sur les besoins de base comme l'alimentation, le logement et la sécurité. Ces services sont proposés à la demande selon les besoins de la famille. - Orientation vers le secteur médical Avant, la future mère pouvait se rendre dans un bureau de consultation prénatale pour demander un suivi médical de sa grossesse. Dans le nouveau concept, la femme enceinte est orientée vers le secteur médical en tenant compte de sa situation médicale et psychologique et de son propre choix. À cette fin, Kind en Gezin établit des réseaux de gynécologues, de médecins de famille et de sages-femmes. - Services de soins locaux Il existe d'importantes différences dans la concentration du groupe cible. Une approche régionale spécifique des services est donc requise. On distingue trois niveaux sur la base du concept du Stedenfonds : les grandes villes, les villes-centres et les autres zones. <p>Dans le courant de l'année 2006, la nouvelle approche des services prénataux a été instaurée dans les grandes villes. Les bureaux de consultation prénataux existants sont devenus des centres d'assistance prénataux.</p>		
Contacts	<p>Siège de Kind en Gezin Avenue de la Porte de Hal 27 - 1060 Bruxelles Téléphone : 02 533 12 11 Fax : 02 534 13 82 E-mail : info@kindengezin.be Site web : www.kindengezin.be</p>		

ID Number	3	1	4
Keyword	PS & P 1	Santé physique	Cancer des poumons & tuberculose
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche axée sur le groupe et sur la maladie		
Title	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT)		
Period	1982 -		
Framework	<p>À l'instar du Fonds des Affections Respiratoires (FARES), la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) est une filiale de la Belgian Lung and Tuberculosis Association (BELTA). L'association porte le nom de VRGT depuis 1990. Auparavant, elle était connue sous le nom de Vlaamse Vereniging voor Tuberculosebestrijding (VVT).</p> <p>La VRGT couvre la Région flamande. Pour la Région de Bruxelles-Capitale, il est question d'un accord de collaboration entre la VRGT et le FARES.</p> <p>La VRGT est une association flamande d'experts. Elle bénéficie du soutien financier des autorités flamandes et bruxelloises et collabore avec quelques services de l'Agence Soins et Santé de la Communauté flamande (Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid).</p> <p>L'objectif initial de la VRGT était d'étudier la prévalence de la tuberculose en Région flamande. La VRGT était chargée en effet de recenser les cas de tuberculose en Région flamande. Depuis le 1er janvier 1999, ce recensement a été repris par l'Inspection d'hygiène du Ministère de la Communauté flamande (Administratie Sociale en Preventieve Gezondheidszorg). Depuis lors en effet, ce recensement relève du système des enregistrements obligatoires. L'inspection d'hygiène est responsable de ce système. Le Registre belge de la Tuberculose est encore établi chaque année par la VRGT et le FARES.</p> <p>La Belgique est un pays connaissant peu de nouvelles contaminations par la tuberculose. Malgré cette évolution positive, nous devons rester vigilants : la tuberculose reste en effet une maladie infectieuse importante en Belgique.</p> <p>La Belgique est en phase d'éradication de la tuberculose. Une stratégie claire a été établie pour réduire encore le nombre de contaminations. Il faut essayer de limiter la transmission en détectant la source de contamination le plus rapidement possible. Un autre aspect important est la poursuite du traitement jusqu'à la guérison complète du patient.</p> <p>Cette stratégie est entravée par une tendance clairement perceptible. Le nombre croissant d'individus au statut socio-économique faible ou d'individus originaires de pays où la tuberculose apparaît encore souvent provoque une série de problèmes. Il s'agit de problèmes de nature sociale, de communication, de non-observance du traitement ou d'accès limité aux soins. Le nombre de contaminations est clairement plus élevé dans plusieurs groupes à risques.</p> <p>Cette observation exige une approche adaptée des groupes démographiques à risque : les demandeurs d'asile, les détenus, les sans-abri, les marginaux sociaux, les personnes défavorisées, les toxicomanes.</p> <p>Le groupe des non-Belges surtout est en danger. On constate une incidence en baisse chez les Belges mais une incidence croissante chez les non-Belges. De plus, le taux de tuberculose est 35,5 fois plus élevé chez les demandeurs d'asile que dans le reste de la population.</p> <p>Ces chiffres montrent clairement que l'incidence de la tuberculose connaît une répartition sociale fort inégale. Les autorités tentent de supprimer cette inégalité par une série de mesures.</p> <p>L'objectif initial précité s'est étendu à l'étude et à la prévention d'affections respiratoires non tuberculeuses. La prévention du tabagisme y joue un rôle prioritaire. En effet, la principale prévention pour la plupart des affections pulmonaires est la prévention du tabagisme.</p>		

Activities	<p>Les activités de la VRGT se concentrent principalement sur deux domaines : la prévention du tabagisme ainsi que l'étude et la prévention de la tuberculose.</p> <p>Prévention du tabagisme</p> <p>La VRGT se consacre à différentes activités de sevrage tabagique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la prévention tabagique chez des groupes cibles spécifiques tels que les jeunes, les femmes enceintes,... Ce type de prévention s'organise souvent en collaboration avec le Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO). - Organisation de sessions d'encadrement individuelles pour des personnes qui souhaitent arrêter de fumer. - Organisation de sessions d'information pour des lieux de travail sans fumée. - Participation à la Ligne Tabac-Stop, une initiative de la Fondation contre le Cancer. - Organisation de formations permanentes en tabacologie. <p>Tuberculose</p> <p>Différents chiffres démontrent clairement que l'incidence de la tuberculose est sujette à des inégalités sociales. Les autorités tentent d'y remédier.</p> <p>Depuis 2002, les demandeurs d'asile en Région flamande et dans la Région de Bruxelles-Capitale sont encouragés à se faire examiner tous les six mois et ce pendant les deux premières années de leur séjour en Belgique. Cette mesure est motivée par le constat que les personnes originaires de pays où la tuberculose est encore fréquente courent un risque plus élevé, même après leur arrivée. Depuis 2004, ce système est entré en vigueur en Région wallonne.</p> <p>Les consultations sont organisées par les Unités mobiles de radiologie ou par les centres de soins provinciaux de la VRGT ou du FARES. Grâce à l'aide des autorités régionales, ce service est proposé gratuitement.</p>
Contacts	<p>Michel Wouters (tabacologue) - Michel.wouters@vrgt.be - 03/ 287 80 10 Secrétariat central Rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, 02/ 510 60 90, info@vrgt.be</p>

ID Number	3	1	5
Keyword	P 2	Santé physique	Cancer du sein
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche axée sur le groupe et sur la maladie		
Title	Dépistage du cancer du sein en Flandre		
Period	Début : 15/06/01 – Fin : indéterminée		
Framework	<p>Le cancer du sein reste la principale cause de décès chez les femmes âgées entre 35 et 69 ans. En Flandre, 46 femmes sur 100.000 meurent du cancer du sein. De tous les cancers, c'est celui qui connaît le plus haut taux de mortalité.</p> <p>La diminution du nombre de décès des suites du cancer du sein est l'un des objectifs flamands en matière de santé, qui ont été concrétisés en 1998. Les autorités flamandes ont organisé à cet effet un programme de dépistage précoce du cancer du sein. Le dépistage précoce de la tumeur augmente l'efficacité du traitement et réduit le taux de mortalité.</p> <p>Officiellement lancé le 15 juin 2001, le programme flamand cadre dans l'exécution du protocole d'accord de collaboration entre l'État fédéral et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein (25/11/00). Les trois Communautés belges ont pris leur responsabilité pour réduire la mortalité due au cancer du sein.</p> <p>Le programme flamand a été mis en place afin de convaincre le plus de femmes du groupe cible (entre 50 et 69 ans) d'effectuer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Initialement, l'objectif était d'atteindre 75% du groupe cible en 2002. Cet objectif a néanmoins été adapté lors de la conférence Santé publique sur le dépistage du cancer du sein en décembre 2005. L'objectif de 75% n'est attendu qu'en 2012.</p>		
Activities	<p>Acteurs concernés</p> <p>Tous les deux ans, les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées à passer une mammographie de dépistage. Les unités mammographiques effectuent la mammographie et interprètent les premiers résultats. Les centres régionaux de dépistage du cancer du sein interprètent plus en détail les résultats du dépistage, assurent le suivi et envoient les invitations au groupe cible. Au niveau local, les Logo jouent un rôle important. Ils ont conclu un contrat de collaboration avec les centres de dépistage régionaux. Les Logo essaient d'optimiser le dépistage au niveau local et de sensibiliser le groupe cible. Leur mission se fonde sur l'hypothèse qu'une large assise sociale augmente considérablement le taux de participation.</p> <p>Orientation : deux voies</p> <p>Les femmes du groupe cible peuvent être orientées de deux manières différentes vers un dépistage dans une unité mammographique.</p> <p>L'orientation peut se faire par le médecin de famille ou le gynécologue. Les femmes peuvent également recevoir une invitation personnelle d'un centre régional de dépistage du cancer du sein. L'invitation sert également de prescription pour une mammographie de dépistage. Afin d'accroître l'accessibilité et d'augmenter le taux de participation, l'invitation précise toujours une date à laquelle la mammographie peut avoir lieu. Cette date est uniquement proposée et peut toujours être refusée ou modifiée.</p>		

	<p>Contrôle de qualité</p> <p>La qualité des procédures et du processus de dépistage est contrôlée en permanence. Les résultats de la mammographie et le suivi des résultats anormaux sont enregistrés.</p> <p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de participation Jusqu'en 2002, la Flandre connaissait un retard relatif du taux de participation par rapport aux autres régions. Ce retard a été entièrement rattrapé. De plus, le taux de participation flamand est même en hausse. Entre 2003 et 2005, 34,41% des femmes du groupe cible ont bénéficié d'une mammographie de dépistage. - Mammographie diagnostique et mammographie de dépistage En Flandre, on constate un net glissement du nombre de mammographies diagnostiques au profit des mammographies de dépistage. Ces dernières sont qualitativement meilleures pour le dépistage du cancer du sein chez des femmes ne présentant aucun symptôme. Une mammographie diagnostique sert à examiner une partie bien déterminée du sein où des symptômes tels qu'une boule ont été découverts. Une mammographie de dépistage est utilisée pour dépister des tumeurs sans qu'aucune plainte n'ait été mentionnée. En Flandre, la part relative des mammographies de dépistage est plus importante que dans les autres Régions. Le pourcentage de femmes qui font réaliser une mammographie diagnostique sans avoir de symptômes reste élevé. Vu le type de mammographie utilisé, les résultats en sont moins fiables que les résultats d'une mammographie de dépistage. - Inégalités sociales Au niveau fédéral, l'Institut scientifique de Santé publique se charge d'évaluer l'ensemble du programme. L'évaluation montre que le dépistage du cancer du sein diminue nettement le taux de mortalité dû au cancer du sein chez les femmes de plus de 55 ans. Malgré ces résultats positifs, des inégalités sociales subsistent. Les chiffres suivants prouvent qu'il est encore possible de faire progresser l'égalité d'accès aux soins de santé. Ces chiffres s'appliquent aux femmes belges du groupe cible. 40,5% des femmes peu qualifiées âgées entre 50 et 69 ans n'ont pas passé de mammographie au cours des deux dernières années contre 22,5% des femmes très instruites (Institut scientifique de Santé publique, Service d'Épidémiologie, 2006). Malgré les efforts fournis avec le dépistage du cancer du sein en Flandre et ceux fournis par les deux autres Communautés, le fossé entre classes socio-économiques inférieures et supérieures persiste en matière de dépistage du cancer.
Contacts	<p>www.borstkankeropsporing.be et http : //www.iph.fgov.be Marc Abryn : 02/ 642 50 21 Ine Vanmarsenille : 02/642 57 04 (ine.vanmarsenille@iph.fgov.be)</p>

ID Number	3	1	6
Keyword	/	Santé physique et mentale	Régions de soins
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Approche axée sur l'environnement		
Title	Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (SEL)		
Period	Décret relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins 3 mars 2004 (début : 1990)		
Framework	<p>Les soins de santé primaires se caractérisent entre autres par le contexte non hospitalier dans lequel les services sont proposés. Un premier accueil professionnel, le traitement et l'accompagnement du patient ainsi que la prévention de l'apparition ou de l'aggravation de certains problèmes de santé sont les trois missions essentielles des soins de santé primaires. Comme les soins sont prodigués hors du cadre hospitalier, le généraliste constitue le pivot des soins de santé primaires. En Communauté flamande, d'autres acteurs sont également concernés par l'organisation des soins de santé primaires : les services de soins à domicile, l'aide aux familles et aux personnes âgées, ... Les soins de santé primaires sont réglementés tant au niveau fédéral qu'au niveau flamand.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du Gouvernement flamand du 21/12/90 portant coordination et soutien des soins à domicile. Depuis 1991, les initiatives de coopération de soins à domicile (Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging SIT) sont reconnues et subventionnées par la Communauté flamande. - Protocole d'accord du 25 juillet 2001 entre l'État fédéral et les communautés et régions Le 25 juillet 2001, tous les acteurs concernés ont conclu un protocole d'accord relatif aux soins de santé primaires. Cet accord visait à donner plus de corps et de poids aux soins de santé primaires. La création de services de soins accessibles et cohérents en est l'objectif premier. Cet accord aborde en outre la création des Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg SEL). - Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des Services intégrés de soins à domicile (GDT) Avec l'arrêté ministériel du 17 juillet 2002 fixant les critères de programmation des Services intégrés de soins à domicile (Geïntegreerde Diensten inzake Thuisverzorging (GDT)), l'arrêté royal du 8 juillet 2002 permet la création des GDT au niveau fédéral. Cette mesure fédérale vise également à renforcer et à revaloriser les soins de santé primaires. - Décret du 23 mai 2003 relatif à la répartition en régions de soins et à la coopération et la programmation de structures de santé et d'aide sociale La redistribution de la sphère des soins de santé en Flandre constituait l'un des objectifs de ce décret. L'ancien ministre flamand de la Santé, Mieke Vogels, souhaitait modifier la répartition géographique de la sphère flamande des soins de santé sur la base d'une étude scientifique menée par la KUL. Cette nouvelle répartition ne dépendrait plus de l'offre existante de structures de santé mais se ferait en fonction de zones dans lesquelles les gens fréquentent les mêmes magasins, les mêmes écoles et les mêmes prestataires de soins. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Décret relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins du 3 mars 2004 Ce décret approfondit la future mission des initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires. Ces initiatives vont remplacer les SIT mais les tâches et le groupe des thérapeutes participants vont être élargis. Les SEL vont également reprendre une partie des tâches des GDT. L'objectif premier de ce changement à venir est une structure plus transparente des services de soins primaires. Le décret d'exécution se fait toutefois attendre. La création des Initiatives de coopération dans le domaine de soins de santé primaires et la répartition de la sphère de soins de santé flamande en régions de soins sont reportées.
Activities	<p>L'accessibilité des soins est une préoccupation importante des soins de santé primaires. La concertation multidisciplinaire veille à proposer au patient une offre de soins 'sur mesure'.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiatives de coopération en matière de soins à domicile Les SIT constituent une plate-forme de concertation pour le secteur flamand des soins à domicile. La concertation multidisciplinaire est stimulée par un plan de soins. Les tâches y sont soigneusement réparties. Un médiateur de soins est nommé au sein de l'équipe multidisciplinaire de soins. Ce dernier veille au respect du plan de soins. - Services intégrés de soins à domicile Ces services fédéraux organisent la concertation multidisciplinaire autour des personnes qui ont besoin d'une aide spécifique pendant au moins 45 jours civils pour se laver, s'habiller, ... Un budget est affecté une fois par an par patient pour cette concertation. Il est alloué d'une part au GDT concerné, pour le soutien pratique, et d'autre part aux membres de l'équipe de concertation. Le médecin de famille, l'infirmière concernée et le patient, au minimum, sont impliqués dans la concertation. La création d'un plan de soins et le suivi des accords font également partie des tâches des GDT. En Flandre, les SIT correspondent aux GDT. - Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires Les SEL seront des asbl dans lesquelles seront réunis tous les (représentants des) prestataires de soins qui travaillent dans la même région. Cette structure vise à optimiser les soins de santé de première ligne. L'accessibilité des soins de santé sera une donnée cruciale qui permettra de réduire les inégalités. <p>Les SEL serviront de point d'information de première ligne dans une certaine région de soins, non seulement pour les autres prestataires de soins mais aussi pour les diverses autorités et les citoyens.</p> <p>Les SEL remplaceront les SIT et reprendront les tâches clés des GDT. L'équipe de concertation multidisciplinaire sera donc plus complète. Elle comprendra au minimum le médecin de famille, l'infirmière de soins à domicile, les centres d'aide sociale générale des mutualités, les centres de services locaux et les CPAS.</p> <p>En outre, les futures initiatives de coopération tiendront lieu de plate-forme de concertation, d'organisateur de concertation structurelle avec tous les acteurs concernés. Cette concertation aura pour but de favoriser et de développer la collaboration entre les acteurs.</p>
Contacts	<p>Agence flamande Soins et Santé Service Prévention, Première Ligne et Soins à Domicile, Équipe Première Ligne et Soins à Domicile 02/ 553 35 09 - www.vlaanderen.be</p>

ID Number	3	2	1
Keyword	P3 & C	Santé Physique	Domicile
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Ambulance verte : la CRIPI.		
Period	2000 -		
Framework	<p>Créé en 1989 par l'Arrêté royal du 8 mars 1989, Bruxelles Environnement-IBGE est l'administration de l'environnement et de l'énergie de la Région de Bruxelles-Capitale. L'IBGE est conçu à la fois comme un organisme de recherche, de planification, d'avis et d'information ainsi que comme un organisme d'autorisation, de surveillance et de contrôle (approche instrumentale). Il a des compétences dans les domaines des déchets, de la qualité de l'air, du bruit, des espaces verts, de l'eau, du sol et de l'énergie (approche sectorielle).</p> <p>En février 2000, l'IBGE a créé, en partenariat avec l'ISP et la FARES, une Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI). Cette cellule, via une approche globale et intégrée, vise à repérer, dans l'habitat, les pollutions pouvant être à la source de problèmes de santé.</p> <p>L'originalité de CRIPI réside dans la coordination des acteurs qui interviennent dans le diagnostic, l'analyse, les conseils à la remédiation, la réalisation d'enquêtes systématiques et ainsi la préparation d'une vision à moyen, voire à long terme. En effet, un autre objectif de la cellule est l'étude et l'évaluation des pollutions intérieures liées à l'habitat urbain en Région de Bruxelles-Capitale. Ces travaux permettront à plus long terme de préparer une stratégie d'actions (conseils, comportements, traitements,...).</p>		
Activities	<p>L'accès aux services de cette 'ambulance verte' se fait sur demande médicale. Une équipe constituée d'analystes et d'une infirmière sociale se rend au domicile de l'habitant pour effectuer des prélèvements chimiques et biologiques et remplir un questionnaire avec l'habitant (concernant son mode de vie). Après analyse et commentaires des résultats par le médecin de famille ou le spécialiste, des conseils spécifiques sont donnés.</p> <p>Dans le cas où les mesures requièrent des investissements, difficilement supportables par l'habitant, la conseillère éco-sociale informe des possibilités existantes d'aides et la localisation des services. Dans le cas de pollution grave impliquant des décisions immédiates, un contact est pris avec les autorités compétentes en accord avec l'habitant. Dans le cas de logements sociaux, un protocole d'action a été mis en place avec la participation de la Société de Logements de la Région de Bruxelles-Capitale (SLRB). Un suivi du médecin et de l'équipe de la CRIPI permet l'évaluation des solutions mises en place.</p> <p>Les 317 premières interventions (2000-2003) ont montré que généralement, plus d'un symptôme est mis en évidence chez un même malade et que la contamination des logements se fait par des polluants chimiques et biologiques. Plus de 50% des habitants ont perçu une amélioration de leur santé suite à l'application des conseils donnés par le CRIPI. Les interventions ont concerné tous les niveaux socio-économiques et l'ensemble du territoire de la Région.</p> <p>Bien que le rapport du CRIPI explique les difficultés à faire passer le message pour des raisons culturelles, d'éducation ou de moyen financier et des difficultés financières pour la réalisation des changements par les ménages, il ne traite pas spécifiquement des inégalités sociales de santé.</p>		
Contacts	Service Info-Environnement - 02 /775 75 75 - info@ibgebim.be		

ID Number	3	2	2
Keyword	PS	Santé physique et mentale	Demandeurs d’asile et illégaux
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Medimmigrant		
Period	1994 –		
Framework	<p>Plusieurs milliers de personnes “sans papier” résident en Belgique. Dès la fin des années 80, les organisations de terrain ont mis en évidence la difficulté de répondre adéquatement aux problèmes psycho-médicaux rencontrés par ce groupe spécifique.</p> <p>L’asbl Medimmigrant est issue de l’asbl “Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren” (asbl. Point d’appui Médical Personnes Sans Papiers) créée à Bruxelles en 1994. Elle bénéficie depuis sa création du soutien de la Commission Communautaire Commune et de la Commission Communautaire Flamande de la Région de Bruxelles-Capitale.</p> <p>Medimmigrant a pour objectif principal d’assurer l’accès aux soins de santé des personnes en séjour illégal ou précaire afin de leur permettre de mener une vie digne. L’association cherche à ancrer le droit aux soins de santé de ces personnes dans la législation et à mettre en œuvre ce droit d’une manière concrète dans les services, institutions et structures sociales. Elle mène également un plaidoyer pour la prise en compte des besoins médicaux dans la politique d’immigration.</p> <p>Ses actions se basent sur la Constitution belge et les conventions internationales ratifiées par la Belgique qui reconnaissent le droit à la santé comme un droit fondamental ainsi que sur des réglementations nationales spécifiques telles que l’Arrêté Royal du 12 décembre 1996 qui consacre le droit à « l’aide médicale urgente ». Cette aide est à distinguer de l’aide médicale urgente immédiatement requise en cas d’accident ou de maladie, qui s’applique automatiquement à tous.</p> <p>L’Arrêté de 1996 stipule que l’aide médicale urgente peut être de nature préventive ou curative. Elle vise donc toute une série de soins médicaux et dépasse clairement les « urgences » proprement dites. Une opération, un accouchement, un examen, une kinésithérapie, des médicaments peuvent donc tous entrer en considération. Ces soins, y compris la postcure nécessaire, peuvent être prestés tout aussi bien de manière ambulatoire que dans une institution de soins.</p>		

Activities	<p>Medimmigrant développe ses activités selon deux axes :</p> <p>Aide individuelle aux étrangers en séjour illégal ou en séjour précaire de la Région de Bruxelles-Capitale. Cette aide est octroyée sous forme d'information principalement dans le cadre d'une permanence téléphonique mais aussi par la diffusion de brochures en différentes langues sur des problèmes spécifiques tels que la grossesse, l'obtention d'un visa pour raison de santé, etc. L'asbl intervient également concrètement comme facilitateur pour l'accès aux soins de santé (mais ne soumet aucune demande de séjour).</p> <p>Aide structurelle à travers l'organisation de concertation avec les partenaires sociaux et d'un plaidoyer à l'attention des responsables. La défense des droits médicaux des illégaux est organisée selon trois thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins de santé pour les étrangers en séjour précaire ou illégal : l'aide médicale urgente préventive ou curative des personnes en séjour illégal qui ne sont pas en mesure de payer elles-mêmes ces soins. - Orientation des étrangers vers le retour ou un séjour pour raisons médicales : le droit à l'emploi des personnes qui ont été régularisées pour une durée déterminée pour des raisons médicales et le droit à une indemnisation en cas d'accident du travail ; la prise en compte des conditions de vie des malades en séjour illégal ou précaire sur le plan de l'aide psychosociale, des soins de proximité. - Droits sociaux pour les étrangers qui, du fait de leur maladie, ne peuvent retourner dans leur pays d'origine : adaptation de la loi et des procédures de séjour et demande de création d'une banque de données européenne sur la disponibilité et l'accessibilité du traitement ou des médicaments nécessaires.
Contacts	<p>Tél. 02/274 14 33 info@medimmigrant.be http : //www.medimmigrant.be</p>

ID Number	3	2	3
Keyword	PS & P 1, 2, 3 & C	Santé mentale	Sans domicile fixe
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique		
Period	1992 -		
Framework	<p>Après un premier colloque sur la condition d'abandon et l'exclusion sociale et sanitaire des sans-abri dans les capitales européennes, un Réseau Santé Mentale et Exclusion Sociale a été mis en place dans dix pays européens dont la Belgique. Avec le slogan « pas de santé sans santé mentale. Pas de santé mentale sans dignité. Pas de dignité sans accès aux droits », le Réseau SMES Europe vise la promotion positive de la dignité de la personne, ainsi que de la santé mentale, pour tous ceux qui vivent dans la grande précarité. Par l'étude et l'analyse des enjeux politique, éthique et juridique dans le domaine de l'exclusion et de la santé mentale, SMES a pour but de sensibiliser la société civile, de dénoncer les carences et les manquements et de faire pression sur les responsables politiques. SMES a son siège à Bruxelles et mène un plaidoyer aux niveaux européen et nationaux.</p> <p>SMES a pour groupe cible les personnes qui – dans leur condition d'exclusion et de discrimination - expriment toute la complexité de besoins et de souffrance psychique (sans-abri, maladies mentales sans assistance et accompagnement adéquat, enfants exploités et jeunes sans repères sociaux, toxicomanes et alcooliques, (ex)prisonniers, personnes âgées abandonnées à leur solitude, réfugiés et immigrés).</p>		
Activities	<p>Les objectifs européens ont été suivis d'actions concrètes au niveau de la Belgique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les projets innovateurs; évaluer, diffuser des pratiques holistiques et interdisciplinaires. En 2002, le SMES-B a créé un petit dispositif, de type recherche-action, mobile, la cellule d'appui médico-psycho-sociale. Cette cellule d'appui, cellule sur laquelle s'appuient l'intervention, la conception, le scénario d'aides et de soins, est à disposition des usagers des services au travers des professionnels. Les professionnels ainsi reliés et adossés à cet atelier mobile expérimentent des pratiques qu'ils n'avaient jusqu'alors qu'effleurées (de trop loin ou trop peu de temps); La cellule promeut enfin une formation continuée car elle est composée de professionnels issus des institutions partenaires du SMES, qui en sont détachés quelques heures afin qu'en retour, leur expérience influence progressivement les pratiques de l'institution détachante. Ce projet est co-financé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. - Information et sensibilisation de la société civile dans son ensemble et en particulier les responsables politiques et les travailleurs des secteurs de la santé et du social. De 1999 à 2000, un projet de recherche soutenu par l'Union européenne et, en Belgique, par la Commission Communautaire Commune a été mis en place. Il a réalisé un rapport analytique des besoins et des bonnes pratiques en matière de besoins en santé mentale et physique liés au social. Ce rapport a notamment servi de base à la mise en place de recherche-action (ci-dessus). - Formation et échanges SMES pour permettre une formation spécifique et permanente. - Rassembler autour d'objectifs et actions communs pour promouvoir et faciliter, tant au niveau local que régional et européen, le travail en réseau et la coopération pluridisciplinaire et multisectorielle. 		
Contacts	Luigi Leonori : Chef de projet 02/534 42 44 smeseu@smes-europa.org		

ID Number	3	3	1
Keyword	PS, P 1, 2, 3	Santé physique	Tuberculose
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	FARES - Fonds des Affections Respiratoires		
Period	1982 -		
Framework	<p>En 1982, au moment de la communautarisation, l'Oeuvre Nationale Belge de Défense contre la Tuberculose (ONBDT) s'est scindée en deux associations : l'une francophone, la FARES, et l'autre néerlandophone, la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT – cf initiative 3.1.4).</p> <p>La mission du FARES est définie par le Ministère de la Santé de la Communauté française dont il reçoit le soutien ainsi que celui de la Région wallonne, le gouvernement Fédéral et la Communauté européenne.</p> <p>Les activités couvrent tout le territoire de la Communauté française. Des équipes d'infirmières/assistantes sociales sont réparties dans chaque province wallonne ainsi qu'en Région de Bruxelles-Capitale ; elles sont regroupées en six "Unités de Secteur" sous la responsabilité d'un médecin. Une "Unité Centrale" située à Bruxelles assure la coordination.</p>		
Activities	<p>Prévention tabagique : Accompagnement des relais dans la recherche de moyens d'interventions et de ressources à mettre en oeuvre leur permettant d'intégrer une démarche de promotion de la santé dans leur travail avec leur public-cible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche-action et développement de bonnes pratiques professionnelles. En collaboration avec le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles, Infor-Drogues et Modus Vivendi, le FARES a mené une recherche-action concernant les jeunes et le tabac, en situation de vulnérabilité. L'objectif final de la recherche est la sensibilisation et l'augmentation des compétences des adultes relais par rapport au sujet "tabac et assuétudes". - Aide et soutien aux fumeurs. A l'instigation du Service Public Fédéral Santé Publique, un programme de prise en charge de huit consultations d'accompagnement à l'arrêt du tabac est proposé aux femmes enceintes. Cet accompagnement spécifique prend en charge les trois dépendances associées au tabagisme : physique, psychologique et comportementale. Le conjoint bénéficie également du remboursement des séances d'accompagnement. - Formation des professionnels de santé en tabacologie et en entretien motivationnel. Gestion du tabagisme environnemental sur le lieu de travail. - Documentation. 		

	<p>Affections respiratoires :</p> <p>Le FARES centre ses activités sur la tuberculose et assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La surveillance épidémiologique - La socioprophylaxie : contrôle de la prise en charge effective de tout cas de tuberculose déclaré et de son entourage ; organisation du dépistage parmi les contacts de patients contagieux - Le suivi de patients tuberculeux à la demande du médecin traitant en cas de problèmes sociaux ou d'accès aux soins ou de déficience d'adhésion au traitement - L'organisation et/ou la coordination du dépistage parmi les groupes à risque de tuberculose et l'évaluation de celui-ci - La sensibilisation, l'information et la formation de différents publics cibles - La prise en charge du traitement chez les patients sans couverture sociale et non secourus par un C.P.A.S. <p>Au fil du temps, d'autres activités en relation avec les affections respiratoires chroniques ont été développées dans le domaine de l'asthme, de la bronchite chronique et de l'emphysème (BPCO). Dans le cadre de ces affections, le service s'investit essentiellement dans l'information et dans le suivi des patients à domicile à la demande du médecin.</p>
Contacts	FARES asbl - 02/512 29 36 – www.fares.be

ID Number	3	3	2
Keyword	PS, P 1, 2, 3 & C	Santé physique	Commune & quartier
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Settings or community based approaches		
Title	Maisons médicales		
Period	1972 –		
Framework	<p>Initialement dénommées «centres de santé intégrée», les maisons médicales sont issues d'un double constat fait en fin des années soixantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'investissement prioritaire et par conséquent le développement de pratiques médicales hospitalo-centriste, axées surtout sur le diagnostic et le traitement des maladies ; au détriment de l'approche santé publique et de la prévention. - L'évolution épidémiologique des pays industrialisés vers des pathologies chroniques multi causales nécessitant une pratique plus proche de la population, assurant une continuité des soins, abordant chaque individu dans sa globalité, et intégrant une perspective de promotion de la santé. <p>Dans le courant des années septantes, de telles équipes se sont constituées, plus ou moins importantes, plus ou moins nombreuses, dans divers pays. Néanmoins, le mode de financement des soins de santé en Belgique, basé principalement sur la rétribution des actes curatifs (excluant donc les activités de prévention, d'éducation à la santé, d'accueil, de collecte et d'analyse de données) limitait les possibilités de développement de centres de santé intégrés. Aussi le déploiement des centres de santé intégrés fut au départ une entreprise militante, plutôt mal accueillie par le reste du corps médical.</p> <p>La reconnaissance officielle des maisons médicales, de leur mission et par-là de leur spécificité en matière d'offre de santé s'est faite en deux étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réglementation de 1985 à l'initiative de Robert Urbain, ministre de la Communauté française ayant la santé dans ses attributions – abrogée par le gouvernement suivant. - Le décret de la communauté française «relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée» (29 mars 1993) A ce jour, le décret est assorti de deux arrêtés d'exécution émis par la Région Wallonne compétente en la matière depuis la réforme institutionnelle. <p>Les Maisons médicales sont aujourd'hui globalement acceptées par le corps médical. Elles restent des initiatives de type privé, spontanées, sans aucun lien structurel avec les instances communales, provinciales ou politiques. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires de petites dimensions, insérées dans un quartier, pour y dispenser des soins de base de manière continue.</p> <p>Depuis 1981, elles sont rassemblées en une fédération, notamment en vue de s'investir dans le champ du politique pour proposer un mode d'organisation orienté sur les soins de santé primaires en tant que voie d'accès la plus rationnelle au système de soins de santé et visant la santé de la population.</p> <p>En 2006, il existe soixante-neuf maisons médicales en Communauté française.</p>		

Activities	<p>Les maisons médicales sont constituées d'équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population. Elles ont pour objectifs d'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins de santé primaires : les soins de première ligne dispensés en consultation et à domicile et le suivi préventif. - Les fonctions de santé communautaire : développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de la santé. - Les fonctions d'observatoire de santé en première ligne : recueillir des données permettant une description socio-sanitaire des problématiques de la population desservie, et d'inscrire leurs activités dans un processus d'assurance de qualité. <p>Il s'agit de développer des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et globaux (prenant en compte tous les aspects de la pathologie tant médicale, que sociale, économique ou psychologique) à partir d'une équipe pluridisciplinaire, réunissant au moins plusieurs médecins «généralistes», une infrastructure de secrétariat et d'accueil, des soins infirmiers, de la kinésithérapie, du service social et une possibilité de recours à un psychothérapeute.</p> <p>Outre la démultiplication des recours, rendue possible grâce à sa pluridisciplinarité, l'équipe se caractérise par son implantation locale, l'incitant à rechercher les stratégies les mieux adaptées à la population à laquelle elle s'adresse. Cette démarche devant amener, par un travail d'éducation à la santé, davantage d'autonomie du patient dans la prise en charge de ses problèmes de santé et plus globalement, davantage de participation de la population à la gestion des centres de santé.</p> <p>Les maisons médicales pratiquent le paiement «à l'acte» (traditionnel) ou depuis 1985 « au forfait » (dans le cadre d'un contrat entre le patient, son organisme assureur et la maison médicale, il y a paiement mensuel forfaitaire par l'INAMI, indépendamment des soins octroyés et dans le but de favoriser la solidarité entre bien-portants et malades).</p>
Contacts	<p>Fédération des maisons médicales Isabelle Heymans E-mail : fmmcsf@fmm.be</p>

ID Number	3	3	3
Keyword	P 1, 2	Santé physique	Cancer du sein
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Le programme de dépistage du cancer du sein		
Period	17 juin 2002 -		
Framework	<p>Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme. En 1997, plus de 6000 nouveaux cas de cancer du sein étaient enregistrés en Belgique. En considérant une espérance de vie à la naissance de 84 ans, on peut estimer qu'une femme sur onze sera atteinte de cette affection au cours de sa vie. Le taux d'incidence augmente avec l'âge. Trois quarts des nouveaux cas apparaissent après 50 ans.</p> <p>Avant 2002, quelques projets pilotes avaient vu le jour dans la Région de Bruxelles-Capitale, dans la Province de Liège via des unités mobiles, dans la Province du Brabant wallon, dans l'arrondissement de Dinant, dans l'arrondissement de Neufchâteau et à Mouscron. Ils s'étaient développés à l'initiative de Centres universitaires de dépistage, des Provinces, des Communes ou d'Associations de généralistes. La couverture globale de ces projets pilotes locaux de dépistage organisé n'atteignait cependant qu'environ 10% des femmes de 50 à 69 ans. En ce qui concerne la Flandre, les Universités et les Provinces avaient monté des projets dès le début des années 1990. Dans le cadre du Programme « Europe contre le cancer », compte tenu de l'ampleur du problème et suite aux expériences des projets pilotes, les responsables politiques fédéraux, communautaires et régionaux ont décidé d'unir leurs efforts en vue de mettre en place un programme de dépistage organisé à l'échelle du pays.</p> <p>Dès 2001, deux arrêtés royaux jettent les bases légales pour la mise en oeuvre d'un dépistage de qualité et gratuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans tous les deux ans par mammographie. - Avec le remboursement intégral du mammothest par l'assurance maladie. <p>Le 'Protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie' a été signé en octobre 2002. Par ce protocole, l'autorité fédérale s'engage à mettre à disposition le budget nécessaire pour les honoraires tandis que les Communautés et la Commission communautaire commune sont chargées de l'organisation du programme de prévention proprement dit dans leur territoire respectif. L'organisation du programme par la région flamande est détaillé sur la fiche 3.1.5. L'organisation du programme en Communauté germanophone est assuré par la Communauté française (via la province de Liège). La Communauté française a réparti la charge de travail entre trois intervenants principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Centre communautaire de référence du dépistage du cancer du sein, (CCR) a.s.b.l., chargé entre autres du pilotage du programme. - Les cinq provinces wallonnes afin de mettre sur pied un Centre de coordination provincial (CCP) ; ces CCP sont les centres de dépistage agréés responsables de l'organisation territoriale du dépistage, de la deuxième lecture des mammothests, et de l'enregistrement des données. - l'Institut scientifique de la santé publique (I.S.P.) chargé du développement de l'outil informatique et de l'évaluation du programme au niveau des trois régions. 		

Activities	<p>Organisation : Pour être éligibles, les femmes âgées entre 50 et 69 ans doivent être inscrites au Registre National et souscrire à l'Assurance obligatoire maladie invalidité. Il est estimé qu'environ 1% de la population n'est pas inscrite ; on retrouve là la partie la plus précarisée de la population. Le Ministère fédéral de la Santé a prévu un groupe de travail à ce sujet. Les CCP invitent les femmes éligibles à passer le mammothest dans une Unité de mammographie agréée. Les femmes éligibles peuvent également avoir accès directement au programme sur prescription d'un médecin traitant.</p> <p>L'Unité de mammographie agréée procède à l'enregistrement des femmes, à la réalisation du mammothest, et à la 1ère lecture des clichés. Le radiologue du CCP (2e lecteur) réalise une lecture distincte des clichés. Le Centre transmet les conclusions et recommandations de suivi sur une lettre de résultat adressée à l'Unité de mammographie qui se charge de la transmettre au médecin référent qui annonce les résultats et assure le suivi avec la patiente.</p> <p>Evaluation : Bien que réalisé sur invitation, le dépistage reste volontaire. Plusieurs études ont mis en évidence que les obstacles au dépistage sont moins financiers que culturels. Les Mutualités socialistes ont analysé des données chez leurs affiliées et constaté que la couverture était plus faible chez les femmes non actives. Une analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie a été publiée par la Communauté française (2000). Elle met en évidence que le pourcentage de dépistage réalisé par mammothest au cours des années 1998-2000 est plus élevé en Région bruxelloise (58%) qu'en Wallonie (50%) et en Flandre (45%). En Flandre, les femmes ont plus souvent réagi à l'invitation par courrier tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, le médecin généraliste et le gynécologue sont les principaux déclencheurs d'action dans la décision de réaliser une mammographie. Ce document regroupe également des données sur l'accessibilité et les facteurs favorisant/freinant la prévention ; y compris le niveau socio-économique.</p> <p>L'Institut de Santé Publique (Département Epidémiologie) dispose également de données tendant à montrer une inégalité dans la prévention entre les niveaux socio-économiques faibles et élevés. (HIS 2004)</p>
Contacts	Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein 02/742 21 34 ccref@ccref.org Institut Scientifique de Santé Publique – Marc Abryn 02/642 50 21

ID Number	3	3	4
Keyword	PS & P1	Santé physique	Femmes enceintes & enfants
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Prévention de l'Office de la Naissance et de l'Enfance		
Period	2001 -		
Framework	<p>L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est un service public de la Communauté française. Issu de l'Œuvre nationale de l'Enfance créée au lendemain de la Première guerre mondiale, l'ONE avait alors pour mission principale de lutter contre la mortalité infantile. Progressivement, l'O.N.E. mit sur pied un vaste réseau de protection infantile.</p> <p>Avec la communautarisation en 1983, l'ONE se divise en trois ailes linguistiques distinctes et autonomes : l'Office de la Naissance et de l'Enfance, Kind en Gezin et Dienst für kind und Familie. En juillet 2001, un plan de réforme et de relance s'est attaché à redéfinir les missions de l'ONE, afin d'en rendre la mise en oeuvre plus performante et de répondre de manière mieux adaptée aux nouveaux besoins des familles. Les missions sont désormais définies dans le décret du 17 juillet 2002. Il revient à l'ONE d'assurer l'agrément, la subvention, l'organisation, l'accompagnement, le contrôle et l'évaluation de l'accueil de l'enfant de moins de 12 ans en dehors de son milieu familial. La politique d'accompagnement de l'enfant et de son entourage parental est conçue dans une optique de service universel (ouvert sans distinction à tous), adaptée aux besoins et aux attentes particulières des populations plus vulnérables.</p> <p>L'Office a opté pour restructurer l'offre de service en partant des consultations existantes, en prenant la commune comme unité de base de ses services (plutôt que de repartir à zéro pour définir de nouvelles implantations comme l'a fait Kind en Gezin – Voir Fiche 3.1.3).</p>		
Activities	<p>Les activités mises en place par l'ONE sont accessibles de manière libre et gratuite aux cinquante mille enfants nés annuellement en Communauté française et plus largement aux 360 000 enfants de moins de sept ans y résidant (270 000 en Wallonie et 90.000 en Région de Bruxelles-Capitale) et à leurs parents. Il existe 534 consultations pour enfants en Communauté française. Toutes sont gratuites. Les médecins pédiatres ou généralistes recyclés des consultations de l'ONE y assurent une mission de médecine préventive. L'objectif d'un tel suivi préventif est de s'assurer que la grossesse (suivi prénatal) et le développement global de l'enfant se déroulent de manière harmonieuse. Ce travail est mené sur trois plans complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médical : surveillance régulière par un médecin sur base des recommandations du guide de médecine préventive. - Social : collaboration, en fonction des besoins, entre le Travailleur Médico-Social et la famille; L'encadrement réalisé est aussi social, juridique et d'orientation vers les services compétents dans le cas où les parents ne sont plus en règle ou ne bénéficient d'aucune couverture sociale. - Educatif : diffusion des connaissances dans le domaine de la prophylaxie, de l'éducation des enfants, de la psychologie, valorisation des compétences parentales, etc. 		

	<p>L'ONE a mis en œuvre trois modalités mises en œuvre pour assurer une accessibilité maximale à ses initiatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le « Carnet de l'enfant » contient notamment les vignettes donnant accès gratuitement aux vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal de la Communauté française. Ainsi par exemple, plus de 50 000 « Carnets de l'enfant » sont systématiquement distribués dans les maternités et le carnet parental est accessible à tous les (futurs) parents. - Depuis 1992, l'ONE développe sa collaboration avec des services d'interprétariat social dans le but de mettre à la disposition des consultations ONE des interprètes dans diverses langues. - Pour répondre aux problèmes des zones où l'habitat était très dispersé, l'ONE initie un premier car sanitaire en 1952 au cœur des Cantons de l'Est où le taux de mortalité infantile dépassait largement la norme nationale. Soixante ans après le premier car sanitaire, le système fait toujours ses preuves : 7 cars sanitaires circulent actuellement en Communauté française (Brabant wallon 1, Liège 2, Luxembourg 3, Namur 1). Le car sanitaire propose les services classiques d'une consultation pour enfants. Il s'arrête à heures fixes dans les communes et leurs hameaux. Grâce à ce système, les communes bénéficient d'une consultation mensuelle, un rythme de passage imposé par les exigences des vaccinations.
Contacts	ONE : 02/542 12 11 – info@one.be

ID Number	3	3	5
Keyword	P 1, 2, 3	Santé physique et mentale	Suicide
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Centre de prévention du suicide		
Period	1970 –		
Framework	<p>La Belgique, avec un taux de suicide estimé à 23 pour 100.000 habitants se situe au-dessus de la moyenne mondiale (14,5 pour 100.000 habitants). Le suicide est la dixième cause de décès (1997). Il existe par rapport au suicide toute une série d'idées reçues quant à la vulnérabilité particulière de certains groupes de personnes. S'il est vrai que la problématique du suicide touche toutes les couches de la population, elle se pose avec plus d'acuité dans certaines classes sociales.</p> <p>La différence la plus flagrante dans l'analyse des taux de suicide est la différence hommes - femmes. En effet, dans les sociétés occidentales, les hommes se suicident deux à trois fois plus que les femmes. En ce qui concerne les tentatives de suicide, la tendance s'inverse, puisque la proportion de tentatives de suicide est de 1 à 3 chez les hommes et de 1 à 14 chez les femmes. La problématique du suicide se marque par ailleurs de façon importante aux deux extrémités de l'existence : un taux élevé de tentatives de suicide à l'adolescence pour un taux élevé de suicides chez les personnes âgées.</p> <p>L'approche centrée sur un ou plusieurs groupes « à risque » a cependant montré ses limites : elle tend à réduire un individu à un comportement général ; certaines caractéristiques de ces groupes à risque sont irréductibles ; elle présente la problématique comme relevant d'un schéma causal linéaire alors que celui-ci est en réalité très complexe. Le Centre de Prévention du suicide développe donc une approche sur les facteurs de risque, plutôt que sur les groupes à risque, issue de l'observation clinique et de corrélations statistiques. A savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les facteurs de risque psychosociaux (troubles mentaux, alcool et autres troubles d'abus de substances, tendances impulsives et/ou agressives, histoire de trauma ou abus, certaines maladies physiques majeures, tentative de suicide antérieure), - les facteurs de risques environnementaux (perte de travail ou perte financière, perte relationnelle ou sociale, accès facile à des moyens mortels, histoire familiale de suicide), - les facteurs de risque socioculturels (manque de soutien social et sentiment d'isolement, barrières pour accéder aux soins de santé). <p>Le Centre de Prévention du Suicide a été créé en 1970 et bénéficie de financements structurels de la COCOF et de l'ORBEM. Il mène des projets de prévention du suicide à Bruxelles et en Wallonie.</p>		

Activities	<p>Le Centre de prévention du suicide développe ses projets de prévention autour de deux axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement de l'écoute et de l'accompagnement des personnes suicidantes et suicidaires ainsi que de leur entourage; - sensibilisation/formation de toutes celles et ceux qui se trouvent (ou peuvent se trouver) confrontés à des suicidants et suicidaires dans leur pratique professionnelle (travailleurs du secteur psycho-médico-social, personnel de police, employés des pompes funèbres, enseignants...). <p>Il mène une série de projets à la fois spécifiques et complémentaires parmi lesquels on compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'écoute téléphonique qui est assurée par des bénévoles 24 heures sur 24. Basé sur l'anonymat et le secret du dialogue, ce service apporte une aide "psychologique" d'urgence, permettant à l'appelant de s'exprimer librement et sans crainte de jugement, de prendre du recul et de clarifier sa situation, de dépasser un moment de crise, d'envisager d'autres possibles. Près de 20.000 appels sont traités annuellement. - un suivi de crise après une tentative de suicide - un accompagnement du deuil - un accompagnement pour parents d'ados - des ateliers d'expression créatrice - des interventions dans des institutions en crise - des formations pour professionnels - des séances d'information et de sensibilisation tous publics - un espace Forum sur Internet - des journées d'étude - un centre de documentation <p>Parallèlement, le Centre de prévention du suicide s'associe à des actions nationales et internationales pour la recherche et le développement des connaissances en suicidologie, et plus particulièrement dans le domaine de la prévention.</p>
Contacts	<p>Directeur : Axel GEERAERTS - http : //www.preventionsuicide.be Ecoute téléphonique : 0800 32 123</p>

ID Number	3	4	1
Keyword	PS	Santé Physique	Commune
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Relais santé au sein des Relais sociaux		
Period	2002 -		
Framework	<p>Constatant que l'existence de nombreux services publics et privés n'empêche pas que des personnes se privent de l'aide sociale parce qu'elles ont perdu confiance dans les institutions, le Gouvernement wallon est parti du principe que « puisque les faire venir constitue un obstacle, il faut aller à elles ». Des 2002, les Réseaux sociaux de Liège et Charleroi recevaient un soutien par l'octroi de subventions facultatives. L'adoption du décret relatif à l'insertion sociale le 17 juillet 2003 reconnaissait les cinq premiers relais sociaux urbains (Charleroi, La Louvière, Liège, Mons & Verviers) ; deux relais supplémentaires (Namur et Tournai-Mouscron) devraient venir s'ajouter d'ici 2009.</p> <p>Avec les relais sociaux, il n'était pas question de créer un service supplémentaire mais, d'une part, de coordonner les services et, d'autre part, de renforcer les services existants. L'organisation des relais sociaux se fonde sur une structure de coordination de différents services publics et privés (avec une coordination générale) issus de quatre pôles suivants, représentant chacun un des dispositifs confrontés aux besoins particuliers des populations ciblées (SDF, toxicomanes, prostituées,...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pôle « accueil de jour », où peuvent notamment s'organiser les actions d'insertion sociale, - Le pôle « accueil de nuit », correspondant à un ou plusieurs lieux d'accueil de nuit, - Le pôle « travail de rue », permettant de nouer ou de renouer le contact, - Le pôle « urgence sociale », permettant de répondre à des demandes fondamentales et urgentes. <p>De par leur mission d'observation, les relais sociaux sont également chargés, outre leur rôle de coordination, d'assurer un rôle d'études et de tenue de statistiques.</p>		
Activities	<p>L'expérience de la ville de Liège a joué un rôle prépondérant dans la mise en place des Relais Santé. En effet, à partir de 1994, une recrudescence du problème d'exclusion des soins de santé était constatée à Liège. Plusieurs associations ont mis en place des soins curatifs de première ligne (consultations gratuites).</p> <p>En 1999, la ville de Liège mettait en place une structure de réflexion appelée « Atelier Santé Précarité » dont la mission était la recherche de solutions et d'outils les mieux adaptés à cette problématique, en se basant sur l'analyse des dispositifs existants. La conclusion de cet atelier était la suivante : Les prestataires de soins sont assez nombreux et la création d'autres dispositifs curatifs destinés aux exclus des soins de santé ne ferait que conforter l'exclusion. Par ailleurs, les Réseaux sociaux ont mis en évidence que les personnes très précaires placent leur santé au premier rang de leurs préoccupations. D'où l'idée d'intégrer un Relais santé au Relais social.</p>		

	<p>En 2004, deux projets pilotes mettent en place des Relais santé au sein des Relais sociaux de Charleroi et de Liège.</p> <p>La tâche première du Relais Santé est d'accueillir et d'entendre les demandes des personnes ayant des problèmes d'accès aux soins, même celles pour qui le CPAS n'est pas à priori compétent. Ensuite, le Relais Santé se charge d'identifier la situation administrative du patient, d'interpeller l'institution compétente pour la prise en charge des frais médicaux, d'établir une "fiche de liaison" qui facilitera les démarches du patient, d'orienter le patient vers le service social concerné et vers le réseau de médecine générale de première ligne.</p> <p>Le Relais Santé s'efforce ainsi de donner priorité à la santé sur les démarches administratives, ce qui est essentiel pour répondre aux besoins médicaux des personnes en situation précaire. Le plan «plus de cohésion sociale en Wallonie» prévoit, d'ici 2009, un dispositif intégré, un relais santé au sein de chacun des sept relais sociaux de Wallonie.</p>
Contacts	<p>Responsable à la Région Wallonne :</p> <p>Relais Santé Liège : Madame Brigitte Lekien - 04/220 58 97</p>

ID Number	3	4	2
Keyword	/	Santé physique et mentale	Recherche
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Enquête auprès des centres de coordination de soins et de services à domicile		
Period	2000		
Framework	<p>C'est à partir des années 1990 que l'aide à domicile aux personnes âgées devient prioritaire en Wallonie. Dans le cadre de son plan stratégique transversal de cohésion sociale, la Région wallonne s'est engagée à promouvoir le maintien à domicile des seniors et des personnes dépendantes dans de bonnes conditions grâce à l'amélioration de la coordination des services de soins à domicile.</p> <p>Une enquête a été menée à l'initiative du Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne. Elle a contribué à la mise en évidence des besoins en matière de soins à domicile des personnes âgées ainsi que du rôle crucial joué par les soins à domicile dans la gestion du vieillissement de la population.</p> <p>L'organisation de l'enquête a été confiée à la Commission d'agrément des centres de coordination de S.S.A.D, avec le concours de la Direction régionale de l'action sociale et de la santé.</p>		
Activities	<p>Les objectifs de l'enquête étaient de dresser une typologie des demandes exprimées par les usagers (familles et personnes âgées) et d'évaluer la capacité des prestataires et des services à répondre à ces demandes de soins et services à domicile.</p> <p>Pendant deux mois, un relevé exhaustif des demandes téléphoniques de soins ou services sociaux exprimés par les usagers auprès des centres de coordination a été établi. Toutes les demandes arrivées auprès de ces centres ont été prises en compte. Certains services d'aide familiale (le Centre Familial de Verviers, le Service d'aide familiale de Tournai) ont également été inclus dans l'enquête.</p>		
Contacts	<p>Fabienne Montaigne : 081/33 30 70 - F.Montaigne@mrw.wallonie.be Hugues Reyniers : 081/32 74 58 - H.Reyniers@mrw.wallonie.be</p>		

ID Number	3	4	3
Keyword	PS & P1 & P2	Santé physique	Personnes âgées
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	Numéro vert Libr'agé		
Period	2001 -		
Framework	<p>En 1996, l'A.P.A.M. (Aide aux Personnes Agées Maltraitées) est créée en province de Luxembourg à l'initiative du C.P.A.S. de Libin. L'objet de cette asbl est de répondre au problème de la maltraitance gériatrique en province de Luxembourg.</p> <p>En avril 1998, une asbl sœur, la CAPAM (Centre d'Aide aux Personnes Agées Maltraitées) est créée en province de Liège par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels exerçant dans le secteur du troisième âge et conscients de l'absence de recours existants. En 2001, elles se réunissent en partenariat pour assurer la permanence commune d'un numéro vert sur la problématique de la maltraitance des personnes âgées.</p> <p>En 2003, la création de Libr'agé regroupe quatre associations CAPAM (provinces de Liège et de Luxembourg), E.M.P. AGE (Charleroi) et URGEDES (Sambreville) et développe des antennes dans les différentes provinces wallonnes. Dans le cadre du Contrat d'Avenir, et de sa politique de santé intégrée, la Région Wallonne s'est engagée à prendre des mesures en faveur de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Elle apporte son soutien au numéro vert qui bénéficie également de financement de la COCOF et des provinces wallonnes.</p>		
Activities	<p>Le numéro vert a pour objectif général d'enrayer la maltraitance commise à l'encontre des personnes âgées, qu'elle soit vécue à domicile ou en institution. Il a pour objectif de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer une écoute active et une aide personnalisée à la personne âgée « victime », la famille, l'entourage ou toute personne qui a connaissance de cas de maltraitance de personnes âgées. Suite aux appels reçus en 2005, Libr'agé a ouvert 364 dossiers pour maltraitance – principalement financière ou psychologique. - Informer toute personne des possibilités d'aide et de recours. - Former toute personne susceptible d'être confrontée à la maltraitance des personnes âgées en s'occupant d'un aîné, professionnellement ou non. - Sensibiliser les personnes âgées et la population à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. - Coordonner diverses actions menées dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées. - Exercer une fonction consultative de soutien et d'accompagnement des acteurs. - Constituer un réseau d'aide et de services. - Assurer la collecte et la publication de données. - Collaborer avec d'autres organismes en Belgique ou à l'étranger. Une antenne belge du Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL) a ainsi pu voir le jour en Belgique. Ce réseau collabore, à un niveau international, avec des intervenants d'autres communautés francophones telles le Québec, la Suisse et la France. 		
Contacts	Numéro vert Libr'agé : 0800/30 330 - capam@capam.be		

ID Number	3	4	4
Keyword	PS & P1	Santé physique et mentale	Assuétudes
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Mise en réseau des associations de prévention et lutte contre les assuétudes		
Period	2003 -		
Framework	<p>Dès 1991 (soit avant la régionalisation des compétences en matière de santé), la Région wallonne apportait un financement à certaines villes pour mettre en place des initiatives en matière d'assuétude (principalement dans le cadre des « Contrats de sécurité des villes wallonnes »). Avec le décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et aux subventions des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, la Région wallonne cherche à offrir une réponse adaptée et suffisante aux personnes souffrant d'assuétude. Une étape importante en matière de qualité sera atteinte lorsque les outils et les méthodologies pourront être mis en commun. L'identification des besoins, le développement d'outils communs et d'une méthodologie commune de gestion de projets et d'évaluation constitueront une étape importante en matière de qualité.</p> <p>Ce décret définit comme « assuétudes » : la dépendance et l'accoutumance engendrés par l'usage abusif de produits psychotropes licites et illicites, l'alcool, le tabac et le jeu. A partir de 2007, la Région wallonne n'accordera plus de subsides aux structures spécialisées tant que, dans leur zone, un réseau ne sera pas constitué. Par ailleurs, les services spécialisés en assuétudes, pour être agréés, devront s'inscrire dans la dynamique du réseau de la zone et faire avaliser leur plan quinquennal par celui-ci.</p>		
Activities	<p>Le décret du 27 novembre 2003 prévoit la création de 12 zones de soins couvrant ainsi tout le territoire wallon (Mouscron-Tournai, La Louvière, Brabant, Huy-Waremme, Liège, Verviers, Mons, Charleroi, Namur, Dinant, Philippeville, Luxembourg). Un seul réseau d'aide et de soins pourra être agréé par zone. Dans les zones comptant une ville de plus de 150.000 habitants (Liège et Charleroi), le réseau est mis en œuvre par ladite ville au sein de ses services. Dans les autres zones de soins en assuétudes le réseau est organisé par le CPAS ou, à défaut, sous la forme d'une asbl. Le réseau d'aide et de soins en assuétudes a pour missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'identifier les besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes - de mener une concertation relative à la répartition des tâches et leur complémentarité afin de développer une offre d'aide et de soins cohérents dans la zone concernée, en ce compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence. - de structurer l'offre correspondant à : <ul style="list-style-type: none"> • la fonction d'accueil et d'information : celle-ci doit être organisée de telle sorte que le bénéficiaire puisse le plus facilement et le plus rapidement possible recevoir une réponse à sa demande, au besoin par l'orientation vers une institution ou un professionnel capable d'assurer le suivi de cette demande. • la fonction d'accompagnement : celle-ci doit permettre d'assurer un suivi individualisé du bénéficiaire, en concertation avec l'ensemble des secteurs sanitaire, social, scolaire et socioculturel; • la fonction de soins : l'offre de soins comprend au minimum des soins de substitution, des cures de sevrage, de la psychothérapie et des prises en charge résidentielles. Le réseau veille à assurer la continuité des soins avec le secteur hospitalier; • la réduction des risques; - d'organiser la fonction de formation : celle-ci comprend la sensibilisation, la formation, la formation continuée et/ou la supervision des acteurs confrontés ou susceptibles d'être confrontés aux problèmes rencontrés par les bénéficiaires; - d'organiser des interventions cliniques 		
Contacts	<p>Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé Direction du Contrôle et de l'Inspection : Directeur : Roger Vanseveren Tél. : 081/32 72 47</p>		

ID Number	3	4	5
Keyword	PS & P 1, 2, 3 & C	Santé physique et mentale	Santé reproductive
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Centres de planning familial		
Period	1970 -		
Framework	<p>En Belgique, le nombre d'IVG reste stable et ne diminue pas (15.000 IVG par an). Parmi les jeunes ce nombre aurait tendance à se stabiliser à la hausse (3000 IVG par an chez les 13 – 19 ans). Pour combattre cette tendance, le SPF de la Santé Publique a mis en place la mesure "contraception jeune" qui offre une réduction forfaitaire de 3 euros par mois aux jeunes filles de moins de 21 ans achetant la pilule. Cette mesure permet la gratuité de certaines pilules pour les jeunes. Les centres de planning familial jouent un rôle crucial et de fond dans la garantie du droit à la santé sexuelle et reproductive. C'est à partir de 1970 qu'un Arrêté royal permet d'agréer et de financer les centres de planning familial. Les centres de planning familial se regroupent en Fédération belge pour le planning familial et l'éducation sexuelle dès 1972. Le débat sur la dépenalisation de l'avortement dans les années 70 et 80, ainsi que la décentralisation, scindent cette fédération en plusieurs fédérations selon des critères idéologiques et linguistiques. L'agrément et la subvention des centres de planning familiaux est régionalisé. A titre illustratif, cette fiche développera la situation en Wallonie. Depuis 1997, la Région wallonne alloue aux centres agréés un financement couvrant les dépenses de personnel, les dépenses de fonctionnement et les dépenses relatives aux prestations effectuées par des professionnels indépendants dans le cadre de contrats d'entreprise. Un centre de planning familial couvre une population de 50.000 habitants sauf circonstances locales ou besoins spécifiques particuliers.</p>		
Activities	<p>Les centres de planning familial sont des structures à caractère extra-hospitaliers qui ont pour objectif d'assurer l'accueil, l'écoute, l'éducation et l'accompagnement de toute personne en matière de vie affective, sexuelle ou relationnelle. Les centres ont l'obligation d'accueillir toute personne quel que soit son âge, son domicile ou autres critères, et cela quitte à la réorienter vers un service plus adapté. Afin d'assurer l'accessibilité maximale, les consultations peuvent être gratuites en fonction de la situation de la personne demandeuse. Chaque centre possède une équipe multidisciplinaire assurant au moins les fonctions médicale, psychologique, juridique, sociale, d'accueil et d'animation. Il peut également collaborer avec des structures privées ou publiques. La création d'un réseau a notamment été encouragée par l'augmentation du nombre de consultations relatives à des problèmes sociaux depuis quelques années.</p> <p>Un centre de planning familial garantit la confidentialité et le respect des convictions de la personne. Ses missions peuvent se résumer comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation des consultations médicales, psychologiques, juridiques et sociales. - Préparation des jeunes à la vie affective et sexuelle. - Information des personnes et groupes pour toutes les questions de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'en matière de droit familial. - Aide aux personnes en ce qui concerne les problèmes d'infertilité, de contraception, de MST et autres problèmes de santé reproductive. - Aide aux femmes enceintes en difficulté. <p>Un nombre restreint de centres pratique l'Interruption Volontaire de Grossesse en Région wallonne et Bruxelles-Capitale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fédération laïque des centres de planning familial : 42 centres dont 21 pratiquent l'IVG - Fédération des centres pluralistes de planning familial : 22 centres dont 1 pratiquent l'IVG - Fédérations des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes : 15 centres dont 7 pratiquent l'IVG - Fédération des centres de planning et de consultation : 15 centres, aucun ne pratique l'IVG 		
Contacts	/		

ID Number	4	2	1
Keyword	PS & P 2, 3	Santé physique	Province
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Settings or community based approaches		
Title	Intercommunale Sociale du Brabant Wallon		
Period	1997 -		
Framework	<p>Le service de l'aide sociale et de la santé est chargé de l'application de la politique déterminée par les autorités provinciales en matière sociale et de santé. En 1995, dans le cadre du développement de synergies dans les secteurs de l'aide sociale et de la santé, la Province du Brabant wallon a désigné l'ISBW comme son opérateur pour les matières sociales (un contrat-programme).</p> <p>L'ISBW est un service public qui offre des services de proximité destinés particulièrement à la population confrontée à des détresses multiples. L'ISBW travaille en complémentarité et sur demande des CPAS ou des communes. L'ISWB se veut un interface entre les acteurs de terrain et les décideurs politiques aux différents niveaux de pouvoir. Depuis 1997, l'ISBW s'est fixé comme objectif prioritaire la lutte en faveur de l'intégration avec un souci d'accessibilité aux services sociaux et de santé.</p>		
Activities	<ul style="list-style-type: none"> - Application de tarifs sociaux même lorsque le pouvoir subsidiant impose un barème. - Service d'Accompagnement des personnes handicapées - Service d'aide aux familles et personnes âgées. - Service de garde des enfants malades à domicile. 		
Contacts	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur d'administration - Direction des Affaires Sociales : Xavier HOORNAERT - 010/23 60 83 - xavier.hornaert@brabantwallon.be - Directrice de l'aide sociale à la santé : Godelieve LANNOYE - 010/23 60 94 - aidesociale.sante@brabantwallon.be - ISBW : 081/62 27 45 – secretariat@isbw.be 		

ID Number	4	2	2
Keyword	/	Santé physique	Recherche
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Settings or community based approaches		
Title	Centre de Documentation et de Recherches sociales		
Period	1999 -		
Framework	<p>Le Centre de Documentation et de Recherches Sociales est un organisme parapublic dépendant de la Direction Générale des Affaires Sociales de la Province du Hainaut. Le CEDORES poursuit une mission d'études et de recherches dans les diverses problématiques d'actions sociales. Son action de vulgarisation des idées nouvelles provenant du monde scientifique favorise la traduction et l'intégration de celles-ci dans les politiques sociales.</p> <p>Partant du principe que la politique sociale a pour objet de satisfaire les besoins sociaux, c'est-à-dire combler un « écart » défini par rapport à une norme, et conscient de la faible capacité d'adaptation des institutions provinciales à l'évolution des problèmes sociaux, le CEDORES organise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des actions spécifiques d'information sociale et d'enseignement continu. - La promotion d'actions sociales spécifiques en soutien aux institutions provinciales. 		
Activities	<p>Tables du social</p> <p>Depuis 1999, le CEDORES a mis sur pied des « tables du social » dans le but d'actualiser les connaissances des travailleurs sociaux, de les maintenir pleinement informés des bouleversements sociaux et de les former à une citoyenneté critique et responsable. Les « tables » traitent soit d'un problème de santé spécifique soit de problématiques mettant en évidence la transversalité social/santé (par exemple : la mondialisation et l'exclusion sociale (1999), les réfugiés et les sans-papiers (2000), les pratiques sociales à visée préventive (2001), le surendettement wallon (2001), la réforme du minimex (2002), le travail social en zone urbaine (2003).</p> <p>Publication de la revue l'Observatoire</p> <p>La revue l'Observatoire est construite en partenariat avec la Région wallonne, les cinq Provinces francophones : Brabant wallon, Hainaut, Liège, Luxembourg et Namur. Par des dossiers thématiques, elle tente d'appréhender le social dans toutes ses dimensions : individuelles, relationnelles, sociologiques, médicales, juridiques, économiques, etc. La revue s'adresse en priorité aux professionnels des secteurs social et psycho-médico-social mais elle est, elle se veut, accessible à un public de plus en plus large.</p> <p>Participation au programme d'action européen de lutte contre l'exclusion</p> <p>Le CEDORES a réalisé un Projet de coopération et d'échanges transnationaux dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale (2006). L'objectif était de partager quelques expériences des PSI (Plan Social Intégré) qui visent à aider les publics fragiles en difficulté d'insertion (familles immigrées, jeunes en décrochage scolaire, jeunes toxicomanes et leurs familles, minimexés, chômeurs) L'étude analyse notamment la place des services publics (emploi, santé, logement, etc.) dans l'aide apportée aux personnes. Le projet s'est soldé par un colloque avec les institutions politiques et sociales.</p> <p>Information et formation</p> <p>Le CEDORES mène des activités de formation et information tout public ou à l'attention de groupes cibles spécifiques (jeunes, fonctionnaires) sur ses thèmes de prédilection : vieillissement, adolescence, assuétude, violence de genre.</p>		
Contacts	info@cedores.be - 071/44 72 11 - Table du social : willy.bastin@cedores.be		

ID Number	4	2	3
Keyword	PS	Santé physique	Province
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Setting or community based approaches		
Title	Liège Province Santé		
Period	1998 -		
Framework	<p>La Province de Liège a été désignée par l’OMS pour faire partie de son Projet européen avec, comme but, de promouvoir des politiques sociales et sanitaires s’inscrivant dans la Stratégie « Santé 21 ».</p> <p>L’originalité du Projet “Liège Province Santé” est un partenariat entre la Province, la ville et l’université de Liège sous la forme juridique d’une ASBL. Les objectifs du projet sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir à la population un environnement sain, non seulement un environnement physique, chimique et biologique, mais également social, économique et psychologique. - Susciter la participation active des communautés locales, c’est-à-dire de la population toute entière. - Développer les aptitudes individuelles à choisir en toute connaissance de cause des modes de vie sains. - Etre attentif à la réorientation des services de santé en identifiant les demandes et les besoins de santé de la population. 		
Activities	<p>S’inscrivant dans le thème de « la santé pour tous » promu par l’OMS, la Province organise mensuellement des conférences gratuites sur des thèmes divers de santé avec un accent particulier sur les thèmes des Journées Mondiales de la Santé (maladies cardiovasculaires, vieillissement, etc.). Un autre thème émergent est celui des différences homme/femme face aux différentes pathologies.</p> <p>Les inégalités de santé sont généralement abordées de manière transversale dans ces conférences ainsi que dans les « minutes santé » diffusées sur les radios locales.</p>		
Contacts	Bureau de Coordination du Projet «Liège Province Santé» de l’O.M.S. (0)4/349 51 33 - SPPS@prov-liege.be		

ID Number	4	2	4
Keyword	P 2, 3 & Curatif	Santé mentale	Immigrants
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Group specific approaches		
Title	La Clinique de l'exil (Province de Namur)		
Period	2000 -		
Framework	<p>Du point de vue épidémiologique, la prévalence des problèmes de santé mentale, tels que les dépressions ou les troubles du comportement, est plus élevée dans la population de réfugiés que dans la population en général. La notion de clinique de l'exil existe depuis une dizaine d'années, pour repenser les troubles psychiques des migrants liés au fait du déplacement.</p> <p>L'approche est à la fois critique (causalité traumatique et adaptation de l'immigration) et clinique, fondée sur l'écoute des patients et la prise en compte des incidences subjectives du déplacement sur plusieurs générations. C'est la conjonction entre un intérêt local et une action politique régionale qui a permis que prenne forme le projet «Clinique de l'exil» de la Province de Namur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une série de services namurois décident de se concerter et de se pencher sur la question de l'offre de soins en santé mentale auprès de la population migrante de la région. Ils arrivent à la conclusion que les dispositifs existants ne répondent pas de manière satisfaisante à la problématique particulière des migrants, en termes de psychologie culturelle et d'accessibilité. De fait, les services de santé mentale de la région ne recevaient pas cette population qui faisait directement appel à l'association Exil de Bruxelles, un service de santé mentale spécialisé subsidié par la Région bruxelloise et par les Nations Unies comme centre d'aide psychologique aux victimes de violence organisée - Au même moment, la Région wallonne lançait son appel à projets Action coordonnée dans le réseau autour des soins et des services de première ligne. C'est l'Institut Provincial d'Orientation et de Guidance de Namur (IPOG) qui répond à cet appel à projets. En décembre 2000, le projet pilote « Clinique de l'exil » voit le jour. Elle est subsidiée par la Province de Namur et le Ministère de la Région wallonne. 		
Activities	<p>La Clinique de l'Exil assure un soutien psycho-social et des consultations psychologiques transculturelles pour des personnes étrangères ou d'origine étrangère (réfugiés, demandeurs d'asile, sans papiers, ...) en coordination avec les services de première ligne et les services curatifs ambulatoires.</p> <p>Le projet pilote porté par l'IPOG centre son action sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le travail clinique de consultation, - le développement d'approches collectives, - le soutien aux acteurs du réseau (services de santé mentale, CPAS, centre hospitalier...) 		
Contacts	Clinique de l'Exil - 081/73 67 22 - clinique.exil@province.namur.be		

ID Number	4	2	5
Keyword	P 2 & P 3 & Curatif	Santé mentale	Accessibilité financière
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Disease based approaches		
Title	Centres de Guidance de Nivelles et Jodoigne		
Period	1990 -		
Framework	<p>La politique provinciale du Brabant wallon en matière sociale et de santé est mise en oeuvre par le service de l'aide sociale et de la santé à travers diverses structures dont deux centres de guidance (à Nivelles et à Jodoigne) qui ont développé une approche spécifique pour une meilleure prise en charge de leur patientèle.</p> <p>Les Centres de guidance de Nivelles et Jodoignes sont des centres de santé mentale agréés par la Région wallonne avec un personnel médical et paramédical salarié financé par la province.</p>		
Activities	<p>Les centres de guidance offrent des consultations et un accueil pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, psychomotriciens, logopèdes) à prix réduit (de maximum 10 euros) ou avec un paiement symbolique (parfois de seulement quelques centimes).</p> <p>Le même principe est appliqué pour les "Groupes de la mémoire" qui développent un travail préventif et curatif en santé mentale par l'organisation de séminaires de deux jours, destinés aux personnes de 50 ans et plus, voire à des personnes plus jeunes confrontées à des difficultés liées à la préretraite, à la ménopause, etc.</p>		
Contacts	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de Guidance de Jodoigne : 010/81 31 01 – cdg.jodoigne@belgacom.net - Centre de Guidance de Nivelles : 067/21 91 24 – centreguidance-pbw-nivelles@belgacom.net - Directrice : Godelieve Lannoy : 010/23 60 94 		

ID Number	4	2	6
Keyword	PS & P1	Santé physique	Recherche
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Setting or community based approaches		
Title	Observatoire de la Santé du Hainaut		
Period	1991 -		
Framework	<p>Le Hainaut présente une situation sanitaire moins bonne que la moyenne nationale. L'espérance de vie à la naissance du Hainuyer est de près de trois ans inférieure à la moyenne des hommes belges. Pour la femme, la différence est d'un peu plus d'un an. La mortalité et la morbidité liées aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers sont également très importantes en Hainaut. Il est estimé que près de 1.800 décès annuels dans le Hainaut pourraient être évités par la réduction des inégalités socio-économiques de santé.</p> <p>La Déclaration de Politique Générale de la Province (2000-2006) a fixé la réduction des inégalités comme priorité provinciale en matière de santé. Dans ce cadre, l'OSH est notamment chargé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produire une information pertinente et utile sur l'état de santé des habitants de la Province. L'enjeu étant de rendre accessibles aux décideurs, aux intervenants de santé et aux organisations de citoyens, les données décrivant l'état de santé de la population du Hainaut, ses déterminants et son évolution dans le temps. Ceci contribuant à renforcer le caractère démocratique et participatif des prises de décisions en matière de promotion de la santé. - Contribuer au développement des compétences de santé de la population. L'enjeu étant de contribuer à l'émancipation de la population par l'intermédiaire d'actions éducatives de santé. Cette approche place la population au centre des préoccupations des professionnels de la santé. Les interventions dépassent la simple transmission d'information pour renforcer les capacités de chacun à agir pour le développement de sa santé. <p>A travers l'Observatoire de la Santé du Hainaut, la Province met à la disposition de la population et des professionnels : des données épidémiologiques, un appui méthodologique et des outils d'intervention. Les principes d'action de l'OSH s'inspirent de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et du concept de santé globale de l'OMS.</p>		
Activities	<p>Secteur Information Sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un centre de documentation en santé publique spécialisé dans la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, il est accessible aux professionnels de santé et aux acteurs sociaux. Il propose une base de données scientifiques et une base de données pédagogiques. - Publication de Tableaux de bord de la santé en Hainaut en 1997, 1998 (focus sur les jeunes), 2000, 2001, 2004 (focus sur les jeunes) et 2006. <p>Les tableaux de bord portent sur les aspects population, mortalité, morbidité, facteur de santé, offre de soins, consommation de soins, environnement et santé. Ils mettent en évidence les inégalités de santé de la province par rapport au reste de la Belgique.</p>		

	<p>Secteur Education à la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de campagnes de communication visant à sensibiliser la population aux déterminants de santé et à encourager la modification des représentations et normes sociales. - Conduite de séance d'éducation de proximité notamment à l'attention des chômeurs, retraités, etc. - Mise à disposition d'un « Répertoire d'outils d'éducation à la santé ». Ces outils sont conçus et/ou adaptés par l'OSH. Ils ont pour objectif de favoriser les choix éclairés sur les conditions et facteurs de santé. - Appui méthodologique aux professionnels pour l'éducation à la santé et évaluation des actions d'éducation à la santé.
Contacts	<p>Directeur : Dr. Luc Berghmans Secteur Education Santé : Pierre Bizel Secteur Information sanitaire : Véronique Tellier Tél. : 065/87 96 00 E-mail : observatoire.sante@hainaut.be http : //www.hainaut.be/sante/observatoiresante</p>

ID Number	4	2	7
Keyword	PS & P 1	Santé physique	Recherche
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Setting or community based approaches		
Title	Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale		
Period	1992 -		
Framework	<p>Créé conjointement par le Collège réuni de la Commission communautaire commune et la Députation permanente de la Province de Brabant, cet observatoire bicommunautaire a pour objectif d'être un outil d'aide à l'élaboration d'une politique cohérente de santé dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Depuis 1993, l'Observatoire dépend uniquement des Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétents pour la santé.</p> <p>Par ordonnance du 19 juillet 2001, les missions de l'Observatoire sont étendues au "social". Les autorités reconnaissent ainsi clairement que les facteurs socio-économiques ont une grande influence sur la santé et inversement. La pauvreté est un facteur déterminant de la santé de la population. L'ordonnance du 20 juillet 2006 vient renforcer cette approche.</p> <p>La mission de l'OSS consiste à recueillir, analyser et diffuser les informations nécessaires à l'élaboration de politiques coordonnées dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre la pauvreté sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. En évaluant l'état de la situation, son évolution dans le temps et l'impact des politiques sociales et sanitaires, l'OSS assure une fonction d'aide à la décision. Il privilégie la transversalité santé-social, la prise en compte de la réalité bruxelloise dans sa composante multiculturelle, l'interactivité avec les acteurs de terrain et les personnes directement concernées. Il s'efforce de favoriser la communication entre la population et les intervenants de terrain, le monde scientifique et le monde politique.</p>		
Activities	<p>Recherche, analyses et diffusion des informations</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale.</i> Publié tous les deux ans par l'OSS depuis 1999. Ce rapport est issu d'un processus de consultation des organismes et personnes qui sont impliqués dans la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (CCC, CPAS, communes, personnes et organisations impliquées). Il traite de manière transversale du lien entre pauvreté et santé. - <i>Tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-Capitale (2001 & 2004)</i> Ce tableau de bord offre une vision globale de la santé de la population bruxelloise. Il met spécifiquement en évidence les inégalités de santé dues à l'ethnicité, au genre et au niveau socio-économique. Il se veut un outil pour tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, participent à l'organisation des services de santé et la promotion de la santé à Bruxelles, qu'ils soient responsables politiques, professionnels de santé ou acteurs dans les nombreux domaines qui déterminent la santé de la population. - <i>Baromètre de la santé et du social en Région de Bruxelles-Capitale (2005)</i> Ce document rassemble une série d'indicateurs portant sur différents aspects de la pauvreté. L'objectif du «baromètre social» est de pouvoir suivre dans le temps la situation socio-économique des Bruxellois. Il s'agit d'un outil d'aide à la politique. Le baromètre consacre un chapitre aux inégalités en différenciant leur impact sur la santé materno-infantile et celle à l'âge adulte. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>L'atlas de la santé et du social</i> (2006) donne un aperçu de la distribution spatiale de la situation socio-sanitaire des bruxellois. Il est réalisé à partir de l'Enquête socio-économique générale (2001) et se veut un ouvrage de référence. Il sera complété par <i>un atlas concernant les besoins et l'offre des services sociaux et de santé permettant le maintien des personnes âgées à domicile</i> qui est réalisé à partir de l'Enquête socio-économique générale (2001) et se veut un ouvrage de référence. La problématique des personnes âgées souhaitant rester à domicile est une problématique importante pour de nombreux Bruxellois et une priorité politique des différentes commissions communautaires. - <i>Dossiers thématiques</i> Depuis 2002, l'OSS réalise des dossiers visant à fournir une information approfondie sur des thèmes spécifiques tels que <i>la tuberculose</i> (2002), <i>le suicide</i> (2002). <p>Projets :</p> <p><i>Santé et habitat</i> (2003-2004) : Recherche-action avec des généralistes bruxellois dans le domaine des liens entre santé et habitat. Les médecins généralistes, qui prodiguent des soins de première ligne au domicile des patients, sont confrontés en moyenne une fois tous les trois jours à des problèmes de santé causés ou aggravés par la mauvaise qualité du logement.</p> <p>Trois groupes de médecins généralistes regroupés sur base de la zone géographique dans laquelle ils travaillent se sont impliqués dans cette recherche avec le soutien méthodologique de l'OSS.</p> <p>Dans le cadre de leur pratique, située à Cureghem (Anderlecht) et dans le vieux Molenbeek, un groupe de médecins s'est intéressé à l'intoxication au plomb. Via un dépistage des enfants ayant fréquenté les consultations au cours d'un mois, le groupe a pu prendre conscience de la réalité de l'intoxication au plomb. Dans les deux implantations, 7 enfants sur 103 testés présentaient un taux de plombémie trop élevé (supérieur à 10 µg/dl). Au travers de ce projet, les médecins ont appris à mieux connaître les facteurs de risques et les manifestations cliniques de l'intoxication au plomb ainsi que les techniques de dépistage et les traitements.</p> <p>Un autre groupe de médecins généralistes, travaillant à Schaerbeek et Evere, a pu mettre en évidence une série de problématiques particulières. Parmi les plus importantes, on note l'aménagement des logements des personnes âgées afin de permettre le maintien à domicile, mais également des liens étroits entre la santé mentale ou sociale et l'état du logement.</p>
Contacts	Annette Perdaens : Directrice administrative - Sociologue 02 552 01 50 – aperdaens@ccc.irisnet.be

ID Number	5	2	1
Keyword	PS & P 1	Santé physique	Ville
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Settings or community based approaches		
Title	Seraing – Ville Santé		
Period	1996 -		
Framework	<p>L'objectif des Villes Santé est de mobiliser chacun pour améliorer la qualité de vie et faciliter la mise en oeuvre d'une politique favorable à la santé.</p> <p>Les priorités de Seraing en tant que Ville Santé sont définies par l'échevinat des Affaires sociales et de la Santé (responsable du projet). Les différentes activités visent bien sûr à développer les synergies entre les partenaires publics et privés qui interviennent à Seraing, mais aussi à réfléchir à nos pratiques et aux réponses à apporter face aux défis que représentent la précarité et l'exclusion sociale.</p>		
Activities	<p>Les projets mis en œuvre dans le cadre de « Ville Santé » à Seraing sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet de santé communautaire de la Maison Médicale d'Ougrée. - La concertation sociale et en particulier le groupe de travail sur le problème de la précarité. Les résultats d'une enquête réalisée par les acteurs de terrain impliqués dans le projet constituent une source d'informations indispensable pour définir nos priorités futures. - Collaboration avec le Centre liégeois de promotion de la santé. 		
Contacts	<p>Responsable du projet Ville Santé : Alain Decerf, échevin des Affaires Sociales et de la Santé Personne de contact : 04/330 87 23</p>		

ID Number	5	2	2
Keyword	PS & P1	Santé physique	Commune
Impact	Direct :		Indirect : X
Priority strategy	Settings or community based approaches		
Title	Initiatives « inégalités santé » des CLPS		
Period	1997 -		
Framework	<p>Les Centres locaux de promotion de la santé sont des organismes agréés par la Communauté française pour coordonner, sur le plan local, la mise en oeuvre du plan quinquennal de promotion de la santé (2004-2008) et des plans opérationnels.</p> <p>Le Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française modifié par le Décret du 17 juillet 2003 fixe les missions des dix CLPS de la Communauté française :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel. - Coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cibles, en tenant compte des spécificités du Plan communautaire de promotion de la santé. - Apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive. - Initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé. 		
Activities	<p>Les Centres Locaux de Promotion de la Santé apportent principalement un appui méthodologique aux associations et acteurs locaux. Selon les besoins et priorités locales, cet appui porte plus sur la réalisation de projets de santé, le renforcement de capacité en matière de promotion de la santé, etc. Certains CLPS disposent d'un centre d'information et/ou d'outils didactiques de promotion de la santé.</p> <p>La majorité des activités portent sur les thèmes suivants : lutte contre le tabagisme, nutrition, santé sexuelle des jeunes, assuétudes.</p>		
Contacts	<ul style="list-style-type: none"> - CLPS Brabant W : Viviane Demortier - (0)10 62 17 62 - CLPS Hainaut occidental : Nan Tien Nguyen - (0)69 22 15 71 - CLPS Mons Soignies : Queenie Halsberghe(0)64 84 25 25 - CLPS Bruxelles : Catherine Vegainginsky (0)2 639 66 88 - CLPS Huy Waremmme : : Benoît Dadoumont (0)85 25 34 74 - CLPS Charleroi Thuin : Viviane Vandenberg (0)71 33 02 29 - CLPS Liège : Chantal Leva (0)4 349 51 44 - CLPS Thuin : Paul Halleux (0)87 35 15 03 - CLPS Luxembourg : clps.lux@skynet.be(0)84 31 05 04 - CLPS Namur : Pas en place. 		

La Fondation Roi Baudouin soutient des projets et des citoyens qui s'engagent pour une société meilleure. Nous voulons contribuer de manière durable à davantage de justice, de démocratie et de respect de la diversité.

La Fondation Roi Baudouin est indépendante et pluraliste. Nous opérons depuis Bruxelles et agissons au niveau belge, européen et international. En Belgique, la Fondation mène aussi bien des projets locaux que régionaux et fédéraux. Elle a vu le jour en 1976, à l'occasion des vingt-cinq ans de l'accession au trône du Roi Baudouin. Pour atteindre notre objectif, nous combinons plusieurs méthodes de travail. Nous soutenons des projets de tiers, nous développons nos propres projets, nous organisons des ateliers et des tables rondes avec des experts et des citoyens, nous mettons sur pied des groupes de réflexion sur des enjeux actuels et futurs, nous rassemblons autour d'une même table des personnes aux visions très différentes, nous diffusons nos résultats au moyen de publications (gratuites),... La Fondation Roi Baudouin collabore avec des autorités publiques, des associations, des ONG, des centres de recherche, des entreprises et d'autres fondations. Nous avons conclu un partenariat stratégique avec le European Policy Centre, une cellule de réflexion basée à Bruxelles.

Nos activités sont regroupées autour des thèmes suivants :

- Migration & société multiculturelle - favoriser l'intégration et la cohabitation multiculturelle en Belgique et en Europe
- Pauvreté & justice sociale - détecter de nouvelles formes d'injustice sociale et de pauvreté; soutenir des projets qui renforcent la solidarité intergénérationnelle
- Société civile & engagement citoyen - stimuler l'engagement citoyen; promouvoir les valeurs démocratiques auprès des jeunes; appuyer des projets de quartier
- Santé - encourager un mode de vie sain; contribuer à un système de soins de santé accessible et socialement accepté
- Philanthropie - contribuer à un développement efficace de la philanthropie en Belgique et en Europe
- Balkans - protéger les droits de minorités et de victimes de la traite des êtres humains; mettre sur pied un système de visas pour étudiants
- Afrique centrale - soutenir des projets de prévention du sida et de prise en charge de malades du sida

Le Conseil d'administration de la Fondation Roi Baudouin trace les lignes de force de la politique à mener. Celle-ci est mise en oeuvre par une soixantaine de collaborateurs - hommes et femmes, d'origine belge et étrangère, wallons, flamands et bruxellois.

Les dépenses annuelles de la Fondation sont de quelque 40 millions d'euros. Outre notre propre capital et l'importante dotation de la Loterie Nationale, il existe aussi des fonds de personnes, d'associations et d'entreprises. La Fondation Roi Baudouin reçoit également des dons et des legs.

Vous trouverez de plus amples informations sur nos projets et nos publications sur le site www.kbs-frb.be

Une e-news vous tiendra informé. Vous pouvez adresser vos questions à info@kbs-frb.be ou au 070-233 728

Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles
 +32-2-511 18 40, fax +32-2-511 52 21

Les dons de 30 euros minimum versés sur notre compte 000-0000004-04 sont fiscalement déductibles.