

ETHEALTH RAPPORT 2020

Vers des soins de santé équitables
pour les migrants et minorités ethniques

Mémoire explicatif

Cellule médiation
interculturelle
et support de la politique



Isabelle Coune, SPF
Marie Dauvrin, KCE
Hans Verrept, SPF
(Red.)





Update Ethealth 2020

Mémoire explicatif

*Nous adressons nos plus vifs
remerciements aux experts
qui ont participé à la mise
à jour des recommandations
ETHEALTH.*




TABLE DES MATIÈRES

CONSTITUTION DU GROUPE D'EXPERTS	3
HISTORIQUE	5
METHODE DE TRAVAIL	11
RECOMMANDATIONS	13
1. Principes directeurs	13
2. Présentation des recommandations	15
I. Simplifier et uniformiser les démarches par rapport à l'Aide Médicale Urgente pour les personnes sans titre de séjour légal (AMU)	15
II. Développer la collecte des données socio-sanitaires des MME.....	18
III. Favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité	21
IV. Encourager le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans les services de santé quand une barrière linguistique et/ou culturelle est présente	23
V. Intégrer les demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière résidant sur le territoire dans le système d'assurance maladie-invalidité obligatoire.....	26
VI. Favoriser l'accès des MME à la prévention et à la promotion de la santé.....	28
VII. Former les professionnels de santé en compétences culturelles.....	31
VIII. Développer la prise en charge des groupes vulnérables...	34
IX. Développer des normes pour la gestion de la diversité dans les services de santé.....	36
X. Intégrer la participation des MME dans le système de soins de santé.....	38
XI. Stimuler les échanges nationaux et internationaux entre les différents acteurs de la santé et du social.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ABREVIATIONS.....	50



CONSTITUTION DU GROUPE D'EXPERTS

Malek Ali	Amrouni Aouattah	Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles D'Ici et d'Ailleurs asbl, Bruxelles
Redouan	Ben Driss	Steunpunt Cultuursensitieve Zorg et CGGBrussel
Cisse	Bakary	Fédération des Maisons médicales et Collectifs de Santé francophones
Aziz	Benkhelifa	Croix-Rouge de Belgique
Bruno	Buytaert	Vlaams Instituut Gezond Leven
Bégonia	Cainas	CHU Saint-Pierre, Bruxelles
Isabelle	Coune	SPF Santé publique Cellule Médiation interculturelle et Support de la Politique
Marie Evelien	Dauvrin De Jaegher	KCE et UCL Vlaams Instituut Gezond Leven
Stéphanie	De Maeschalck	UGent
Ilse	Derluyn	UGent



Ria	Dhaeze	Kortenberg Leuven
Louis	Ferrant	Antwerpen Universiteit
Fatima	Hanine	UNIA
Stéphane	Heymans	Médecins du Monde
Coralie	Hublau	Cire
Ines	Keygnaert	UGent
Brice	Lepière	UCL Mont-Godinne
Vincent	Lorant	UCL
Myriam	Mertens	Croix-Rouge de Belgique
Ward	Rommel	Kom op tegen KanKer
Serif	Tezerdi	ZNA
Kathia	Van Egmont	Fedasil, actuellement CAAMI
Hans	Verrept	SPF Santé publique Cellule Médiation interculturelle et Support de la Politique
Dominique	Vossem	D'Ici et d'Ailleurs asbl, Bruxelles



HISTORIQUE

La santé des migrants et minorités ethniques (MME) est un des domaines sur lequel la DG Santé se concentre dans sa mission et son rôle d'élaboration de politiques est la politique de soins de santé pour les migrants et minorités ethniques. Ce n'est pas une préoccupation nouvelle pour le gouvernement, les pouvoirs publics et les associations de terrain. Déjà en 1989, le Commissariat royal à la politique des immigrés, sous la direction de Paula D'Hondt, rédigeait, pour la première fois, des recommandations destinées aux multiples pouvoirs publics compétents pour une meilleure intégration des populations issues de l'immigration présentes sur le territoire belge. Celles-ci contenaient les premières directives pour une politique de santé pour les migrants et minorités ethniques (Commissariat royal à la politique des immigrés, 1989).

Au niveau international, outre la résolution de l'OMS de 2008 incitant les pays à concevoir des politiques de santé sensibles à la question de la migration, à préconiser et à favoriser un accès équitable des migrants aux services de santé, à renforcer la collecte de données probantes pour l'élaboration de politiques, et à promouvoir la coopération entre les principaux intervenants (résolution WHA61.17), l'OMS Europe a publié, en 2010, un rapport politique visant à soutenir les systèmes de santé dans leur lutte contre les inégalités de santé liées à l'ethnicité et à la migration.

Au niveau européen, on retiendra, entre autres, une série de directives sur des questions de santé et de migration émises par l'Union Européenne dans le courant des années 2000. Ces directives faisaient suite au projet Migrant Friendly Hospitals, prélude à la Déclaration d'Amsterdam de 2004,



proposant une adaptation des services de santé aux besoins des migrants et minorités ethniques, les recommandations de 2006 et de 2011 formulées par le Conseil de l'Europe concernant la santé, la diversité culturelle, la migration et l'adaptation des soins de santé. Et, in fine, on citera le projet EUGATE (Dauvrin & Lorant 2010) dont l'objectif était de vérifier si les directives ont été transposées dans les législations nationales.

Suite à l'afflux d'un grand nombre de demandeurs d'asile en 2015 venant principalement de Syrie, d'Irak, d'Afghanistan et de différents pays africains, l'Europe a dû faire face à de multiples défis notamment dans le domaine de la santé. Cette arrivée croissante de demandeurs d'asile a (re)mis en évidence, d'une part un déficit dans l'accessibilité des soins de santé surtout pour les personnes sans titre de séjour et d'autre part une incapacité des services de santé à répondre aux besoins spécifiques de santé, ceci à des degrés variables selon les pays d'accueil (MIPEX 2015). En conséquence, l'OMS Europe a développé une stratégie et un plan d'action visant à répondre aux besoins de santé liés au processus de migration : nécessité de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services essentiels dans les environnements de transit et d'accueil, dont les services sanitaires et sociaux et, parallèlement à cela, nécessité aussi d'assurer des services de base comme l'approvisionnement en eau et l'assainissement, de réagir à la vulnérabilité face aux risques sanitaires, à l'exposition potentielle à des dangers et à du stress, et lutter contre le risque accru de pauvreté et d'exclusion sociale, d'abus et de violences, de stigmatisations et de discriminations. Cette stratégie s'intègre dans le cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020, et dans le programme des Nations Unies pour le développement durable à l'horizon 2030. Par ailleurs, faisant suite aux restrictions de l'accès aux soins pour les migrants sans titre de séjour légal prises par certains Etats de l'Union européenne, le projet Equi-Health, financé par l'International Organisation for Migrations (IOM) et l'Union européenne, a publié en 2016,



en collaboration avec des experts du groupe ADAPT¹, des recommandations afin d'inciter ces derniers à protéger les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans le domaine de la santé. D'autre part, le projet pilote SH-Capac², financé par l'Union européenne, a identifié les failles des systèmes de santé en Europe et a proposé des actions ciblées pour y remédier.

Concernant la Belgique, cette dernière a participé activement au projet Equi-Health, à la Task Force Migration, Equity, Diversity (MED) du réseau Health Promoting Hospitals (HPH) de l'OMS et au projet SH-CAPAC. Elle a également ratifié les directives européennes³ et de l'OMS pour une meilleure prise en charge de la santé des groupes vulnérables, en ce compris les MME. De plus, depuis 1999, le SPF Santé publique finance des médiateurs interculturels dans les hôpitaux aigus et depuis 2002 dans les hôpitaux psychiatriques afin de supprimer les barrières linguistiques et culturelles dans les soins de santé. A partir de 2009, un projet pilote a permis de financer des médiateurs interculturels par vidéoconférence afin d'étendre l'offre de médiation à tous les hôpitaux qui le souhaitent, et récemment, le projet a été ouvert aux médecins généralistes et aux centres de réfugiés. L'INAMI a, par ailleurs, pu dégager un budget en 2016 afin d'étendre ce projet pilote à un plus grand nombre de médecins généralistes. Dans le même temps, de nombreuses recommandations concernant la santé des MME ont été introduites auprès des ministres concernés mais relativement peu de ces recommandations ont été suivies d'actions concrètes, pour exemple, les recommandations EtHealth (2011), le Livre Blanc publié

- 1 ADAPT: Adapting European Health System to Diversity s'inscrit dans le programme européen Cost Action ISO 603 et avait pour objectifs d'identifier les obstacles à la mise en place d'actions pour lutter contre les inégalités dans les soins de santé.
- 2 SH-CAPAC: Supporting Health Coordination, Assessments, Planning, Access to Health Care and Capacity Building in Member States Under Particular Migratory Pressure
- 3 Directives 2001/85/EC ; 2003/9/EC ; 2003/109/EC ; 2004/38/EC ; 2004/83/EC ; 2004/81/EC ; 2011/24/EC



par l'INAMI en 2014, proposant cinq recommandations prioritaires afin de favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables, et la recommandation d'UNIA en 2016 sur l'intégration des compétences culturelles dans la formation des praticiens de l'art infirmier.

Concernant les recommandations du groupe EtHealth, en 2011, à la demande de la Ministre de la Santé (Laurette Onkelinx) et du Directeur général de la DG Soins de Santé du Service public fédéral de la Santé (Christiaan Decoster) en fonction en 2011, un groupe d'experts présidé par les professeurs V. Lorant et I. Derluyn s'est penché sur la rédaction de recommandations en faveur de la réduction des disparités ethniques dans le domaine de la santé. Le rapport contenait 46 recommandations à mettre en œuvre en concertation avec les différentes administrations compétentes aux différents niveaux de pouvoir. Il a, par ailleurs, fait l'objet de nombreuses citations et d'un article publié dans une revue internationale⁴.

Suite à ce rapport, plusieurs réunions intercabineaux ont été organisées sous la présidence du cabinet de la ministre Laurette Onkelinx et sous le nom de Ethealth afin d'analyser la possibilité de réaliser ces recommandations. Durant ces réunions la possibilité de récolter les données sur la santé des personnes issues des MME a été examinée. La collecte des données à caractère sensible étant un sujet controversé au sein des réunions intercabineaux, une recherche a été commandée au KCE sur le type de données à collecter, le nombre de variable(s) à ajouter aux données existantes et les procédures juridiques à effectuer pour rendre cela possible. Malheureusement, la recherche n'a pas été retenue par le KCE. Nous ne disposons donc pas à l'heure actuelle de données sur les MME et les soins de santé permettant d'avoir une vue d'ensemble sur l'utilisation des services de santé et les comportements de santé de cette population.

4 Article publié dans le BMC Public Health en 2012 par Dauvrin & al.



Par contre, la recommandation sur la participation des pouvoirs publics aux réseaux internationaux en matière de soins de santé interculturels a pu être mise en œuvre. En effet, la Ministre de la Santé et le Directeur général du SPF Santé publique, ont mandaté la Cellule de Médiation interculturelle et Support de la Politique pour participer à l'élaboration et au test des 'Standards d'Équité' (Task Force MFH) pour les hôpitaux. Au total, six hôpitaux belges (5 néerlandophones et 1 francophone) ont participé au test des standards d'équité. Les résultats du test ont été présentés lors d'un meeting à Bologne par tous les hôpitaux des différents pays participants. Suite à ces résultats, le réseau HPH de l'OMS a approuvé la création d'une nouvelle Task Force appelée cette fois MED (Migration, Equity et Diversity) chargée de réviser et de diffuser les standards. Actuellement, dix hôpitaux néerlandophones et trois hôpitaux francophones se sont inscrits pour évaluer leurs politiques internes en matière de gestion de la diversité en utilisant l'outil des standards d'équité. La Cellule Médiation interculturelle et Support de la Politique est membre du Comité scientifique pour ce projet et le coordonne pour la Belgique.

Une des recommandations du rapport EtHealth 2011 visait à l'amélioration de la coordination entre les différents niveaux politiques en charge de la santé et de la formation des soignants. Elle était inscrite à l'ordre du jour dans le groupe intercabineaux mais n'a malheureusement pas été discutée.

Près de 9 ans après la publication du premier rapport ETHEALTH, la plupart des recommandations sont toujours d'actualité aujourd'hui et devraient impérativement être mises en œuvre. Suite aux récentes vagues de migration de 2015 et 2017, certaines, selon les experts, sont devenues extrêmement prioritaires. L'afflux de demandeurs d'asile a (re)mis en lumière les déficits en matière d'accès et de qualité des soins pour les MME pour les professionnels de terrain et les pouvoirs publics. L'évaluation a posteriori



du processus du premier rapport Ethealth a également mis en évidence des obstacles quant à l'implémentation des recommandations proposées (Dauvrin & al. 2012). Au niveau politique, si le rapport a été jugé très complet, il a été critiqué pour son contenu trop théorique et pour le manque de définition de priorités et d'actions prioritaires à mettre en œuvre. Fort de cette première expérience et de l'expertise accumulée ces dernières années en Belgique, ce second rapport ETHEALTH vise à présenter des recommandations par ordre de priorités et à définir, pour chacune d'elles, des actions prioritaires concrètes et implémentables dans le contexte belge.



METHODE DE TRAVAIL

Le rapport ETHEALTH pour la prise en compte des migrants et minorités ethniques dans les soins de santé (MME), rédigé en 2011 par des représentants académiques et un groupe d'experts auditionnés, a été mis à jour au regard des nouvelles évolutions dans le domaine des soins de santé pour les MME.

Le SPF Santé publique a alors organisé une première réunion réunissant les experts auditionnés lors du premier rapport afin d'avoir leur avis sur la mise à jour des recommandations introduites en 2011.

Dans un premier temps et durant le mois d'octobre 2017, deux réunions ont été organisées : une avec les experts francophones et une avec les experts néerlandophones. Ces réunions ont permis de mettre en évidence les forces et les faiblesses du premier rapport, de faire le point sur les enjeux prioritaires et de proposer de nouvelles recommandations à intégrer.

Une deuxième réunion s'est tenue en janvier 2018, regroupant les experts francophones et néerlandophones, avec pour objectif de définir des actions concrètes pour la mise en œuvre des recommandations générales. Les experts ont proposé une série d'actions possibles en regard de chaque recommandation. Suite à cette réunion, un sondage en ligne a été envoyé aux experts en mars 2018. Ceux-ci ont été invités à prioriser d'une part, les recommandations et d'autre part, les actions permettant de les implémenter. Le sondage a été envoyé à 28 personnes et nous avons reçu 20 réponses. Chaque expert était invité à donner une cotation de 1 à 5 sur la priorité de la recommandation, 5 étant le plus prioritaire et 1 étant le moins prioritaire. Les résultats



ont ensuite été exportés dans un fichier Excel afin de les classer plus facilement. Les recommandations ont été classées selon le résultat obtenu en additionnant les scores. La même méthode a été utilisée pour définir les actions prioritaires. Les résultats de ce sondage sont présentés ci-dessous.



RECOMMANDATIONS

Nous aimerions préciser que ces recommandations représentent les points de vue et visions des membres du groupe. Ces recommandations sont adressées directement aux gouvernements et ministres compétents. Cela dépasse clairement la compétence du seul ministre de la santé.

Il s'agit d'un travail d'experts qui ont formulé leurs recommandations de manière indépendante. La DG Soins de Santé a soutenu ces activités en terme à la fois pratique que du contenu, mais ne les a pas validées. Les choix de suivre ou pas certaines recommandations sont de nature essentiellement politique. En tant que DG, nous souhaitons porter la problématique à l'attention des décideurs politiques. Nous souhaitons également examiner les recommandations des experts indépendants. La volonté politique tombe en-dehors de la responsabilité de la DG. En fonction des futures orientations politiques, nous pouvons et contribuerons activement à clarifier les aspects concernant la faisabilité, la viabilité et les conditions préalables.

1. Principes directeurs

Les principes directeurs suivants ont servi de fil conducteur à la rédaction des recommandations :

- (1) La santé des MME doit reposer sur une vision intersectorielle, incluant les déterminants sociaux de la santé et proposant des actions visant à renforcer le statut socio-économique des MME (logement, travail, ...). En effet, de nombreuses études en Belgique et à l'étranger ont montré



que les MME présentaient en général un état de santé plus précaire que la population non issue de l'immigration (Smedley 2003 ; Bhopal 2014). Cette différence s'explique en partie par une situation socio-économique plus défavorable mais également par d'autres facteurs de risque comme les expériences traumatisantes, l'absence d'un statut de séjour, les caractéristiques sociales et sociodémographiques, le racisme et la discrimination (EtHealth 2011). Néanmoins, ce document se centrera sur les interventions et les aspects politiques de la santé et des soins de santé.

- (2) 'La santé dans toutes les politiques' et l'universalisme proportionné sont inclus dans toutes les recommandations présentées ci-après. En effet, 'La santé dans toutes les politiques', stratégie préconisée par l'OMS (2013), vise à analyser l'impact de toute politique publique, sur la santé, le bien-être et les déterminants de la santé. L'universalisme proportionné, préconisé par Michael Marmot dans son rapport sur les inégalités de santé (Marmot 2010), vise quant à lui à combiner les deux approches : universelle et ciblée, pour qu'à la fois l'ensemble de la population accède aux programmes de prévention et de soins tout en accordant une attention particulière aux groupes les plus exposés. L'objectif est de réduire l'écart entre les groupes et de prendre en compte les besoins de chacun. L'universalisme proportionné se présente comme un principe inspirant des politiques sociales justes en ce qu'elles visent à la fois à corriger les fragilités repérées (difficultés d'apprentissage, problèmes de santé, etc.) tout en réduisant les inégalités. Ces deux principes figurent déjà dans les plans de prévention et de promotion de la santé des entités fédérées (Protocole d'accord Prévention 2016).



- (3) Toutes les recommandations sont liées entre elles et doivent être lues de manière transversale. Pour des raisons de clarté, nous avons présenté les recommandations de manière verticale mais elles sont interdépendantes et s'alimentent l'une l'autre. Par exemple, une meilleure connaissance de la santé des MME via une récolte des données socio-sanitaires appropriée peut aider à mieux cibler les campagnes de prévention et de promotion de la santé.

2. Présentation des recommandations

Les recommandations ci-dessous sont présentées selon un ordre de priorités, tel que défini par le groupe d'experts. Pour les recommandations ayant une priorité égale, le choix a été fait de les présenter dans l'ordre le plus pertinent. Chaque recommandation identifie le niveau de compétence et suggère une instance responsable de la mise en œuvre de la recommandation et/ou de l'action.

1. *Simplifier et uniformiser les démarches par rapport à l'Aide Médicale Urgente pour les personnes sans titre de séjour légal (AMU)*

Niveau de compétence :

Ministre/ Secrétaire d'Etat en charge de l'Intégration sociale

Pilote du projet :

SPP Intégration sociale

Autres participants :

INAMI, CAAMI, CPAS, représentants des institutions de soins et des professionnels de santé

Score de priorité : 1



Contexte/Problématique

Le groupe d'experts a donné pour cette recommandation la priorité maximale. La réforme de l'AMU approuvée par la Chambre des Représentants en mars dernier ne permet pas, selon les experts, d'apporter une solution aux problèmes décrits ci-dessous.

Cette première recommandation propose d'exploiter l'étude approfondie du KCE réalisée en 2015 sur le sujet. Le rapport du KCE met en lumière les forces et les faiblesses du système actuel et propose des solutions afin de rationaliser les pratiques liées à l'AMU pour une meilleure couverture des bénéficiaires et un monitoring des coûts plus précis.

Comme le signale le KCE dans son rapport, *'l'AMU est souvent interprétée comme des soins « d'urgence »*. Cette ambiguïté peut influencer le profil d'utilisation des soins par les personnes en séjour irrégulier ainsi que les processus de décision des prestataires de soins et des CPAS. Cela peut avoir pour conséquence des soins sous-optimaux, des refus de soins, ou de la négligence face à la gravité de certaines situations, en particulier pour les problèmes de santé mentale' (KCE reports 2015). Or, l'Arrêté Royal du 12 décembre 1996 stipule que *'l'AMU peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative'*.

Par ailleurs, plusieurs études récentes ont mis en évidence que les coûts engendrés par le non traitement d'une maladie sont supérieurs aux économies liées à la restriction de l'accès aux soins de santé (Bozorgmehr 2015 ; Trummer 2018 ; European Union Agency for Fundamental Rights 2015).

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

Action 1. Généraliser l'usage de la carte médicale octroyant un accès aux soins pour une période définie.



Cette recommandation peut se réaliser par l'application des actions reprises dans le rapport du KCE de 2015 :

- *'Le CPAS délivre une carte médicale individuelle dès la demande d'aide; les soins de santé primaires sont couverts pendant l'enquête sociale.*
- *La carte est valable un an en cas d'enquête sociale favorable.*
- *La carte médicale peut être délivrée en l'absence d'épisodes de maladie.*
- *La liste des soins couverts est identique pour toutes les personnes en séjour irrégulier dans le pays; elle peut être calquée sur celle en vigueur pour les demandeurs d'asile.'*

Action 2. Ouvrir les droits à l'aide médicale urgente par ménage et non par individu.

Action 3. Créer un comité technique et de concertation afin de piloter et évaluer en continu les réformes de l'AMU.

Le comité peut être constitué de représentants des institutions suivantes :

- *SPP Intégration sociale*
- *SPF Santé publique*
- *INAMI*
- *CAAMI*
- *Union des Villes et Communes*
- *Représentants des usagers*
- *Représentants des professionnels de santé*

Action 4. Supprimer la pratique du réquisitoire.

Action 5. Elaborer un référentiel d'outils commun à tous les CPAS.



Action 6. Monitorer les pratiques des CPAS en matière d'octroi de l'AMU.

Le rapport complet du KCE peut être consulté à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf;

II. *Développer la collecte des données socio-sanitaires des MME*

Niveau de compétence :

Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Ministres des entités fédérées en charge de l'Action sociale et de la Santé

Pilote du projet :

SPF Santé publique

Autres participants :

ISP, KCE, INAMI, AMI

Score de priorité : 2

Contexte/Problématique

Le précédent rapport insistait déjà sur l'importance de la collecte des données afin d'orienter les politiques de santé publique vers les publics plus vulnérables et de pouvoir évaluer l'efficacité des politiques mises en place. Ce point fait l'objet de nombreuses recommandations internationales (OMS, Conseil de l'Europe, EUGATE) et est essentiel si on souhaite améliorer à long terme l'accessibilité et la qualité des soins pour les MME tant au niveau de la prise de décision des actions à mettre en œuvre qu'au niveau de l'évaluation des actions mises en place (Bhopal 2014, Kluge 2012).

Le système de santé belge collecte déjà de nombreuses informations sur la santé et l'état de santé des personnes reprises dans l'assurance maladie invalidité obligatoire.



Il serait possible de coupler ces données avec d'autres données sur l'origine des patients et de les analyser, à l'instar d'autres enquêtes de santé réalisées en Belgique et à l'étranger. Par ce biais, il serait possible d'avoir accès à des données sur les comportements de santé, la consommation des soins ou encore l'impact des campagnes de prévention.

Par contre, certains groupes de personnes utilisant le système de soins de santé ne sont pas repris dans le système d'assurance maladie invalidité, notamment les demandeurs d'asile en centres d'accueil ou en centres fermés, les personnes sans titre de séjour légal et les personnes en transit. Les données pour ces publics sont peu, voire pas disponibles à l'échelle nationale. Certaines de ces personnes sont inscrites dans un CPAS, d'autres sont reprises dans le système de Fedasil ou de la Croix-Rouge et d'autres encore fréquentent un centre médical où elles sont enregistrées, comme, par exemple, les consultations de Médecins du Monde. Les données existent en partie mais sont éclatées entre différentes bases de données, ne permettant pas d'avoir une vision globale de la situation socio-sanitaire, l'accès, la qualité et l'équité des soins de santé parmi les MME les plus fragiles. Un regroupement de ces données est indispensable afin de mieux orienter les politiques de santé.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

Action 1. Réaliser une collecte des données socio-sanitaires dans les soins de santé pour les personnes reprises dans le système d'assurance maladie invalidité obligatoire.

Concrètement, il est conseillé/ suggéré/ demandé de :

- *Réaliser un inventaire exhaustif des données existantes sur la santé et les soins de santé des*



MME.

- *Ajouter un échantillon supplémentaire de MME dans l'enquête nationale de santé publique, menée par l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP), afin d'augmenter la puissance statistique des analyses, l'échantillon actuel étant insuffisant pour donner des résultats pertinents.*
- *Ajouter le groupe des MME dans l'étude sur la performance du système de santé belge menée par le Centre fédéral d'Expertises des Soins de Santé*

Action 2. Réaliser une collecte des données socio-sanitaires dans les soins de santé pour les personnes non reprises dans le système d'assurance obligatoire comme les demandeurs d'asile, les personnes sans titre de séjour et les personnes en transit.

Cette recommandation peut se réaliser via les actions suivantes :

- *Réaliser un inventaire exhaustif des données existantes sur la santé et les soins de santé des MME hors AMI (ex : données de consultation de Médecins du Monde, données venant des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, données sociales des CPAS,...)*
- *Créer (ou mettre à jour) un set d'indicateurs communs à toutes les associations et/ou institutions accueillant des personnes non reprises dans le système d'assurance obligatoire pour le suivi de l'accès et de la qualité des soins pour les MME hors AMI.*



III. Favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité

Niveau de compétence :

Ministre des Affaires sociales et de la Santé et Ministres des entités fédérées en charge de la Santé mentale

Pilote du projet :

SPF Santé publique

Autres participants :

Représentants du secteur de la santé mentale, INAMI, entités fédérées en charge de la santé mentale

Score de priorité : 3

Contexte/Problématique :

Cette recommandation est validée comme la troisième recommandation prioritaire. A l'heure actuelle, il y a un manque de données chiffrées sur les besoins en santé mentale des MME et sur l'offre de soins adaptés disponible en santé mentale. Ces chiffres permettraient aux autorités compétentes de réagir en adaptant l'offre de soins aux besoins sur le terrain et pourraient éviter des coûts inutiles liés aux hospitalisations et prises en charge plus lourdes.

Cependant, un certain nombre de problèmes ont été identifiés par le groupe d'experts concernant l'accès aux soins de santé mentale pour les MME. L'arrivée en 2015 de nombreux réfugiés en provenance de pays en guerre a vu une augmentation des troubles psychiatriques liés aux traumatismes de guerre mais aussi de troubles liés au parcours de migration (SH-Capac 2017). Le manque de professionnels de la santé capables de prendre en charge les problèmes de santé mentale des MME est particulièrement criant surtout en-dehors des grandes villes. Certains MME sont obligés de parcourir 200 km pour accéder à une consultation avec un psychologue ou un psychiatre. Les centres spécialisés pour les migrants sont



surchargés et sont obligés de refuser des prises en charge. De plus, les experts ont constaté d'une part un manque de médiateurs interculturels et/ou d'interprètes parlant la langue des MME et d'autre part un manque de financement de l'interprétation et de la médiation interculturelle dans les centres spécialisés.

Par ailleurs, la continuité des soins pour ce public pose souvent problème ce qui mène à des hospitalisations sous contrainte deux fois plus fréquentes que la population belge (Lorant & al. 2007). Ceci peut être en partie expliqué par les représentations parfois négatives de la santé mentale et par la peur de la stigmatisation. En outre, l'accès au projet 107 reste difficile pour les MME par manque d'une part de formation du personnel soignant et d'autre part, par manque de médiateurs interculturels/interprètes, pour surmonter les barrières culturelles et linguistiques.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1. Encourager et financer le travail avec des interprètes/médiateurs à chaque étape du processus de soins en santé mentale, également pour les soins non résidentiels (par exemple, projet 107).
- Action 2. Intégrer les prestations de santé mentale dans les forfaits en 1^{ère} ligne.
- Action 3. Faciliter l'accessibilité financière à des consultations psychologiques.
- Action 4. Augmenter l'offre de soins adaptés en-dehors des grandes villes afin de diminuer les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.
- Action 5. Ouvrir des plages de consultations sans rendez-vous dans les hôpitaux et/ou maisons médicales et centres spécialisés.



Action 6. Favoriser une prise en charge globale (famille, travail, éducation, logement, ...).

Action 7. Améliorer la prise en charge des MME par la formation continue des professionnels de santé mentale (gestion des PTSD, victimes de torture, FGM, compétences culturelles,...) couplée avec l'accréditation des professionnels de santé.

IV. Encourager le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans les services de santé quand une barrière linguistique et/ou culturelle est présente

Niveau de compétences :

Ministre des Affaires sociales et de la santé, Ministres des entités fédérées en charge de l'Action sociale et de la Santé

Pilote du projet :

SPF Santé publique

Autres participants :

Représentants régionaux de l'Action sociale et de la Santé, INAMI

Score de priorité : 4

Contexte/Problématique :

Cette recommandation a été également classée comme prioritaire par le groupe d'experts. Elle est par ailleurs transversale à toutes les recommandations reprises ci-après, les barrières linguistiques et culturelles étant le plus souvent présentes à tous les niveaux des soins pour les MME. De nombreuses études scientifiques démontrent le réel bénéfice de travailler avec des médiateurs/interprètes interculturels tant au niveau de l'accessibilité et la qualité des soins pour les MME en ce compris la sécurité et le respect des droits du patient (Verrept, 2008 ; de Moissac & Bowen, 2018) que de la réduction des coûts des soins pour



l'assurance soins de santé (Bischoff & Denhaerynck, 2010).

Depuis 1999 dans les hôpitaux généraux et depuis 2002 dans les hôpitaux psychiatriques, le SPF Santé publique finance des médiateurs interculturels chargés de supprimer la barrière linguistique et culturelle pour les patients MME (Verrept 2001 et 2008). Si cette initiative représente une réelle plus-value pour l'accessibilité des services hospitaliers en Belgique, tous les hôpitaux belges ne peuvent pas bénéficier des subsides à l'engagement de médiateurs interculturels.

Au sein des hôpitaux, les patients et les professionnels ne sont pas toujours informés de l'existence du service de médiation interculturelle et de la disponibilité des médiateurs interculturels. Il est dès lors important de mieux communiquer sur la présence d'un tel service, des modalités pour y faire appel et de former le personnel soignant à travailler avec un médiateur interculturel.

Depuis 2009, des médiateurs interculturels sont aussi disponibles via vidéoconférence. Ce service est gratuit pour les hôpitaux, les médecins généralistes et les services médicaux des centres d'accueil pour demandeurs d'asile et a permis d'augmenter l'offre de médiation interculturelle dans tout le pays. Malgré cela, la médiation interculturelle est très peu présente dans le domaine de la santé mentale ainsi qu'en prévention et promotion de la santé. S'il existe bien des services d'interprétation sociale, ces services sont souvent difficilement accessibles pour les utilisateurs en raison du manque d'interprètes pour certaines langues (Somali, Pachtou, Tigrinya...) et du coût de ce service.

Afin de mieux encadrer le travail des médiateurs interculturels et l'organisation des services de médiation interculturelle, la Cellule Médiation interculturelle a rédigé en 2016 un vade-mecum incluant des standards de pratique à destination des médiateurs interculturels et de leurs responsables (Verrept, Coune 2016). Par ailleurs, la cellule médiation Interculturelle teste les compétences



linguistiques et d'interprétation de base des candidats médiateurs interculturels avant leur engagement dans un hôpital. Une formation en interprétation de liaison est également organisée pour les médiateurs ne possédant pas le diplôme d'interprète social. Cependant, le métier d'interprète/médiateur interculturel manque encore de reconnaissance tant au niveau du diplôme et que de la formation.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1.** Soutenir la gratuité des services d'interprètes/médiateurs interculturels dans tout le système des soins de santé en ce compris la prévention et la promotion de la santé en pérennisant et en élargissant l'enveloppe budgétaire.
- Action 2.** Inclure le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans la formation continue des professionnels de la santé et du social ainsi que dans la gestion des services de santé.
- Action 3.** Intégrer les nouvelles technologies comme la vidéoconférence dans l'interprétariat social et la médiation interculturelle.
- Action 4.** Renforcer le statut des interprètes sociaux et des médiateurs interculturels via une formation adéquate et reconnue.



V. *Intégrer les demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière résidant sur le territoire dans le système d'assurance maladie-invalidité obligatoire*

Niveau de compétences :

Ministre et Secrétaire d'Etat en charge de l'Intégration sociale, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Pilote du projet :

SPP Intégration sociale

Autres participants :

INAMI, CAAMI, SPF Santé publique

Score de priorité : 5

Contexte/Problématique :

Les recommandations 5 et 6 ont obtenu le même score de priorité. Pour des raisons de clarté, nous les présenterons à la suite l'une de l'autre.

Le groupe d'experts a souligné la complexité des différents systèmes d'assurabilité menant à des discriminations dans les soins de santé. En effet, pour les demandeurs d'asile hébergés dans des centres Fedasil et de la Croix-Rouge, les frais médicaux nécessaires sont pris en charge intégralement par Fedasil, sans passer par le système des Mutuelles. Pour les personnes en situation irrégulière, elles doivent s'inscrire dans un CPAS, obtenir un réquisitoire et les frais médicaux sont ensuite pris en charge par la CAAMI s'ils sont enregistrés via Mediprima. Si ce n'est pas le cas, c'est le SPP Intégration sociale qui prendra les frais médicaux en charge via le CPAS. Les frais médicaux pour les personnes hébergées dans des centres fermés sont pris en charge par le SPF Justice et les MENAS (mineurs non accompagnés) ont la possibilité d'être inscrits dans une mutuelle par l'intermédiaire de leur tuteur. Chaque système suit des règles différentes en matière de remboursement et d'octroi des soins médicaux (MIPEX 2014). Cependant, certains soins comme par exemple les



soins à domicile ne sont pas pris en charge. Par ailleurs, tout changement de statut s'accompagne d'un changement au niveau de l'assurabilité des soins de santé : certains soins remboursés en tant que demandeur d'asile ne le seront plus ou dans une moindre mesure en tant que réfugié (ex : soins de santé mentale ambulants). De plus, étant donné que ces personnes ne possèdent pas de carte d'identité électronique, ils ne peuvent être encodés dans le système e-health, ce qui pose des problèmes de suivi de traitement après une hospitalisation, et risque d'entraîner de graves complications lors du passage à la prescription électronique. Ils ne possèdent pas non plus de dossier médical centralisé et donc la collecte des données socio-sanitaires concernant ce public s'avère très difficile (Livre vert 2014).

Par ailleurs et du fait de la présence de ces différents systèmes d'assurabilité, les professionnels de la santé éprouvent de nombreux problèmes à se retrouver dans les différents systèmes et n'ont pas toujours la garantie que leurs prestations seront payées : nécessité pour les MME d'obtenir un réquisitoire justifiant la prise en charge des soins et/ou le professionnel de la santé doit signer une convention avec un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (MIPEX 2014).

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1.** Intégrer toutes les personnes résidant sur le territoire belge dans le système d'assurance obligatoire sous la responsabilité de l'INAMI afin d'éviter des systèmes d'assurabilité parallèles.
- Action 2.** Avoir une procédure unique d'accès aux soins de santé pour toute la population présente sur le territoire belge favorisée par l'octroi d'une carte ID ou une autre forme de carte d'identification compatible avec la banque de données e-health.



Action 3. Garantir le paiement des prestations pour les professionnels de santé.

VI. Favoriser l'accès des MME à la prévention et à la promotion de la santé

Niveau de compétences :

Ministres compétents en matière de Prévention et de Promotion de la Santé au niveau des Entités fédérées

Pilote du projet :

Administrations en charge de la prévention et de la promotion de la santé des entités fédérées

Autres participants :

Organisations partenaires des gouvernements régionaux pour la promotion et la prévention santé comme les observatoires de la santé et l'Institut Flamand pour une Vie Saine, idem pour les organisations de terrain comme les mutuelles, les réseaux locaux et régionaux comme Logo's et les médecins généralistes, les maisons médicales locales, ONE/Kind & Gezin, planning familiaux, CLPS

Score de priorité : 5

Contexte/Historique :

La littérature présente de nombreuses études sur les liens entre la prévention et les MME (Rosano & al., 2017; Ingleby & al., 2005 ; Arnold, 2012).

Celles-ci montrent que les MEM, de par leur mode de vie, courent un risque plus grand de souffrir de diabète de type 2, d'obésité et de problèmes cardiovasculaires. La surveillance de certaines maladies chroniques apparaît également déficiente (Liu & al., 2016). L'accessibilité aux campagnes de promotion de la santé ainsi qu'à l'offre et à la sensibilisation pour la prévention des maladies semble moins facile pour ce public comme le montre les chiffres de



participation à la mammographie et au frottis vaginal.

La recherche identifie de nombreux obstacles et déterminants sociaux liés au mode de vie, à la culture et à la formation. Ceux-ci font en sorte que les messages de prévention et de promotion de la santé ne soient pas entendus ou compris ou ne puissent être mis en pratique (Ingleby, 2012). Les interventions mises en place pour ce groupe spécifique ont en réalité une portée très limitée. Les campagnes de prévention doivent donc être développées à la fois en terme de contenu culturellement sensible, qu'en terme d'accessibilité au niveau de la forme et connectée à la diversité de la société. C'est pourquoi le principe de l'universalisme proportionné doit être le point de départ (Marmot, 2012).

L'étude du KCE sur la performance de notre système de santé en 2015 met en évidence le fait que les objectifs de prévention définis au niveau international ne sont pas toujours atteints en Belgique. En effet, il semble que la couverture vaccinale chez les jeunes reste parfois inférieure aux recommandations (p.ex. la rougeole chez les adolescents) et le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus est insuffisant. De même, selon ce rapport, concernant la promotion de la santé, 'les résultats sont peu glorieux : stagnation de l'obésité chez les adultes, tabagisme toujours élevé, faible taux d'activité physique, consommation d'alcool à risque chez les jeunes hommes'. Une récente étude de Rosano & al. (2017) sur l'accessibilité des services de prévention de la santé met en évidence, pour la Belgique, une difficulté plus grande pour les migrants non européens d'avoir accès à ces services en comparaison avec d'autres pays européens.

Ces résultats expliquent les inégalités socioéconomiques persistantes sur le plan de la santé, qui se manifestent par des différences de durée de vie et des différences dans les années de vie en bonne santé. Cela est lié à une littératie en matière de santé insuffisante [littératie en santé,



également traduite par des compétences en matière de santé et compréhension des messages de santé] dans la population »(rapport sur les performances du système de santé belge, KCE, 2015). Chez les personnes peu qualifiées, le pourcentage de personnes ayant des compétences en santé faibles ou insuffisantes en Belgique atteint plus de la moitié (Vandenbroucke et al., 2016). La sensibilisation et la prévention devraient donc prendre en compte ces facteurs de manière beaucoup plus prégnante.

Il est important de souligner qu'il y a un manque de données chiffrées sur les MME et la prévention de la santé, alors que ces données seraient d'une grande utilité afin de mieux cibler les campagnes de prévention en santé. En effet, Liu & al. (2016) démontrent dans leur étude sur la promotion de la santé pour les minorités ethniques l'importance de concevoir des messages culturellement acceptables pour la population ciblée et des interventions tenant compte de la réalité culturelle de ces populations. Pour ce faire, il est essentiel de concevoir des outils de prévention et de promotion de la santé réalisés en collaboration avec des représentants des populations ciblées. Certaines associations travaillent déjà dans ce sens comme par exemple Culture et Santé à Bruxelles ou Sensoa en Flandre mais ces initiatives devraient être mieux connues, mieux implémentées et généralisées.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1. Soutenir les projets locaux de prévention développés en partenariat avec les communautés dans les maisons médicales et les associations de terrain et les intégrer dans les soins de 1^{ère} ligne.**
- Action 2. Offrir des messages et des campagnes de prévention et de promotion de la santé culturellement sensibles et réalisés en collaboration avec des représentants des**



groupes ciblés.

- Action 3. Intégrer autant que possible des représentants des groupes-cibles dans les panels de tests des campagnes de prévention et de promotion de la santé.
- Action 4. Pérenniser le financement des organismes actifs dans le domaine de la promotion et de la prévention en santé en appliquant le principe de l'universalisme proportionnel.
- Action 5. Intégrer des personnes issues de la migration dans les projets de patient-partenaire et d'experts du vécu pour le développement et l'implémentation d'actions de promotion et de prévention de la santé.
- Action 6. Renforcer l'offre des intervenants de santé formés aux compétences interculturelles en 1^{ère} ligne et en prévention (infirmières en santé communautaire, infirmières sociales, ...).

VII. *Former les professionnels de santé en compétences culturelles*

Niveau de compétences :

Ministres chargés de l'Enseignement supérieur des entités fédérées, ministre des Affaires sociales et de la Santé

Pilote du projet :

Universités, Hautes Ecoles et Etablissements de l'Enseignement de Promotion sociale

Autres participants :

SPF Santé publique, INAMI, hôpitaux



Score de priorité : 6

Contexte/Problématique :

Les recommandations 7 et 8 ont obtenu le même score de priorité. Pour des raisons de clarté, nous les présenterons à la suite l'une de l'autre.

Lors du précédent rapport déjà, la formation des professionnels de la santé en compétences culturelles était considérée comme un point essentiel au développement de soins culturellement compétents. En effet, lorsque le soignant ne tient pas compte des valeurs et convictions des MME, cela peut rendre le processus de soins très difficile et affecter l'accessibilité des soins pour ce public (Verrept, 2008). Les croyances, concepts, types de comportement, traditions et convictions religieuses ont un impact important sur les attentes et convictions des MME par rapport aux soins de santé.

Le projet « Migrant Friendly Hospitals » recommandait déjà, en 2004, suite à l'évaluation réalisée dans 50 hôpitaux pilotes, la formation des professionnels de la santé en compétences culturelles. Le projet européen MEM-TP propose quant à lui différents modules de formation destinés à former le personnel soignant en compétences culturelles. En 2016, Unia a introduit une recommandation afin d'intégrer les compétences culturelles dans la formation des infirmiers(ères) et plus récemment, la FUCID (Forum Universitaire pour la Coopération internationale au développement), a introduit une recommandation auprès de la Faculté de Médecine de Namur afin d'inclure les compétences culturelles dans le cursus des étudiants en médecine. Si les différentes Hautes Ecoles et Universités organisent des activités autour de la diversité, celles-ci ont tendance à être ponctuelles et ne sont pas (toujours) intégrées dans le programme de formation. Par ailleurs, les futurs soignants devraient avoir plus d'opportunités de se confronter à la diversité notamment en ouvrant l'offre de stages à des pratiques dans des milieux diversifiés comme



les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les maisons médicales ou les stages à l'étranger.

Cette recommandation prévoit des actions dans la formation initiale des intervenants de santé, des formations continues sur le lieu de travail mais également l'intégration de la gestion de la diversité dans la formation au management de l'hôpital, notamment par la formation de leaders (personnes influentes au sein d'un service hospitalier) comme le suggère l'étude de Dauvrin & Lorant (2015) .

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1. Intégrer les compétences culturelles en transversal dans les cursus des professionnels de santé**
- Action 2. Diversifier les lieux de formation pratique (stages en centre d'accueil, service de proximité, ...), l'évaluation des acquis et en encourageant les expériences interculturelles (Erasmus/stages à l'étranger).**
- Action 3. Poursuivre le développement de l'offre de formation continue en compétences culturelles et l'intégrer dans les processus d'accréditation des professionnels de santé.**
- Action 4. Intégrer la gestion de la diversité dans les formations en gestion des établissements de soins.**



VIII. Développer la prise en charge des groupes vulnérables

Niveau de compétences :

Ministres compétents des entités fédérées, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Pilote du projet :

Entités fédérées

Autres participants :

SPF Santé publique, ONE, Kind & Gezin, INAMI, Plannings familiaux, maisons médicales, CPAS, associatif

Score de priorité : 6

Contexte/Problématique :

Le groupe d'experts a identifié deux groupes de personnes pour qui une prise en charge spécifique devrait être organisée : les femmes et leurs bébés et les MENA.

En effet, les femmes MME sont soumises à une double discrimination dans les soins de santé: la discrimination selon leur genre et celle liée aux MME. Le rapport EtHealth de 2011 mettait déjà en avant les risques liés au fait d'être une femme MME. On peut citer entre autres, les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, les violences sexuelles et les FGM. Dans ce contexte, il est important de mettre en place la détection et un suivi spécifique pour les femmes MME ainsi que de former les professionnels de santé sur la prise en charge des problèmes de santé liés aux violences sexuelles et aux FGM (Keygnaert, 2017 ; Dieleman, 2010 ; Dubourg & Richard, 2018).

Suite à l'afflux de migrants en 2015, de nombreux mineurs non accompagnés ont fait leur apparition sur notre territoire, selon la plate-forme Mineurs en exil⁵, il en arriverait 8 par jour. Pour les années 2016 et 2017, ce sont

5 Plate-forme Mineurs en exil : <http://www.mineursenexil.be/fr/dossiers-thematiques/mena/definition-et-statistiques-1/>



essentiellement des garçons originaires d'Afghanistan, de Guinée et de Syrie (Statistiques Office des Etrangers). Ces jeunes ont souvent un parcours de vie très difficile semé de traumatismes, de violences parfois sexuelles et de ruptures familiales. Ils se présentent souvent dans un état de délabrement mental important : syndrome de stress post-traumatique, dépression, psychose, anxiété généralisée, ... La détection et la prise en charge des problèmes de santé mentale devrait être une priorité pour ce public (De Graeve & al., 2017).

En outre, la plupart viennent d'une culture très éloignée de la culture occidentale, ils ne comprennent pas toujours le fonctionnement des institutions belges et sont fréquemment en rupture avec l'école. Dès qu'ils atteignent l'âge de 18 ans, ils ne sont plus considérés comme des MENA et n'ont donc plus droit à l'accompagnement réservé à ces derniers (De Graeve & al. 2017). De plus, les MENA sont fréquemment ciblés par les réseaux d'exploitation (sexuelle) et sont à haut risque de disparition (Child Focus, 2016).

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1.** Développer une approche centrée sur la santé et ses déterminants pour les femmes enceintes en grande précarité et leurs bébés.
- Action 2.** Développer une approche intégrée et intersectorielle pour l'accompagnement des MENAS (mineurs non accompagnés).
- Action 3.** Organiser et pérenniser le financement de la formation des professionnels de la santé et du social sur les problématiques des FGM et des violences sexuelles.



Action 4. Assurer la continuité des soins par la création d'un dossier médical centralisé (au niveau européen) et accessible pour les migrants en transit.

IX. Développer des normes pour la gestion de la diversité dans les services de santé

Niveau de compétence :

Ministre en charge des Affaires sociales et de la Santé

Pilote du projet :

SPF Santé publique

Autres participants :

hôpitaux, universités, entités fédérées

Score de priorité : 7

Contexte/Problématique :

Cette recommandation permet d'intégrer les autres recommandations comme l'utilisation des interprètes/médiateurs interculturels, la collecte des données, la prévention, la participation, la formation continue des professionnels de la santé et la mise en réseau dans une politique globale visant l'équité dans les soins de santé à tous les niveaux de la prise en charge. Par ailleurs, elle n'est pas uniquement centrée sur les MME mais tient compte globalement de toutes les personnes utilisant le système de santé belge comme, par exemple, les personnes handicapées.

En 2014, certains hôpitaux belges ont participé au test des Standards d'équité développés par la Task Force MFH⁶. Les standards proposaient un outil pour évaluer le degré d'équité au sein de l'hôpital à travers 5 thèmes : la politique,

⁶ Depuis 2017, la Task Force MFH a changé de nom et se nomme actuellement task Force MED (Migration, Equity, Diversity)



l'accessibilité et l'utilisation des soins, la qualité des soins, la participation et la promotion. Chaque standard est divisé en sous-standards pour lesquels l'hôpital définit une cotation en fonction de son degré de réalisation et des indicateurs pour le mesurer. Les hôpitaux ont dû par après décider d'un plan d'action à mettre en œuvre afin d'améliorer la cotation du standard. Cet outil s'avère très utile pour évaluer les politiques mises en place au sein de la structure de soins et permet de pouvoir mesurer les progrès réalisés.

Les hôpitaux participants ont souhaité pouvoir disposer d'un incitant sous forme de label et/ou de valorisation financière s'ils répondent aux normes d'équité définies dans les standards.

Cette initiative pourrait être étendue aux institutions de soins de 1^{ère} ligne comme les centres médicaux, les plannings familiaux ou encore les centres de santé mentale.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1.** Développer des normes pour la gestion de la diversité sur le modèle des standards d'équité de la Task Force Migration, Equity, Diversity (MED).
- Action 2.** Créer un label de qualité pour les institutions qui développent des projets en lien avec la diversité.
- Action 3.** Valoriser financièrement les institutions de soins répondant aux normes de diversité.



X. *Intégrer la participation des MME dans le système de soins de santé*

Niveau de compétence :

Ministres en charge des Affaires sociales et de la Santé des entités fédérées

Pilote du projet :

LUSS/VPP (associations de patients)

Autres participants :

hôpitaux, maisons médicales, plannings familiaux

Score de priorité : 8

Contexte/Problématique:

La participation des MME dans le processus des soins devrait être intégrée en transversal dans toutes les recommandations présentées.

Dans beaucoup de projets internationaux, la participation des groupes-cibles aux projets mis en place est devenue une garantie pour la réussite de celui-ci. En effet, si les personnes concernées par le projet participent activement à sa mise en œuvre, elles se sentent partie prenante du projet et motivées par lui.

Afin de pouvoir participer activement lors de ses soins, le patient doit posséder une bonne connaissance de l'organisation des soins en Belgique ainsi qu'une bonne compréhension des informations données par le professionnel de la santé (littératie en santé, compétences en santé), au-delà du problème de la langue. Le parcours d'intégration organisé par les différentes régions donne déjà des informations aux MME sur l'organisation des soins de santé en Belgique. Un module sur la participation du patient et sur la littératie/compétence en santé devrait être rajouté au programme afin de permettre aux MME une meilleure adhésion au traitement et une plus grande collaboration



avec le professionnel de la santé (De Maesschalck, 2011) .

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1. Intégrer la littératie/compétence en santé et la participation active du patient dans ses soins dans les parcours d'intégration.
- Action 2. Encourager la participation des MME dans l'organisation des soins.
- Action 3. Encourager la participation des MME et/ou des associations de patients dans la mise en œuvre des recommandations.
- Action 4. Créer des espaces de paroles et d'échanges entre les patients et les professionnels de la santé (ex : Paroles d'exil, Culture & Santé).

XI. Stimuler les échanges nationaux et internationaux entre les différents acteurs de la santé et du social

Niveau de compétences :

Ministre des Affaires sociales et de la Santé, ministres en charge de la santé des entités fédérées

Pilote du projet :

SPF Santé Publique

Autres participants :

hôpitaux, centres médicaux, entités fédérées

Score de priorité : 9

Contexte/Problématique:

De nombreuses initiatives pertinentes ayant donné de bons résultats sont mises en place dans les différentes régions et il est à regretter le manque de visibilité de ces initiatives.



Une plate-forme fédérale permettrait de collecter toutes ces initiatives afin d'en faire profiter tous les concepteurs de projets. En 2007, le projet MigHealthNet avait eu cette ambition mais, faute de financement, le portail de la Belgique n'a plus été mis à jour⁷.

Par ailleurs, sur le plan international et européen, de nombreux projets pourraient être partagés et mis en évidence. La Commission européenne finance des projets visant l'amélioration des soins de santé pour les MME et la visibilité de ces projets est présente dans toute l'Europe. Il est important que la Belgique participe à ces initiatives novatrices et motivantes.

Afin de mettre en œuvre cette recommandation, le groupe d'experts suggère les actions suivantes :

- Action 1.** Créer un organisme ou une plate-forme interfédérale de référence pour la santé des MME.
- Action 2.** Stimuler les échanges internationaux par rapport aux bonnes pratiques avec les migrants et minorités ethniques par la participation dans les plates-formes existantes au niveau mondial (OMS) et européen.
- Action 3.** Mieux communiquer sur les différents projets et initiatives nationales en faveur d'une meilleure prise en charge de la santé des MME et stimuler les collaborations et les échanges entre les 3 régions.

⁷ Voir à ce propos le site MigHealthNet : <http://mighealth.net/be/index.php>



BIBLIOGRAPHIE

- Arnold M., Razum O., 2012. Cancer prevention. In: Loue S, Sajatovic M, editors. *Encyclopedia of immigrant health*. New York, NY: Springer New York; p. 351–8.
- Arrêté Royal du 12/12/1996 : Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi
- Bhopal R., 2014. Migration, Ethnicity, Race and Health in multicultural societies, *Oxford University Press*, 373 p.
- Bischoff, Denhaerynck, 2010. BMC Health Services Research, 10:248
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>
- Bozorgmehr K., Razum O., 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 10(7)
- Child Focus, Rapport annuel, 2016 :
<http://www.childfocus.be/sites/default/files/rapportannuel2016.pdf>
- Commissariat royal à la politique des immigrés, 1989 :
<http://zoeken.bibliotheek.be/detail/Koninklijk-Commissariaat-voor-het-Voor-een-harmonische-samenleving/Boek/?itemid=%7Clibrary%2Fmarc%2Fvlacc%7C924656>



- Conseil de l'Europe, 2006, Recommendation Rec : <https://wcd.coe.int/wcd/>
- Conseil de l'Europe, 2011, Recommendation Rec : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805cbd6d
- Dauvrin & Lorant, 2010, rapport Eugate <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>
- Dauvrin et al., 2012, Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities : the case study of ETHEALTH Belgium, BMC Public Health 2012, 12 :726 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/726>
- Dauvrin M., Lorant V., 2015. Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals: A social Network analysis, Nursing Research, : www.nursingresearchonline.com
- Déclaration d'Amsterdam, 2004 : http://www.mfh-eu.net/european_recommandations.htm
- De Graeve K., Vervliet M., Derluyn I., 2017. Between immigration control and child protection: unaccompanied minors in Belgium, *Social work and Society, International online Journal*: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8530221>
- De Maesschalck S., Deveugele M., Willems S., 2011. Language, culture and emotions: Exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations, *Patient Education and Counseling* 84, 406–412.
- De Moissac D., Bowen S., 2018. Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada, *Journal of patient experience*, 1-9.



- Derluyn I., Lorant V., Dauvrin M., Verrept H., Coune I., 2011, Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden, *Terzake* 6, p.58-63
<http://hdl.handle.net/1854/LU-2038131>
- Dieleman M., 2010. Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 182 p.
- Directive 2001/85/EC du Conseil du 20 Juillet 2001: Protection temporaire dans l'éventualité d'un afflux massif de personnes déplacées avec des indications sur les soins médicaux, y compris les soins d'urgence et le traitement indispensable des maladies.
- Directive 2003/9/EC du Conseil du 27 Janvier 2003 : Accueil des demandeurs d'asile avec des indications pour les soins de santé (information sur l'assistance médicale, dépistage, traitements médicaux pour les individus avec des besoins spéciaux comme les femmes enceintes).
- Directive 2003/109/EC du Conseil du 25 Novembre 2003, amendée par la directive 2011/51/UE : Statut des ressortissants de pays tiers qui sont résidents de longue durée considérant des dispositions sur des aspects de santé publique et des indications sur les soins de santé.
- Directive 2004/38/EC du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur le droit des citoyens de l'Union Européenne et de leurs familles à résider et à circuler librement dans le territoire des Etats membres.
- Directive 2004/83/EC du Conseil du 29 Avril 2004: Statut des ressortissants de pays tiers ou des personnes apatrides comme les réfugiés ou les personnes qui nécessitent une protection internationale avec des indications sur les soins de santé, incluant l'assistance médicale pour des personnes avec des besoins spécifiques comme les femmes enceintes, les personnes handicapées, etc



- Directive 2004/81/EC du Conseil du 29 Avril 2004 : Permis de résidence accordé aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains, incluant des indications sur les soins de santé, y compris les soins psychologiques.
- Directive 2011/24/EC du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
- Dubourg D., Richard F., 2018. Estimation de la prévalence des filles et des femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, *Equity Standards*, 2014:
https://www.researchgate.net/publication/262259058_Equity_Standards_in_Health_Care_2014
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2015. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Vienna: FRA. Available from:
http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-costhealthcare_en.pdf
- Flores, G., 2005. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62, 255–99.
- IOM Equi-Health, 2016, Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus:
<http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>
- INAMI , Médecins du Monde, 2014, Livre Blanc : Accès aux soins : nos recommandations pour un système plus inclusif :
http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx#.Wg_T8mrOXIU



- Ingleby D., 2012. Acquiring health literacy as a moral task, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 8 Iss: 1 pp. 22 - 31
<https://www.researchgate.net/publication/275313730>
[Acquiring health literacy as a moral task](#)
- Ingleby D., Chimienti M., Hatziprokopiou P., Ormond M., De Freitas C., 2005. The role of health in integration. Fonseca, Maria Lucinda und Jorge Malheiros (Hg), *Social integration and mobility: education, housing and health* Lisbon: Centro de estudos geográficos. 2005:49–65.
- Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H., & Mutha, S., 2007. Do Professional Interpreters Improve Clinical care for Patients with Limited English proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Research and Educational Trust* , 42, 727-754.
- KCE reports, 2015. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf
- KCE reports, 2015. Rapport sur la performance du système de santé belge :
<https://kce.fgov.be/fr/un-nouveau-check-up-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge>
- Keygnaert I., Gilles C., Roelens K., 2017. Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen, 2:
<http://hdl.handle.net/1854/LU-8546963>
- Kluge U., Bogic M., Devillé W., Greacen T., Dauvrin M., f, Dias S., Gaddini A., Koitzsch Jensen N., Ioannidi- Kapolou E., Mertaniemi R., Puipcinós i Riera R., Sandhu S., Sarvary A., Soares J.F., Stankunas M., Straßmayr C., Welbel M., Heinz A., Priebe S., 2012. Health services and the treatment of immigrants:



- data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe, *Elsevier Masson*, *European Psychiatry* 27 / supplement n°2 / S56-S62: www.sciencedirect.com
- Liu J.J., Davidson E., Bhopal R., White M., Johnson M., Netto G., and Sheikh A., 2016. Adapting health promotion interventions for ethnic minority groups: a qualitative study; *Health Promotion International*, 31:325–334.
- Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique, 2014. <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
- Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., & Dubois V., 2007. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 360-365.
- Lorant V., Delruyn I., Dauvrin M., Coune I., Verrept H., 2011. Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe EtHealth en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques, <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:100686>
- Marmot M., 2010. Fair society, Healthy Lives. *Strategic Review of health inequalities in England*: <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- MED Task Force, 2016 : http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=291:task-force-on-migrant-friendly-a-culturally-competent-health-care&catid=20
- MEM-TP, Migrant and Ethnic Minorities Training Package, 2008-2013 : <http://www.mem-tp.org/>
- Migrant Friendly Hospitals, 2004 : <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>



- MIPEX, 2015 :
<http://www.mipex.eu/health>
- Plate-forme Mineurs en exil :
<http://www.mineursenexil.be/fr/dossiers-thematiques/mena/definition-et-statistiques-1/>
- Protocole d'Accord Prévention entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, 2016. Principes généraux.
http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_03_21_-_prevention_-_preventie.pdf
- SH-Capac, 2017 :
http://www.sh-capac.org/pluginfile.php/2278/mod_resource/content/1/SH-CAPAC_%20FinalReport.pdf
- Smedley B., Stith A., Nelson A., 2003. Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care, *Institute of Medicine of the National Academies Press*, pp.764;
- Statistiques Office des Etrangers:
<https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Documents/Rapport%20statistiques%202016%20FR.pdf>
- Trummer U., Novak-Zezula S., 2018. Humanitarian and Economic Aspects of Health Care for
- Irregular Migrants in the European Union – Results of a European Study, in *SWS-Rundschau*, March (pp. 95–115).
- UNIA, 2016, Implémentation des compétences transculturelles dans le nouveau curriculum de la formation en soins infirmiers :
<https://www.unia.be/fr/legislation-et-recommandations/recommandations-dunia/implementation-des-competences-transculturelles-dans-le-nouveau-curriculum-de-la-formation-en-soins-infirmiers>



- United Nations, Agenda 2030, 2015 :
<https://www.coe.int/en/web/programmes/un-2030-agenda>
- Vandebosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2016;**70**:1032-1038.
- Verrept H.,2001. Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. *Cultuur en Migra-tie*, 18, 150.
- Verrept H.,2008. Intercultural mediation: an answer to health care disparities? In: Valero-Garcés C &
- Martin A. (Eds.). Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas. *Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins Publishing Company*: 187-201.
- Verrept H., Coune I., 2016. Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé :
https://healthpr.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fr_2016_04_20_guide.pdf
- World Health Organisation, 2008, Health of Migrants, resolution WHA 61.17:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.f.jsessionid=39DF9A0DAF536CFA9D7COD5F48DCDB70?sequence=1
- World Health Organisation Europe, 2010 :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf
- World Health Organisation, 2013, Health in all policies: Framework for country action,
<http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
- World Health Organisation Europe, 2016 :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/315847/66wd08f_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1



- World Health Organisation, Santé 2020 :
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>



ABREVIATIONS

- AMI:** Agence Intermutualiste
- CLPS:** Centre local de promotion de la santé
- FUCID :** Forum Universitaire pour la Coopération internationale au développement
- HPH :** Health Promoting Hospitals
- INAMI:** Institut d'Assurance Maladie-Invalidité
- IOM :** International Organisation for Migration
- ISP:** Institut Scientifique de Santé Publique
- KCE:** Centre Fédéral d'Expertises en Soins de Santé
- LUSS :** Ligue des Usagers des services de santé
- MED :** Migration, Equity, Diversity
- MENA :** Mineurs non accompagnés
- MME :** Migrants et minorités ethniques
- FGM :** Female Genital Mutilation
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- VPP :** Vlaams Patiëntenplatform

ETHEALTH RAPPORT 2020

Vers des soins de santé équitables
pour les migrants et minorités ethniques

Mémorandum explicatif

Ed. Resp. :
Tom Auwers, Place Victor Horta, 40/10, 1060 - Bruxelles
Conception graphique : Thierry Sauvenière

Isabelle Coune, SPF
Marie Dauvrin, KCE
Hans Verrept, SPF
(Red.)

Cellule médiation
interculturelle
et support de la politique

