



Médecins du Monde & Projet Lama

Note de travail

Vers une harmonisation et simplification
des pratiques et politiques des CPAS
bruxellois dans le cadre de l'Aide Médicale
Urgente ?

Sarah MELSENS
26/05/2021



Table de matière

Contexte	2
Une harmonisation de l'AMU vers le haut: une demande de tous les parties concernées	3
Les axes de travail proposés	4
1. Harmoniser et simplifier la procédure administrative	4
1.1 L'enquête sociale	4
1.1.1 Des pratiques diverses dans le traitement des demandes d'AMU	4
1.1.2 Définir les conditions d'accès à l'aide médicale urgente	5
1.1.3 Les ressources insuffisantes, l'assurabilité et le cautionnement	5
1.1.4 Quelques exemples d'autres preuves et informations demandées	6
1.2 Définir la territorialité: le contexte bruxellois	7
1.3 L'attestation d'aide médicale urgente: la durée de l'enquête vs. les urgences médicales	8
2. Uniformiser et partager les documents principaux	9
3. Harmoniser la couverture des soins pour tou.te.s	10
Conclusion	12
Nos propositions	12
Harmoniser et simplifier l'AMU, dans l'intérêt de toutes les parties prenantes	12
Vignettes cliniques	13
Vignette clinique 1: difficultés liées à l'enquête sociale durant la période du confinement	13
Vignette clinique 2: conditions illégitimes dans le cadre de l'enquête sociale : refuser l'aide matérielle	14
Vignette clinique 3: accessibilité pour les personnes sans-abris	14
Vignette clinique 4: difficultés liées au transfert de compétence d'un CPAS à l'autre en cas de déménagement et instabilité de parcours de vie	15
Vignette clinique 5: difficultés liées à l'interprétariat et la continuité des soins	15
Vignette clinique 6: le libre choix du prestataire de soins. Des situations particulières dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive	16
Lexique d'abréviation	16
Bibliographie	17



Contexte

En Belgique, le droit à la santé pour les personnes en séjour irrégulier et certaines catégories de ressortissant.e.s européen.ne.s est garanti par la procédure d'**Aide Médicale Urgente (AMU)**. Ce droit, contrairement à ce que laisse sous-entendre sa dénomination, couvre **tous les soins de santé, préventifs et curatifs**, attestés par un médecin [1]. L'AMU est une compétence fédérale, coordonnée par le SPP Intégration Sociale et administrée par les CPAS.

La procédure AMU crée actuellement un accès incertain et variable aux soins pour les bénéficiaires. Les chiffres que nous pouvons obtenir du SPP IS, ainsi les estimations faites par le KCE [2], indiquent que seuls 10 à 20% des personnes en séjour irrégulier y ont recours. La procédure AMU, comme elle existe aujourd'hui, représente également une bureaucratie lourde et coûteuse pour les CPAS. Elle crée également des difficultés de gestion pour les prestataires de soins et les services socio-médicaux en raison des disparités des pratiques dans les différents CPAS. Pour les personnes qui n'arrivent pas à obtenir une prise en charge par le CPAS, les prestataires de soins sont régulièrement amenés à effectuer des prestations de soins non remboursées et font face à une surconsommation des services d'urgence et de dépannage. Ainsi, **simplifier la procédure AMU représenterait des gains pour toutes les parties prenantes**.

La crise COVID a démontré toute l'importance d'un accès rapide et fluide aux services de soins, en termes de prévention et de gestion de risques sanitaires, dans un intérêt de santé publique autant qu'individuelle, non seulement dans la lutte contre le COVID-19 mais bien évidemment aussi pour d'autres pathologies et soins.

De plus, améliorer l'accès aux soins représenterait un gain pour nos finances publiques. Les études en santé publique ont amplement démontré les bénéfices des approches préventives en santé. Il est évident que les traitements et hospitalisations en urgence sont souvent évitables et coûtent plus cher. Il en va de même pour le report de soins et les interruptions de traitement. Aujourd'hui, entre 65 et 70% des dépenses dans le cadre de l'AMU sont destinées à couvrir des frais d'hospitalisation (chiffres obtenus via le SPP IS). Un meilleur accès aux soins préventifs des bénéficiaires devrait donc permettre, à coût égal, une meilleure qualité de soins et un meilleur usage des services de santé.

Simplifier la procédure administrative permettra également un gain d'efficience, en libérant du temps pour les travailleurs et travailleuses des CPAS, les institutions de soins et socio-médicales qui pourraient ainsi réinvestir ce temps dans leur rôle social avec le public.

La Fédération des CPAS bruxellois, avec ses membres, a déjà accompli un travail d'harmonisation au niveau de la région bruxelloise dans l'accès aux soins et de sa couverture avec la "**liste des médicaments D**". La liste des médicaments D est un engagement d'une prise en charge par les CPAS sur fonds propres pour des médicaments non-remboursables par l'INAMI. Malheureusement, cette liste D harmonisée n'est pas appliquée de façon uniforme [3].

Le **gouvernement bruxellois [4]** et la **Fédération des CPAS bruxellois [5]** ont marqué leur volonté d'aller dans le sens d'une plus grande harmonisation. Aujourd'hui, **Médecins du Monde et le Projet Lama rejoints par une série d'acteurs associatifs** demandent de continuer les efforts en matière d'harmonisation de l'accès aux soins pour toute personne résidant en Région de Bruxelles-Capitale.

Les propositions que nous formulons dans ce document visent à faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires et à simplifier la procédure administrative tant pour les CPAS que les prestataires de soins, sans que cela ne représente un coût supplémentaire à charge des CPAS. D'ailleurs, plusieurs propositions sont déjà mises en pratique par certains CPAS.



Nos propositions couvrent trois axes de travail :

- 1. L'harmonisation et la simplification de la procédure administrative**
- 2. L'uniformisation et le partage des documents principaux**
- 3. L'harmonisation de la couverture des soins pour tou.te.s**

Les propositions que nous vous soumettons ici suivent également **les recommandations faites par le KCE [2]** suivant deux grandes lignes directrices : simplifier et harmoniser les procédures administratives et rationaliser l'accès aux soins de santé. Elles suivent également **les recommandations faites par la Fédération des CPAS bruxellois [5]** en 2019 sur l'harmonisation en matière de soins de santé.

Pour les personnes en séjour irrégulier, l'AMU représente le dernier lien avec une institution. Le droit à la santé est le dernier rempart contre l'exclusion et l'injustice sociale. En Espagne, une étude a prouvé une augmentation du taux de mortalité d'au moins 15% parmi les personnes en séjour irrégulier suite à la réforme de loi en 2012 limitant l'accès pour les personnes en séjour irrégulier aux soins dans les situations de danger de mort [6].

Nous vous invitons à montrer que Bruxelles peut mener une politique d'inclusion et de justice sociale par un accès réel et effectif aux soins de santé pour tou.te.s.

Une harmonisation de l'AMU vers le haut: une demande de tous les parties concernées

Avec tous les services que nous - monde associatif - représentons, nous sommes convaincus de la nécessité d'**harmoniser vers le haut les pratiques des CPAS** en matière d'accès aux soins de santé dans le respect de la dignité humaine. Aujourd'hui, les usager.e.s sont encore trop souvent noyé.e.s dans un dédale administratif et procédurier avec un accès incertain et variable.

Nous ne sommes pas seuls dans cette demande. Harmoniser les pratiques et politiques des CPAS en matière de soins de santé est demandé par la FAMGB (médecins), l'UPB (pharmaciens), les hôpitaux bruxellois, la COCOM, la Coordination des Sans-Papiers Belgique, la Fédération des CPAS bruxellois et le Parlement bruxellois.

Dans une enquête menée par le Bureau d'étude des sans-papiers en 2018 auprès de 230 personnes en séjour irrégulier à Bruxelles et en Wallonie, fréquentant les "occupations de sans-papiers" et des associations, il a été constaté qu'un tiers (76 personnes) "*ne connaissent pas le dispositif, soit ont peur de faire des démarches officielles (se cachent, ont peur de transferts d'informations du CPAS au fédéral), soit se font aider par un membre de la famille, ont recours à Médecin du Monde, à une Maison médicale, ... ou coincés parce que « la personne qui me loge ne veut pas que je m'inscrive au CPAS »*". Les autres personnes interrogées y révèlent également de nombreux problèmes administratifs dans l'accès à l'AMU. La Coordination en conclut qu'il faut mieux informer les personnes concernées de ce droit dans les langues des pays d'origine mais également qu'il faut "unifier" les pratiques des CPAS [7].

Les deux groupes de la recherche qualitative de l' « Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé : vers une harmonisation » [5] insistent également sur ce point :

« Les deux groupes ont exprimé leurs craintes d'une harmonisation, s'il fallait se calquer sur les CPAS qui octroient le moins de droits que le leur. Une harmonisation doit élever les droits des usagers par un nivellement vers le haut. Par ailleurs, une harmonisation des pratiques en interne est également nécessaire » (p108).

Les axes de travail proposés

1. Harmoniser et simplifier la procédure administrative

1.1 L'enquête sociale

1.1.1 Des pratiques diverses dans le traitement des demandes d'AMU

La période du confinement a modifié certaines pratiques des procédures administratives, notamment **l'enquête sociale que le CPAS est tenu de mener pour donner accès à l'AMU**. Pour plusieurs CPAS, une enquête sociale favorable a plus souvent donné suite à une prise en charge des soins plus complète et pour une plus longue durée.

Dans la plupart des CPAS, la procédure a été informatisée et a permis de déposer la demande par voie électronique. Pour certains services sociaux, cela a permis de mieux accompagner le demandeur ou la demandeuse à fournir les informations nécessaires dans le cadre de l'enquête sociale pour une aide médicale. Certaines données personnelles sont parfois récoltées dans le cadre de cette enquête, alors qu'elles ne sont pas exigées par le cadre légal régissant l'AMU, ne respectant pas le secret médical ou ne correspondant pas aux réalités des personnes en séjour irrégulier (information sur les études, le parcours migratoire, des détails sur le travail au noir ou documents prouvant les ressources propres, information détaillée sur le traitement à suivre etc.). Avec la procédure informatisée, les travailleurs et travailleuses sociaux (AS) du monde associatif ont pu veiller à un meilleur respect de la loi dans le cadre des enquêtes sociales (cf. vignette clinique 1 & 2).

Dépendant de la réalité quotidienne des services socio-médicaux, la procédure informatisée a été vécue comme une amélioration pour les uns, ou comme une charge de travail supplémentaire et difficilement gérable pour les autres. De manière générale, le secteur social-santé salue la flexibilité qui a été mise en place par certains CPAS ainsi que la possibilité de pouvoir suivre la procédure de manière plus soutenue via la procédure informatisée. Par contre, l'enquête sociale reste une compétence à charge des CPAS, cette tâche ne peut donc pas être déléguée entièrement au secteur associatif.

Une meilleure **collaboration entre prestataires de soins et assistants sociaux des CPAS** devrait être promue: un échange plus fluide des informations nécessaires dans le cadre d'une enquête sociale permet de simplifier la procédure.

Il est indispensable de **retravailler l'accueil et la coordination pour une meilleure accessibilité des services des CPAS**: adapter l'accueil et les échanges avec le CPAS aux réalités des demandeurs et demandeuses, la mise en place des **coordinations locales** ou encore **le travail en réseau** des différents services du CPAS (accueil, maraudes, cellules AMU, service facturation...) avec d'autres acteurs bas-seuil et de la première ligne.

Nous attirons également l'attention sur ce qu'appellent les participant.e.s à la recherche qualitative de l'enquête des pratiques des CPAS (p108) une « subjectivité dans l'institution » qui pourrait être améliorée par la mise en place d'une **cellule AMU, de réunions et des échanges entre les AS et de la formation continue** afin de s'aligner sur les meilleures pratiques dans le cadre de l'enquête sociale.

1.1.2 Définir les conditions d'accès à l'aide médicale urgente

Au vu des expériences durant la période du confinement citée ci-dessus, nous proposons de réfléchir à comment rationaliser la charge administrative. Il est par exemple possible de limiter les **enquêtes sociales à une fois par an** comme le SPP IS le propose dans le "Guide de l'enquête sociale dans les CPAS [8].

Trois recommandations ont été faites par les travailleurs et travailleuses des CPAS dans les deux groupes de la recherche qualitative de l'enquête des CPAS bruxellois [5] :

« 17. *Rencontres entre représentants des CPAS et service d'inspection, pour renforcer la cohérence.*

« 18. *Harmoniser les contrôles du SPP IS et les enquêtes sociales. Faire venir le SPP IS sur le terrain et les faire former les AS et autres services sur les mêmes consignes* » (p88).

« 9. *Harmoniser les pratiques d'analyse de l'état de précarité. Avant de prendre des mesures, il faut savoir à quelles problématiques elles doivent répondre, au niveau régional. Objectiver le système d'analyse de la précarité* » (p106).

Il est donc proposé de se baser sur les critères qu'exige la loi sur base des informations fournies par le SPP IS et son service d'inspection pour mettre en place une enquête sociale simplifiée et harmonisée. Là où il y a une confusion, il a été proposé de consulter le **SPP IS** pour obtenir plus de clarté sur les **conditions d'accès**.

Les éléments exigés par la législation sont les suivants [9] :

- « 1) *Données d'identification et situation de séjour : nom, prénom, NISS, nationalité, état civil, commune/lieu d'inscription obligatoire (code 207), lieu de résidence effective en Belgique, composition du ménage*
- 2) *Ressources et motif du séjour : ressources demandeur/demandeuse, ressources partenaire avec lequel le/la demandeur/demandeuse cohabite, ressources ascendant.e.t/descendant.e.s au premier degré avec lesquels le/la demandeur/demandeuse cohabite, motif du séjour*
- 3) *Statut au moment des soins médicaux*
- 4) *Assurabilité*
- 5) *Cautionnement*
- 6) *Rapport social sur l'indigence du demandeur* »

1.1.3 Les ressources insuffisantes, l'assurabilité et le cautionnement

Concernant la définition des **ressources et l'indigence**, nous voudrions inviter les CPAS à réévaluer la place précise des ressources et l'indigence du demandeur ou de la demandeuse dans le cadre d'une demande d'aide médicale. Une enquête sociale clarifiée, simplifiée et harmonisée permettrait également de mieux respecter le **délai légal de 30 jours** pendant lequel le CPAS doit donner une réponse aux éléments de l'enquête.

Nous proposons donc que les critères pour définir des ressources insuffisantes soient harmonisés dans tous les CPAS. Dans l'enquête sur les pratiques et politiques en soins de santé des CPAS bruxellois, nous constatons de nombreuses différences par rapport aux critères d'octroi.

Certains CPAS donnent la carte médicale ou de santé pour des personnes ayant des revenus inférieurs à x% du RI ou du ERI (allant de 0% à 150%). D'autres fonctionnent véritablement selon les lignes de conduite du CPAS et selon le dossier présenté au CSSS/CAS. Enfin, les dépenses du ménage sont analysées au regard des revenus pour ouvrir le droit. La difficulté est de savoir à partir de quel moment les dépenses sont



jugées trop importantes par rapport aux revenus (appréciation de l'état de besoin). Dans l'enquête des pratiques des CPAS, il a été proposé par le premier groupe de la recherche participative qu'un calcul harmonisé devrait être mis en place par les 19 CPAS.

Ne pas pouvoir définir exactement le niveau des ressources du demandeur ou de la demandeuse (par exemple le travail au noir) ne peut pas constituer un motif de refus de l'aide médicale. Avoir des ressources au-delà du seuil du RI (par le revenu d'un.e partenaire ou ascendant.e/descendant.e par exemple) peut seulement être un motif de refus de la prise en charge du ticket modérateur. Dans ce cas, l'Etat est toujours tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation, qui dépassent rapidement les 1000€/jour. A l'hôpital Saint-Pierre un jour d'hospitalisation classique est facturé au minimum 780€/jour, une hospitalisation en soins intensifs à minimum 1000€/jour. Rappelons également que 70% des dépenses AMU sont relatives aux hospitalisations.

Quand une personne demande l'AMU et que l'enquête sociale démontre la non-assurabilité (via la CAAMI), l'absence de caution/garant (via l'Office des Étrangers) et l'absence d'un revenu stable supérieur au revenu d'intégration d'un.e partenaire ou d'ascendant.e/descendant.e au premier degré avec lequel le demandeur ou la demandeuse cohabite (toute en tenant compte de la relation de dépendance qui peut s'avérer problématique dans certaines situations), il serait logique de considérer que la personne n'a pas les ressources suffisantes.

Il est important d'ajouter que le SPP IS dans le cadre de l'enquête sociale considère que « l'absence d'une pièce justificative ne signifie pas automatiquement que le CPAS ne sera pas subventionné. Le dossier peut contenir une explication logique qui clarifie la raison pour laquelle un certain document n'est pas obtenu ou des données ne sont pas connues. Le dossier social est toujours contrôlé dans sa totalité par le service inspection » [10].

1.1.4 Quelques exemples d'autres preuves et informations demandées

Dans le cadre de l'enquête sociale, nous constatons des pratiques diverses concernant les informations et documents demandés, parfois au sein d'un même CPAS. Vu l'exclusion et l'insécurité que vivent certaines personnes en séjour précaire, il est important d'adapter ces demandes aux réalités de ce public (cf. Vignette clinique 2).

La législation [9] prévoit d'étudier le « **motif de séjour** » du demandeur ou de la demandeuse d'AMU. Néanmoins, le motif de séjour ne peut représenter à lui seul une raison pour refuser d'octroyer l'AMU, comme le stipule un jugement du Tribunal d'Anvers du 1er octobre 2020. Le CPAS avait refusé de délivrer l'AMU à une famille en séjour irrégulier, invoquant le « tourisme médical ». Le Tribunal considère que « l'appréciation de l'existence d'une aide médicale urgente ne dépend pas du fait que la personne qui sollicite cette aide est venue en Belgique pour bénéficier de soins médicaux (meilleurs que ceux du pays d'origine) ; l'assistance médicale urgente ne peut être refusée parce que l'affection existait déjà avant que le demandeur ne vienne en Belgique ; il importe peu qu'il soit possible de retourner dans le pays d'origine ou dans un autre pays et d'y recevoir un traitement »[12].

Nous observons qu'il est parfois demandé de fournir une **preuve de séjour de 3 mois**, avec une annexe 19, pour pouvoir bénéficier d'une AMU. Les personnes en séjour irrégulier ou les citoyen.ne.s européen.ne.s ayant la qualité de demandeur ou demandeuse d'emploi, d'étudiant.e ou économiquement non-actif (famille incluse) peuvent bénéficier d'une AMU sans devoir prouver une présence sur le territoire de 3 mois ou plus.

En effet, la législation peut prêter à confusion: la Cour Constitutionnelle a rendu l'arrêt 95/2014 du 30 juin 2014 annulant partiellement l'interprétation de l'article 57 quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des

MÉDECINS D
ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ
डॉक्टर मंडे
γιατροί του



U MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN ME
DU DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団
ICINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄR
I ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界

CPAS. Il en ressort que les ressortissant.e.s européen.ne.s qui veulent s'installer de manière durable en Belgique ont droit à l'aide médicale urgente sans preuve de séjour de 3 mois. Seuls les "touristes européen.ne.s" n'ont en principe pas droit à l'aide médicale urgente durant les 3 premiers mois de leur séjour en Belgique.

Il n'y a donc aucune raison légale de demander une preuve de séjour de 3 mois dans le cadre d'une demande d'aide médicale urgente.

Nous constatons également que certains CPAS font signer un document de "**refus de l'aide matérielle**" aux familles avec enfants mineurs en séjour irrégulier. Encore une fois, la législation prête à confusion : les CPAS ont l'obligation d'informer les familles avec enfants mineurs en séjour irrégulier de la possibilité de faire appel à l'aide matérielle dans un centre de Fedasil (cf. maison de retour gérée par l'Office des étrangers) au moment où la famille fait une demande d'aide [13]. La signature de ce document ne peut pas être une condition pour accéder à l'AMU, créant ainsi un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins (Cf. vignette clinique 2).

1.2 Définir la territorialité: le contexte bruxellois

Le CPAS est également tenu de vérifier les conditions liées à la territorialité, c'est-à-dire de vérifier si le demandeur ou la demandeuse vit effectivement la plupart du temps sur le territoire de sa commune (ou encore : la commune où se trouve le centre principal de ses intérêts et attaches). C'est entre autres dans ce cadre que le CPAS effectue généralement une **visite à domicile**.

Ici aussi, la période du confinement nous a montré qu'il est possible d'être plus flexible concernant les visites domiciliaires. De manière générale, la condition de la territorialité constitue une charge de travail particulièrement pesante dans la région de Bruxelles, où les territoires des 19 communes sont étroitement connectés. Définir la compétence géographique est encore plus compliqué aux alentours de certains points d'attraction comme les grandes gares de trains qui entrecroisent plusieurs territoires communaux où nous sommes parfois témoins de personnes qui sont renvoyées d'un CPAS à l'autre (Cf. vignette clinique 3).

La « mobilité » des personnes en situation de précarité, et particulièrement les personnes en séjour irrégulier, est importante, notamment en raison du mal logement et du sans-abrisme (logements insalubres, surpeuplés, l'hébergement aléatoire par des personnes solidaires, centres d'accueil, sans-abris...). **Le mal logement ne devrait pas être un frein à l'octroi de l'AMU mais bien un critère de précarité évident.**

Selon une étude de Médecins du Monde [14] dans 7 pays européens, dont la Belgique, sur les 29.359 personnes rencontrées, seuls 21,4% d'entre elles vivaient dans un logement personnel. Les 78,6% autres vivaient dans la rue, dans des logements précaires, des centres d'hébergement d'urgence... Au "centre d'accueil, de soins et d'orientation" (CASO) de Médecin du Monde à Bruxelles seulement 6.4% des patient.e.s rencontré.e.s durant la période 2019-2020 ont leur logement personnel. 40% se retrouvent à la rue, dans un squat, un campement et/ou font appel aux hébergements d'urgence. Les autres personnes rencontrées dorment dans un "habitat précaire ou instable" (selon la typologie Ethos) chez la famille ou des ami.e.s ou les personnes sont hébergées temporairement par une organisme ou association. L'asbl Athéna, centre de dépannage de médecine générale, constate que 68% des personnes rencontrées sans accès aux soins sont sans domicile fixe [15].

L'utilisation de "l'incompétence territoriale" comme critère de refus auprès des personnes sans domicile fixe va à l'encontre, des principes de base concernant l'aide sociale et médicale aux sans-abris ; ceux-ci étant déjà dans une insécurité de logement et de vie. Par ailleurs, les « preuves » demandées aux hébergeurs et

hébergeuses (attestation des revenus, extraits de compte, contrat de bail, copie de titre de séjour) mettent à mal la solidarité des personnes et renforcent le sentiment d'insécurité vis-à-vis des institutions d'aide aux plus démunis.

Concernant l'aspect de la visite à domicile, le SPP IS [10] spécifie que « *Pour l'intervention dans les frais médicaux, le CPAS évalue de manière indépendante si une visite à domicile est nécessaire et utile dans le contexte individuel. Une visite à domicile n'est donc pas obligatoire pour une intervention dans les frais médicaux* » (p17).

En effet, le service d'inspection du SPP IS confirme qu'il n'y a pas de refus de remboursement pour les frais médicaux sur base du principe de territorialité et/ou l'impossibilité de faire une visite à domicile. Les rapports d'inspection du SPP IS des dernières années, disponibles sur le site [Inspection | SPP Intégration Sociale \(mis.be\)](https://inspection.spp.integrationsociale.mis.be), se focalisent principalement sur les critères d'assurabilité, de cautionnement, d'indigence, l'attestation d'aide médicale urgente ou la gestion de la facturation. S'il y a un doute sur la compétence territoriale (par exemple deux CPAS qui auraient pris en charge un même bénéficiaire) l'inspection le met en "remarque" et ne réclame pas de remboursement des frais auprès du CPAS. Ce qui importe au SPP IS, c'est qu'il n'y a pas de double facturation et que les dossiers des ayants-droits restent centralisés auprès d'un seul CPAS compétent.

C'est pourquoi nous proposons que la visite à domicile ne soit plus obligatoire pour les personnes qui n'ont pas de domicile stable. Cette visite s'avère également problématique dans le cadre d'une demande de prise en charge qui concerne la santé sexuelle et reproductive du demandeur ou de la demandeuse : avoir recours à une IVG ou une contraception continue d'être un tabou au sein de certains lieux de vie. Pour ces catégories de personnes, nous proposons une déclaration sur l'honneur, une attestation d'un service de quartier ou encore d'utiliser des preuves comme des tickets de caisse des commerçants de quartier, des photos, etc. Cette proposition est validée (oralement mais également dans ses pratiques de contrôles des dernières années) par l'inspection du SPP IS.

Suite à la mobilité des publics les plus précaires, nous voulons également rappeler les multiples difficultés que rencontrent les personnes qui déménagent d'une commune à une autre et qui doivent donc être transférées **d'un CPAS à l'autre** (Cf. vignette clinique 4, p14). Dans ce sens, le premier groupe de la recherche qualitative de l'enquête sur les pratiques des CPAS [5] propose une transition plus fluide :

« 4. *En cas de déménagement, prise en charge aux conditions de l'ancien CPAS le temps que la personne puisse s'habituer aux procédures du nouveau CPAS (pas d'interruptions de soins, par exemple qu'un CPAS prend en charge les frais de psychologues, et s'il faut l'accord du Comité du nouveau CPAS, entre les deux, la personne peut continuer à aller chez le psychologue)*

8. *Même procédure d'arrêt de la carte médicale de Mediprima pour tous les CPAS. Dans certains CPAS, il faut attendre l'accord du Comité, dans d'autres cela peut se faire tout de suite* » (p87).

1.3 L'attestation d'aide médicale urgente: la durée de l'enquête vs. les urgences médicales

La troisième condition pour l'attribution de l'AMU est que le besoin de soins médicaux urgents soit certifié par un médecin généraliste ou un dentiste par une **attestation ou certificat médical d'AMU (AAMU)**.

Nous proposons de permettre aux personnes d'acter une demande d'aide médicale auprès du CPAS compétent en l'absence d'un épisode de maladie pour que le CPAS puisse acter un **accord de principe d'un**



an suite à une enquête sociale favorable. L'AAMU ne sera donc plus nécessaire pour obtenir un accord de principe à l'aide médicale urgente. Quand survient un épisode de maladie, la personne pourrait dans ce cas déjà avoir accès un médecin traitant qui pourrait à ce moment la remplir l'AAMU et activer l'accès à l'AMU.

Nous proposons le même principe au moment où une personne introduit sa demande d'AMU : pendant que l'enquête sociale court, certains CPAS donnent déjà accès aux soins de première ligne et des soins spécifiques urgents avec une prise en charge et une "carte" temporaire. Ceci permettra d'éviter des retards dans la délivrance des soins de santé au moment du besoin, de réduire le nombre de personnes se rendant directement aux urgences et d'intervenir sur les problèmes de santé avant qu'ils ne deviennent sévères, avec un impact sur le coût du traitement.

2. Uniformiser et partager les documents principaux

Le SPP IS propose un modèle d'**attestation médicale AMU (AAMU)** sur son site ([retrouvez-le ici](#)). Le certificat doit préciser le type de soins nécessaires (consultation de médecine générale, consultation de spécialiste, kinésithérapie, examen médical, ...) ainsi que le traitement médicamenteux éventuel.

Actuellement, chaque CPAS possède son propre modèle. De plus, certains CPAS refusent que l'AAMU soit remplie par un médecin non conventionné par le CPAS (loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient qui stipule que le patient a le droit de choisir son prestataire de soins) ou demandent des informations qui ne respectent pas le secret médical (cela contrevient à la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient et au respect de sa vie privée). Dans la pratique, cela représente de multiples allers-retours entre prestataires de soins et CPAS avant que la demande de l'AMU ne puisse être actée avec un accusé de réception. Cela engendre des frais de consultations supplémentaires, une charge administrative inutile et des retards dans l'accès aux soins.

Afin d'aider les prestataires de soins et bénéficiaires à se retrouver dans les différents types de certificat médical AMU des différents CPAS bruxellois, nous proposons l'utilisation d'**un modèle unique de l'attestation médicale AMU (AAMU)**. En effet, un CPAS ne peut pas refuser une demande d'AMU sur base du simple fait que le demandeur n'a pas utilisé le modèle du CPAS concerné. Ce qui importe est que les informations nécessaires soient attestées par un médecin.

L'**enquête sociale**, comme proposé ci-dessus, peut également être facilitée et rendue plus transparente avec des documents expliquant les conditions d'accès clair, la procédure à suivre, les droits octroyés et une liste des documents et informations nécessaires, adaptée aux réalités des personnes en séjour irrégulier. Beaucoup de personnes en séjour irrégulier ne possèdent pas de fiches de paie, de contrats de bail, d'une carte d'identité etc. Donner l'impression qu'il est obligatoire de les fournir pour accéder l'AMU pousse certaines personnes à abandonner les démarches avant même de les avoir entamées, ce qui les emmènera vers les services d'urgence et de dépannage, au moment où la pathologie s'est déjà complexifiée, engendrant *in fine* une augmentation des coûts.

Nous proposons un modèle unique de **carte médicale temporaire** donnant accès à des soins de première ligne, en attendant l'aboutissement de l'enquête sociale, et pour une **carte médicale d'une validité d'un an** après une réponse favorable à l'enquête sociale du Comité spécial du Service social.

Le premier groupe de la recherche qualitative de l'enquête sur les pratiques des CPAS [5] propose plus de clarté dans la procédure par une

« 5. Liste de ‘qui fait quoi’ des CPAS (pas le helpdesk, mais bien les AS, les services de facturation, etc.) sur un site internet mis à jour. Cela évite la lourdeur administrative et les démarches inutiles par les AS.

6. Des documents d’information aux usagers, avec des images, des schémas, les heures d’ouverture, etc.

7. Harmoniser les documents administratifs (même attestation AMU, réquisitoires, cartes médicales –et leurs couleurs-, etc.) et les mettre sur un site internet » (p87).

Le deuxième groupe de la recherche qualitative [5] va dans le même sens :

« 2. Harmoniser l’accès aux soins de santé par rapport aux réquisitoires et aux cartes santé. Avoir des règles claires et uniformes pour que tout le monde travaille de la même manière notamment dans les mois que couvrent la carte médicale et sur le type de cartes médicales données.

3. Instaurer une attestation d’aide médicale urgente commune pour tous les CPAS.

4. Permettre aux AS de pré-remplir les attestations d’aide médicale urgente, avant le rendez-vous chez le médecin. Certaines données sont manquantes lorsque c’est le médecin qui complète le document » (p106).

Tous les documents mentionnés ci-dessus, c’est-à-dire l’AMU, les informations demandées dans le cadre de l’enquête sociale, les deux types de carte médicale ainsi que toutes informations utiles concernant la procédure – dans différentes langues et avec images – pourraient être **publiés sur les sites du CPAS** afin de rendre l’information accessible, d’éviter la confusion et des allers-retours inutiles par et pour les personnes concernées et les acteurs médico-sociaux qui sont en contact avec le public.

Afin de faciliter la compréhension de la procédure et les droits liés à l’AMU, nous voudrions également insister sur l’**importance des interprètes** dans les contacts avec le CPAS et les prestataires de soins (Cf. Vignette clinique 5). Plus que pour d’autres domaines de la vie, il est important que la personne soit en capacité de s’exprimer et de comprendre les explications, sa pathologie et son plan de traitement tout en respectant le secret médical et la dignité de la personne.

3. Harmoniser la couverture des soins pour tou.te.s

Certains CPAS délivrent une **carte médicale temporaire individualisée dès l’introduction de la demande** ; ainsi les soins de santé primaires sont couverts pendant l’enquête sociale avec une carte temporaire pour des soins de première ligne, et des urgences médicales comme dans le cadre d’une IVG ou hospitalisation urgente. Cette bonne pratique évite que les pathologies ne se complexifient et engendrent donc une augmentation des frais de soins.

Le SPP IS exige que l’enquête sociale soit effectuée une fois par an. Il est donc possible d’octroyer une **carte valable 1 an** en cas d’enquête sociale favorable donnant un accès direct à **tous les soins aux tarifs INAMI** et attesté par le médecin traitant, entre autres par l’**ouverture systématique du dossier dans le logiciel Mediprima**. Une validité plus longue de l’AMU est importante pour garantir la continuité des soins pour des patient.e.s avec des pathologies chroniques et diminue le charge de travail des AS des CPAS et services socio-médicaux (Cf. vignette clinique 5). Pour les soins non-remboursés par l’INAMI, une demande avec un AAMU peut être déposée au CSSS du CPAS compétent. Ce fonctionnement permettrait une prise en charge plus rapide et plus simple et allégerait considérablement la charge administrative des CPAS (ceci est déjà pratiqué par certains CPAS).

Dans l'enquête des pratiques des CPAS en matière de santé plusieurs éléments abordé ici ont déjà été proposé. Le premier groupe de la recherche qualitative propose [5] par exemple :

« 2. *Après l'état de besoin démontré, accès aux soins de base automatique pour tous (médecins généralistes, spécialistes tels que les cardiologues, etc.).*

3. *Faire une liste de suppléments des hôpitaux qui sont pris en charge sur fonds propres automatiquement par les CPAS (exemple : thermomètre, etc.).*

9. *Ouvrir l'aide à tous les hôpitaux IRIS et non IRIS, pour autant que ce soit au tarif INAMI.*

11. *Mettre des médecins spécialistes sur les cartes médicales/santé délivrées aux usagers (pour les CPAS qui ne le font pas) : élargir la carte médicale à tous les soins liés à la consultation.*

12. *Harmoniser les délais de délivrance des réquisitoires (le plus rapidement possible).*

13. *Une délégation pour la signature du réquisitoire ou de la carte médicale dans tous les CPAS » (p87).*

En attendant le résultat de l'enquête sociale, la personne devrait pouvoir accéder aux soins de base et urgents avec une carte médicale temporaire, comme c'est déjà pratiqué par certains CPAS. Aussi l'obtention de certains médicaments de première nécessité ou de substitution devraient être prise en charge ou remboursés.

Pour les bénéficiaires qui déménagent vers une autre commune, la continuité des soins devrait être garantie sur base de l'accès octroyé au dernier CPAS en attendant le transfert du dossier, comme il a été proposé dans l'enquête des pratiques des CPAS (p87).

Comme mentionné ci-dessus, un accord de principe de prise en charge peut être délivré **en l'absence d'épisodes de maladie** après un enquête sociale favorable avec un accès à la première ligne qui activerait l'AMU avec une AAMU au moment qu'un épisode de maladie survient. La carte médicale donnant accès à la 2^{ème} ligne pourrait ainsi être délivrée rapidement au moment où des soins sont nécessaires.

Le **libre choix du prestataire de soin** est garanti par la loi, mais nous constatons qu'il serait utile de pouvoir accéder à une liste régulièrement mise à jour (médecins, dentistes, pharmaciens, maisons médicales, centres de plannings familiaux, services infirmiers et sages-femmes) pour les personnes qui ne savent pas où aller. Idéalement cette liste couvrira toute la région bruxelloise et mentionnera également les langues parlées par ces prestataires de soins afin de faciliter la communication et le suivi des soins (Cf. Vignette clinique 5 & 6).

Nous tenons à attirer une attention particulière pour les consultations de santé sexuelle et reproductive et les tabous qui règnent encore autour de la contraception, de l'IVG, du dépistage IST.... Le respect du libre choix du prestataire ainsi que du secret médical sont d'autant plus importants dans ces situations ci (Cf. Vignette clinique 6).

Une prise en charge par la CAAMI via le système Mediprima devrait être généralisée. Les participant.e.s à la recherche qualitative de l'enquête des pratiques des CPAS [5] demandent que le système Mediprima soit ouvert aux médecins et pharmaciens, comme cela a été prévu par le SPP IS, mais qui n'est toujours pas mis en œuvre. Ce système devrait être généralisé pour tous les prestataires de soins. Ceci permettrait également de diminuer la charge administrative des CPAS et pourrait accélérer les remboursements de factures. Dans ce sens, le KCE suggère en attendant l'élargissement du système Mediprima que les prestataires de soins extrahospitaliers puissent envoyer leurs factures sous format papier à la CAAMI.

Pour clore ce volet, nous voudrions mettre en avant une bonne pratique mise en place par les CPAS bruxellois: la prise en charge de médicaments de la “**liste des médicaments D**” sur fonds propre pour les personnes qui ont droit à une aide médicale du CPAS. Cela concerne des médicaments régulièrement prescrits par des médecins mais qui n’ont pas de remboursement via l’INAMI.

Sur le terrain, nous constatons que différents CPAS n’octroient pas ou partiellement cette aide dans le cadre d’une aide médicale urgente. Pour des patient.e.s bénéficiant d’une AMU, cela veut souvent dire qu’ils et elles n’auront pas accès à des soins élémentaires faute de moyens pour l’achat de ces médicaments de base. Un médecin généraliste a fait une étude sur le sujet ; il y apparaît que pour un simple paracétamol, faisant partie de la liste des médicaments D, le prix à charge du bénéficiaire peut varier de 0€, 0.50€, 1€ ou 10.88€ selon le CPAS auquel il est rattaché [3].

Nous proposons donc une prise en charge complète des médicaments de la liste D pour tou.te.s les bénéficiaires de l’AMU sans discrimination du lieu de résidence.

Nous aimerions également proposer qu’une prise en charge puisse être considérée par les CPAS pour d’autres médicaments que ceux qui figurent sur la liste D si la nécessité en est motivée par un médecin.

Conclusion

Nos propositions

1. L’harmonisation et la simplification de la procédure administrative

- Rationaliser la charge administrative de l’enquête sociale : accueil, 1fois/an, accusé de réception, documents/informations à fournir, définition commun de l’indigence
- Développer une politique commune sur la territorialité
- L’attestation de l’aide médicale urgente (AAMU): une prise en charge plus rapide (accord de principe + accès limité durant l’enquête)

2. L’uniformisation et le partage des documents principaux

- Uniformiser les documents (AAMU, carte AMU d’un an, carte médicale temporaire et un descriptif de l’enquête sociale)
- Partager et publier les informations (contact, procédure, interprétariat/documents en différentes langues...)

3. L’harmonisation de la couverture des soins

- Une carte AMU d’un an avec ouverture complet (nomenclature INAMI + ouverture Mediprima)
- Liste des prestataires de soins commun qui couvre tout le territoire bruxellois
- Harmoniser et appliquer la liste des médicaments D dans le cadre de l’AMU

Harmoniser et simplifier l’AMU, dans l’intérêt de toutes les parties prenantes

Nous sommes convaincus que c’est maintenant ou jamais: mettons-nous autour de la table pour réunir les éléments d’une réforme de simplification et d’harmonisation des pratiques au niveau des CPAS Bruxellois.

Jamais auparavant la déclaration politique du Gouvernement Bruxellois n’avaient été aussi claire sur les enjeux de l’accessibilité aux soins de santé pour tou.te.s [4]. L’étude de la Fédération des CPAS bruxellois nous fournit des pistes de réforme avec la perspective des travailleurs et travailleuses des CPAS [5]. Cette note tente d’intégrer ces propositions avec celles des acteurs associatifs.

Les conséquences sanitaires et sociales de la crise Covid-19 nous invitent également et urgemment à faire de la réforme AMU un véritable outil pour réduire le non-recours, le nonaccès aux services ou le report de soins, dans un intérêt global de santé publique, d'inclusion et de justice sociales.

Au vu de tous ces éléments, nous sommes convaincus que c'est un momentum politique dont nous devons collectivement nous saisir.

La perspective du "Plan Social Santé Intégré" et le développement de "l'approche quartier" dans la réorganisation des soins de santé sur les territoires bruxellois feront, nous en sommes convaincus, des CPAS des acteurs clés de ces dispositifs au centre des politiques d'accessibilité.

En conclusion, nous souhaitons attirer votre attention sur le fait que Médecins du Monde et le Projet Lama, comme d'autres acteurs du social-santé, rassemblés au sein de la Plateforme 05 et d'autres Fédérations, sont prêts à s'investir dans un processus de co-construction, de réflexion et de soutien de cette entreprise. C'est un chantier ambitieux dont les CPAS seront les principaux maîtres d'œuvre. C'est avec eux que nous devons consolider l'exercice du droit à la santé des publics en situation de vulnérabilité.

Vignettes cliniques

Les vignettes cliniques dans ce document ont été récoltées auprès de certains de nos services et partenaires actifs sur le terrain bruxellois. Elles ne relèvent pas des situations exceptionnelles mais illustrent des vécus récurrents.

Vignette clinique 1: difficultés liées à l'enquête sociale durant la période du confinement

Manuel est venu en Belgique avec un visa touristique. Les vols étant suspendus à cause de la crise sanitaire, Manuel n'a pas pu rentrer chez lui en Colombie. Il est venu au centre Athéna le 22.04.2020. Au niveau médical, il avait un abcès cutané crânien pour lequel il avait reçu des premiers soins dans un hôpital privé bruxellois.

L'hôpital n'avait amorcé aucune demande d'aide médicale urgente et avait refusé de faire les soins post-urgence en raison de l'absence d'assurance et de carte médicale. Il y a eu un jeu de ping-pong entre différents hôpitaux : un autre hôpital public refusait de prendre Manuel en charge car en toute logique, le premier hôpital aurait dû assumer le suivi.

Manuel s'est rendu, par lui-même, au CPAS afin de faire une demande AMU sur base de l'adresse de son ami qui l'hébergeait mais s'est retrouvé devant un CPAS portes closes. Une fois la demande d'AMU lancée via le service social du centre Athéna, nous avons été confrontés à diverses difficultés :

Il nous a été demandé d'envoyer une procuration du patient pour autoriser notre service social à faire les démarches pour Manuel (CPAS fermé, donc pas le choix) ;

Notre service était chargé de faire l'enquête sociale qui est une responsabilité qui incombe au CPAS ;

Le CPAS demandait des documents qui ne concernait pas le patient mais son hébergeur (donc n'apporte aucune information sur la situation individuelle du patient) ;

Enfin la communication se faisait uniquement par email ce qui rendait la procédure lourde et difficile.

La carte médicale a été délivrée le 05.06.2021.

Vignette clinique 2: conditions illégitimes dans le cadre de l'enquête sociale : refuser l'aide matérielle

Samenlevingsopbouw Brussel/projet Meeting a accompagné un jeune couple, Yasmina et Ilias, qui venait de donner naissance à un fils. La grossesse et l'accouchement ayant été difficiles, Ilias a décidé de faire une demande d'AMU auprès du CPAS. Ilias avait déjà des idées préconçues négatives sur l'accès à l'AMU, il n'avait pas une grande confiance dans la procédure et, au début, il voulait seulement faire une demande d'aide médicale pour Yasmina et leurs nouveau-né. Si tout se passait bien, il comptait le demander pour lui-même.

Après sa demande, il est revenu à Meeting avec un document concis du CPAS lui indiquant d'une part la possibilité d'une aide matérielle en vertu de l'arrêté royal de juin 2004 et d'autre part, lui demandant d'accepter ou de refuser cette aide matérielle. Le personnel du CPAS lui avait dit qu'il devait signer ce document afin d'obtenir une carte médicale via l'AMU. On lui avait remis ce document sans autre explication, avec le message de le lire chez lui. Le mot "retour" dans le document a alarmé Ilias, il était prêt à tout arrêter et à laisser tomber sa demande AMU, disant qu'il trouverait une solution, d'une ou autre manière, pour payer les factures que le couple avait reçues dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement avec complications. Meeting a dû expliquer plusieurs fois à Ilias que le CPAS n'est pas autorisé à lui demander de signer un document de refus dans le cadre du décret royal 2004, ce n'est pas une condition d'accès à l'AMU. Ilias n'a pas signé le document et, au bout d'un mois environ, il a reçu une décision positive du CPAS lui accordant l'AMU.

Ce cas illustre le fait que les pratiques de certains CPAS ajoutant des conditions supplémentaires à l'accès à l'AMU créent une tendance à renoncer à l'aide médicale.

Vignette clinique 3: accessibilité pour les personnes sans-abris

Arthur est un Géorgien d'une quarantaine d'années. Il est en Belgique depuis 4 ans, il n'a pas de statut de séjour régulier suite à une demande d'asile débouté. Monsieur est accompagné par ARTHA pour ouvrir une AMU afin qu'il puisse accéder à son traitement de substitution. Arthur étant sans domicile fixe, l'équipe l'a rencontré à différents endroits de la ville.

Nous l'avons emmené voir un médecin pour remplir une attestation d'aide médicale urgente. En temps de COVID, la suite de la démarche se déroule par email. La demande d'AMU est envoyée au CPAS par mail. Après plusieurs jours, nous recevons un mail d'un AS du CPAS qui demande l'adresse exacte du demandeur. Nous rappelons qu'Arthur est SDF et que, par définition, aucune adresse ne peut lui être attribuée. L'AS insiste pour avoir un nom de rue où monsieur ferait la manche. Après concertation avec Arthur, nous fournissons un nom de rue. Malheureusement, on nous informe que cette rue n'est pas dans la juridiction du CPAS et on nous invite à prendre contact avec une des antennes. Un délai de 10 jours s'est déjà écoulé depuis le premier mail. Nous envoyons un mail à cette antenne qui nous demande à nouveau cette adresse. Nous réexpliquons la situation d'Arthur à l'antenne et fournissons à nouveau le même nom de rue.

L'antenne nous indique que c'est au CPAS où la demande a été déposée en premier lieu que nous devons faire la demande.

La situation étant trop compliquée, nous faisons le pari d'appeler un AS du CPAS avec lequel nous avons un bon contact et lui expliquons la situation. Il nous invite à refaire une demande à l'adresse générale du CPAS en mettant une adresse fictive étant sous la juridiction de ce CPAS.



La procédure est lancée pour une troisième fois. Ce qui implique ensuite de répondre à l'enquête sociale. Malheureusement l'AS avec qui nous sommes en contact part en congé et nous n'avons pas la date de réunion du comité. Après deux semaines, nous relançons le CPAS pour avoir des nouvelles de la demande d'Arthur. Nous restons sans réponse et une semaine après nous recevons la carte médicale. Il aura fallu un total de 6 semaines pour réussir à faire la carte santé de monsieur qui pendant ce temps-là n'a pas accès à son traitement.

Vignette clinique 4: difficultés liées au transfert de compétence d'un CPAS à l'autre en cas de déménagement et instabilité de parcours de vie

Le suivi d'Anna par le CASO de Médecins du Monde a débuté durant l'été 2020. Anna est ressortissante de l'Union européenne et présente en Belgique depuis plusieurs années. Elle est sans titre de séjour mais ayant droit à la libre circulation en tant qu'européenne n'étant plus considérée comme touriste. Elle est avec ses enfants dont un ayant un handicap. Le père des enfants est Belge, en situation précaire. Il y a eu un blocage administratif pour la reconnaissance paternelle dû au divorce en cours d'Anna, d'une précédente union. La famille est d'abord hébergée en Flandre avec le père biologique des enfants. Anna y bénéficiait d'une AMU.

Suite à des violences conjugales et intrafamiliales, Anna a quitté le père pour venir avec les enfants à Bruxelles. Anna est hébergée comme famille monoparentale dans un dispositif d'hébergement d'urgence. Anna est sans ressources. Elle est toujours accompagnée par ses enfants lors des consultations.

Le blocage AMU de cette situation relève d'une incompétence territoriale d'un CPAS bruxellois dû à une erreur du CPAS situé en Flandre. Ce dernier continuait à prolonger la carte médicale d'Anna alors qu'elle n'était plus sur leur territoire malgré les échanges d'informations. Le CPAS bruxellois a été bloqué pendant plusieurs mois sans pouvoir délivrer de carte médicale à la famille.

Conséquences de notre suivi psycho-médicosocial, sans carte médicale bruxelloise : famille difficilement orientable à Bruxelles (pas de psychologue/psychiatre pour la dépression/anxiété/assuétude/prise en charge suite aux violences conjugales et intrafamiliales d'Anna avec nécessité d'un suivi de traitement ; pas de maison médicale et/ou médecin traitant pour les mêmes problématiques ainsi que la prise en charge des enfants ; pas de consultations spécialistes tant pour Anna que pour les enfants ; pas de prise en charge adéquate pour l'enfant ayant un handicap non diagnostiqué et donc pas d'orientation possible vers des centres spécialisés, etc...).

Une fois que le CPAS situé en Flandre a cessé de prolonger la carte, le CPAS bruxellois a pu devenir compétent et délivrer la carte médicale à la famille. Peu de temps après, Anna a quitté Bruxelles. Il est fort probable que la famille a dû relancer des démarches auprès d'un prochain CPAS avec une nouvelle rupture d'accès aux soins comme conséquence.

Vignette clinique 5: difficultés liées à l'interprétariat et la continuité des soins

Salah, Soudanais d'une cinquantaine d'années, en situation irrégulière et sans-abris à Bruxelles, s'est présenté en consultation médicale au Hub Humanitaire en 2020. Il présentait une plaie infectée ne cicatrisant pas depuis quatre mois, située au niveau du pli de l'aîne.

Salah s'exprimant essentiellement en arabe, n'avait alors pas réussi jusque-là à se faire comprendre à cause de la barrière linguistique. Il avait un suivi en cours à l'hôpital en chirurgie générale, sans accès aux soins effectif. L'hôpital n'effectue que des soins de plaies, sans arriver à poser un diagnostic.

L'équipe médico-sociale du Hub Humanitaire lance avec l'accord de Salah les démarches d'AMU, afin qu'il puisse avoir accès aux examens médicaux. Cependant, le médecin traitant indiqué sur sa carte santé du CPAS n'exerçait plus : il a donc fallu faire une demande de changement auprès du CPAS. A priori, il s'agissait d'un dysfonctionnement dans leur listing. Salah ayant attendu un mois que son AMU soit prête, a dû de nouveau attendre le changement de médecin traitant sur cette même AMU. Le second médecin désigné ne parlait pas la langue du bénéficiaire et ne travaillait pas avec un service d'interprétariat. Il s'avère que peu de médecins désignés par le CPAS le fassent.

Lors de ses visites au Hub Humanitaire, la présence d'un interprète en consultation était systématiquement demandée par Salah. Nous pouvions ainsi récolter un maximum d'informations permettant de rédiger des rapports complets à destination de l'hôpital. Nous avons dû nous substituer au rôle du médecin traitant. Il s'est avéré que Salah a été diagnostiqué pour une tuberculose ganglionnaire et il a été rapidement pris en charge par le Fond des Affections Respiratoire (FARES) à Bruxelles. L'équipe du FARES a proposé à Salah l'accès à un hébergement le temps du traitement, via l'ONG Action Damien. Un pilulier a été mis à sa disposition et une explication détaillée dans sa langue maternelle a été effectuée par le FARES. Sans la mise à disposition gratuite du traitement par le FARES, il aurait été impossible pour Salah d'avoir un accès aux soins et aux traitements adaptés à sa pathologie. Le traitement a duré dix mois avec une AMU qui expirait tous les trois mois. La longue prise en charge des soins de santé de Salah a pu être effective grâce à l'accompagnement réalisés par les acteurs de terrains sensibilisés à ce public spécifique, tels que le FARES, les services d'interprétariat ainsi que l'équipe médico-sociale du Hub Humanitaire.

Vignette clinique 6: le libre choix du prestataire de soins. Des situations particulières dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive

Anissa souhaite réaliser une IVG dans un centre de planning familial dans une commune autre que son lieu de résidence. Elle introduit une AAMU auprès du CPAS de son lieu de résidence. Le CPAS lui signifie un refus de prise en charge, en l'orientant, sous la pression – morale –, vers un centre de planning familial de sa commune. Le juriste du centre de planning familial choisi par Anissa prend contact avec le CPAS compétent qui semble plutôt motivé par le fait d'avoir une routine administrative mieux huilée avec le centre de planning familial de sa commune. Anissa, désirant avant tout tourner la page et surtout ne pas "faire de vagues", l'affaire en est restée là. Il faut en effet être costaud pour aller exposer au Tribunal sa volonté d'avorter et défendre son droit à le faire auprès du prestataire de son choix avec des reports de soins comme conséquence... Le centre de planning familial choisi par Anissa a réalisé l'IVG sans prise en charge par le CPAS compétent.

Lexique d'abréviation

AMU	Aide Médicale Urgente
AAMU	Attestation Aide Médicale Urgente
AS	Assistant.e social.e
SPP IS	Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CSSS	Comité sociale du Service social
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

Bibliographie

- [1] [LOI - WET \(fgov.be\)](#), 14 JUILLET 2005. - Circulaire. - Aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays
- [2] Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), [Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? – Synthèse \(fgov.be\)](#), 2015
- [3] Willocx S., “Hoeveel kost een paracetamol? Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?”, KU Leuven, 2019
- [4] [RBC_20190718_FR.docx \(parlement.brussels\)](#), “Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune”, p33-34,
- [5] Fédération des CPAS bruxellois, Brulocalis, Association ville et communes de Bruxelles, [La Fédération des CPAS Bruxellois veut simplifier et renforcer l'accès aux soins de santé des personnes émergeant aux CPAS \(brulocalis.brussels\)](#), Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé : vers une harmonisation ?, septembre 2019
- [6] Juanmarti A., Lopez-Casasnovas G., Vall J., The deadly effects of losing health insurance. CRES-OPF Working Paper #201804-104. Universitat Pompeu Fabra; 2018
- [7] Bureau d'étude des Sans-Papiers (BESP), [Enquête-BESP.pdf \(sanspapiers.be\)](#), “Enquête sur la situation des sans-papiers. Recommandations pour les élections communales 2018.”, 2018
- [8] [Guide de l'enquête sociale dans les CPAS | SPP Intégration Sociale \(mi-is.be\)](#)
- [9] [LOI - WET \(fgov.be\)](#) ou [Staatsblad Moniteur \(fgov.be\)](#)
[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&triedd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&triedd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F)
- [10] SPP IS, [Aide médicale \(urgente\) | SPP Intégration Sociale \(mi-is.be\)](#), Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995 – mise à jour janvier 2021, p18
- [11] Lorand S., “Aide Médicale Urgente et frais hospitaliers, quand la précarité est pénalisée. Analyse des refus de prise en charge des frais d'hospitalisation de patients en séjour illégal soignés au sein du CHU Saint-Pierre, année 2018”, ULB, 2019
- [12] [OCMW Antwerpen veroordeeld tot toekenning dringende medische hulp aan kind met diabetes | Agentschap Integratie en Inburgering \(agii.be\)](#), <https://www.agii.be/nieuws/ocmw-antwerpen-veroordeeld-tot-toekenning-dringende-medische-hulp-aan-kind-met-diabetes>, 16 décembre 2020
- [13] [Obligations des C.P.A.S. en matière d'aide médicale urgente - Terralaboris asbl & https://www.agii.be/sites/default/files/bestanden/omzendbrieven%20en%20instructies/omzendbrief_ter_vervan_ging_van_omzendbrief_16_augustus_04_over_kb2004_20061121.pdf](#)
- [14] 2019 Observatory Report. Left behind: the state of universal health coverage in Europe, [dotw_2019_lowress_alt.pdf \(wordpress.com\)](#)
- [15] Cotman E. & Centre Athéna Centrum, Rapport d'activités 2020