



Cour des comptes



Aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal

Coût et efficacité de la politique fédérale



Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants
Bruxelles, mai 2025



Cour des comptes

Aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal

Coût et efficacité de la politique fédérale



Rapport adopté le 7 mai 2025 par l'assemblée générale de la Cour des comptes

Aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal

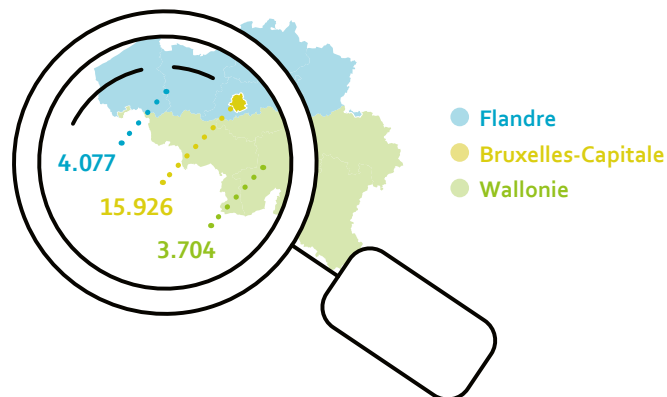
Coût et efficacité de la politique fédérale

Nombre de bénéficiaires de l'AMU

23.032

personnes en séjour illégal ont reçu, en 2023, des soins remboursés par le SPP Intégration sociale.

Le nombre réel de bénéficiaires est toutefois plus élevé, mais le SPP n'en connaît pas le nombre exact.



40 ans
d'âge moyen

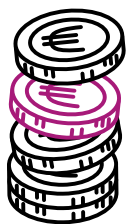


43 %
de femmes



94 %
hors UE

Coût de l'AMU



€ 80,7 millions

dépensés par le SPP Intégration sociale pour des soins de santé dans le cadre de l'AMU en 2023

Soins limités par les CPAS dans le système d'encodage Mediprima



des décisions limitent les dispensateurs de soins (hôpitaux ou médecins)

auxquels un bénéficiaire a accès (ce qui va à l'encontre de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient).

Comparaison de la structure du coût des soins

Pour l'AMU, 85 % du coût concerne des soins en hôpital, contre 11 % dans la population générale.

Le manque d'accès aux soins ambulatoires incite les bénéficiaires à recourir aux soins hospitaliers, ce qui coûte plus cher que si leurs problèmes de santé étaient pris en charge à temps, hors hôpital, par exemple chez un médecin généraliste.



85 %



15 %



11 %



89 %

Bénéficiaires AMU

Population générale

● Hôpital ● Hors hôpital

Aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal – coût et efficacité de la politique fédérale

En Belgique, les personnes en séjour légal ont en principe droit à une assurance médicale. Les personnes en séjour illégal, quant à elles, n'ont accès qu'à l'aide médicale urgente (AMU). Cette aide leur est octroyée si elles n'ont pas de ressources pour payer leurs soins. Les Centres publics d'action sociale (CPAS) gèrent les demandes d'AMU et le service public de programmation Intégration sociale (SPP IS) leur rembourse les soins qui sont repris dans la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire. Contrairement à ce que son nom indique, l'AMU n'est pas limitée à l'urgence médicale, puisqu'elle donne accès à des soins tant curatifs que préventifs, notamment ceux destinés à éviter la propagation de maladies transmissibles. L'AMU répond ainsi aux règles internationales qui spécifient que la Belgique doit organiser une aide médicale pour les personnes séjournant sur son territoire.

Problèmes de santé des bénéficiaires

En 2023, 23.032 bénéficiaires de l'AMU ont reçu des soins pris en charge par les CPAS et remboursés à ces derniers par le SPP IS. Le nombre réel de bénéficiaires est cependant plus élevé, puisque, en 2023, certains n'ont pas reçu de soins ou uniquement des soins non remboursés. Ni le SPP IS ni une autre institution spécialisée en santé publique n'utilise les données disponibles (et anonymisées) sur les soins octroyés pour analyser l'état de santé des bénéficiaires de l'AMU. Cette analyse serait pourtant utile, notamment pour trouver des solutions pour réduire les hospitalisations coûteuses et la transmission de maladies à la population générale.

Coût de l'AMU

En 2023, dans le cadre de l'AMU, le SPP IS a dépensé 80,7 millions d'euros pour le remboursement des soins de santé aux CPAS. Le coût total de l'AMU est cependant supérieur, puisqu'il comprend les frais qui ne sont pas dans la nomenclature et qui ne sont donc pas remboursés par le SPP IS. Ces frais non remboursés sont supportés par les CPAS. En outre, le coût total de l'AMU devrait inclure aussi les dépenses supportées par les dispensateurs de soins dont les factures n'ont pas été prises en charge par les CPAS.

En 2023, 85 % des coûts remboursés par le SPP IS concernaient des soins donnés en hôpital, dont 63 % de coûts d'hospitalisations. La proportion est inversée dans la population générale, où 89 % des soins sont donnés hors hôpital. La surreprésentation des soins hospitaliers et des hospitalisations dans le cadre de l'AMU témoigne d'un accès restreint aux soins hors hôpital. Or, le manque d'accès à ces soins oblige les patients à recourir aux soins hospitaliers, notamment aux urgences. Les dépenses sont alors plus élevées que si ces patients avaient été pris en charge à temps hors hôpital, par exemple par un médecin généraliste.

Demande et enquête sociale

Lorsqu'une personne en séjour illégal demande l'AMU à un CPAS, elle ne reçoit pas toujours l'accusé de réception prévu par la réglementation.

Pour vérifier si la personne remplit les conditions légales, le CPAS réalise une enquête sociale sur le statut du demandeur, sur ses ressources et sur l'existence d'une assurance médicale ou d'un garant susceptible de prendre en charge ses frais médicaux. Toutefois, certains CPAS exigent que le demandeur remplisse des conditions non prévues dans la loi. Ces exigences peuvent limiter l'accès aux soins, alors que le demandeur remplit les conditions légales pour bénéficier de l'AMU.

Décision du CPAS

Les décisions positives, qui accordent l'AMU, limitent souvent l'accès aux soins à l'avance : au niveau de la durée (entre 1 et 365 jours), du choix des dispensateurs de soins (en le limitant parfois à un seul hôpital) ou des soins eux-mêmes (au cas par cas selon les soins ou à tous les soins remboursés par le SPP IS). Certaines de ces limitations vont à l'encontre de la loi, notamment la limitation du libre choix du dispensateur de soins. Par ailleurs, seul un dispensateur de soins peut déterminer les soins nécessaires ou leur durée et les CPAS ne sont pas compétents en soins de santé.

En outre, même quand la décision du CPAS est positive, elle ne donne pas toujours un accès effectif aux soins. Ainsi, en 2022, 16 % des décisions positives ne comportaient aucun accès aux soins, alors que le bénéficiaire y avait parfois déjà eu accès. Ces décisions vides sont prises par des CPAS, notamment lorsqu'ils n'ont pas terminé leur enquête sociale dans le délai légal. Ces décisions vont à l'encontre de la loi.

Conséquences des limitations des soins

Par ailleurs, la limitation des soins aggrave les problèmes de santé et augmente les dépenses publiques, à cause des coûts hospitaliers qui auraient pu être évités. Favoriser l'accès aux soins, en particulier hors hôpital, est une mesure efficace pour les finances publiques. Elle bénéficie également à la population générale, puisqu'elle peut éviter la transmission de maladies. Par ailleurs, la limitation des soins par les CPAS entraîne des recours en justice, ce qui représente un gaspillage de ressources et augmente l'encombrement des cours et tribunaux.

Païement des factures des dispensateurs de soins

Dans Novaprima (un système permettant le remboursement des CPAS par le SPP IS), le CPAS doit lui-même contrôler et payer les factures des dispensateurs de soins. Or, ces tâches ne sont pas dans ses compétences et elles lui occasionnent une charge administrative supplémentaire. En revanche, dans Mediprima (le nouveau système), les factures des dispensateurs de soins qui y sont inscrits sont transmises à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami) qui les contrôle et paie de manière automatisée. Toutefois, plus de 10 ans après son introduction, Mediprima ne concerne toujours que les hôpitaux et les médecins généralistes, et non l'ensemble des dispensateurs de soins.

Gestion de la politique de l'aide médicale urgente

Le SPP IS est responsable de la politique de l'aide médicale urgente.

Ainsi, il rembourse aux CPAS les soins qui sont repris dans la nomenclature des soins de l'assurance obligatoire soins de santé. Les CPAS prennent dès lors en charge le coût des soins qui sont hors de la nomenclature. Malgré la charge administrative et financière que l'AMU représente, la loi ne prévoit pas de couvrir les frais d'administration des CPAS.

Par ailleurs, le service d'inspection du SPP IS contrôle a posteriori les modalités de l'enquête sociale des CPAS et les factures qui sont gérées dans Novaprima. Ce contrôle est limité aux opérations qui entraînent des dépenses pour le SPP IS. En outre, l'utilisation d'un système obsolète comme Novaprima alourdit le contrôle du SPP IS, sans réduire suffisamment le risque d'erreur. Ce fonctionnement manque d'efficacité.

Toutefois, le SPP IS ne contrôle pas assez la légalité des décisions des CPAS. Il ne vérifie pas toujours si les CPAS respectent le délai pour rendre une décision, octroient effectivement l'accès aux soins ou motivent leurs décisions de refuser l'AMU. En outre, en n'évaluant pas l'effet des limitations des soins pratiquées par les CPAS, il ne maîtrise pas l'impact du manque d'accès aux soins sur les finances publiques, en particulier sur les dépenses d'hospitalisation, qui représentent plus de la moitié du coût de l'AMU.

Dans le cadre de l'AMU, le risque d'abus de la part des bénéficiaires est limité par l'enquête sociale. Celle-ci permet d'éviter de donner accès aux soins à une personne qui a des ressources pour les payer ou qui viendrait en Belgique uniquement pour les recevoir.

Par ailleurs, le risque d'abus en matière de soins est limité par le contrôle des médecins (et dentistes) qui, seuls, peuvent attester des soins nécessaires dans le cadre de l'AMU.

En conclusion, la réglementation sur l'aide médicale urgente permet l'accès aux soins de santé. Elle garantit aussi l'égalité de traitement pour les personnes en séjour illégal et sans ressources pour payer leurs soins. Toutefois, certains processus des CPAS ne respectent pas ces principes. L'accès effectif aux soins pour les bénéficiaires de l'AMU, tel qu'il est prévu dans la législation, n'est donc pas toujours garanti, et l'égalité de traitement pas toujours assurée.

Ce rapport d'audit tient compte des remarques émises par le SPP IS dans le cadre de la procédure contradictoire. La ministre de l'Intégration sociale a, quant à elle, répondu que l'accès à l'aide médicale urgente est un droit fondamental. Elle s'engage à examiner, avec son administration, la manière d'optimiser la politique, en respectant l'autonomie locale des CPAS.

Chapitre 1	
Introduction	8
1.1 Contexte	8
1.1.1 Accès au remboursement des soins de santé	8
1.1.2 Fonctionnement de l'aide médicale urgente pour les bénéficiaires	8
1.1.3 Acteurs	9
1.1.4 Systèmes de traitement de données	11
1.1.5 Normes	12
1.2 Audit	14
1.2.1 Thème, portée et motivation de l'audit	14
1.2.2 Question d'audit	15
1.2.3 Méthode d'audit et acteurs rencontrés	15
1.2.4 Calendrier de l'audit	16
1.2.5 Procédure contradictoire	16
Chapitre 2	
Bénéficiaires, coûts et enjeux	17
2.1 Nombre de bénéficiaires	17
2.1.1 Personnes en séjour illégal et bénéficiaires effectifs	17
2.1.2 Évolution du nombre de bénéficiaires	18
2.1.3 Répartition des bénéficiaires par région, agglomération et commune	18
2.2 Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires	19
2.3 Coût des soins de santé	20
2.3.1 Coût des soins remboursés par le SPP IS	20
2.3.2 Comparaison du coût des soins AMU avec le coût des soins dans la population générale	21
2.3.3 Coûts indirects d'un manque de soins	22
2.4 Conclusions partielles	24
Chapitre 3	
Procédure d'accès aux soins	26
3.1 Demande d'accès aux soins auprès du CPAS	26
3.1.1 Accusé de réception de la demande du bénéficiaire	26
3.1.2 Compétence territoriale du CPAS	27
3.2 Demande de soins auprès d'un dispensateur de soins	27
3.3 Enquête sociale du CPAS	29
3.3.1 Obligation de réaliser une enquête sociale	29
3.3.2 Éléments de l'enquête sociale	29
3.3.3 Renouvellement de l'enquête sociale	32
3.4 Décision du CPAS	33
3.4.1 Délai de prise de décision	33
3.4.2 Encodage de la décision	34
3.4.3 Limitation de l'accès aux soins dans les décisions des CPAS	35
3.4.4 Refus de l'AMU	43
3.4.5 Communication de la décision au bénéficiaire	43
3.5 Demande de soins du bénéficiaire auprès du dispensateur de soins	43
3.5.1 Accessibilité des dispensateurs de soins	43
3.5.2 Demande de soins d'un patient déjà inscrit au CPAS	44

3.6	Paiement des factures des dispensateurs de soins par les CPAS	44
3.6.1	Via Novaprima	44
3.6.2	Via Mediprima	45
3.6.3	Attestation d'aide médicale urgente	45
3.6.4	Notion d'urgence	46
3.7	Recours en justice contre la décision d'un CPAS	46
3.8	Charge administrative et financière des dossiers AMU	48
3.9	Conclusions partielles	49

Chapitre 4

	Soutien et contrôle des actions des CPAS	51
4.1	Soutien aux CPAS	51
4.1.1	Rôle de soutien du SPP IS	51
4.1.2	Directives et informations sur l'AMU	51
4.1.3	Organisation du service d'inspection du SPP IS	52
4.2	Contrôles réalisés par le SPP IS et la Caami	52
4.2.1	Sélection des échantillons de factures et de dossiers à contrôler	52
4.2.2	Contrôle de la facturation des soins	53
4.2.3	Contrôle des dossiers sociaux des CPAS	54
4.2.4	Sanctions	55
4.3	Évaluation des contrôles réalisés par le SPP IS	56
4.3.1	Contrôle de l'accusé de réception	56
4.3.2	Contrôle du contenu des décisions	56
4.3.3	Analyse des causes des décisions de justice condamnant les CPAS	57
4.3.4	Étendue des contrôles réalisés	57
4.3.5	Impact de la politique sur la santé des bénéficiaires et de la population	57
4.4	Risques d'abus	58
4.4.1	Prévention des risques d'abus de la part des bénéficiaires	58
4.5	Conclusions partielles	61

Chapitre 5

	Conclusions et recommandations	62
5.1	Conclusion générale	62
5.2	Recommandations	63

Annexe

	Réponse de la ministre de l'Intégration sociale	66
--	--	-----------

Chapitre 1

Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Accès au remboursement des soins de santé

En Belgique, le remboursement des soins de santé s'exerce via l'assurance obligatoire soins de santé pour 98 % des habitants en séjour légal¹. Les 2 % restants n'ont pas droit à ce remboursement, parce qu'ils ne sont pas en ordre de cotisation ou parce qu'ils ont un autre système d'assurance médicale, par exemple en tant que fonctionnaire européen ou demandeur d'asile².

Les personnes étrangères en séjour illégal et sans ressources n'ont, quant à elles, accès qu'à un seul système de remboursement des soins de santé : l'aide médicale urgente (AMU)³.

1.1.2 Fonctionnement de l'aide médicale urgente pour les bénéficiaires

L'AMU est « une aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical ». Cette aide peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative. Elle couvre également les soins « indispensables pour la santé publique en général » dans le « cas de maladies contagieuses reconnues comme telles par les autorités compétentes »⁴. En Belgique, les autorités listent en effet une série de maladies transmissibles graves qui doivent être déclarées aux autorités par les laboratoires et les médecins afin de prévenir leur propagation⁵.

Les soins remboursés dans le cadre de l'AMU peuvent être donnés au cours d'une hospitalisation ou en ambulatoire. Les soins ambulatoires sont ceux qui sont donnés à une personne qui n'est pas hospitalisée. Ils comprennent, par exemple, des soins donnés dans un cabinet privé, dans une maison médicale, mais aussi lors d'une consultation dans un hôpital tant que le patient n'est pas hospitalisé.

Afin d'accéder aux soins dans le cadre de l'AMU, une personne en séjour illégal doit faire une demande au Centre public d'aide sociale (CPAS) de la commune où elle réside. Pour vérifier si la personne est en séjour illégal et si elle n'a pas d'autre possibilité de payer ses soins, le CPAS doit réaliser une « enquête sociale » afin de constater l'existence et l'étendue de l'état de besoin⁶. Au cours de cette enquête, il doit évaluer toutes les ressources disponibles pour la personne y compris la présence éventuelle d'une assurance médicale à l'étranger ou d'un garant⁷.

1 Agence intermutualiste (AIM), *Atlas – Lisez-moi*, Bruxelles, 14 septembre 2021, 3 p., www.aim-ima.be.

2 Article 23 de la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers.

3 Article 57, § 2, de la loi du 8 juillet 1976 organique des Centres publics d'action sociale.

4 Article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les Centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.

5 Sciensano, *EPI – Maladies infectieuses à déclaration obligatoire*, page consultée le 22 mai 2024, www.sciensano.be.

6 Article 60 de la loi du 8 juillet 1976.

7 Articles 7 et 8 de l'arrêté royal du 1^{er} décembre 2013 relatif aux conditions minimales de l'enquête sociale établie conformément à l'article 9bis de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres publics d'action sociale.

Si l'enquête sociale est concluante, le bénéficiaire peut se rendre auprès d'un dispensateur de soins (hôpital, médecin ou dentiste, par exemple) pour recevoir des soins. Pour que ces soins soient pris en charge par le CPAS, la facture du dispensateur de soins doit être accompagnée d'une attestation médicale (d'un médecin ou d'un dentiste) démontrant que les soins s'inscrivent dans le cadre de l'AMU («attestation AMU»)⁸.

En 2023, 23.032 personnes en séjour illégal ont bénéficié de tels soins, remboursés par le service public de programmation Intégration sociale (ci-après le « SPP IS ») dans le cadre de l'AMU.

1.1.3 Acteurs

Divers acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre de la politique publique.

Le CPAS joue un rôle central dans l'octroi de l'AMU, puisqu'il reçoit les demandes des bénéficiaires potentiels de l'AMU et qu'il décide d'octroyer ou non l'accès aux soins au terme de l'enquête sociale qu'il aura menée. Le CPAS gère et paie aussi certaines factures des dispensateurs de soins qui ont traité un patient dans le cadre de l'AMU (voir le [point 1.1.5.3](#)).

Le SPP IS est quant à lui chargé de préparer, d'élaborer et de coordonner les politiques pour les missions principales suivantes⁹ :

- la lutte contre la pauvreté ;
- la politique des villes ;
- l'intégration sociale au sens large, dont font partie le droit à l'intégration sociale au sens de la loi du 26 mai 2002¹⁰ et le droit à l'aide sociale au sens de la loi du 8 juillet 1976¹¹ (voir le [point 1.1.5.3](#)).

Le SPP IS résume ainsi ses missions : « *le SPP IS prépare une politique fédérale inclusive en matière d'intégration sociale et de lutte contre la pauvreté, en tenant compte des enjeux belges mais aussi européens, afin de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale dans toutes leurs dimensions* »¹². Sur son site internet, le SPP IS mentionne qu'il vise à assurer « *l'intégration, en donnant la priorité à l'aide sociale* »¹³.

Le SPP IS gère la politique en matière d'AMU. Dans ce cadre, il a plusieurs rôles vis-à-vis des CPAS :

- Il émet des circulaires et directives pour préciser l'application de la loi.
- Il les informe et répond à leurs questions.
- Il leur rembourse une partie des factures en matière d'AMU (pour les modalités de remboursement, voir le [point 1.1.5.3](#)).
- Il contrôle a posteriori les dossiers sociaux des bénéficiaires tenus par les CPAS.

Plusieurs services du SPP IS sont impliqués dans la politique en matière d'AMU :

- Le service du *front office* du SPP IS est chargé de répondre aux questions des CPAS, si nécessaire avec l'appui du service juridique.

⁸ Article 2 de l'arrêté royal du 12 décembre 1996.

⁹ Arrêté royal du 12 décembre 2002 portant création du service public fédéral de programmation Intégration et Économie sociales, Lutte contre la pauvreté.

¹⁰ Loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale.

¹¹ Article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1976.

¹² SPP Intégration sociale, *À propos du SPP Intégration sociale*, page consultée le 29 janvier 2025, www.mi-is.be.

¹³ SPP Intégration sociale, *ibid.*

- Le service juridique dispose d'une expertise dans la réglementation qui concerne les missions du SPP IS.
- Le service d'étude gère les données AMU. Il agrège notamment celles provenant des décisions des CPAS et des factures des dispensateurs de soins pour élaborer des statistiques sur l'AMU et ses bénéficiaires, telles que celles utilisées dans ce rapport.
- Le service d'inspection contrôle les missions déléguées par l'État fédéral aux CPAS dans le respect de l'autonomie communale. Ces contrôles concernent notamment le droit à l'intégration sociale dans le cadre de la loi du 26 mai 2002¹⁴ ainsi que l'aide sociale dans le cadre de la loi du 2 avril 1965, dont l'aide médicale et l'aide médicale urgente, notamment pour les personnes en séjour illégal.

Un troisième acteur important est la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami) qui « assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les mutuelles, mais dans le cadre d'un statut public »¹⁵.

Dans le cadre de l'AMU, la Caami gère de façon électronique, pour le compte du SPP IS, les factures des dispensateurs de soins inscrits dans le système Mediprima (voir le [point 1.1.4](#)). La Caami répond aussi aux questions de ces dispensateurs de soins relatives au fonctionnement de Mediprima. À la demande d'un CPAS ou d'un hôpital, elle vérifie également si une personne étrangère résidant en Belgique n'a pas une assurance médicale dans un pays étranger.

Les services de la Caami particulièrement impliqués dans le cadre de l'AMU sont :

- la direction des soins de santé, qui gère la facturation des dispensateurs de soins inscrits dans le système Mediprima ;
- le service de l'assurabilité et des relations internationales, qui recherche l'existence d'une assurance médicale à l'étranger à la demande notamment des CPAS.

Les dispensateurs de soins, tels que médecins, dentistes et hôpitaux, font également partie intégrante du processus de l'AMU, puisque ce sont eux qui soignent une personne en séjour illégal, bénéficiaire ou non de l'AMU. Les hôpitaux sont particulièrement concernés par ce processus, notamment parce que de nombreux bénéficiaires se présentent aux urgences.

Enfin, des associations de terrain, en particulier dans les grandes villes, viennent en aide aux bénéficiaires potentiels de l'AMU et, selon leurs compétences, fournissent de l'aide en matière administrative (pour aider une personne à avoir accès à l'AMU, par exemple), médicale (si des médecins sont présents dans l'association) et juridique. Certaines de ces associations sont, comme les CPAS et les hôpitaux, subventionnées par un ou plusieurs pouvoirs publics, au niveau fédéral, communautaire, régional ou communal.

¹⁴ Loi du 26 mai 2002.

¹⁵ Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, *Concernant la Caami*, page consultée le 1^{er} octobre 2024, www.caami-hziv.fgov.be.

1.1.4 Systèmes de traitement de données

Le SPP IS utilise deux systèmes pour gérer les données et les factures en matière d'AMU.

Il gère directement le plus ancien des deux systèmes, appelé Novaprima. Dans ce système, le CPAS envoie au SPP IS des formulaires électroniques dans lesquels il a encodé ses décisions et, éventuellement, le montant des factures qu'il a pris en charge.

L'autre système, Mediprima, a été mis en place à partir de 2013¹⁶. Mediprima est une base de données, accessible aux CPAS, à la Caami et à certains dispensateurs de soins (les hôpitaux et une partie des généralistes qui facturent leurs soins de manière électronique). Grâce à ce système, la Caami contrôle et paie électroniquement les factures des dispensateurs inscrits dans Mediprima. Ces dispensateurs de soins n'ont dès lors plus besoin d'être en contact avec les CPAS pour ces factures, ce qui simplifie la procédure pour les deux parties. L'objectif est, en effet, de rationaliser la facturation des soins dans le cadre de l'aide médicale (y compris l'AMU), en allégeant la charge administrative des CPAS afin qu'ils puissent se focaliser sur leurs missions fondamentales¹⁷.

Le déploiement de Mediprima était prévu par phases successives, de manière à inclure progressivement tous les dispensateurs de soins.

La première phase a débuté en 2013 et est finalisée. Elle consistait à intégrer les hôpitaux. Ceux-ci utilisaient en effet déjà un système de facturation électronique. En 2023, tous les hôpitaux (généralistes et psychiatriques) avaient accès à Mediprima via leur logiciel de facturation et étaient tenus de l'utiliser. La deuxième phase, qui est en cours, vise à étendre Mediprima aux médecins généralistes et aux pharmaciens. Pour les généralistes, l'accès à Mediprima était facultatif. Sur les 14.041 généralistes actifs en 2022¹⁸, 661 (5 %) avaient accès à Mediprima¹⁹. Son utilisation devient obligatoire pour tous les médecins généralistes à partir du 1^{er} septembre 2025, date à laquelle ils devront facturer électroniquement toutes leurs prestations²⁰. Aucune date n'a été arrêtée ni pour la fin de la deuxième phase (intégration des pharmaciens) ni pour la dernière phase, qui consiste à étendre Mediprima à tous les dispensateurs de soins, notamment les médecins spécialistes²¹.

16 • Article gter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres publics d'aide sociale, inséré par l'article 32 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé.

• Arrêté royal du 16 février 2014 modifiant l'arrêté royal du 19 novembre 2013 relatif à la date d'entrée en vigueur des articles 32 et 36 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé.

17 • Gouvernement fédéral, *Accord de gouvernement*, 1^{er} décembre 2011, p. 156, www.lachambre.be.

• SPP Intégration sociale, *Mediprima*, page consultée le 12 août 2024, www.mi-is.be.

18 Inami, *Nombre de dispensateurs de soins individuels en 2022*, page consultée le 13 juin 2024, www.inami.fgov.be.

19 SPP Intégration sociale, *Médecins généralistes qui sont en production dans Mediprima*, page consultée le 13 juin 2024, www.mi-is.be.

20 • Arrêté royal du 2 octobre 2017 étendant le champ d'application de l'article gter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action.

• Arrêté royal du 28 juin 2023 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéas 1^{er}, 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

21 • SPP Intégration sociale, *Mediprima. Manuel à destination des CPAS et des prestataires de soins*, Bruxelles, 24 mai 2017, 68 p., www.mi-is.be.

• SPP Intégration sociale, *Mediprima*, op. cit.

1.1.5 Normes

1.1.5.1 Accès aux soins de santé

Plusieurs normes internationales prévoient que les États organisent l'accès aux soins pour les personnes qui séjournent sur leur territoire, qu'elles soient en séjour légal ou illégal :

- Le 21 avril 1983, la Belgique a ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pidesc) des Nations unies. Son article 12, conforme à la Déclaration universelle des droits de l'homme, spécifie que « *les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* » via, notamment, « *la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ». Son article 2 prévoit que « *les États parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation* ».
- Le 2 mars 2004, la Belgique a ratifié la Charte sociale européenne révisée de 1996. Son article 13 consacre le droit à l'assurance sociale et médicale : « *Les parties s'engagent à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état.* »
- L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne prévoit que « *toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ».

En Belgique, l'accès aux soins de santé est mis en œuvre par plusieurs réglementations, dont celle de l'AMU qui est la seule accessible aux personnes en séjour illégal. Les pays voisins (Pays-Bas, France, Allemagne, Luxembourg et Royaume-Uni) ont également un système officiel de prise en charge des soins des personnes en situation illégale. Chaque pays a toutefois son système propre : les conditions liées au séjour, les soins couverts et la prise en charge de leur coût y varient, même si l'accès aux soins urgents est toujours possible.

1.1.5.2 Droit de séjour

Plusieurs réglementations internationales et nationales règlent le droit de séjour d'un étranger sur le territoire belge. En dehors des conditions prévues par ces réglementations, l'étranger est en séjour illégal.

Le ressortissant d'un pays membre de l'Union européenne a le droit de séjourner en Belgique jusqu'à 3 mois maximum, sans autre condition que de détenir un document d'identité valide. Après 3 mois, le ressortissant européen qui n'a pas fait de démarche pour obtenir un autre titre

de séjour est en séjour illégal²². Pour les séjours supérieurs à 3 mois, le ressortissant européen doit remplir des conditions et formalités supplémentaires en fonction de son statut : travailleur (salarié ou indépendant), demandeur d'emploi ou étudiant, par exemple. Ainsi, s'il n'est ni travailleur ni en recherche d'emploi, il doit prouver qu'il dispose de ressources suffisantes et d'une assurance maladie couvrant l'ensemble des risques afin de ne pas devenir une charge pour le système d'aide sociale belge durant son séjour. L'assurance maladie peut prendre la forme de la CEAM (carte européenne d'assurance maladie), d'une assurance privée ou d'une inscription payante auprès d'une mutuelle.

Pour le ressortissant d'un pays hors Union européenne, l'accès au territoire est conditionné à la présentation d'un passeport revêtu d'un visa ou d'un document requis par un traité international, une loi ou un arrêté royal²³. En outre, le ressortissant doit pouvoir présenter les documents justifiant l'objet du séjour et la preuve qu'il dispose de moyens de subsistance suffisants pour la durée du séjour (éventuellement via un garant) ou d'une manière légale de les acquérir (comme un travail). La durée d'un séjour est limitée à 3 mois, sauf dérogation ou autre durée fixée par le visa²⁴. Par ailleurs, un étranger qui arrive sur le territoire sans titre de séjour, mais qui dépose une demande d'asile, est en situation régulière durant la procédure d'asile.

1.1.5.3 AMU

Mission des CPAS en matière d'aide sociale

L'accès aux soins dans le cadre de l'AMU est consacré par la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976. Son article 1^{er} prévoit que toute personne a droit à l'aide sociale nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Toutefois, l'article 57 prévoit qu'à l'égard d'un étranger en séjour illégal, la mission du CPAS se limite à l'octroi de l'aide médicale urgente²⁵.

L'AMU est donc une partie de l'aide sociale, la seule à laquelle aient droit les personnes en séjour illégal. Il s'agit d'une aide résiduaire qui ne peut être accordée que si la personne n'a pas de ressources suffisantes pour payer ses soins de santé.

Missions du SPP en matière d'AMU

Le SPP IS est responsable de l'intégration sociale au sens large selon l'arrêté royal du 12 décembre 2002²⁶. Cet arrêté royal confie au SPP IS des missions qui étaient auparavant attribuées au SPF Sécurité sociale par l'article 2, § 1^{er} 9^o de l'arrêté royal du 23 mai 2001, telles que la lutte contre la pauvreté, la ville et l'aide sociale²⁷.

22 • Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, modifiant le règlement (CEE) n° 1612/68 et abrogeant les directives 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE et 93/96/CEE, *Journal officiel de l'Union européenne L-158*, 30 avril 2004, p. 77-123, www.eur-lex.europa.eu.

• Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

23 Loi du 15 décembre 1980.

24 Article 6 de la loi du 15 décembre 1980.

25 Article 57, § 2, 1^o, de la loi du 8 juillet 1976.

26 Arrêté royal du 12 décembre 2002.

27 Arrêté royal du 23 mai 2001 portant création du Service public fédéral sécurité sociale. Une partie des missions qui étaient à l'origine confiées au SPP Intégration sociale ont depuis été régionalisées ou confiées à d'autres autorités, comme Fedasil.

Par ailleurs, l'article 7 de l'arrêté royal du 12 décembre 1996 qui définit l'AMU confie au ministre chargé de l'intégration sociale l'exécution de l'arrêté²⁸.

Remboursements de l'aide sociale aux CPAS par le SPP IS

Les règles de remboursement par le SPP IS des frais encourus par un CPAS sont reprises dans la loi du 2 avril 1965. Selon cette loi, le SPP IS ne rembourse au CPAS les frais des soins de santé que si ces soins sont repris dans la nomenclature des soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (ci-après les « soins dans la nomenclature ») et à concurrence du tarif fixé par l'assurance obligatoire soins de santé²⁹. Ces soins sont remboursés par le SPP IS, que cette nomenclature soit celle de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) ou celle d'une entité fédérée³⁰.

Le tarif des soins dans la nomenclature est constitué de deux parties : la partie remboursée par l'assurance obligatoire (et, donc, par le SPP IS dans le cadre de l'AMU) et la partie à charge du patient (ticket modérateur). Ce ticket modérateur n'est remboursé par le SPP IS que « dans le cadre d'une hospitalisation » ou si le bénéficiaire dispose « de ressources inférieures au montant du revenu d'intégration »³¹. Les éventuels suppléments demandés par un dispensateur de soins en plus du tarif de l'assurance obligatoire ne sont pas remboursés par le SPP IS.

Pour obtenir le remboursement du SPP IS, le CPAS doit en outre avoir respecté des conditions précises, notamment la réalisation de l'enquête sociale prévue par la loi³².

Comme la loi de 1976 oblige le CPAS à prendre en charge tous les soins nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine, les soins qui ne sont pas remboursés par le SPP IS restent à la charge du CPAS. De même, le CPAS peut prendre en charge le ticket modérateur d'un bénéficiaire qui a des ressources plus élevées que le revenu d'intégration, s'il estime que ce bénéficiaire est en état de besoin, mais ces frais ne lui seront pas remboursés par le SPP IS.

1.2 Audit

1.2.1 Thème, portée et motivation de l'audit

L'audit concerne la politique fédérale d'aide médicale urgente octroyée aux étrangers en séjour illégal telle que cette aide est prévue par la loi³³. Il vise à vérifier si la réglementation et les institutions auditées mettent en œuvre les conditions nécessaires pour que les étrangers en séjour illégal bénéficient de l'aide médicale à laquelle ils ont droit et si cette mise en œuvre respecte les principes d'économie, d'efficacité et d'efficience. Dans cette perspective, il évalue également l'intérêt du système Mediprima et de la gestion électronique de la facturation par la Caami.

Cet audit évalue une politique publique, dans le cadre de l'aide sociale. Ce rapport ne contient donc aucune évaluation de la politique migratoire. La politique menée en matière d'AMU doit toutefois limiter les effets d'aubaine, c'est-à-dire éviter d'attirer dans le pays des personnes qui viendraient uniquement pour bénéficier des soins de santé, un phénomène qualifié de « tourisme médical ».

²⁸ Arrêté royal du 12 décembre 1996.

²⁹ Article 11, § 1^{er}, 2^o, de la loi du 2 avril 1965.

³⁰ SPP Intégration sociale, *Circulaire. Remboursement des frais médicaux transférés aux entités fédérées à la suite de la sixième réforme de l'État*, 28 juin 2021, 5 p., www.mi-is.be.

³¹ Article 11, § 1^{er}, 2^o, de la loi du 2 avril 1965.

³² Arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

³³ Article 57, § 2, 1^o, de la loi du 8 juillet 1976.

L'objectif principal de la loi est de fournir des soins de santé aux personnes en séjour illégal, ce qui implique que la procédure et les soins nécessaires soient accessibles aux personnes qui remplissent les conditions prévues par cette loi (voir le [point 1.1.2](#)). Par ce biais, la loi vise également à préserver la santé de l'ensemble de la population, en évitant la propagation de maladies transmissibles.

Ces objectifs doivent être gérés de manière performante. Tant le coût des soins que les frais administratifs doivent être maîtrisés. L'organisation de la politique doit donc être efficace, pour atteindre ces objectifs, et efficiente, pour en minimiser les coûts, tout en assurant le respect de la réglementation.

1.2.2 Question d'audit

La question d'audit est déclinée en quatre sous-questions :

La politique fédérale en matière d'aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal est-elle efficace et efficiente ?

- La réglementation et le processus qui encadrent l'AMU permettent-ils :
 - d'assurer l'effectivité du droit et l'égalité de traitement des bénéficiaires ?
 - de maîtriser les coûts au niveau du SPP IS ?
 - de limiter le risque de fraude ?
- Le système Mediprima permet-il d'améliorer le processus qui encadre l'AMU ?

1.2.3 Méthode d'audit et acteurs rencontrés

Pour construire son analyse, la Cour des comptes s'est appuyée sur des entretiens avec des acteurs concernés par la politique en matière d'AMU ainsi que sur l'examen de la législation, de la documentation et des données disponibles.

La Cour des comptes a audité le SPP IS et la Caami. Elle a interrogé les fonctionnaires de ces deux institutions tout au long de l'audit. Elle a aussi contacté plusieurs responsables, notamment ceux du service juridique, du service d'étude, du service ICT et du service d'inspection.

En plus des institutions auditées, la Cour des comptes a rencontré des acteurs qui ne rentrent pas dans son champ de contrôle et ne sont donc pas audités, mais qui jouent un rôle central dans la politique en matière d'AMU. Elle a ainsi rencontré, à titre documentaire, des représentants de CPAS³⁴, d'hôpitaux³⁵ et d'associations³⁶ d'aide aux personnes en séjour illégal. L'objectif n'était pas d'avoir un échantillon représentatif de ces institutions, mais de collecter des informations concrètes sur le fonctionnement de l'AMU afin d'élaborer, sur la base d'éléments factuels, des questions précises qui ont été ensuite posées aux institutions auditées.

³⁴ Six CPAS, deux par région du pays, ont été sélectionnés parmi ceux qui recevaient le plus de bénéficiaires de l'AMU, c'est-à-dire ceux de Bruxelles-Ville, d'Anderlecht, d'Anvers, de Gand, de Liège et de Namur.

³⁵ Cinq hôpitaux ont été contactés pour avoir un aperçu des difficultés pratiques rencontrées par les dispensateurs de soins. Trois ont été choisis parce qu'ils étaient liés à un CPAS rencontré dans une des régions (CHU Saint-Pierre de Bruxelles-Ville, UZ Gent et CHR de la Citadelle à Liège). Deux autres (hôpital Saint-Jean de Bruxelles et CHU de Liège) ont été rencontrés, car les entretiens précédents indiquaient qu'ils pouvaient amener des informations supplémentaires utiles.

³⁶ Cinq associations actives dans l'aide aux personnes sans droit de séjour et subsidiées par des pouvoirs publics ont été rencontrées : Médecins du monde, Medimmigrant, Ciré, Centre Athéna centrum et Free Clinic. Elles se situent à Bruxelles, où se trouvent deux tiers des bénéficiaires de l'AMU.

Enfin, la Cour des comptes a analysé la documentation (circulaires, rapports, analyses critiques, instructions et documentation interne fournie par les interlocuteurs de l'audit) ainsi que les données des institutions auditées et d'autres organismes publics, tels que Statbel³⁷ et l'Agence intermutualiste (AIM)³⁸.

1.2.4 Calendrier de l'audit

15 mars 2023	<p>Annonce de l'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à la ministre des Pensions et de l'Intégration sociale ; • au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ; • à la ministre de la Coopération au développement et de la Politique des grandes villes ; • au président du SPP Intégration sociale ; • à l'administratrice générale de la Caami.
Avril 2023 – août 2024	Travaux d'audit et rédaction du projet de rapport
12 septembre 2024	Réunion de clôture avec le SPP Intégration sociale
23 septembre 2024	Réunion de clôture avec la Caami
5 février 2025	Envoi du projet de rapport aux institutions auditées et aux ministres concernés
24 février 2025	Réception de la réponse de la Caami
5 mars 2025	Réception de la réponse du SPP Intégration sociale
20 mars 2025	Réception de la réponse de la ministre de l'Asile et de la Migration, et de l'Intégration sociale, chargée de la Politique des grandes villes

1.2.5 Procédure contradictoire

Le projet de rapport d'audit a été transmis au SPP IS, à la Caami et aux ministres chargés de la Santé publique et de l'Intégration sociale. Ce rapport final tient compte des remarques du SPP IS et de la Caami, soit en modifiant directement le texte, soit en introduisant la remarque par « *Dans sa réponse* ».

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique n'a pas répondu.

La ministre de l'Intégration sociale a accusé réception du projet de rapport par courriel du 20 mars 2025 (voir en [annexe](#)), soulignant l'avoir lu avec attention. Elle précise par ailleurs que l'accès à l'aide médicale urgente est un droit fondamental, qui vaut également pour les personnes en séjour illégal. Elle ajoute qu'elle a pris connaissance de la conclusion et des recommandations et qu'elle examine, avec son administration, la manière d'optimiser cette politique, en respectant l'autonomie locale des CPAS.

³⁷ Statbel, *À propos de Statbel*, page consultée en avril 2025, www.statbel.fgov.be.

³⁸ Agence intermutualiste IMA-AIM, *Qui sommes-nous ?*, page consultée en avril 2025, www.ima-aim.be.

Chapitre 2

Bénéficiaires, coûts et enjeux

Ce chapitre analyse les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide médicale urgente, leur nombre ainsi que le coût des soins de santé. Les différents points de ce chapitre abordent aussi les enjeux de l'accès à ces soins.

2.1 Nombre de bénéficiaires

2.1.1 Personnes en séjour illégal et bénéficiaires effectifs

Par définition, les personnes en séjour illégal ne sont pas recensées officiellement. Seules certaines estimations permettent d'avoir une idée de leur nombre. Ces estimations portent sur le nombre de personnes « en séjour irrégulier », et non en séjour illégal, notamment parce que certaines pourraient obtenir un titre de séjour si elles faisaient les démarches nécessaires³⁹. Le KCE estimait ainsi qu'entre 85.000 et 160.000 personnes étaient en séjour irrégulier en Belgique en 2015⁴⁰. Une étude de la VUB a, quant à elle, estimé qu'en 2015, 112.000 personnes venant d'un pays hors espace Schengen se trouvaient en séjour irrégulier en Belgique⁴¹.

Toutefois, l'AMU ne concerne que les personnes en état de besoin, c'est-à-dire celles qui n'ont pas de ressources pour payer elles-mêmes leurs soins de santé et n'ont pas d'assurance médicale. Le nombre de bénéficiaires potentiels de l'AMU est donc a priori inférieur au nombre de personnes en séjour irrégulier, mais il est impossible d'estimer dans quelle mesure.

D'autres données plus précises sont disponibles sur les bénéficiaires de l'AMU qui étaient en séjour illégal. Ainsi, en 2022, le système Mediprima comptait 33.335 personnes qui ont reçu une décision positive (sans avoir nécessairement reçu de soins). Ce nombre est plus élevé que celui renseigné par le SPP IS, qui est de 23.707 personnes en 2022, soit 71 % du nombre de Mediprima. Le SPP ne comptabilise en effet que les bénéficiaires de l'AMU pour lesquels il a remboursé des soins⁴². En plus des 33.335 personnes inscrites dans Mediprima en 2022, d'autres personnes pourraient avoir eu accès aux soins la même année sans qu'une décision ait été encodée dans Mediprima et sans que ces soins aient été remboursés par le SPP IS.

L'absence de centralisation dans Mediprima de toutes les décisions empêche de connaître le nombre exact de bénéficiaires d'une décision positive des CPAS, qu'ils aient ou non reçu des soins (voir le [point 3.4.2](#)).

³⁹ Global Knowledge Partnership on Migration and Development (Knomad), Tuba Bircan, Johan Surkyn & Ahmad Wali Ahmad-Yar, *Migration and mortality: what do we know?*, rapport technique 57, décembre 2023, 36 p., www.knomad.org.

⁴⁰ KCE, Dominique Roberfroid et autres, *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? Synthèse*, Bruxelles, 2015, p. 7, www.kce.fgov.be.

⁴¹ Global Knowledge Partnership on Migration and Development (Knomad), Tuba Bircan, Johan Surkyn & Ahmad Wali Ahmad-Yar, *Migration and mortality: what do we know?*, op. cit.

⁴² Données communiquées par e-mail par le SPP Intégration sociale le 11 avril 2023.

2.1.2 Évolution du nombre de bénéficiaires

Les données du SPP IS sur le nombre de bénéficiaires pour lesquels il a remboursé des soins montrent que ce nombre fluctue dans le temps et qu'il a connu une légère hausse, passant de 21.409 en 2010 à 23.032 en 2023 (voir le [graphique 1](#)).

2.1.3 Répartition des bénéficiaires par région, agglomération et commune

Les bénéficiaires de l'AMU se répartissent inégalement sur le territoire (voir le [tableau 1](#)). Ainsi, en 2022, 92 % d'entre eux se trouvaient dans des agglomérations et 67 % en Région de Bruxelles-Capitale. Pour les CPAS concernés, la surreprésentation des bénéficiaires dans certaines communes implique une charge de travail supplémentaire et des frais plus élevés.

Tableau 1 - Répartition des bénéficiaires de soins remboursés dans le cadre de l'AMU par région, agglomération et commune (données 2022 triées par ordre décroissant d'indicateur de surreprésentation)

Zone géographique	Bénéficiaires		Population	% de bénéficiaires	Indicateurs de surreprésentation ⁴³
	Nombre	%			
Par région					
Bruxelles-Capitale	15.926	67 %	1.222.637	1,3 %	6,4
Wallonie	3.704	16 %	3.662.495	0,1 %	0,5
Flandre	4.077	17 %	6.698.876	0,1 %	0,3
Total	23.707	100 %	11.584.008	0,2 %	1,0
Par agglomération					
Agglomérations > 200.000 habitants :	20.234	85 %	3.564.718	0,6 %	2,8
<i>Bruxelles</i>	16.139	68 % ⁴⁴	1.674.691	1,0 %	4,7
<i>Gand</i>	843	4 %	309.281	0,3 %	1,3
<i>Liège</i>	1.300	5 %	500.259	0,3 %	1,3
<i>Charleroi</i>	564	2 %	290.454	0,2 %	0,9
<i>Anvers</i>	1.388	6 %	790.033	0,2 %	0,9
Agglomérations < 200.000 habitants	1.570	7 %	1.298.490	0,1 %	0,6
Total	21.804	92 %	4.863.208	0,4 %	2,2

⁴³ L'indicateur de surreprésentation est le quotient de deux ratios :

- nombre de bénéficiaires dans l'entité / population totale des bénéficiaires (ratio 1)
- nombre d'habitants dans l'entité / population totale (ratio 2)

Si le ratio 1 est supérieur au ratio 2, l'indicateur est supérieur à 1 et les bénéficiaires de l'AMU sont surreprésentés.

⁴⁴ L'agglomération bruxelloise couvre plus de communes que la Région bruxelloise.

Zone géographique	Bénéficiaires		Population	% de bénéficiaires	Indicateurs de sur-représentation ⁴³
	Nombre	%			
Pour chaque région, les 3 communes (de plus de 25.000 habitants) où la surreprésentation des bénéficiaires est la plus élevée sont :					
Bruxelles	4.656	20 %	188.737	2,5 %	12,1
Molenbeek-Saint-Jean	2.227	9 %	97.697	2,3 %	11,1
Saint-Gilles	1.071	5 %	48.837	2,2 %	10,7
Liège	964	4 %	195.278	0,5 %	2,4
Herstal	126	1 %	40.481	0,3 %	1,5
Namur	337	1 %	112.559	0,3 %	1,5
Gand	835	4 %	265.086	0,3 %	1,5
Anvers	1.328	6 %	530.630	0,3 %	1,2
Saint-Nicolas (Sint-Niklaas)	198	1 %	80.167	0,2 %	1,2

Source : Cour des comptes à partir des données du SPP Intégration sociale, de Statbel⁴⁵ et de l'Iweps⁴⁶

Les 6 CPAS rencontrés (chacun dans une agglomération) totalisaient, en 2022, 10.559 bénéficiaires pour lesquels des soins ont été remboursés par le SPP IS, soit 45 % des bénéficiaires comptabilisés par le SPP IS pour l'ensemble du pays.

2.2 Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires

Les données communiquées par le SPP IS permettent de dégager quelques caractéristiques des bénéficiaires, mais uniquement sur ceux ayant bénéficié de soins remboursés par le SPP IS dans le cadre de l'AMU. Ainsi, leur âge moyen est de 40 ans, 43 % sont des femmes et 94 % viennent d'un pays hors de l'Union européenne⁴⁷.

Les bénéficiaires de l'AMU vivent a priori dans des conditions précaires, puisque l'absence de ressources est une des conditions d'accès à l'AMU, qui doivent être vérifiées par les CPAS. Les entretiens d'audit permettent d'illustrer d'autres caractéristiques de la population bénéficiant de l'AMU. Ainsi, une fraction importante n'a pas de domicile fixe, jusqu'à 2/3 des bénéficiaires d'après un des CPAS rencontrés. Leur situation administrative est parfois extrêmement complexe.

Les entretiens d'audit donnent des exemples des problèmes de santé des bénéficiaires de l'AMU, notamment des problèmes liés au sans-abrisme, aux addictions et aux urgences. Dans un des hôpitaux rencontrés, les soins les plus fréquents sont liés aux accouchements, aux cancers, aux accidents, à la tuberculose et aux problèmes gériatriques de personnes incapables de vivre seules.

Toutefois, aucune information centralisée n'est disponible sur l'état de santé des bénéficiaires et aucune analyse récente n'a été réalisée sur les soins de santé octroyés. Or, pour gérer le coût des

⁴⁵ Statbel, *Population par commune au 1^{er} janvier*, page consultée le 11 septembre 2023, www.statbel.fgov.be.

⁴⁶ Iweps, *Régions urbaines*, page consultée le 11 septembre 2023, www.iweps.be.

⁴⁷ SPP Intégration sociale, données communiquées le 16 mai 2024.

soins de santé avec efficacité et protéger la population générale, il est nécessaire de disposer d'informations relatives aux maladies, notamment à celles qui sont transmissibles, à leur traitement et au degré de vaccination des bénéficiaires. Si le SPP IS n'a pas de compétence spécifique en soins de santé, ces compétences existent à l'échelon fédéral, notamment au SPF Santé publique, à l'Inami, au KCE et chez Sciensano.

2.3 Coût des soins de santé

2.3.1 Coût des soins remboursés par le SPP IS

En 2023, le SPP IS a remboursé des soins de santé à 401 CPAS (69 % des 581 CPAS existants en 2023) dans le cadre de l'AMU⁴⁸, pour 80,7 millions d'euros au total. Le coût réel des soins donnés aux bénéficiaires est plus élevé, puisque certains soins sont pris en charge par les CPAS sans être remboursés par le SPP IS et que d'autres soins, refusés par les CPAS pour des bénéficiaires de l'AMU, sont parfois pris en charge par les dispensateurs de soins. En outre, dans certains cas, le patient paie également une partie des soins⁴⁹.

Mediprima concentre plus de 80 % des coûts liés à l'AMU depuis 2015, puisque ce système reprend tous les soins fournis par les hôpitaux.

En 2023, les soins donnés en hôpital représentaient 85 % des coûts de l'AMU (voir le [graphique 1](#)). Ces soins comprennent les hospitalisations (53 % des coûts de l'AMU), les frais pharmaceutiques et les soins médicaux (c'est-à-dire les soins ambulatoires donnés par un hôpital). En outre, le coût de ces soins médicaux en hôpital était trois fois plus élevé (25 %) que celui des soins médicaux hors hôpital (7 %)⁵⁰. Cette proportion élevée de soins en hôpital par rapport aux soins hors hôpital peut indiquer un manque de prise en charge en dehors du cadre hospitalier.

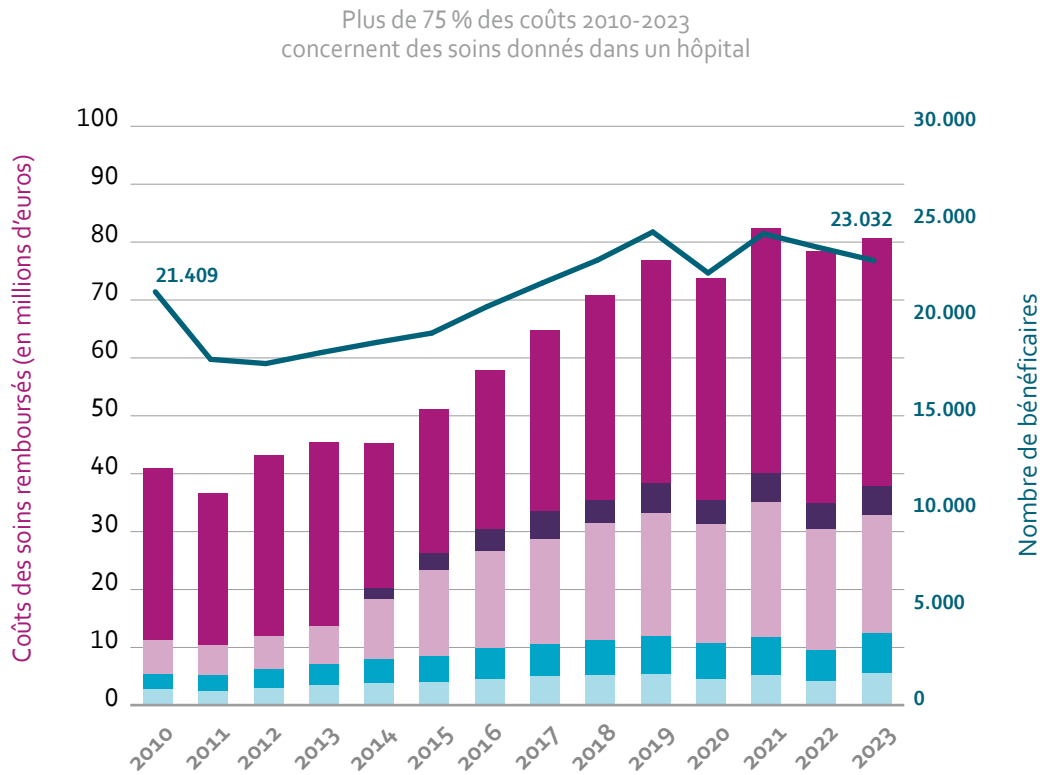
⁴⁸ • SPP Intégration sociale, données communiquées le 11 avril 2023.

• Début 2025, à la suite de plusieurs fusions de communes, les CPAS étaient au nombre de 565 (données communiquées le 5 mars 2025 par le SPP Intégration sociale).

⁴⁹ Article 11 de la loi du 2 avril 1965.

⁵⁰ SPP Intégration sociale, données communiquées le 16 mai 2024.

Graphique 1 - Évolution 2010-2023 du nombre de bénéficiaires de l'AMU et du coût des soins remboursés par le SPP IS (en millions d'euros)



Source : SPP Intégration sociale

2.3.2 Comparaison du coût des soins AMU avec le coût des soins dans la population générale

Comparer le coût des soins donnés dans le cadre de l'AMU à celui des soins dans la population générale nécessite de le rapporter aux populations totales concernées. Toutefois, cette comparaison est un exercice délicat, puisque le nombre de bénéficiaires potentiels de l'AMU ne peut être déterminé avec certitude.

Toutefois, il est possible de comparer la structure des coûts, c'est-à-dire la proportion entre les coûts extrahospitaliers et ceux en hôpital. D'après le SPF Sécurité sociale, dans la population générale en 2021 (dernières données disponibles), la proportion du coût des soins ambulatoires extrahospitaliers par rapport au coût des soins en hôpital était de 89 % (16 milliards d'euros sur 18 milliards), médicaments compris. Cette proportion est très différente dans le cadre de l'AMU, où les soins ambulatoires extrahospitaliers représentaient 17 % du coût des soins en hôpital (12 millions d'euros sur 71 millions) pour 2021⁵¹. Les données ne sont pas totalement comparables.

51 SPF Sécurité sociale, *Comptes de la santé (SHA)*, page consultée le 22 mai 2024, www.socialsecurity.belgium.be.

En effet, les transports non urgents et les analyses de laboratoires ne sont pas compris dans les montants du SPF Sécurité sociale. Néanmoins, la part de l'ambulatoire extrahospitalier est particulièrement basse dans le cas de l'AMU, ce qui témoigne d'un défaut d'accès à ce type de soins.

2.3.3 Coûts indirects d'un manque de soins

Lorsqu'une personne reçoit des soins (par exemple, si elle va chez un médecin généraliste), elle occasionne des coûts directs pour l'institution qui rembourse les soins (les honoraires du généraliste, par exemple). Toutefois, l'absence de soins (et, donc, de coûts directs) entraîne le risque de coûts indirects, à cause de l'aggravation des problèmes de santé qui peuvent mener à des soins plus coûteux, en cas d'hospitalisation par exemple.

L'accès à l'AMU est nettement sous-utilisé par les bénéficiaires potentiels d'après le KCE, qui a estimé qu'entre 10 et 20 % des personnes en séjour illégal ont contacté un dispensateur de soins en 2013, contre 90 % de la population couverte par une assurance soins de santé⁵². D'après les entretiens d'audit et la documentation, cette sous-utilisation serait liée à l'ignorance de l'existence de l'AMU et à la peur d'être dénoncé à la police. Selon une étude menée en 2010, 50 % des personnes « en séjour irrégulier » ne connaissent en effet pas l'AMU⁵³. Par ailleurs, elles ne parlent pas toujours correctement les langues nationales, ce qui constitue également un frein à la demande d'aide.

Plusieurs associations de terrain rencontrées incitent les personnes à faire une demande au CPAS pour accéder à l'AMU et pouvoir recourir aux soins dès que nécessaire, afin d'éviter une aggravation de leurs problèmes de santé. Le SPP IS encourage également les associations à rassurer les usagers, en expliquant que les CPAS sont tenus au secret professionnel et ne peuvent pas dénoncer leurs bénéficiaires en matière d'illégalité de séjour. Le SPP IS a déjà publié des documents d'information à destination des bénéficiaires potentiels⁵⁴. En concertation avec des associations, il projette de créer une brochure afin d'encourager l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU, avant la survenue de problèmes de santé. Le SPP IS n'a pas précisé la date de réalisation de cette brochure.

Le non-recours à l'AMU peut avoir pour conséquence une aggravation des problèmes de santé et un recours accru aux services d'urgence des hôpitaux, ce qui, en fin de compte, entraîne des coûts plus élevés pour les finances publiques que des soins donnés dans les temps et participe à l'engorgement des services d'urgence. En effet, selon les données du SPP IS, l'AMU a un coût moyen plus élevé (par bénéficiaire) que les autres aides médicales octroyées par les CPAS à d'autres catégories de bénéficiaires. Ce coût plus élevé peut s'expliquer par le fait que les bénéficiaires de l'AMU recourent aux soins plus tardivement que les autres bénéficiaires ou pour des pathologies plus lourdes, donc plus coûteuses⁵⁵.

Selon un hôpital rencontré, comme les bénéficiaires potentiels de l'AMU repoussent leurs soins le plus longtemps possible, ils souffrent de pathologies plus graves, ce qui implique des coûts d'hospitalisation supérieurs à ceux qu'ils auraient eus s'ils avaient été soignés à temps.

52 KCE, Dominique Roberfroid et autres, *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ?* Synthèse, op. cit.

53 KU Leuven, Ingrid Schockaert et autres, *Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*, 2012, 237 p., www.kuleuven.be.

54 • SPP Intégration sociale, *Guide de l'aide médicale*, juillet 2019, 11 p., www.mi-is.be.

• SPP Intégration sociale, *L'aide médicale auprès des CPAS*, 2013, 2 p., www.mi-is.be.

55 SPP Intégration sociale, *Focus n° 31 : l'aide médicale de 2005 à 2020*, Bruxelles, septembre 2022, 25 p., www.mi-is.be.

Les conséquences d'un manque d'accès aux soins ambulatoires sont particulièrement graves dans le cas des personnes atteintes d'une maladie chronique. Comme l'illustre un médecin rencontré durant l'audit, le manque de continuité des soins pour les diabétiques peut avoir des conséquences graves, telles qu'une insuffisance rénale (qui mène aux dialyses), une hypertension (qui peut causer un accident vasculaire cérébral), une rétinopathie (qui peut conduire à la cécité) ou encore une artérite (qui peut entraîner une amputation).

Le non-recours à l'AMU peut aussi découler d'une procédure d'accès trop complexe pour certains bénéficiaires potentiels (voir le [chapitre 3](#)).

Pour éviter qu'une personne se retrouve à l'hôpital à cause de problèmes de santé qui auraient pu être traités plus tôt, il conviendrait de garantir l'accessibilité des soins ambulatoires (ou soins primaires) hors hôpital. De nombreuses études ont montré l'intérêt de cette approche. De manière générale, une bonne accessibilité des soins de santé primaires (par exemple, chez un médecin généraliste ou un dentiste) diminue le nombre d'hospitalisations évitables⁵⁶.

Favoriser l'accès à des soins de santé primaires (généralistes ou dentiste, par exemple) est une mesure positive pour les finances de la sécurité sociale⁵⁷. En effet, les hospitalisations sont très coûteuses (jusqu'à plus de 1.000 euros par jour⁵⁸), alors que l'accès aux soins ambulatoires, qui permet d'éviter des hospitalisations ou de diminuer leur durée, l'est nettement moins (de 24 à 30 euros pour une consultation chez un médecin généraliste conventionné⁵⁹). Le taux d'hospitalisations évitables (grâce à des soins appropriés en amont) est d'ailleurs une mesure de la performance d'un système de santé utilisée dans de nombreux pays⁶⁰, dont la Belgique⁶¹.

Des études spécifiques ont été réalisées sur les conséquences d'une limitation de l'accès aux soins pour les personnes en séjour illégal. Ces études ont comparé dans un même système de santé le coût de l'accès aux soins pour les personnes en séjour illégal avec le coût d'une restriction de l'accès aux soins pour ces mêmes personnes. Elles concluent que l'accès aux soins, notamment préventifs,

-
- 56 • Aldo Rosano et autres, « The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review », *European Journal of Public Health*, 2012, volume 23, n° 3, www.academic.oup.com.
- Odette R. Gibson, Leonie Segal & Robyn A. McDermott, « A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing », *BMC Health Services Research*, 26 août 2013, volume 13, n° 1, bmchealthservres.biomedcentral.com.
- Michael J. van den Berg, Tessa van Loenen & Gert P. Westert, « Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries », *Family Practice*, 2015, volume 33, n° 1, www.academic.oup.com.
- Tessa Van Loenen et autres, « The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1^{er} janvier 2016, volume 34, n° 1, www.tandfonline.com.
- 57 • Cour des comptes de France, *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XII, Paris, septembre 2014, p. 23, www.ccomptes.fr.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OCDE, Paris, 2020, www.oecd.org.
- 58 Inami, *Prix de la journée d'hospitalisation*, page mise à jour le 4 juillet 2023, www.inami.fgov.be.
- 59 Inami, *Honoraires, prix et remboursements des médecins – Visites et consultations*, page mise à jour le 13 juillet 2023, www.inami.fgov.be.
- 60 • Commission européenne, Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *Mapping metrics of health promotion and disease prevention for health system performance assessment*, Luxembourg, 2023, 38 p., health.ec.europa.eu.
- Australian Government, Australian Institute of Health Welfare, *Potentially preventable hospitalisations in Australia by age groups and small geographic areas*, 2017–18, Canberra, 2019, www.aihw.gov.au.
- 61 KCE, C. Devos et autres, *Performance du système de santé belge – rapport 2019*, Bruxelles, 2019, 124 p., www.kce.fgov.be.

permet de faire des économies⁶² et de réduire la mortalité⁶³. Par ailleurs, des soins payants découragent les patients de demander l'accès aux soins⁶⁴. Donner accès aux soins ambulatoires est donc également plus économique pour le système de soins, y compris pour les personnes en séjour illégal. Le non-recours augmente aussi le risque d'infections pour lesquelles il n'existe pas de vaccins (tuberculose et sida, par exemple) ou qui ont disparu en Belgique (diphtérie)⁶⁵.

2.4 Conclusions partielles

Le SPP Intégration sociale (SPP IS) ne récolte des informations que sur les personnes qui ont eu accès à l'AMU et pour lesquelles il a remboursé des soins (23.707 en 2022). Or, le nombre de personnes qui ont bénéficié la même année d'un accès à l'AMU (sans avoir reçu nécessairement des soins) est plus élevé, puisque 33.335 personnes ont reçu une décision positive reprise dans le système d'encodage Mediprima. Toutefois, le nombre exact de bénéficiaires de l'AMU pourrait être encore plus élevé. En effet, il n'est pas exclu que des personnes aient reçu une décision positive d'un CPAS sans que celle-ci soit communiquée au SPP IS (notamment parce que les soins n'étaient pas remboursables).

En 2022, 92 % des bénéficiaires résidaient dans une agglomération et 67 % dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les CPAS de certaines communes supportent dès lors une charge plus importante en matière d'AMU (voir le [tableau 1](#)).

Les données récoltées sur le coût des soins dans le cadre de l'AMU sont incomplètes, parce qu'elles reposent uniquement sur les soins remboursés par le SPP IS. Le SPP IS n'analyse pas non plus les informations disponibles sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AMU, ce qui serait utile, notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles à la population générale.

Le coût de l'AMU pour le SPP IS s'élevait à 80,7 millions d'euros en 2023. Le coût de l'AMU ne reprend toutefois pas les frais supportés par les CPAS, par les patients ou par les dispensateurs de soins qui n'auraient pas été payés pour des soins donnés à des bénéficiaires de l'AMU.

Les coûts pour le SPP IS concernent à 85 % des soins donnés en hôpital (hospitalisations, soins ambulatoires ou frais pharmaceutiques), dont 63 % de coût d'hospitalisations. La proportion des soins ambulatoires extrahospitaliers par rapport aux soins en hôpital est inversée dans la population générale, où 89 % des soins sont donnés en dehors des hôpitaux. Cette forte surreprésentation, dans le cadre de l'AMU, des soins hospitaliers et des hospitalisations par rapport aux soins ambulatoires extrahospitaliers peut être la conséquence d'un accès restreint à ce type de soins. En effet, dès qu'un problème de santé survient, le manque d'accès aux soins ambulatoires incite les bénéficiaires à recourir aux soins hospitaliers, notamment aux urgences, ce qui entraîne des dépenses plus élevées que si les problèmes de santé avaient été pris en charge à temps, en dehors

62 European Agency for Fundamental Rights, *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation*, Vienne, 2015, 68 p., www.fra.europa.eu.

63 Arnau Juanmarti Mestres, Guillem Lopez Casasnovas & Judit Vall Castelló, *Effect of health insurance on the mortality of undocumented immigrants: The case of the 2012 Spanish health reform*, 30 januari 2018, 33 p., www.editorialexpress.com.

64 British medical association (BMA), *Delayed, deterred, and distressed: The impact of NHS overseas charging regulations on patients and the doctors who care for them*, London, 2019, 10 p., www.bma.org.

65 • Laurent Gétaz et autres, « Maladies tropicales persistantes chez les migrants », *Revue médicale suisse*, 2014, volume 10, n° 425, www.revmed.ch.

• Organisation mondiale de la santé (OMS), *Santé des réfugiés et des migrants*, page mise à jour le 2 mai 2022, www.who.int.

d'un hôpital, par exemple par un médecin généraliste. Garantir des soins ambulatoires largement accessibles pour tous est, selon la littérature scientifique, une mesure efficace de santé publique.

En d'autres termes, les décisions des CPAS sur l'accès aux soins pour les personnes qui sont dans les conditions pour recevoir l'AMU ont toujours des conséquences pour la collectivité. Ainsi, si le CPAS octroie l'accès aux soins, ceux-ci sont pris en charge par le SPP IS et par le CPAS. Si le CPAS refuse l'accès aux soins, ils sont pris en charge par les dispensateurs de soins, par exemple via les urgences des hôpitaux ou par des associations d'aide et de soins, qui sont souvent subventionnées par les pouvoirs publics. Par ailleurs, quand un CPAS refuse l'AMU à une personne qui est dans les conditions pour l'obtenir, cette décision peut faire l'objet d'un recours en justice, qui occasionne des coûts supplémentaires pour la collectivité et participe à l'encombrement de la justice.

Une meilleure prise en charge médicale des personnes en séjour irrégulier devrait réduire le coût moyen par prise en charge, améliorer l'état de santé des personnes concernées et produire des effets positifs indirects sur la population générale en limitant la transmission de maladies.

Enfin, les limitations d'accès aux soins peuvent augmenter le taux de mortalité du public visé, ce qui témoigne d'une faille de la politique publique.

Chapitre 3

Procédure d'accès aux soins

Ce chapitre décrit cinq étapes de la procédure :

1. la demande d'accès aux soins (points 3.1 et 3.2) ;
2. l'enquête sociale du CPAS (point 3.3) ;
3. la décision du CPAS (point 3.4) ;
4. l'accès au dispensateur de soins (point 3.5) ;
5. le paiement des factures des dispensateurs de soins (point 3.6).

Ce chapitre se termine par un point sur la charge administrative que la procédure représente pour les CPAS (point 3.8).

3.1 Demande d'accès aux soins auprès du CPAS

Pour démarrer la procédure d'accès aux soins, le demandeur doit introduire une demande auprès du CPAS territorialement compétent, c'est-à-dire celui de la commune de résidence. Le CPAS doit alors créer un dossier d'aide sociale et réaliser une « enquête sociale » pour vérifier l'état de besoin du demandeur. Selon le résultat de cette enquête, le CPAS accorde ou non l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU. Les CPAS ont des manières différentes de procéder et la procédure peut même varier dans un même CPAS, en fonction des travailleurs sociaux.

3.1.1 Accusé de réception de la demande du bénéficiaire

Selon la loi, lors de la demande, le CPAS « adresse ou remet le même jour un accusé de réception au demandeur »⁶⁶. Cet accusé de réception n'est cependant pas toujours donné au moment de la demande⁶⁷. Il peut n'être donné que lors du rendez-vous avec l'assistant social chargé du dossier, soit plusieurs semaines après la demande. Or, sans cet accusé de réception et, donc, sans preuve de sa demande, le bénéficiaire peut difficilement introduire un recours en justice contre une absence de décision. La loi permet en effet d'introduire un recours dans les 3 mois de la constatation de l'absence de décision⁶⁸.

Selon les informations recueillies, certains CPAS offrent la possibilité d'introduire une demande en ligne, ce qui génère automatiquement un accusé de réception. Cette possibilité devrait être généralisée à l'ensemble des CPAS via un programme en ligne qui oriente le demandeur vers le CPAS compétent et génère automatiquement un accusé de réception⁶⁹.

⁶⁶ Article 58, § 2, de la loi du 8 juillet 1976.

⁶⁷ KCE, Dominique Roberfroid et autres, *What health care for undocumented migrants in Belgium?*, Bruxelles, 2015, p. 59, www.kce.fgov.be.

⁶⁸ Article 71 de la loi du 8 juillet 1976.

⁶⁹ Loi du 29 février 2024 modifiant diverses lois instituant un cadre légal pour l'échange électronique entre les CPAS et les citoyens et introduisant diverses obligations aux CPAS concernant le traitement d'une demande d'aide.

3.1.2 Compétence territoriale du CPAS

Avant d'entamer l'enquête sociale, le CPAS doit vérifier s'il est compétent, selon les règles prévues dans la loi de 1965⁷⁰.

Si un CPAS décline sa compétence, « *il transmet cette demande dans les 5 jours calendrier par écrit au centre public d'action sociale qu'il estime être compétent* »⁷¹. Si le CPAS vers lequel il renvoie la demande décline également sa compétence, il doit demander, dans les 5 jours ouvrables, au ministre (en pratique au SPP IS) de désigner un CPAS compétent à titre provisoire. Le ministre a à nouveau 5 jours ouvrables pour se prononcer⁷². Ces problèmes de compétence ne rallongent pas le délai légal d'un mois entre la demande du bénéficiaire et la décision du CPAS.

Dans la pratique, déterminer le CPAS compétent n'est pas toujours simple. Des hôpitaux ont fait part du fait que la procédure d'octroi de l'AMU est parfois ralentie par des CPAS qui déclinent leur compétence.

Pour les hôpitaux qui souhaitent obtenir l'accès à l'AMU pour un patient hospitalisé, déterminer le CPAS compétent est une difficulté supplémentaire, en particulier dans le cas des patients sans abri à Bruxelles où le CPAS compétent peut varier selon le banc où dort le sans-abri.

3.2 Demande de soins auprès d'un dispensateur de soins

En pratique, les bénéficiaires potentiels de l'AMU adressent souvent une première demande de soins, non pas à un CPAS, mais à un dispensateur de soins ou à une association d'aide et de soins. Le KCE relevait ainsi que, dans la majorité des cas, les bénéficiaires demandaient d'abord des soins au dispensateur de soins avant d'introduire une demande d'AMU au CPAS⁷³. D'après un hôpital, la majorité des bénéficiaires se présentent ainsi d'abord aux urgences avant d'avoir accès aux soins dans le cadre de l'AMU.

Lorsque le traitement n'est pas urgent et que la personne n'a pas encore accès aux soins dans le cadre de l'AMU, le dispensateur de soins la renvoie vers le CPAS pour entamer la procédure. En revanche, lorsque la personne doit être hospitalisée, l'hôpital se charge lui-même des démarches auprès du CPAS.

Ainsi, lorsqu'une personne sans ressources et sans assurance médicale est hospitalisée, le service social des hôpitaux rencontrés entame les démarches pour ouvrir l'accès à l'AMU auprès du CPAS afin que le coût des soins puisse être pris en charge. Cette procédure peut être complexe. Même si certains CPAS acceptent qu'un dispensateur de soins (hôpital ou médecin) leur transmette la demande signée par le demandeur, quelques hôpitaux rencontrent des difficultés avec d'autres CPAS, notamment parce qu'ils ne reçoivent pas de réponse ou sont renvoyés d'un travailleur social à un autre. Le travail des hôpitaux est encore compliqué parce que chaque CPAS a sa propre politique d'accès aux soins dans le cadre de l'AMU et que les assistants sociaux des CPAS ne connaissent pas toujours les détails de la procédure. D'après les entretiens d'audit, les difficultés de contact entre l'hôpital et le CPAS ne disparaissent pas toujours quand le bénéficiaire a droit à l'AMU.

⁷⁰ Article 2 de la loi du 2 avril 1965.

⁷¹ Article 58 de la loi du 8 juillet 1976.

⁷² • Article 15 de la loi du 2 avril 1965.

• Arrêté royal du 20 mars 2003 fixant les modalités d'exécution de l'article 15, alinéa 4, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

⁷³ KCE, Dominique Roberfroid et autres, *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ?* Synthèse, op. cit.

Lorsque le patient hospitalisé est dans l'incapacité physique de formuler une demande, il arrive qu'un CPAS refuse de considérer la demande qui n'a pas été signée. En cas de recours en justice, les hôpitaux peuvent obtenir la condamnation du CPAS à prendre les frais en charge⁷⁴, « pour autant que l'urgence des soins concernés soit démontrée a posteriori »⁷⁵.

Toutefois, le refus de considérer la demande d'un patient hors d'état de signer n'est pas une pratique générale et la procédure peut être entamée lorsque le médecin atteste que la personne est inconsciente. Un document d'information du SPP IS précise d'ailleurs qu'un dispensateur de soins peut introduire une demande d'aide « si le bénéficiaire est dans l'incapacité de le faire lui-même »⁷⁶.

Les hôpitaux sont confrontés à une difficulté supplémentaire quand la personne inconsciente n'a pas de papiers. Dans cette situation, si la personne est incapable de vivre sans assistance et n'a pas de solution hors hôpital (par exemple, en cas de coma ou de problèmes neurologiques graves), un hôpital peut être amené à prendre en charge l'hospitalisation pendant des mois ou des années.

Par ailleurs, en cas de soins particulièrement urgents, même le délai légal d'un mois pour rendre une décision peut être trop long. En effet, en dehors des urgences vitales, certains dispensateurs de soins ne soignent pas immédiatement le patient. Ils préfèrent attendre d'abord la décision du CPAS (même si elle prend un mois), car ils ont peur de ne pas être payés, comme le mentionne le SPP IS dans sa réponse. Or, retarder certains soins peut mettre un patient en difficulté, notamment en cas d'interruption volontaire de grossesse ou de maladie transmissible. Certains CPAS ont toutefois développé une procédure d'urgence qui permet d'accorder une prise en charge en 24 heures ou en une semaine.

Quand le bénéficiaire potentiel est hospitalisé, certains CPAS débutent l'enquête sociale en envoyant un assistant social à l'hôpital ou en contactant le patient par téléphone ou visioconférence. D'autres CPAS refuseraient toutefois de venir sur place ou de contacter la personne à distance et rejetteraient ensuite la demande d'AMU, parce que la personne ne se présente pas ou ne collabore pas. Par ailleurs, certains CPAS se contenteraient d'envoyer au patient un courrier qu'il ne comprend pas ou ne reçoit pas. Le patient est alors dans l'impossibilité de poursuivre la procédure, et le CPAS refuse le dossier faute de collaboration.

Recommandation 1

Promulguer des directives pour faciliter :

1. un accès rapide aux soins quand une personne doit être soignée en urgence
2. l'enquête sociale du CPAS en cas d'hospitalisation

⁷⁴ Cour de cassation de Belgique, 3e chambre, arrêt n° C.13.0117.F/1 du 14 octobre 2013, www.juportal.be.

⁷⁵ Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 12^e chambre, jugement du 17 avril 2023, rôle n° 22/3650/A, p. 8, www.terralaboris.be.

⁷⁶ SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995. Document d'information*, Bruxelles, mai 2022, 69 p., p. 6, www.mi-is.be.

3.3 Enquête sociale du CPAS

3.3.1 Obligation de réaliser une enquête sociale

Selon la loi, quand le CPAS a reçu une demande d'AMU et s'est estimé territorialement compétent, il entame une enquête sociale pour « démontrer le caractère résiduaire de l'aide à accorder », c'est-à-dire pour vérifier que le demandeur n'a pas d'autre moyen de se procurer cette aide⁷⁷. Cette enquête sociale se termine « par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face »⁷⁸.

Le caractère obligatoire de l'enquête sociale est parfois remis en question, car la loi de 1976 précise que l'intervention du CPAS est précédée d'une enquête sociale « s'il est nécessaire »⁷⁹. Sur cette base, des jugements ont considéré que l'impossibilité de réaliser une enquête sociale préalable ne dispensait pas les CPAS d'octroyer l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU quand l'urgence le justifiait⁸⁰ (voir le point 3.2). En revanche, selon la loi de 1965, le CPAS doit obligatoirement réaliser une enquête sociale pour obtenir le remboursement des frais par le SPP IS⁸¹. Cette obligation, quant à elle, n'est pas remise en question.

Les difficultés administratives pour introduire une demande et réunir les pièces probantes demandées par le CPAS sont de nature à augmenter le risque de non-recours à l'AMU, ce qui peut entraîner une aggravation de l'état de santé du bénéficiaire et un recours aux urgences hospitalières.

3.3.2 Éléments de l'enquête sociale

En pratique, dès qu'une personne fait une demande au CPAS, le travailleur social peut commencer son enquête sociale, notamment en essayant de déterminer l'origine de la personne et la date de son arrivée en Belgique.

Selon la législation, l'enquête sociale dans le dossier du bénéficiaire reprend :

- un état des lieux de ses ressources et, éventuellement, de celles de la personne avec qui il cohabite ;
- une description sommaire de ses conditions de vie qui ont une influence sur son état de besoin ;
- l'absence ou l'existence du droit de séjour ;
- la présence ou non d'un garant ;
- la présence ou non d'une assurance maladie en Belgique ou à l'étranger⁸².

Ces informations doivent être vérifiées notamment via les flux électroniques de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale (BCSS)⁸³.

⁷⁷ Arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

⁷⁸ Article 60, § 1^{er}, de la loi du 8 juillet 1976.

⁷⁹ Loi du 8 juillet 1976.

⁸⁰ • Tribunal du travail francophone de Bruxelles, jugement du 17 avril 2023, rôle n° 22/3650/A, www.terralaboris.be.
 • Cour du travail de Liège, chambre 2-G, arrêt du 28 octobre 2022, rôle n° 2022/AL/60 - 2022/AL/83, www.juportal.be.
 • Cour de cassation de Belgique, 3^e chambre, arrêt n° C.08.0014.F/1 du 22 février 2010, p. 9, www.juportal.be.
 • Cour de cassation de Belgique, arrêt n° C.13.0117.F/1 du 14 octobre 2013, p. 10, www.juportal.be.

⁸¹ Article 9bis de la loi du 2 avril 1965.

⁸² Arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

⁸³ Arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

Le CPAS doit aussi recontacter le bénéficiaire, ce qui n'est pas toujours simple avec une population en situation précaire. En pratique, si le CPAS ne retrouve pas le bénéficiaire, il lui refuse l'accès aux soins, car il n'a pas pu mener à bien son enquête sociale.

3.3.2.1 Identité de la personne et numéro Niss bis

Quand la personne est identifiée par le CPAS, celui-ci peut demander la création d'un numéro Niss bis dans le registre national via la BCSS (si ce numéro n'a pas déjà été créé)⁸⁴. Ce numéro est nécessaire pour l'octroi de l'AMU.

3.3.2.2 Résidence

Condition de séjour en Belgique

Pour accéder aux soins dans le cadre de l'AMU, la personne doit séjourner en Belgique. Cette condition est décrite brièvement dans la loi par les termes « *un étranger qui séjourne illégalement dans le royaume* »⁸⁵. La loi ne prévoit pas de durée minimale de séjour pour avoir accès aux soins. Néanmoins, une personne qui vient en Belgique uniquement pour recevoir des soins ne séjourne pas dans le pays et ne peut donc pas bénéficier de l'AMU. Il revient au travailleur social d'identifier ce motif éventuel lors de l'enquête.

Certains CPAS refuseraient toutefois l'accès à l'AMU si une personne en séjour illégal réside depuis moins de 3 mois sur le sol belge ou si elle ne peut pas prouver qu'elle y réside depuis 3 mois au moins. Dans pareil cas, l'hôpital n'est pas remboursé des frais d'hospitalisation qui peuvent se monter à plusieurs centaines de milliers d'euros. D'après la jurisprudence consultée⁸⁶, un recours en justice contre une décision de refus basée sur cet argument mène à la condamnation du CPAS, car cette condition n'est pas dans la loi et ne peut donc pas justifier un refus.

Visite à domicile

La visite à domicile fait partie de l'enquête sociale. Toutefois, la loi n'oblige pas le CPAS à réaliser systématiquement une visite au domicile du bénéficiaire dans le cas de l'AMU. Le CPAS juge lui-même de l'opportunité de cette visite⁸⁷. En revanche, cette visite est obligatoire dans le cas des dossiers d'aide sociale financière et de ceux liés au droit à l'intégration sociale. Dans ces deux cas, elle doit être réalisée au moins une fois par an⁸⁸. L'AMU n'est pas considérée comme une aide financière⁸⁹, puisque le bénéficiaire ne reçoit pas d'argent.

Comme les bénéficiaires potentiels de l'AMU vivent dans des situations précaires, certains CPAS adapteraient cette visite à la situation de la personne, notamment si elle est hébergée par d'autres personnes ou si elle est sans abri. Ainsi, le témoignage des associations d'aide et de soins fréquentées par cette personne peut servir à prouver sa résidence dans la commune.

⁸⁴ Banque-Carrefour de la sécurité sociale, *Registre national/registres BCSS*, page consultée le 26 mars 2024, www.ksz-bcss.fgov.be.

⁸⁵ Article 57, § 2, de la loi du 8 juillet 1976.

⁸⁶ Voir, par exemple, Cour du travail de Liège, arrêt du 28 octobre 2022, rôle n° 2022/AL/60 - 2022/AL/83, www.juportal.be.

⁸⁷ Circulaire du 14 mars 2014 portant sur les conditions minimales de l'enquête sociale exigée dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l'intégration sociale et dans le cadre de l'aide sociale accordée par les CPAS et remboursée par l'État conformément aux dispositions de la loi du 2 avril 1965.

⁸⁸ Article 4 de l'arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

⁸⁹ Article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 décembre 1996.

Changement de commune

Lorsqu'un bénéficiaire change de commune, l'ancien CPAS compétent doit transférer la demande au nouveau CPAS qu'il estime compétent. L'ancien CPAS reste compétent tant qu'il n'a pas transféré cette demande. Toutefois, même si la demande elle-même est transférée, le dossier du bénéficiaire ne l'est pas, et le nouveau CPAS doit refaire une enquête sociale avant de prendre une décision. La continuité des soins n'est pas garantie, sauf dans le cas d'une hospitalisation ininterrompue, au cours de laquelle le premier CPAS reste compétent jusqu'à la fin de l'hospitalisation⁹⁰.

Recommandation 2

En cas de changement du CPAS compétent, assurer la continuité de l'accès aux soins jusqu'à la conclusion d'une nouvelle enquête sociale

3.3.2.3 Absence de ressources

Le CPAS doit vérifier l'état de besoin du demandeur sur la base des revenus, biens, charges, factures impayées, assurances privées, ou encore sur la base de la solidarité familiale. Disposer de revenus inférieurs au revenu minimum d'insertion (RIS) est un des critères pour déterminer l'état de besoin.

3.3.2.4 Garant

Lors de l'enquête sociale, le CPAS doit examiner si un garant peut être tenu responsable des frais médicaux du demandeur. En effet, l'octroi d'un visa à un étranger non européen peut être subordonné à la désignation d'un garant qui s'engage à couvrir les frais médicaux que le demandeur du visa pourrait encourir. À l'expiration du visa, la personne est en situation illégale, mais la couverture par le garant se poursuit jusqu'à 24 mois après la fin projetée du séjour⁹¹.

L'Office des étrangers centralise les informations relatives aux garants. Néanmoins, comme aucune base de données accessible aux CPAS ne rassemble les informations sur les garants, le CPAS doit interroger directement l'Office des étrangers pour savoir si une garantie doit être activée. L'échange d'informations entre l'Office et le CPAS prend parfois du temps, ce qui implique que la garantie ne peut être activée qu'après l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU. Dans ce cas, le CPAS doit récupérer lui-même auprès du garant les éventuels frais qu'il a supportés.

Recommandation 3

Rendre l'information sur l'existence éventuelle d'un garant accessible aux CPAS via une base de données centralisée

⁹⁰ Article 2, § 9, de la loi du 2 avril 1965.

⁹¹ Loi du 15 décembre 1980.

3.3.2.5 Assurabilité

Le CPAS doit également vérifier si le bénéficiaire potentiel n'a pas droit à une assurance médicale en Belgique ou dans son pays d'origine. À cette fin, il vérifie d'abord les informations du registre national sur le statut du bénéficiaire, en interrogeant la BCSS, pour savoir s'il peut être assuré en Belgique. Si ce n'est pas le cas, le CPAS doit examiner s'il peut être couvert par une assurance dans son pays d'origine ou dans un pays où il a séjourné avant d'arriver en Belgique. Les ressortissants des pays européens sont également concernés, puisqu'ils peuvent être en séjour illégal après trois mois de séjour (voir le [point 1.1.5.2](#)).

Au lieu d'interroger directement le pays, le CPAS peut passer par le service des relations internationales de la Caami qui contactera le pays, selon une procédure qui varie selon le pays :

- Dans l'Espace économique européen, la procédure de demande d'information est assez simple grâce à un réseau d'échange électronique de données entre les pays membres. La procédure dure un mois environ : 10 jours pour la procédure à la Caami et jusqu'à 14 jours pour la réponse du pays.
- Avec d'autres pays, la Belgique a conclu une convention de prise en charge des soins de santé de leurs ressortissants en séjour en Belgique. Les pays concernés sont le Royaume-Uni, la Suisse, la Turquie, le Maroc, la Tunisie, l'Algérie, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine du Nord, le Monténégro et la Serbie. La Caami transmet les demandes d'information à ces pays sur papier. Le délai de réponse est parfois très long. Certains pays ne répondent jamais et d'autres toujours de manière négative.
- Pour les autres pays sans convention de prise en charge des soins de santé, une déclaration sur l'honneur du bénéficiaire qu'il n'a pas d'assurance est acceptée comme preuve.

Même si la Caami se charge d'interroger les pays concernés, la procédure de demande et le suivi des dossiers restent lourds pour les travailleurs sociaux du CPAS. En effet, dès qu'une convention existe avec la Belgique, le CPAS doit envoyer, par courriel, à la Caami un dossier constitué en numérisant les documents d'identité et les éventuelles pièces prouvant l'existence d'une assurance médicale. Le CPAS doit interroger le pays concerné, directement ou via la Caami, même si un pays ne répond jamais ou toujours par la négative. S'il ne le fait pas, il risque de ne pas être remboursé par le SPP IS.

Le CPAS doit conserver, dans le dossier du demandeur, la preuve qu'il a effectué les démarches nécessaires pour vérifier son assurabilité, tout comme pour les autres démarches réalisées lors de l'enquête sociale.

3.3.3 Renouvellement de l'enquête sociale

Après avoir accordé l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU, le CPAS doit rester attentif à un éventuel changement de statut du bénéficiaire. En effet, à la suite d'un tel changement, un bénéficiaire pourrait, par exemple, avoir accès à une assurance médicale. Or, dès ce moment, l'accès à l'AMU, qui est une protection résiduaire, ne se justifie plus et le CPAS ne peut plus demander au SPP IS le remboursement des soins de santé. La vérification d'un changement de statut s'appuie notamment sur les flux d'information générés par la BCSS⁹².

⁹² Articles 10 et 11 de l'arrêté royal du 1^{er} décembre 2013.

D'après les entretiens d'audit, le suivi des flux est fastidieux pour les travailleurs des CPAS à cause du nombre élevé d'informations à consulter. En outre, les informations pertinentes doivent être retranscrites dans le dossier, puisqu'elles ne s'y inscrivent pas automatiquement. Ce suivi chronophage est aussi une source d'erreur.

Lorsque l'inspection du SPP IS s'aperçoit que le bénéficiaire avait droit à l'assurance obligatoire soins de santé, il demande au CPAS de lui rétrocéder tous les montants qu'il lui aurait indûment versés.

Dès lors, le CPAS a intérêt à vérifier régulièrement le statut du bénéficiaire et, au besoin, à l'inscrire rapidement dans une mutuelle⁹³. L'inspection laisse toutefois un délai de 3 mois au CPAS pour effectuer les démarches nécessaires en cas de changement de statut, à partir du moment où la situation du bénéficiaire a changé⁹⁴.

3.4 Décision du CPAS

3.4.1 Délai de prise de décision

Le CPAS doit rendre une décision dans le mois de la demande du bénéficiaire, sans que la loi prévoie de sanctionner le CPAS qui ne respecte pas ce délai⁹⁵. La décision peut être positive, avec un accès aux soins, ou négative, sans accès aux soins. Dans les faits, le délai d'un mois ne serait pas systématiquement respecté.

Si aucune sanction n'existe pour ce délai, le CPAS doit néanmoins transmettre sa décision au SPP IS dans les 45 jours des soins concernés (dans l'ancien système Novaprima, voir le [point 3.4.2.1](#)) ou dans les 60 jours (dans le nouveau système Mediprima, voir le [point 3.4.2.2](#)) pour pouvoir être remboursé par le SPP IS (voir le [point 3.4.2](#)).

En dehors de ces cas, un CPAS n'encourt pas de sanction s'il ne respecte pas le délai d'un mois. Par ailleurs, comme seule la décision positive est encodée, avec la date de la décision mais sans la date de la demande du bénéficiaire, aucun contrôle systématique des délais pour rendre une décision n'est réalisable. Un contrôle systématique serait toutefois techniquement possible dans Mediprima si toutes les décisions y étaient encodées avec la date de la demande.

Recommandation 4

Pour vérifier le respect par les CPAS du délai légal avant de rendre une décision, imposer l'encodage de toutes les décisions dans Mediprima, avec l'introduction obligatoire de :

- la date de la demande du bénéficiaire
- la date de la décision positive
- la date de la décision négative

⁹³ Article 60, § 5, de la loi du 8 juillet 1976.

⁹⁴ SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995*. Document d'information, op. cit., p. 13.

⁹⁵ Article 71 de loi du 8 juillet 1976.

3.4.2 Encodage de la décision

Pour obtenir le remboursement des soins qu'il a pris en charge, le CPAS doit encoder sa décision. En fonction des dispensateurs de soins qu'il estime concernés, il l'encode dans Novaprima, dans Mediprima ou dans les deux systèmes (voir le [point 1.1.4](#)).

En pratique, les deux systèmes ne sont pas liés et ne comportent pas nécessairement les mêmes informations (par exemple, la durée de la décision peut différer). En 2023, d'après les données du SPP IS sur les soins qu'il a remboursés, 301 des 401 CPAS avaient encodé des décisions dans les deux systèmes ; 34 avaient encodé des décisions uniquement dans Novaprima et 66 uniquement dans Mediprima. Par ailleurs, théoriquement, une décision pourrait n'être encodée dans aucun de ces systèmes, car, si elle ne couvre que des soins non remboursés par le SPP IS, le CPAS n'est pas tenu de prévenir le SPP de sa décision d'octroi de l'AMU.

En l'état, la procédure d'encodage des décisions manque de transparence.

3.4.2.1 Procédure dans l'ancien système Novaprima

La procédure d'encodage d'une décision dans Novaprima consiste à remplir des formulaires électroniques que le CPAS transmet au SPP IS : un formulaire A, envoyé une fois par bénéficiaire, reprend des informations sur celui-ci, tandis qu'un formulaire B est transmis lors de chaque nouvelle décision. Ce formulaire B reprend l'identifiant du bénéficiaire ainsi que les types de soins prévus. Les données des formulaires sont centralisées dans Novaprima, le système géré par le SPP IS. L'envoi du formulaire B doit être réalisé dans les 45 jours de la date des soins dont le CPAS demande le remboursement⁹⁶.

3.4.2.2 Procédure dans le nouveau système Mediprima

Si la décision concerne un dispensateur de soins inscrit dans Mediprima, le CPAS est tenu d'y encoder sa décision dans les 60 jours après les soins⁹⁷. Sinon, il ne sera pas remboursé par le SPP IS.

Les caractéristiques de la décision sont visibles (date du début de l'accès aux soins, date de fin et type de soins couverts) par le dispensateur de soins, inscrit dans Mediprima, qui souhaite traiter le bénéficiaire, sauf s'il ne fait pas partie des dispensateurs de soins concernés par la décision du CPAS (voir le [point 3.4.3.3](#)). S'il est bien concerné par la décision du CPAS, le dispensateur de soins peut obtenir via Mediprima un engagement de paiement, c'est-à-dire une garantie que ses factures seront payées. Les dispensateurs de soins exclus de la décision ainsi que les autres CPAS voient que le bénéficiaire est couvert par une décision, mais ne voient pas les détails de celle-ci.

En 2022, 446 CPAS ont encodé une décision dans Mediprima, soit 77 % des 581 CPAS de Belgique.

⁹⁶ Article 9 de la loi du 2 avril 1965.

⁹⁷ • Article gter de la loi du 2 avril 1965.

• Arrêté royal du 18 février 2014, relatif au contrôle des frais médicaux et pharmaceutiques dans le cadre de l'article gter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale.

3.4.3 Limitation de l'accès aux soins dans les décisions des CPAS

Le contenu des décisions des CPAS est très variable, en matière de durée de l'accès aux soins (voir le [point 3.4.3.1](#)), de dispensateurs de soins concernés (voir le [point 3.4.3.3](#)) et de soins pris en charge (voir le [point 3.4.3.4](#)), que ce soit dans Novaprima ou dans Mediprima.

Les décisions encodées en 2022 dans Mediprima confirment cette variabilité⁹⁸. Les 86.397 décisions y sont traduites en 89.051 cartes médicales. Les termes « carte médicale » sont utilisés dans Mediprima pour traduire la décision en accès aux soins. Une seule décision peut couvrir plusieurs cartes médicales (3 % des décisions en 2022). Les dates de début et de fin des cartes déterminent la durée de l'accès aux soins.

3.4.3.1 Limitation de la durée d'accès aux soins

La législation ne limite pas, dans le temps, l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU. Toutefois, dans Mediprima, la durée d'une carte médicale est, dans les faits, limitée à 365 jours.

En 2022, dans Mediprima, la durée des cartes médicales variait de 1 à 365 jours (voir le [graphique 2](#)). Les cartes couvraient en moyenne 82 jours (avec une médiane de 87). Cette moyenne cache de grandes disparités. Par exemple, 5 % des cartes (4.531 des 89.051 cartes) duraient 1 jour ; 24 % (21.466) couvraient au maximum 30 jours et 3 % (2.561 cartes) entre 360 et 365 jours. L'analyse des données par CPAS montre qu'une partie des CPAS suivent une règle propre et que leurs cartes couvrent toujours la même durée (1, 3 ou 12 mois, par exemple), tandis que la durée des cartes d'autres CPAS varie entre bénéficiaires ou entre cartes médicales d'un même bénéficiaire.

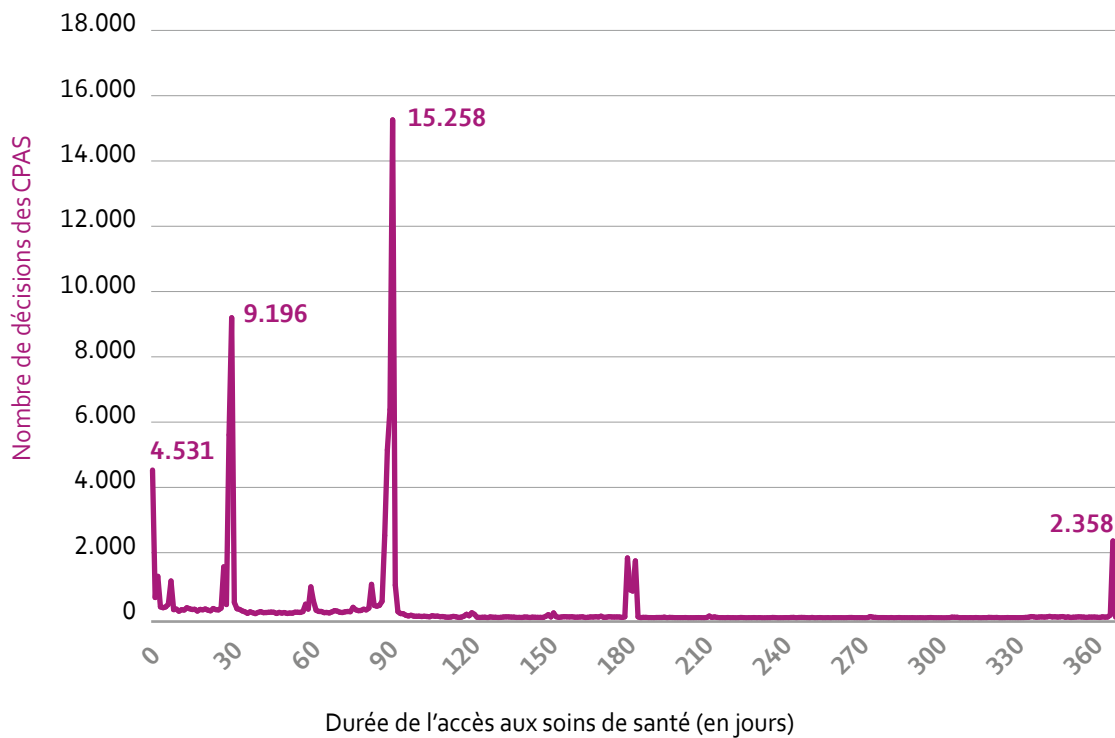
D'après la même analyse de données, dans un CPAS où la durée des cartes médicales est particulièrement variable, une personne a reçu 21 cartes médicales sur une période de plus de 300 jours : les cartes se suivaient sans interruption de date, parfois pour 1 ou 2 jours. Dans le même CPAS, une autre personne a reçu 16 cartes médicales, dont 13 de 2 jours sur une période de 11 mois, avec des interruptions entre les cartes.

Par ailleurs, la décision peut avoir un effet rétroactif (44,5 % des cartes médicales débutaient avant la date de la décision), immédiat (10,8 %) ou futur (44,7 %).

⁹⁸ SPP Intégration sociale, données communiquées le 17 janvier 2024.

Graphique 2 - Variabilité de la durée de l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU en 2022
(nombre de décisions des CPAS et durée en jours de l'accès aux soins)

En 2022, la durée de l'accès aux soins varie sans logique perceptible.



Source : SPP Intégration sociale

Les durées semblent donc fixées de manière arbitraire, ce qui implique que les bénéficiaires ne sont pas traités de manière égale selon le CPAS ou selon le travailleur social dont ils relèvent.

Plusieurs arguments s'opposent à cette limitation a priori de la durée de l'accès aux soins. Ainsi, certaines maladies transmissibles, comme le VIH ou la tuberculose, doivent être traitées au long cours, et il ne sert à rien d'entamer un traitement s'il doit être suspendu après quelques semaines. Dans ces cas, la limitation de la durée des soins entraîne des risques pour la population générale. Par ailleurs, une décision limitée dans le temps signifie que l'accès aux soins a été déterminé à l'avance par le CPAS, alors qu'il n'est pas compétent en matière de santé. Enfin, encoder une seule carte médicale d'un an est plus simple administrativement que d'en encoder plusieurs.

Durée limitée lors d'une première demande en urgence

D'après les entretiens d'audit, dans certains cas, un accès aux soins de courte durée se justifie, parce qu'il s'agit d'une demande de soins urgents d'un nouveau bénéficiaire. Dans cette situation, certains CPAS prendraient rapidement une décision, avant d'avoir terminé l'enquête sociale, en limitant la durée de la carte médicale et en ne couvrant que les soins nécessaires. Néanmoins, cette raison ne justifie que la première carte médicale d'un bénéficiaire. Or, de nombreuses cartes de courte durée ne sont pas des premières cartes, ce qui signifie qu'une enquête sociale a déjà été réalisée.

Limitation de la durée par crainte que la personne ne soit plus dans les conditions de l'AMU

Le renouvellement fréquent de l'accès aux soins constituerait un moyen de contrôle de la part de certains CPAS pour s'assurer que la personne reste proche géographiquement.

Une autre raison pour laquelle les CPAS limitent la durée de l'accès aux soins serait la crainte d'être déclarés compétents pour toute autre aide : « *Lorsqu'un centre public d'action sociale prend une décision concernant l'aide médicale et pharmaceutique conformément à l'article 9ter, il est compétent pour accorder les secours nécessaires durant la période de validité de cette décision.* »⁹⁹

Néanmoins, ces limitations à l'avance de la durée des soins, alors que la personne remplit toujours les conditions de l'AMU, compliquent le travail des dispensateurs de soins qui doivent attendre que le droit soit renouvelé pour entamer ou continuer un traitement. Il s'agit en plus d'une complication administrative pour le CPAS, le dispensateur de soins et le bénéficiaire.

Procédure pour renouveler la décision

La procédure de renouvellement de l'accès aux soins varie selon les CPAS. Quand le renouvellement n'est pas automatique dans un CPAS, le bénéficiaire doit refaire une demande, ce qui peut prendre du temps et interrompre les soins qu'il reçoit.

La limitation a priori de l'accès aux soins s'expliquerait par la nécessité de renouveler l'enquête sociale, alors que l'inverse correspond mieux à l'esprit de la loi : un accès aux soins qui n'est pas limité a priori dans sa durée, mais qui s'arrête dès que l'enquête sociale conclut que la personne n'est plus dans les conditions. En pratique, cette deuxième approche diminue les démarches administratives, puisqu'une seule décision et un seul encodage sont nécessaires pour un bénéficiaire. Elle ne diminue pas le contrôle des conditions que doit remplir le bénéficiaire, puisque le CPAS doit vérifier tous les 3 mois (voir le [point 3.3.3](#)) si le bénéficiaire remplit toujours les conditions de l'AMU. Le CPAS n'a pas besoin de rendre une nouvelle décision à chaque vérification, sauf si cette vérification conclut que la personne ne remplit plus les conditions.

Recommandation 5

Accorder l'accès aux soins à durée indéterminée et prévoir un contrôle trimestriel du respect des conditions de l'AMU dans le chef du bénéficiaire

Recommandation 6

Supprimer, dans les systèmes d'encodage, la possibilité de limiter la durée de l'accès aux soins

⁹⁹ Article 2, § 9, de la loi du 2 avril 1965.

3.4.3.2 Décision de principe dans Mediprima

En 2022, dans Mediprima, 16 % des cartes médicales sont des « décisions de principe », parce qu'il s'agit de décisions positives qui ne comportaient aucun accès aux soins. D'après les entretiens d'audit, une décision de principe a pour objectif de rendre une décision dans le mois de la demande afin de respecter le délai légal (voir le [point 3.4.1](#)) ou pour bénéficier du remboursement du SPP IS au cas où le CPAS accepterait de couvrir des soins (voir le [point 3.4.2](#)), sans cependant engager le CPAS à prendre en charge des frais s'il n'a pas finalisé l'enquête sociale. Cette possibilité est mentionnée par le SPP IS¹⁰⁰.

Toutefois, en 2022, 50 % des 4.592 bénéficiaires qui avaient reçu une décision de principe, c'est-à-dire une carte médicale sans couverture, avaient déjà reçu une carte médicale avec couverture la même année, ce qui signifie qu'une enquête sociale avait déjà été concluante. Les bénéficiaires sont dès lors pénalisés par une absence d'accès aux soins, sans motif.

Par ailleurs, ces décisions de principe ne respectent pas la loi, puisqu'il s'agit en pratique d'une absence de décision. Cette pratique devrait être interdite dans Mediprima.

Recommandation 7

Supprimer, dans les systèmes d'encodage, la possibilité de créer une décision de principe, c'est-à-dire une décision positive qui ne prévoit pas d'accès aux soins

3.4.3.3 Limitation des dispensateurs de soins

Dans Mediprima, un CPAS peut donner accès aux dispensateurs de soins, sans sélectionner des dispensateurs en particulier. Toutefois, certains CPAS limitent les dispensateurs auxquels le bénéficiaire a accès. Par conséquent, un dispensateur, non visé par la décision du CPAS, qui reçoit un bénéficiaire de l'AMU ne sera pas payé s'il le soigne. En pratique, la limitation des dispensateurs par les CPAS restreint le libre choix du dispensateur de soins par le bénéficiaire.

Pour être repris parmi les dispensateurs de soins autorisés, un dispensateur exclu de l'accès à l'AMU pour un patient doit faire une demande au CPAS. Cela occasionne, pour le dispensateur et le CPAS, un surcroît de démarches administratives qui peuvent retarder la prise en charge des problèmes de santé du patient. En outre, si le CPAS refuse d'ajouter le dispensateur, celui-ci ne sera pas payé.

Cette limitation de la liberté de choix du patient est contraire à la loi sur les droits du patient¹⁰¹ et à la loi organique des CPAS¹⁰². Seule une loi peut prévoir des exceptions à ce principe. Des CPAS ont, d'ailleurs, été condamnés à prendre en charge les soins des dispensateurs de soins qu'ils avaient exclus de l'AMU, comme en témoignent les hôpitaux rencontrés et la jurisprudence consultée¹⁰³.

¹⁰⁰ SPP Intégration sociale, Mediprima. *Manuel à destination des CPAS et des prestataires de soins*, op. cit., p. 26.

¹⁰¹ Article 6, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

¹⁰² Article 61 de la loi du 8 juillet 1976.

¹⁰³ • Cour du travail de Liège, division Namur, chambre 6-A, arrêt du 29 juin 2021, rôle n° 2021/AN/15, p. 7, www.terralaboris.be.
• Cour du travail de Bruxelles, 8^e chambre, arrêt du 25 mars 2021, rôle n° 2019/AB/560 – 2020/AB/330, www.terralaboris.be.

Limitation des hôpitaux dans Mediprima

D'après les données de Mediprima en 2022, 8 % des CPAS ont limité (parfois ou toujours) les hôpitaux vers lesquels pouvait se tourner un bénéficiaire, soit 34 des 446 CPAS qui avaient encodé une décision dans Mediprima. Peu de CPAS sont concernés, mais ils totalisaient de nombreux bénéficiaires. Dès lors, 43 % des cartes médicales en 2022 limitaient les hôpitaux auxquels les bénéficiaires pouvaient recourir. En cas de limitation, le nombre d'hôpitaux sélectionnés (entre 1 et 19) variait en fonction des bénéficiaires dans un même CPAS et, parfois, en fonction des cartes médicales pour un même bénéficiaire.

Limitation des médecins généralistes dans Mediprima

Dans Mediprima, 77 % des cartes médicales n'autorisaient pas les médecins généralistes inscrits dans le système à soigner un bénéficiaire dans le cadre de l'AMU (voir le [point 1.1.4](#)). Les bénéficiaires concernés ont pu avoir accès à un généraliste via Novaprima, mais cette possibilité ne justifie pas le refus du CPAS de prendre en charge les soins donnés par les généralistes inscrits dans Mediprima. Par ailleurs, pour 1,5 % des cartes médicales, le bénéficiaire ne pouvait avoir accès qu'à certains généralistes (entre 1 et 11) inscrits dans Mediprima. Seuls 21,5 % des cartes médicales autorisaient l'accès aux soins auprès de tous les généralistes inscrits dans Mediprima.

Il est peu efficient, pour la gestion des dépenses de soins de santé, d'empêcher une personne d'aller chez le médecin généraliste de son choix. En effet, cette limitation du choix du médecin, conjuguée à la pénurie des dispensateurs de soins et aux réticences de certains de ceux-ci de traiter des bénéficiaires de l'AMU, peuvent mener la personne à aller directement aux urgences d'un hôpital, plutôt que d'attendre trop longtemps un rendez-vous. Or, des études ont montré que s'il est orienté trop vite vers l'hôpital, le patient risque davantage de subir des examens inutiles ou des opérations, potentiellement dommageables, qui auraient pu être évitées¹⁰⁴.

Limitation aux dispensateurs ayant signé une convention avec le CPAS

En Région de Bruxelles-Capitale, certains CPAS limitent le choix des dispensateurs de soins à ceux avec qui ils ont conclu une convention. Dans ces conventions, la limitation de la liberté de choix peut s'appliquer à différents types de dispensateurs de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux ou même centres de planning familial). Ces conventions limitant les dispensateurs de soins sont contraires à la loi, puisqu'elles empêchent les patients d'exercer leur libre choix¹⁰⁵. En outre, elles engendrent des complications administratives inutiles pour les dispensateurs qui ne les ont pas signées et peuvent restreindre l'accès aux soins pour les bénéficiaires.

Les limitations des dispensateurs de soins ne peuvent s'expliquer par des considérations financières. En effet, que les hôpitaux aient un statut public ou privé (en tant qu'ASBL par exemple), ils ont tous une mission d'intérêt général, reçoivent les mêmes subventions de l'État, obéissent aux mêmes règles de tarification et pratiquent tous des suppléments d'honoraires¹⁰⁶. Certains hôpitaux publics fixent d'ailleurs des suppléments plus élevés que des hôpitaux privés (selon la liste des suppléments d'honoraires publiée par l'Agence intermutualiste)¹⁰⁷. D'après les données

¹⁰⁴ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OCDE, Paris, 2017, www.oecd.org.

¹⁰⁵ Cour du travail de Liège, section de Namur, arrêt du 10 septembre 2013, rôle n° 2012/AN/220, www.juportal.be.

¹⁰⁶ Articles 1^{er} et 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

¹⁰⁷ Agence intermutualiste (AIM), *Séjours classiques avec suppléments – suppléments d'honoraires (%) – Hôpitaux (2021)*, base de données consultée le 14 février 2024, www.aim-ima.be.

de Mediprima, les CPAS qui limitent les hôpitaux ne donnent par ailleurs pas accès à tous les hôpitaux publics, mais uniquement à quelques-uns (parfois un seul). Certains sélectionnent aussi des hôpitaux privés. Enfin, la plupart des CPAS (92 % en 2022 d'après Mediprima) ne font pas de sélection d'hôpitaux.

Conséquences de la limitation des dispensateurs de soins

La limitation des dispensateurs de soins entraîne un risque d'ingérence dans le secret médical. Si une personne a besoin de soins chez un dispensateur spécifique, elle doit en effet demander au CPAS d'ouvrir l'accès à ce dispensateur en le justifiant, parfois avec des pièces probantes.

Par ailleurs, cette pratique a des conséquences pour les hôpitaux sélectionnés. En effet, dans certains CPAS, un même hôpital est sélectionné pour chaque carte médicale (parfois comme seul hôpital), ce qui peut drainer un grand nombre de patients dans l'hôpital. Dans Mediprima, en 2022, un hôpital, constitué sous forme d'association de droit public, a ainsi été sélectionné comme seul hôpital pour 7.714 cartes médicales délivrées par le CPAS qui est un des membres fondateurs de l'association. 4.143 patients étaient concernés, soit 12 % des bénéficiaires. Selon les hôpitaux rencontrés, le traitement de ces patients pose des problèmes médicaux, administratifs et financiers, même s'ils ont déjà accès à l'AMU (voir les points 3.4.3.1, 3.4.3.4 et 3.5.1).

Contrairement à l'option de base qui consiste à ne sélectionner aucun dispensateur de soins en particulier, une sélection de dispensateurs de soins dans Mediprima consiste à sélectionner, un par un, les hôpitaux ou généralistes par leur code Inami, pour chaque carte médicale. D'après les données de Mediprima, un CPAS a ainsi effectué 142.000 sélections d'hôpitaux en 2022, ce qui représente, sur une année, un travail conséquent. Cette charge administrative est encore aggravée par la gestion des demandes des dispensateurs de soins qui souhaitent traiter le patient. Il faut également compter la perte de temps et d'argent liée aux éventuels recours en justice. Le SPP IS recommande d'ailleurs de ne pas sélectionner de dispensateurs de soins, ce qui est plus simple¹⁰⁸.

Quelle qu'en soit la cause, ces limitations des dispensateurs de soins ne s'expliquent pas par la nécessité des soins, puisque ce sont les CPAS qui décident, alors qu'ils n'ont pas de compétence dans le domaine des soins de santé¹⁰⁹.

Recommandation 8

Rendre automatique, dans les systèmes d'encodage, l'accès à tous les dispensateurs de soins

3.4.3.4 Limitation des soins

Les CPAS ont une grande latitude pour limiter l'accès aux soins eux-mêmes. Toutefois, pour un aspect particulier, les CPAS n'ont pas le choix. Ainsi, dans Mediprima, lorsqu'une couverture hospitalière est prévue, elle est valable à la fois pour les hospitalisations et pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux listés dans la décision. Il n'y a pas d'exception : ce paramètre est automatique et obligatoire. Il facilite le travail des hôpitaux, qui ne doivent plus contacter les CPAS pour demander d'ouvrir le droit aux soins ambulatoires ou hospitaliers quand seul un des types de soins était sélectionné.

¹⁰⁸ SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995. Document d'information*, op. cit., p. 28.

¹⁰⁹ Cour du travail de Liège, arrêt du 10 septembre 2013, rôle n° 2012/AN/220, www.juportal.be.

Limitation aux soins remboursés par le SPP IS

Dans le cadre de l'aide sociale, le CPAS a pour mission de donner aux personnes sans ressources les moyens de mener une vie conforme à la dignité humaine¹¹⁰. Comme l'AMU fait partie de l'aide sociale, le CPAS poursuit le même but en prenant en charge les soins nécessaires pour un bénéficiaire¹¹¹. Comme la loi de 1965 limite les remboursements du SPP IS aux soins repris dans la nomenclature, le CPAS doit prendre en charge les soins nécessaires qui sont en dehors de la nomenclature¹¹². Cette limitation des remboursements par le SPP IS pousserait certains CPAS à refuser (en tout ou en partie) les soins hors nomenclature même si ces soins sont considérés comme nécessaires par un médecin, tels que des prothèses dentaires, lunettes, poches de stomie ou des béquilles.

Conséquences pour le patient d'une limitation des soins

Les dispensateurs de soins sont limités dans les soins qu'ils peuvent prodiguer ou prescrire, notamment les médicaments non remboursés et les soins à domicile non repris dans la nomenclature. Or, ces derniers peuvent être indispensables si la personne n'est pas autonome (en cas d'amputation, par exemple, ou après certaines opérations). Ces limitations ont ainsi des conséquences négatives sur les patients dont l'état de santé peut s'aggraver, ce qui peut mener à un recours aux urgences et à une nouvelle hospitalisation. À ce propos, un hôpital cite l'exemple du manque de suivi après un accouchement, qui peut impliquer une nouvelle hospitalisation pour la mère ou le nouveau-né.

D'autres exemples donnés par les hôpitaux rencontrés lors de l'audit montrent que le refus de prise en charge de soins à domicile (ou dans un centre de convalescence après une hospitalisation) peut allonger la durée des hospitalisations ou aggraver les problèmes de santé du patient (jusqu'au décès de celui-ci). Prolonger une hospitalisation en refusant l'achat de matériel nettement moins coûteux ou la prise en charge dans un centre de convalescence (150 euros la journée, d'après un hôpital) accroît le coût final supporté par le SPP IS (voir le [point 2.3.3](#)), puisqu'une journée d'hospitalisation peut coûter jusqu'à 1.000 euros.

Inégalité de traitement des bénéficiaires

La latitude laissée aux CPAS en matière de soins et de dispensateurs de soins entraîne une grande disparité des soins accordés, qui ne se justifie pas par la nécessité de soins et crée des complications pour les dispensateurs et une inégalité de traitement entre bénéficiaires. Un hôpital rencontré constate que, pour un même problème de santé, ses patients ont un accès aux soins différent selon le CPAS dont ils dépendent. Par conséquent, les patients sont discriminés selon la commune d'où ils proviennent.

Ingérence dans le secret médical

Les limitations imposées aux soins par les CPAS obligent les bénéficiaires ou les dispensateurs de soins à demander explicitement certains soins nécessaires et à les justifier. Cette demande et l'examen qu'en font les CPAS interfèrent avec le secret médical et la vie privée du bénéficiaire.

¹¹⁰ Article 1^{er} de loi du 8 juillet 1976.

¹¹¹ • Article 1^{er} et article 57, § 2, 1^o, de la loi du 8 juillet 1976.

• Cour de cassation de Belgique, 3^e chambre, arrêt n^o [S.18.0004.N](#) du 5 novembre 2018, www.juportal.be.

¹¹² Article 11, § 1^{er}, de la loi du 2 avril 1965.

Jurisprudence

Comme le mentionnent plusieurs décisions des cours et tribunaux, « le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP Intégration sociale ne peut pas servir de motivation pour la prise en charge ou pour le refus de la prise en charge des frais médicaux »¹¹³ et « aucune autre condition que la nécessité pour mener une vie conforme à la dignité humaine n'est, en règle, mise à l'octroi de l'aide sociale. Par exemple, les impératifs budgétaires des CPAS ou les modalités selon lesquelles l'aide sociale leur est remboursée sont des éléments dépourvus de pertinence pour apprécier le droit du demandeur d'aide sociale »¹¹⁴. Cette argumentation se retrouve dans d'autres jugements¹¹⁵.

En outre, le SPP IS ne contrôle pas la motivation des refus de soins des CPAS et la loi ne prévoit aucune sanction.

Conséquences pour le CPAS

Ces limitations des soins octroyés compliquent la procédure en matière d'AMU pour les CPAS eux-mêmes. Les réquisitoires pour des soins particuliers constituent, en effet, une charge administrative supplémentaire de même que les recours en justice contre leur décision.

Recommandation 9

Rendre automatique, dans les systèmes d'encodage, l'accès à tous les soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé selon les mêmes critères que les patients relevant de ce régime

S'il est compréhensible qu'un CPAS ne prenne pas en charge des soins hors nomenclature et excessivement onéreux pour son budget (tels que des médicaments innovants), les exemples cités concernaient des soins nécessaires dont le coût était inférieur à l'hospitalisation d'un patient (voir le point 4.3.5).

3.4.3.5 Manque d'uniformisation de l'accès aux soins

Le SPF Santé publique a publié en 2020 le rapport *Vers des soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques* du groupe d'experts EtHealth. La recommandation prioritaire du rapport consiste à simplifier et uniformiser les démarches en matière d'AMU en se basant sur les constats du KCE¹¹⁶. En effet, le manque d'uniformisation de l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU :

- n'assure pas une prise en charge adéquate des problèmes de santé des bénéficiaires ;
- ne respecte pas la loi ;
- ne garantit pas l'égalité de traitement des bénéficiaires ;
- ne respecte pas leur vie privée et le secret médical.

En outre, les CPAS qui uniformisent l'accès aux soins pour leurs bénéficiaires, sans limiter les dispensateurs de soins et les soins dans la nomenclature, diminuent leurs tâches administratives.

¹¹³ D'après un arrêt de la cour du travail de Gand du 14 mars 2005, cité dans : SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995*. Document d'information, op. cit., p. 6.

¹¹⁴ Cour du travail de Liège, arrêt du 29 juin 2021, rôle n°2021/AN/15, www.terralaboris.be.

¹¹⁵ Tribunal du travail du Brabant wallon, division Nivelles, 3^e chambre, jugement du 12 octobre 2021, rôle n° 20/437/A.

¹¹⁶ SPF Santé publique, Isabelle Coune, Marie Dauvrin & Hans Verrept, *EtHealth rapport 2020. Vers des soins de santé équitables pour les migrants et les minorités ethniques. Mémoire explicatif*, Bruxelles, 2020, 54 p., www.health.belgium.be.

3.4.4 Refus de l'AMU

Aucune information centralisée n'existe sur les refus et leurs motifs. Seuls les recours en justice donnent des informations sur le sujet (voir le [point 3.7](#)). D'après les entretiens d'audit, les difficultés administratives et financières liées à l'AMU pousseraient certains CPAS à refuser indûment l'AMU, afin d'éviter la charge de travail liée à l'enquête sociale, les frais à prendre en charge et les éventuels frais des recours.

Le SPP IS ne contrôle pas la légalité des décisions de refus (voir le [point 4.3.2](#)).

3.4.5 Communication de la décision au bénéficiaire

Le CPAS doit communiquer sa décision au bénéficiaire au moyen d'un document reprenant des mentions obligatoires, notamment les possibilités de recours¹¹⁷.

Par ailleurs, les CPAS délivrent souvent un autre document que le bénéficiaire peut montrer au dispensateur de soins pour l'informer des modalités de prise en charge des soins par le CPAS. Ce document n'est pas spécifié dans la législation. Dès lors, les CPAS délivrent au bénéficiaire des documents qui varient dans leur forme (document A4 ou petite carte plastifiée), leur dénomination (carte médicale, carte santé, ticket, réquisitoire, attestation ou document d'information) et leur contenu (concernant les soins couverts, par exemple).

Il serait plus lisible pour tous, et plus sûr pour éviter l'usurpation d'identité, que tous les bénéficiaires reçoivent une carte provisoire, selon un modèle standard, avec leur photo, en plus du document reprenant les termes de la décision.

Recommandation 10

Développer un document standardisé permettant au bénéficiaire de communiquer clairement au dispensateur de soins la décision de prise en charge du CPAS et permettant à ce dispensateur de vérifier l'identité du bénéficiaire à l'aide d'une photo

3.5 Demande de soins du bénéficiaire auprès du dispensateur de soins

3.5.1 Accessibilité des dispensateurs de soins

D'après les entretiens d'audit, il peut être difficile pour un bénéficiaire de trouver un dispensateur de soins, même si celui-ci est habilité à prendre en charge le bénéficiaire dans le cadre de l'AMU, car des médecins, maisons médicales, hôpitaux et pharmaciens refuseraient de prendre en charge les bénéficiaires de l'AMU. Plusieurs raisons ont été évoquées :

- la surcharge de travail des dispensateurs de soins ;
- les difficultés liées au manque de maîtrise des langues nationales par les bénéficiaires ;
- les complications administratives liées aux procédures en matière d'AMU ;
- l'impossibilité de demander des suppléments d'honoraires ;
- la crainte de ne pas être payé.

¹¹⁷ Article 62bis de la loi du 8 juillet 1976.

Une manière de diminuer les réticences des dispensateurs de soins consisterait à généraliser le système Mediprima. En effet, ce système diminue la charge administrative liée à l'AMU, puisqu'il permet de vérifier facilement si un patient a accès à l'AMU (voir le [point 3.5.2.2](#)), qu'il offre une garantie de paiement (voir le [point 3.5.2.2](#)), qu'il simplifie la facturation et qu'il accélère le paiement (voir le [point 3.6.2](#)).

3.5.2 Demande de soins d'un patient déjà inscrit au CPAS

Si une personne a déjà accès à l'AMU lorsqu'elle se rend chez un dispensateur de soins, ce dernier a plusieurs manières de vérifier si les soins octroyés seront payés.

3.5.2.1 Dans Novaprima

Si le dispensateur de soins n'a pas accès à Mediprima, il doit consulter le document du CPAS fourni au patient ou interroger le CPAS concerné pour savoir s'il sera payé par le CPAS pour les soins qu'il dispensera à ce patient. Novaprima, moins automatisé et plus lourd pour les CPAS, offre aux dispensateurs de soins moins de garanties de paiement des soins que Mediprima.

3.5.2.2 Dans Mediprima

Quand la décision du CPAS a été encodée dans Mediprima et que le dispensateur de soins y a accès, ce dernier peut y vérifier à la fois si son patient a accès aux soins dans le cadre de l'AMU et si le CPAS prendra en charge les soins qu'il dispensera. Concrètement, comme l'explique un hôpital, un travailleur du service social de l'hôpital s'assure qu'il y a une ligne Mediprima pour le patient, vérifie si les dates de la décision correspondent à la date des soins (donnés ou à donner) et si l'hôpital fait partie des hôpitaux admis pour cette personne.

Quand ces conditions sont réunies, le dispensateur de soins est assuré de pouvoir facturer les soins qu'il prodigue. Mediprima contient en effet une garantie de paiement (dans un certain délai) afin d'offrir une sécurité aux dispensateurs de soins. Ce système est plus sûr et plus simple pour le dispensateur de soins qui y a accès que l'ancien système Novaprima. Le SPP IS, les dispensateurs de soins et les CPAS rencontrés demandent d'ailleurs tous la généralisation de Mediprima.

3.6 Paiement des factures des dispensateurs de soins par les CPAS

3.6.1 Via Novaprima

Dans Novaprima, le CPAS reçoit, contrôle et paie lui-même les factures liées aux soins de santé. La qualité du contrôle dépend du système de contrôle interne propre à chaque CPAS.

Si le dispensateur de soins n'est pas inscrit dans Mediprima ou s'il doit facturer des soins hors nomenclature, il doit envoyer ses factures au CPAS via une procédure non automatisée qui peut varier selon les CPAS. Or, le contrôle des factures des dispensateurs est particulièrement complexe pour les travailleurs sociaux qui ne sont pas formés pour interpréter les codes Inami. De plus, cette procédure peut engendrer des retards de paiement.

Pour obtenir le remboursement de ces factures, le CPAS doit remplir et envoyer, de façon électronique, tous les mois au SPP IS, pour chaque bénéficiaire, un formulaire où il inscrit les montants relatifs aux soins repris dans la nomenclature. S'il y a plusieurs factures pour un bénéficiaire sur un même mois, elles doivent être additionnées et introduites sur le même formulaire. Pour introduire une facture reçue tardivement, le CPAS doit rouvrir le formulaire correspondant, le corriger et le renvoyer au SPP IS. Dans Novaprima, ces données ne font pas l'objet de contrôles de cohérence et le montant des factures ne peut être vérifié qu'à posteriori par l'inspection du SPP IS. Cette procédure est donc peu efficace. Elle comporte par ailleurs des risques d'erreur, notamment d'erreur d'encodage de la date de facture, de double comptage des frais, de perte de factures ou d'introduction de la décision en dehors du délai légal de 45 jours, après les soins concernés (voir le point 3.4.2).

Cette procédure représente une charge administrative importante pour les CPAS.

3.6.2 Via Mediprima

La procédure est beaucoup plus simple quand le dispensateur de soins est inscrit dans Mediprima. Via son logiciel de facturation, il transmet ses factures électroniquement à la Caami. Le contrôle et le paiement des factures sont automatisés. Les contrôles concernent notamment la validité de la prise en charge par le CPAS et le respect des règles du système d'assurance maladie invalidité (soins dans la nomenclature, code Inami des dispensateurs de soins, etc.). Certaines factures irrégulières sont refusées par le système. Dans ce cas, les dispensateurs peuvent corriger leur facture et la présenter à nouveau. Mediprima représente un gain de temps pour ces dispensateurs de soins et leur garantit un paiement rapide.

Comme le CPAS n'intervient pas dans ce processus de facturation, Mediprima a nettement simplifié le travail des CPAS qui attendent sa généralisation.

L'absence de généralisation de Mediprima entraîne un gaspillage de ressources pour les CPAS et le SPP IS qui gère encore une partie des factures dans Novaprima.

Recommandation 11

Étendre Mediprima en :

- le généralisant dès maintenant à l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes) et des pharmaciens
- accélérant sa généralisation aux autres dispensateurs de soins

3.6.3 Attestation d'aide médicale urgente

Toute prestation de soins doit faire l'objet d'une attestation AMU par un médecin ou par un dentiste pour que les soins soient remboursés par le SPP IS¹¹⁸.

La loi ne prévoit pas de modèle spécifique d'attestation AMU. Pourtant, certains CPAS exigeraient de recevoir le modèle précis d'attestation qu'ils ont créé et refusent les autres attestations. Certaines attestations des CPAS comportent des questions relatives aux soins qui enfreignent le secret médical. Cette pratique génère en outre des tracasseries administratives pour les dispensateurs de soins et les bénéficiaires.

¹¹⁸ Arrêté royal du 12 décembre 1996.

Pour résoudre ces problèmes, le SPP IS a élaboré un modèle d'attestation standard. Toutefois, ce modèle n'est obligatoire que pour les soins facturés dans Mediprima¹¹⁹. Dans ce cadre, les dispensateurs de soins peuvent aussi remplir l'attestation de façon électronique. Le Comité de sécurité de l'information (CSI) a considéré que cette attestation électronique contenait « *uniquement des données à caractère personnel administratives/comptables (l'identité du patient et du prestataire de soins, le type de prestation et la période de validité)* ». Le CSI a donc autorisé l'échange de données via le modèle d'attestation électronique¹²⁰.

Cette attestation AMU, qui n'est exigée qu'à la facturation, a pour objectif de garantir que les soins prodigués le sont sous contrôle médical (en pratique, par un médecin ou un dentiste). Or, les soins remboursés par le SPP IS sont ceux repris dans la nomenclature des soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et ces soins doivent déjà faire l'objet d'une attestation médicale. L'attestation AMU n'apporte donc aucune plus-value par rapport à cette attestation médicale générale.

Recommandation 12

Supprimer l'attestation d'aide médicale urgente

3.6.4 Notion d'urgence

La définition de l'AMU entraîne une certaine confusion (voir le [point 1.1.2](#)). Certains médecins refuseraient des soins, tant qu'il n'y a pas d'urgence vitale.

Pour éviter le refus de soins nécessaires, l'aide médicale de base serait une terminologie plus adéquate pour désigner ce type d'aide.

Recommandation 13

Remplacer, dans les textes réglementaires, les termes « aide médicale urgente » par « aide médicale de base » incluant tous les soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé

3.7 Recours en justice contre la décision d'un CPAS

Les cinq hôpitaux rencontrés ont déclaré qu'ils accumulaient des factures impayées, pour des bénéficiaires qui rempliraient les conditions de l'AMU, à cause des refus de prise en charge des CPAS. Pour assurer le paiement de leurs factures, quatre hôpitaux ont créé une cellule, spécialisée dans les problèmes d'assurabilité, qui cherche des solutions pour que les frais des patients non assurables soient pris en charge. Avec l'accord du patient et sa signature (s'il est en état de le donner), cette cellule réalise une enquête et facilite l'obtention de l'AMU auprès du CPAS (parfois en recourant au tribunal).

119 • SPP Intégration sociale, *Attestation d'aide médicale urgente pour un étranger sans droit de séjour légal*, Bruxelles, 2025, www.mi-is.be.

• Circulaire aux hôpitaux du 23 mars 2015. Projet Mediprima - aide médicale urgente.

120 Comité de sécurité de l'information, *Délibération n° 12/021 du 6 mars 2012, modifiée le 8 mai 2018 et le 5 mai 2020, relative à la communication de données à caractère personnel dans le cadre de la décision électronique de prise en charge de soins par les CPAS (Mediprima)*, 2020, téléchargé le 17 mars 2025, 15 p., www.ksz-bcss.fgov.be.

Trois hôpitaux donnent une idée des montants qui peuvent être concernés :

- Le premier a accumulé 300.000 euros de factures impayées en 2 mois pour 3 ou 4 patients.
- Le deuxième estime les factures impayées dans le cadre de l'AMU à 1 million d'euros au minimum par an.
- Le troisième donne des exemples de factures récentes impayées : 150.000 euros (pour un passage aux soins intensifs avec une revalidation) ou 100.000 euros (pour des traitements oncologiques).

Le refus des CPAS entraîne des conséquences financières importantes pour les hôpitaux¹²¹, pouvant conduire à l'augmentation des suppléments d'honoraires, les hôpitaux répercutant ainsi leurs problèmes de financement sur les patients (et leurs assurances)¹²². Dans le cas des hôpitaux avec un statut public, le CPAS lui-même et la commune finissent par prendre en charge ces montants si l'hôpital est en difficulté.

La loi prévoit une possibilité de recours au tribunal du travail contre la décision ou l'absence de décision d'un CPAS. Ce recours doit être introduit dans les 3 mois de la date de notification de la décision ou de la date de l'accusé de réception¹²³.

Sur les cinq hôpitaux rencontrés, trois ont dit introduire régulièrement des recours en justice contre un CPAS pour obtenir le paiement de leurs factures. Même s'ils font régulièrement des recours, les trois hôpitaux concernés ne le font que si l'enjeu financier est important et ils prennent donc en charge une partie des factures impayées.

Plusieurs décisions ont condamné des CPAS parce qu'ils ont refusé l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU sur la base de conditions qui ne figurent pas dans la loi de 1976. Il s'agit notamment d'exigences relatives à la réalisation d'une enquête sociale (voir le [point 3.3.1](#)) ou à la durée minimale du séjour (voir le [point 3.3.2](#)). À Bruxelles, un hôpital attaquait régulièrement les décisions de refus des CPAS qui estimaient l'enquête sociale impossible dans le cas des personnes hospitalisées. La Cour de cassation a dit pour droit qu'en cas d'urgence, l'intervention du CPAS n'est pas conditionnée à une enquête sociale préalable (seul le remboursement par le SPP IS l'est sur la base de la loi de 1965)¹²⁴ (voir le [point 3.2](#)).

Les hôpitaux et les associations utilisent de nombreux assistants sociaux pour gérer les dossiers AMU. Ils engagent également des avocats pour récupérer en justice les soins non payés par les CPAS, alors que les bénéficiaires remplissent les critères pour l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU. C'est un coût inutile pour les hôpitaux et les associations concernés ainsi que pour les pouvoirs publics qui les subventionnent. En plus des frais et des difficultés administratives que ces recours entraînent pour les bénéficiaires, les dispensateurs de soins et les CPAS, ils contribuent à l'engorgement des tribunaux.

Le fait que ces recours soient souvent gagnés par trois des hôpitaux rencontrés témoigne d'un problème d'application de la loi sur l'AMU par certains CPAS. Selon le SPP, une étude de la jurisprudence est toutefois nécessaire pour vérifier la proportion de recours concernés. La Cour des comptes remarque qu'une telle étude entre dans les missions du SPP IS qui est chargé d'évaluer et de piloter la politique en matière d'AMU.

¹²¹ Belfius, *Analyse sectorielle MAHA 2023. Le bulletin de la santé financière des hôpitaux*, page consultée le 30 juillet 2024, www.belfius.be.

¹²² SPF Santé publique, *Avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions*, Bruxelles, 12 mai 2022, 6 p., www.health.fgov.be.

¹²³ Article 71 de la loi du 8 juillet 1976.

¹²⁴ Cour de cassation de Belgique, arrêt n° C.13.0117.F/1 du 14 octobre 2013, www.juportal.be.

Recommandation 14

Réaliser une étude de la jurisprudence dans les trois régions pour vérifier l'application de la loi par les CPAS

Par ailleurs, il se crée une inégalité entre les bénéficiaires qui ne font pas de recours et ceux qui sont soutenus par un hôpital ou une association de terrain capable d'introduire un recours en justice. Cette inégalité est d'autant plus forte que, par définition, un bénéficiaire de l'AMU est en séjour illégal et sans ressources.

3.8 Charge administrative et financière des dossiers AMU

La gestion des dossiers AMU occasionne une importante charge de travail, qui sort en partie des compétences des assistants sociaux, comme la vérification de la nomenclature des soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé, la recherche de l'assurabilité à l'étranger ou, parfois, la récupération de paiements indus lorsqu'une couverture par une assurance médicale s'avère possible (voir le [point 3.3.2.5](#)).

Les CPAS des grandes villes supportent une charge particulièrement importante en matière d'AMU, surtout ceux de la Région de Bruxelles-Capitale où se concentraient 67 % des bénéficiaires en 2022 (voir le [point 2.1.3](#)). Des CPAS bruxellois ont traduit cette charge en coûts financiers pour l'ensemble des CPAS de la Région. En termes d'équivalents temps plein (ETP), ces CPAS ont ainsi estimé qu'en 2021, ils avaient employé entre 100 et 110 ETP assistants sociaux et entre 50 et 60 ETP administratifs pour gérer l'AMU, soit un budget approximatif de 8 millions d'euros (sur la base de 50.000 euros par an par ETP), sans tenir compte des frais indirects liés aux aspects financiers, juridiques et logistiques. Les frais non remboursés liés à l'AMU s'élèveraient à 1,5 million d'euros pour les CPAS bruxellois. Ces frais comprennent les frais médicaux non remboursés par le SPP IS et les frais des procédures judiciaires, tels que les intérêts, les frais de justice et les frais d'avocats.

La législation ne prévoit pas la prise en charge des frais d'administration d'un dossier AMU, alors que l'instruction d'un tel dossier présente une charge de travail importante. En effet, l'enquête sociale à réaliser est semblable à celle du RIS. Or, pour un dossier RIS, les CPAS reçoivent 518 euros par an depuis le 1^{er} janvier 2022¹²⁵. En outre, le statut d'un bénéficiaire de l'AMU doit être vérifié tous les 3 mois (voir le [point 3.3.3](#)) et une partie des soins, ceux hors nomenclature, sont pris en charge par les CPAS sans être remboursés.

Dans sa réponse, le SPP Intégration sociale considère néanmoins que le suivi d'un dossier RIS implique une charge de travail plus importante que le suivi d'un dossier AMU, car le CPAS doit accompagner le bénéficiaire vers la réinsertion.

La prise en charge de ces frais, correspondant à la charge de travail effective des CPAS, pourrait les inciter à mieux couvrir les soins des bénéficiaires. En retour, cette meilleure couverture pourrait diminuer le recours aux hospitalisations et aux services d'urgence.

Recommandation 15

Examiner la possibilité d'indemniser les frais d'administration des CPAS pour les dossiers AMU en tenant compte de la charge de travail effective

¹²⁵ SPP Intégration sociale, *Les subventions de l'État*, page consultée le 30 juillet 2024, www.mi-is.be.

3.9 Conclusions partielles

Au terme de son analyse de la procédure d'octroi de l'aide médicale urgente, la Cour des comptes constate que les recommandations de plusieurs institutions visant à améliorer le fonctionnement de l'AMU n'ont pas été suivies d'effet¹²⁶. Plusieurs difficultés et manquements ont en effet été identifiés. Le manque d'harmonisation et la complexité des procédures constituent des obstacles à l'accès aux soins et entraînent des discriminations.

Lorsqu'un bénéficiaire introduit une demande d'accès aux soins dans le cadre de l'AMU, le CPAS ne lui délivre pas toujours d'accusé de réception. Or, cet accusé sert de preuve de la date de la demande et permet au bénéficiaire d'introduire un recours.

Le patient peut être confronté à des demandes de formalités du CPAS qu'il ne peut pas remplir. Par ailleurs, certains CPAS exigent que le bénéficiaire réside dans la commune depuis au moins 3 mois, alors qu'une personne peut séjourner de manière illégale sur le territoire belge avant ce délai.

Les démarches pour obtenir l'accès à l'AMU sont plus compliquées encore quand un patient est hospitalisé avant d'avoir demandé l'AMU. Dans leurs démarches, les hôpitaux rencontrés disent être confrontés à la difficulté de joindre un travailleur social du CPAS, au refus du CPAS de considérer la demande d'un patient hospitalisé ou celle d'un patient dans l'incapacité de signer, ou encore à des refus du CPAS pour d'autres raisons liées au statut du patient. Ces exigences des CPAS peuvent compliquer ou empêcher l'accès aux soins pour une personne qui est dans les conditions pour bénéficier de l'AMU.

Pour vérifier si le demandeur remplit les conditions de l'AMU, le CPAS doit réaliser une enquête sociale. Lors de celle-ci, le CPAS est tenu de vérifier le statut du demandeur, ses ressources, l'existence d'une assurance au niveau médical ou encore l'existence d'un garant, c'est-à-dire d'une personne susceptible de prendre en charge les frais médicaux du demandeur. À cette fin, les CPAS doivent interroger l'Office des étrangers pour chaque bénéficiaire potentiel, alors qu'ils pourraient plus simplement avoir accès à une base de données rassemblant les informations sur les garants. En outre, lors de l'enquête sociale, même si la loi ne les y oblige pas, certains CPAS déclarent réaliser généralement une visite à domicile pour s'enquérir des conditions de vie du bénéficiaire.

Si le bénéficiaire change de commune, la prise en charge des soins par le CPAS s'interrompt, peu importe son état de santé, alors que son statut n'a pas nécessairement changé. Le bénéficiaire ne pourra retrouver l'accès aux soins que quand le nouveau CPAS aura terminé une nouvelle enquête sociale. Toutefois, si le bénéficiaire est hospitalisé, la prise en charge des soins par le premier CPAS est maintenue pendant la durée de l'hospitalisation.

À l'issue de son enquête, chaque CPAS crée son ou ses documents propres pour communiquer sa décision au bénéficiaire. Ces documents ne sont pas standardisés.

126 • Inami & Médecins du monde, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Bruxelles, 2014, 362 p., www.inami.fgov.be.

• Inami & Médecins du monde, *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, Bruxelles, 2014, p. 3, www.inami.fgov.be.

• KCE, Dominique Roberfroid et autres, *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ?* Synthèse, op. cit.

• SPF Santé publique, Isabelle Coune, Marie Dauvrin & Hans Verrept, *EtHealth rapport 2020. Vers des soins de santé équitables pour les migrants et les minorités ethniques*. Mémoire explicatif, op. cit.

Après l'enquête sociale, le CPAS rend sa décision. Même si celle-ci est positive, les bénéficiaires peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux soins nécessaires. Ainsi, une partie des décisions positives dans Mediprima sont des « décisions de principe », sans accès aux soins. Ces décisions de principe sont prises par facilité par certains CPAS qui n'ont pas terminé leur enquête sociale. Or, selon la loi, une décision positive ouvre l'accès aux soins. Ensuite, quand une décision prévoit un accès effectif aux soins, certains CPAS restreignent cet accès en limitant à l'avance la durée des soins, le choix des dispensateurs de soins ou les soins eux-mêmes. Ces limitations vont à l'encontre de la loi et outrepassent les compétences des CPAS, puisqu'ils ne sont pas compétents en matière de soins de santé. La limitation de l'accès aux soins présente plusieurs risques :

- Les limitations des soins étant arbitraires et variant entre les CPAS, les bénéficiaires ne sont pas traités de manière égale.
- Les travailleurs sociaux et les dispensateurs de soins sont confrontés à un surcroît de travail.
- Lorsqu'un bénéficiaire a besoin d'un accès plus étendu que celui qui est autorisé, des CPAS demandent une justification des soins ou du dispensateur de soins choisi, ce qui sort de leurs compétences et contrevient au secret médical.
- La limitation des soins peut mener à des recours en justice, ce qui représente un gaspillage de ressources humaines et financières.

Dans le système d'encodage de Mediprima, les médecins généralistes qui y sont inscrits et les hôpitaux peuvent consulter les décisions qui concernent leur patient et recevoir une garantie de paiement pour les soins octroyés. En outre, grâce à ce système, leurs factures sont traitées et contrôlées automatiquement par la Caami, ce qui leur permet d'être payés plus rapidement que dans l'ancien système Novaprima.

Dans cet ancien système géré par le SPP IS, le CPAS doit traiter lui-même les factures qui ne sont pas gérées par la Caami : il doit contrôler et payer ces factures, ce qui occasionne une importante charge administrative et ce qui ne rentre pas dans ses compétences. Ce système obsolète nuit à l'efficacité, à la transparence et au contrôle interne de la politique en matière d'AMU. La généralisation de Mediprima diminuerait nettement la charge administrative des CPAS et des prestataires de soins.

Lorsqu'un dispensateur de soins facture des soins dans le cadre de l'AMU, il doit joindre une attestation d'AMU à sa facture. La législation ne prévoit pas de modèle spécifique. Toutefois, certains CPAS exigeraient que le dispensateur de soins remplisse un formulaire particulier et réponde à des questions qui touchent au secret médical. Si le dispensateur de soins refuse de répondre, certains CPAS refuseraient les soins, ce qui complique encore l'accès aux soins.

Par ailleurs, certains dispensateurs de soins pensent que seules les urgences médicales sont autorisées. La définition de l'AMU dans la législation est en effet ambiguë, puisqu'elle fait référence à l'urgence et qu'en même temps, elle inclut les soins curatifs en général et les soins préventifs, particulièrement ceux destinés à éviter la propagation des maladies transmissibles.

Malgré la charge administrative importante que représente l'AMU, les CPAS ne reçoivent pas de frais d'administration, alors qu'ils en reçoivent pour d'autres dossiers, comme dans le cas du revenu d'intégration sociale.

Chapitre 4

Soutien et contrôle des actions des CPAS

Ce chapitre examine la politique et les actions mises en place par le SPP Intégration sociale dans le cadre de l'AMU pour soutenir et contrôler les CPAS. Il décrit également l'évaluation des contrôles et les risques d'abus.

4.1 Soutien aux CPAS

Le SPP IS élabore des directives, fournit des informations aux CPAS et répond à leurs questions sur l'AMU (voir le [point 1.1.3](#)).

4.1.1 Rôle de soutien du SPP IS

De manière générale, le service du *front office* du SPP IS traite plus de 40.000 demandes des CPAS par an. En matière d'AMU, les petits CPAS sollicitent le SPP IS plus souvent que les autres pour des questions générales, car ils ne disposent pas toujours d'expertise dans cette matière et ne traitent que rarement un dossier. En revanche, les grands CPAS disposent souvent d'une cellule AMU spécialisée et d'un service juridique. Ils ne posent donc au SPP IS que des questions complexes à propos de cas exceptionnels.

L'intervention du service juridique est sollicitée en cas de question trop complexe pour être traitée par le *front office*. Deux juristes sont spécialisés dans les questions qui relèvent de l'AMU.

Le service d'inspection du SPP IS soutient et conseille les CPAS en matière d'AMU. Ses inspecteurs sont en contact fréquent avec les CPAS. En tant que personnes ressources, les inspecteurs peuvent être interrogés directement par les CPAS qui relèvent de leurs compétences. L'appui des inspecteurs est particulièrement important pour les petits CPAS, qui ne disposent pas d'un personnel spécialisé dans chaque matière.

4.1.2 Directives et informations sur l'AMU

Le travail du *front office* et les constats du service d'inspection permettent au SPP IS de cerner les besoins d'information des CPAS. Des directives, circulaires ou documents d'information peuvent ensuite être élaborés par le service juridique du SPP IS, notamment sur le processus de l'AMU. Les directives du SPP IS décrivent de manière détaillée, précise et concrète la réglementation¹²⁷. Le site web met l'information à la disposition des CPAS de manière structurée et logique. En outre, un onglet consacré aux questions fréquentes procure des informations ciblées, adaptées au fonctionnement des CPAS.

¹²⁷ Voir, notamment, SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995. Document d'information*, op. cit.

Toutefois, les informations sont réparties entre plusieurs documents et les CPAS éprouvent parfois des difficultés à retrouver une information précise : il n'y a pas encore de document centralisé rassemblant toutes les informations relatives à l'AMU.

Un groupe de travail, associant entre autres le SPP IS et les fédérations de CPAS, travaille à l'élaboration d'un document unifié. Aucun délai n'a été arrêté pour sa publication.

4.1.3 Organisation du service d'inspection du SPP IS

L'inspection poursuit trois objectifs : couvrir le risque financier pour l'État, assurer le respect de la réglementation et garantir le respect du droit des bénéficiaires¹²⁸. Selon le manuel d'inspection, l'inspection vise « *une application uniforme et correcte de la législation et de la réglementation concernant les différentes mesures mises en place par l'État fédéral et pour lesquelles il accorde des subventions aux CPAS* ».

En plus de sa directrice, le service compte 24 agents : 2 adjoints à la direction, 18 inspecteurs et 4 auditeurs. Chaque fonction compte autant de néerlandophones que de francophones. Pour chaque matière, des inspecteurs avec une expertise plus pointue sont désignés comme référents.

Les inspecteurs ont des compétences générales et peuvent contrôler toutes les missions des CPAS sur les plans légal, administratif et financier. Les contrôles de l'année N sont planifiés l'année N-1 et portent sur les dossiers de l'année N-2. Chaque inspecteur est chargé d'un secteur qu'il doit couvrir au cours d'un cycle de contrôle. Il dispose d'environ 90 à 105 jours de contrôle. Chaque contrôle implique aussi une préparation en amont et l'élaboration d'un rapport de contrôle en aval. Le résultat des inspections est discuté avec les responsables du CPAS. Il est ensuite repris dans le rapport adressé au CPAS.

4.2 Contrôles réalisés par le SPP IS et la Caami

4.2.1 Sélection des échantillons de factures et de dossiers à contrôler

Le contrôle des frais médicaux par le SPP IS s'appuie sur deux échantillons :

- des dossiers sociaux des bénéficiaires figurant dans Mediprima pour lesquels le SPP IS a effectué des remboursements ;
- des factures des dispensateurs de soins, sélectionnées à partir des formulaires que les CPAS envoient au SPP IS via Novaprima pour être remboursés (voir le [tableau 2](#)).

Les deux échantillons sont prélevés de manière aléatoire par le système informatique du service d'inspection, qui détermine les échantillons et leur taille en fonction de paramètres, dont le volume de dossiers du CPAS. L'échantillon des factures à contrôler est en outre complété par toutes les factures de plus de 10.000 euros. Les factures payées via Mediprima ne sont pas contrôlées par le service d'inspection, mais par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami) (voir le [point 4.2.2.2](#)).

¹²⁸ SPP Intégration sociale, *Le manuel d'inspection intégré*, Bruxelles, 2023, 99 p., www.mi-is.be.

Tableau 2 - Fréquence des contrôles du SPP IS et taille de l'échantillon contrôlé selon la taille des CPAS

Taille du CPAS	Nombre de dossiers	Fréquence du contrôle	Échantillon contrôlé	
			Dossiers sociaux	Factures de frais médicaux
Grande	> 130	Chaque année	30	Entre 45 et 100
Moyenne	Entre 33 et 130	Tous les 2 ans	20	≥ 30
Petite	< 33	Tous les 3 ans	10	≥ 15

Source : manuel d'inspection du SPP IS Intégration sociale

La Cour des comptes fait observer que la taille d'un échantillon représentatif n'est pas fonction de la taille de la population (sauf si la population est très petite). Des échantillons de taille variable selon le nombre de dossiers d'un CPAS ne se justifient donc pas. Un échantillon d'environ dix dossiers sociaux est suffisant pour contrôler les processus suivis par un CPAS, quelle que soit la taille du CPAS.

Recommandation 16

Améliorer l'efficacité du contrôle en sélectionnant un échantillon de dossiers pour vérifier le processus suivi par le CPAS, sans le faire varier selon la taille du CPAS

4.2.2 Contrôle de la facturation des soins

4.2.2.1 Contrôle par le SPP IS des factures payées par les CPAS

Le contrôle des factures payées par les CPAS porte sur la régularité du paiement, par exemple en vérifiant l'existence d'une décision valide, le respect de la nomenclature des dépenses remboursées par le SPP IS et la présence d'une attestation AMU.

Contrôle du contenu des factures

Faute de contrôle automatique et systématique des factures payées par les CPAS, le service d'inspection du SPP IS ne réalise un contrôle approfondi que des factures sélectionnées dans l'échantillon. Ce contrôle est coûteux en ressources humaines et insuffisant, puisqu'il laisse une majorité de transactions non contrôlées, contrairement à un contrôle automatisé, comme celui que la Caami réalise sur les factures des dispensateurs de soins inscrits dans Mediprima (voir le point 4.2.2.2). La présence parallèle des deux systèmes Novaprima et Mediprima (voir le point 3.6) affaiblit en outre le contrôle interne. Enfin, le SPP IS n'est pas spécialisé dans le contrôle des factures des dispensateurs de soins, contrairement à la Caami.

Généraliser Mediprima (voir le point 3.6.2) améliorera significativement l'environnement de contrôle et écartera la principale zone à risques que constitue le système Novaprima. Cette généralisation renforcera encore la pertinence d'un contrôle des processus et de l'application correcte de la loi (voir le point 4.3).

Dans sa réponse, le SPP IS indique qu'il y a un contrôle systématique dans Novaprima pour bloquer les factures qui émanent des hôpitaux, car ces factures sont censées passer via Mediprima.

Attestation AMU

Le service d'inspection du SPP IS vérifie que les soins remboursés par le SPP IS sont bien accompagnés d'une attestation AMU.

Dans sa réponse, le SPP IS ajoute que son service d'inspection fait la remarque aux CPAS s'ils utilisent un modèle d'attestation qui viole le secret médical (par exemple, en exigeant d'indiquer la pathologie). Lors des contrôles, les CPAS concernés sont alors invités à changer leur modèle (voir le [point 3.6.3](#)).

4.2.2.2 Contrôle des factures payées par la Caami via Mediprima

La Caami est chargée d'effectuer des contrôles sur les factures des dispensateurs de soins inscrits dans Mediprima et, ensuite, de payer ces factures¹²⁹. Les contrôles sont informatisés. La Caami est également chargée de vérifier la présence des attestations AMU auprès des dispensateurs de soins inscrits dans Mediprima.

La Caami paie aux dispensateurs de soins la part à charge de l'État de la facture de soins. Si l'État ne couvre pas la totalité des frais médicaux, le dispensateur de soins doit facturer le solde aux autres débiteurs, c'est-à-dire au CPAS ou au bénéficiaire selon les cas. Une partie du tarif de l'assurance obligatoire soins de santé, la part du patient, peut en effet être payée par le bénéficiaire selon ses ressources (voir le [point 1.1.5.3](#))¹³⁰.

La Caami est financée par des avances mensuelles du SPP IS. Si les avances sont insuffisantes pour couvrir les remboursements, le SPP IS peut octroyer des avances supplémentaires. Chaque mois, la Caami réalise des décomptes pour le SPP IS. Ce dernier se charge de les mettre à la disposition des CPAS.

4.2.3 Contrôle des dossiers sociaux des CPAS

4.2.3.1 Contrôles habituels effectués par les inspecteurs du SPP IS

Le contrôle de dossiers sociaux des CPAS s'appuie sur des grilles de contrôle. Il inclut toutes les étapes du cheminement d'un dossier durant l'enquête sociale du CPAS. L'inspecteur du SPP IS refait les opérations que le travailleur social a effectuées. L'inspection est précédée d'une collecte de données du registre national et des flux de la BCSS (voir le [point 3.3.2](#)). Ces données indiquent si une personne était susceptible d'être couverte par l'assurance soins de santé en raison, par exemple, de la régularisation de son séjour. L'inspection du SPP IS vérifie aussi qu'un contact a été noué avec la Caami pour vérifier l'existence d'une assurance médicale à l'étranger. Si un bénéficiaire était assurable, mais que le CPAS n'a pas suspendu l'accès à l'AMU, le SPP IS peut récupérer le montant des factures liées au dossier. L'inspection contrôle également la présence d'une attestation d'aide médicale urgente liée à la facture. Toutefois, elle ne vérifie pas systématiquement la preuve de la délivrance par le CPAS d'un accusé de réception au bénéficiaire lors de sa demande d'AMU.

Le contrôle ne porte toutefois que sur les éléments des dossiers qui ont des conséquences financières pour le SPP IS.

¹²⁹ Arrêté royal du 18 février 2014.

¹³⁰ Article 11 de la loi du 2 avril 1965.

4.2.3.2 Analyse des processus par le service d'inspection du SPP IS

Parallèlement au contrôle des dépenses sur la base d'un échantillon de dossiers sociaux et de factures, le service d'inspection du SPP IS a développé depuis 2016 une compétence d'analyse des processus (2 agents de chaque rôle linguistique). Celle-ci vise un contrôle systématique des processus d'un CPAS, y compris le processus de l'AMU. Il s'agit de suivre toutes les étapes de traitement d'un dossier par les services du CPAS pour vérifier leur conformité. Le cheminement est examiné depuis l'accueil des usagers. Cette mission d'analyse débouche sur des recommandations pour améliorer le fonctionnement du CPAS. Elles peuvent être suivies d'un plan d'action, dont la mise en œuvre par le CPAS est contrôlée par le service d'inspection du SPP IS.

Environ 100 analyses des processus sont réalisées par an, impliquant chacune 2 jours sur place et une préparation en amont. Le cycle d'analyse tient compte de la taille du CPAS. Les analyses de processus sont nourries par les résultats des inspections, mais elles ne sont pas limitées aux CPAS où des problèmes ont été relevés.

4.2.4 Sanctions

En dehors du refus de remboursement des factures de soins aux CPAS, le SPP IS n'a pas de pouvoir de sanction sur ceux-ci dans le cadre de l'AMU. Ainsi, la loi ne sanctionne pas le non-respect du délai pour rendre une décision (voir le [point 3.4.1](#)), le refus non fondé de prise en charge (voir le [point 3.4.4](#)) ou la limitation de l'accès aux soins (voir le [point 3.4.3](#)). Le SPP IS exerce dès lors son contrôle sur les soins repris dans la nomenclature, en s'assurant que les remboursements qu'il réalise ne s'étendent pas à des soins exclus de la nomenclature et concernent des dossiers sociaux qui ont respecté les procédures en matière d'enquête sociale.

La réglementation prévoit que les frais qui ne sont pas correctement justifiés sont récupérés par le SPP IS auprès des CPAS. Toutefois, l'inspecteur du SPP IS tente de prévenir les erreurs dans les dossiers sociaux en conseillant d'abord les CPAS. Par ailleurs, les erreurs ne sont pas systématiquement sanctionnées par la récupération des frais. En général, cette récupération n'est opérée qu'à la suite d'un avertissement. Par contre, si l'enquête sociale est inexistante (par exemple, parce qu'un dossier a disparu ou qu'il s'agit d'un usager déjà connu du CPAS), le SPP IS récupère d'office les frais.

L'inspecteur essaie aussi de déterminer si une erreur est ponctuelle ou structurelle, c'est-à-dire si elle se répète dans l'échantillon. Lorsqu'une erreur présente un caractère structurel, le résultat des récupérations dans l'échantillon est extrapolé à l'ensemble de la population. Ainsi, s'il y a des récupérations de 1.000 euros dans un échantillon de factures qui représentent 10 % de la population totale, la récupération atteindra $10 \times 1.000 \text{ euros} = 10.000 \text{ euros}$. L'extrapolation peut uniquement être pratiquée sur la base de l'échantillon de factures. Les résultats du contrôle des dossiers sociaux ne donnent lieu à aucune extrapolation.

Les conséquences financières des inspections alourdissent encore la charge des dossiers AMU pour les CPAS. En effet, si l'inspection s'aperçoit que le CPAS n'a pas respecté un volet de la procédure dans le cadre d'un dossier ou d'une facture, le CPAS devra rétrocéder au SPP IS l'intégralité du montant concerné. Dans un CPAS, le dernier contrôle a entraîné des remboursements de 250.000 euros liés à l'existence d'une mutuelle à l'étranger, dont le CPAS ne s'était pas aperçu parce qu'il n'avait pas suivi la procédure prévue (voir le [point 3.3.2.5](#)). Les CPAS font état de craintes face aux

inspections et au risque de récupération des montants remboursés par le SPP IS. Ces craintes influencent leur stratégie et peuvent les inciter à adopter des politiques restrictives en matière d'accès aux soins pour éviter le risque de pertes financières.

Le système actuel de responsabilité financière des CPAS sanctionne parfois de manière différente des manquements de gravité égale, en fonction des soins donnés, qui eux sont de la responsabilité des médecins. Ces sanctions contribuent à un risque d'application restrictive, voire illégale, de la loi, par les CPAS, et à la limitation de l'accès aux soins pour les bénéficiaires (voir les points 3.4.3 et 3.7).

4.3 Évaluation des contrôles réalisés par le SPP IS

4.3.1 Contrôle de l'accusé de réception

L'inspection du SPP IS ne vérifie pas systématiquement la présence d'un accusé de réception de la demande d'AMU dans le dossier du bénéficiaire (voir le point 3.1.1). Lorsqu'il est réalisé, ce contrôle n'est possible que sur place dans le CPAS, puisque la date de la demande n'est pas centralisée. De même, aucun contrôle centralisé du respect du délai d'un mois pour rendre une décision (voir le point 4.4.1) n'est réalisé.

4.3.2 Contrôle du contenu des décisions

Le SPP IS n'analyse que les factures de soins qu'il doit rembourser. Il ne vérifie pas si les CPAS ont pris en charge les soins nécessaires dans le cadre de l'AMU. Aucun contrôle n'est donc effectué et aucune sanction n'est prise en la matière. Ainsi, il ne vérifie pas si les décisions positives garantissent l'accès aux soins et à tous les dispensateurs de soins. En outre, il permet et recommande même explicitement aux CPAS de rendre des décisions de principe, c'est-à-dire sans couverture de soins, ce qui est contraire à la loi¹³¹ (voir le point 3.4.3.2).

Dans sa réponse, le SPP IS indique qu'il ne recommande pas les décisions de principe. Toutefois, la Cour des comptes constate que le manuel de Mediprima décrit l'intérêt pour un CPAS de rendre une décision de principe, c'est-à-dire sans couverture de soins, pour respecter le délai légal¹³². Le manuel recommande ainsi une pratique contraire à la loi. En outre, dans le document d'information sur les pièces justificatives, le SPP IS note que la décision de principe « *peut être justifiée par [...] la nécessité pour le CPAS de respecter le délai de 60 jours (une décision de principe, sans couverture effective, suffit pour respecter ce délai)* »¹³³. La Cour des comptes estime que le SPP IS devrait interdire explicitement la décision de principe, c'est-à-dire une décision positive qui ne permet pourtant pas au bénéficiaire d'avoir accès aux soins.

Le SPP IS ne contrôle pas non plus la motivation des décisions de refus de l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU.

¹³¹ SPP Intégration sociale, *Mediprima. Manuel à destination des CPAS et des prestataires de soins*, op. cit., p. 26.

¹³² SPP Intégration sociale, *ibid.*, p. 26-27.

¹³³ SPP Intégration sociale, *Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995. Document d'information*, op. cit.

4.3.3 Analyse des causes des décisions de justice condamnant les CPAS

Le SPP IS rembourse parfois à un CPAS les soins que ce dernier a pris en charge suite à une condamnation en justice. Avant de rembourser un CPAS, le SPP IS analyse le jugement envoyé par ce CPAS en vérifiant que ce dernier a respecté les conditions de la loi de 1965 et il ne rembourse que les soins de la nomenclature.

Dans le cadre de l'AMU, le SPP IS a effectué des remboursements à la suite d'un jugement chaque mois depuis 2013. Entre 2018 et 2021, il a remboursé au moins 81.000 euros par mois et 1,2 million d'euros par an¹³⁴.

4.3.4 Étendue des contrôles réalisés

En dehors des analyses de processus et du contrôle des enquêtes sociales et des factures, l'application correcte de la loi en matière d'AMU n'est pas suffisamment encadrée, alors qu'il existe un risque de limitation abusive de l'accès aux soins (voir le [point 3.4.3](#)).

Recommandation 17

Renforcer le contrôle de l'application correcte de la législation dans le respect des droits du bénéficiaire

4.3.5 Impact de la politique sur la santé des bénéficiaires et de la population

Si le SPP IS ne contrôle pas suffisamment les limitations de l'accès aux soins, il n'évalue pas non plus leurs conséquences sur l'aggravation des problèmes de santé des bénéficiaires, sur les hospitalisations évitables et sur la transmission de maladies (voir le [point 2.2](#)). Les documents stratégiques du SPP IS, comme le contrat d'administration ou le plan de lutte contre la pauvreté, ne reprennent d'ailleurs pas d'objectifs concernant l'AMU.

Or, ces limitations peuvent entraîner indirectement des frais inutiles, tant pour les dispensateurs de soins (les hôpitaux notamment), dont les factures ne sont pas payées, que pour le SPP IS, puisque cette pratique peut augmenter le coût des soins, notamment dans le cas des hospitalisations évitables.

Recommandation 18

Avec l'aide de partenaires spécialisés :

- évaluer l'impact de la politique sur la santé des bénéficiaires et de la population générale ainsi que sur les dépenses globales de santé
- lancer une réflexion sur la prise en charge par les CPAS des soins médicaux nécessaires non remboursés par le SPP IS

Dans sa réponse, le SPP IS remarque qu'il n'a pas de compétence en santé publique ni d'expertise médicale lui permettant d'examiner les dossiers médicaux des patients. Toutefois, la Cour des comptes note que sa recommandation ne porte pas sur l'examen de dossiers individuels, mais

¹³⁴ D'après les données communiquées en mars 2024 par le SPP Intégration sociale.

sur des analyses statistiques avec l'aide de partenaires spécialisés en santé publique. Ces analyses peuvent porter sur des données anonymisées. Elles rentrent dans le cadre de la mission d'évaluation de la politique de l'aide médicale urgente du SPP IS et dans le cadre de la gestion efficace des ressources publiques.

4.4 Risques d'abus

4.4.1 Prévention des risques d'abus de la part des bénéficiaires

4.4.1.1 Risque de fraude à l'identité

En théorie, un bénéficiaire de l'AMU pourrait donner le document avec la décision du CPAS le concernant à une autre personne qui irait ensuite se présenter chez un dispensateur de soins. Se faire passer pour un bénéficiaire de l'AMU présente un intérêt pour une personne qui n'a pas accès à cette aide, puisque ses frais sont alors pris en charge. Pour limiter ce risque et vérifier l'identité du bénéficiaire, le CPAS pourrait lui délivrer une carte plastifiée standardisée, avec sa photo, son nom et des informations sur l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU. Un risque d'abus pourrait toujours subsister dans le cas de jumeaux ou de sosies, mais il est minime. Pour éviter toute revendication d'un droit de séjour, la carte mentionnerait que sa validité est provisoire et ne concerne que les soins dans le cadre de l'AMU (voir le [point 3.4.5](#)).

4.4.1.2 Risque d'utilisation abusive des soins

Un autre risque théorique pour les finances publiques est le « tourisme médical », c'est-à-dire le fait de venir spécialement de l'étranger pour recevoir des soins. Ce risque est toutefois limité, vu que le CPAS contrôle la condition de séjour dans sa commune, y compris pour les personnes sans abri.

Toute personne pourrait néanmoins venir en Belgique pour accéder aux soins en se faisant passer pour un bénéficiaire de l'AMU. Ce risque peut être limité en donnant aux bénéficiaires de l'AMU une carte (provisoire) avec leur photo (voir le [point 4.4.1.1](#)).

En revanche, le risque d'abus de soins (shopping médical) de la part de personnes ayant accès à l'AMU est le même que pour la population générale. Il est limité parce que le dispensateur de soins est responsable des décisions de soins et que légalement, il ne peut fournir que des soins nécessaires. Le risque est donc surtout de voir des personnes sans réel besoin de soins encombrer les salles d'attente des dispensateurs de soins ou des hôpitaux.

Le phénomène inverse est également redouté : un recours trop limité ou tardif aux soins, puisque l'illégalité de leur séjour dissuaderait des bénéficiaires potentiels de demander des soins au moment où ils sont nécessaires. Dès lors, la première demande de soins se produit aux urgences des hôpitaux, pour des problèmes de santé plus graves. Pour éviter cette situation, il est important de donner accès aux soins ambulatoires dès que la personne remplit les conditions pour recevoir l'AMU (voir le [point 2.3.3](#)).

4.4.2 Risques d'abus de la part des dispensateurs de soins

Pour les dépenses publiques, plusieurs risques théoriques d'abus existent du côté des dispensateurs de soins.

4.4.2.1 Contrôle de l'opportunité d'un soin en particulier

Les entretiens et l'exploitation des données d'audit n'ont pas permis de relever d'abus dans le chef des dispensateurs de soins. Un garde-fou important a été mis par la loi pour éviter ce type d'abus, puisque seuls les soins dans la nomenclature sont remboursés au CPAS. Or, les soins remboursés ne peuvent être attestés ou prescrits que par certains dispensateurs de soins, ce qui signifie qu'un médecin (ou un dentiste) a estimé ces soins nécessaires dans le cadre de l'AMU. N'importe quel dispensateur de soins ne peut donc pas donner des soins d'initiative, sans l'aval d'un médecin ou (d'un dentiste).

En théorie, un dispensateur de soins pourrait fournir plus de soins que l'état de santé du bénéficiaire ne le nécessite, afin de facturer plus. Ce risque n'est cependant pas spécifique à l'AMU, puisqu'il existe aussi dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Mais, même dans ce cadre, hors fraude manifeste comme la facturation d'une prestation inexistante, l'Inami évite de contrôler l'opportunité d'une prestation en particulier. En effet, un inspecteur habilité (par exemple, un médecin-inspecteur nécessaire pour contrôler un autre médecin) devrait examiner la prestation du dispensateur de soins en reconstituant la situation dans laquelle ce dispensateur se trouvait (informations à sa portée, état et déclaration du patient) au moment de sa décision, ce qui est complexe, pour ensuite prouver qu'il y avait une erreur, ce qui est également difficile. Ce type de contrôle serait donc de toute façon peu efficace¹³⁵.

De même, dans le cadre de l'AMU, seul un médecin pourrait contrôler un autre médecin et juger de l'opportunité des soins, s'il en avait le pouvoir légal. À cet effet, la loi avait institué un contrôle des soins, en chargeant un médecin de contrôler les « paiements indus aux dispensateurs de soins » avec, comme sanction pour le dispensateur de soins, « le non-paiement des frais de l'aide » ou « la récupération des paiements indus »¹³⁶. La Cour constitutionnelle a toutefois limité l'interprétation de cet article en excluant la possibilité pour ce médecin-contrôle de restreindre l'AMU à certains soins, ce qui aurait constitué « un recul significatif du degré de protection offert par la législation applicable ». Le médecin-contrôle de la Caami ne peut donc pas réaliser « un contrôle de l'opportunité des soins prodigués dans le cadre de l'aide médicale urgente »¹³⁷. Ce type de contrôle pourrait en outre dissuader les dispensateurs de soins de prendre en charge des bénéficiaires de l'AMU et aggraver les difficultés d'accès aux soins.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, un autre contrôle de l'opportunité d'une prestation est opéré dans le cas des prestations soumises à des conditions préalables spécifiques. Ce contrôle s'exerce via la vérification, par le médecin-conseil de la mutuelle du patient, d'un rapport du dispensateur de soins. Si ce dernier ne rédige pas ce rapport ou ne respecte pas les conditions légales exigées pour cette prestation, celle-ci n'est pas remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé. Ces contrôles ne sont pas réalisés dans le cadre de l'AMU, faute de mutuelle et de médecin-conseil disponible pour tous les CPAS ou affecté légalement à cette tâche à la Caami.

¹³⁵ Entretien avec le SECM dans le cadre de l'audit sur les antibiotiques.

¹³⁶ Loi du 29 mars 2018 modifiant les articles 2 et 6ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale.

¹³⁷ • Tribunal du travail du Brabant wallon, jugement du 12 octobre 2021, rôle n° 20/437/A.

• Cour de cassation de Belgique, arrêt n° C.08.0014.F/1 du 22 février 2010, www.juportal.be.

• Cour constitutionnelle, arrêt n° 22/2022 du 10 février 2022, p. 20, www.const-court.be.

4.4.2.2 Contrôle de l'activité d'un dispensateur de soins

Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, d'autres contrôles ont pour objectif de vérifier si un dispensateur de soins n'a pas tendance à pratiquer ou à prescrire des soins superflus ou inutilement onéreux. La loi dispose en effet que les dispensateurs de soins « *s'abstiennent de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités* »¹³⁸. Ce caractère inutilement onéreux ou superflu s'évalue sur la base « *d'un ou de plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale* »¹³⁹.

D'après la Caami, ce type d'évaluation est impossible dans le cas de l'AMU, puisque les prestations ne sont pas encodées dans le même système que celui de l'Inami. En outre, même si c'était le cas, le dispensateur de soins est évalué par rapport à des indicateurs appliqués à l'ensemble de ses prestations : le contrôle ne porterait donc pas sur les prestations AMU en tant que telles, mais sur l'activité globale du dispensateur. Par ailleurs, le fait que les bénéficiaires de l'AMU ne soient pas compris dans cette évaluation n'affaiblit pas significativement le contrôle sur l'activité des dispensateurs de soins, car les patients AMU représentent moins de 0,2 % des patients traités dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

4.4.2.3 Contrôle des hospitalisations

Dans le système de l'assurance obligatoire soins de santé, des contrôles sont exercés sur le nombre et la durée des hospitalisations. Ainsi, la durée d'une hospitalisation est en partie prédéterminée en fonction du diagnostic. Par ailleurs, le nombre de lits hospitaliers qui peuvent être occupés par des patients est également limité par hôpital. Chaque hôpital reçoit en effet un budget sur la base d'un nombre limité de lits pour les patients assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé via le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF). Les hôpitaux ne peuvent donc pas accepter autant de patients aussi longtemps qu'ils le souhaitent s'ils veulent être remboursés de leurs frais par l'État.

Ces deux limites ne s'appliquent pas aux hospitalisations des bénéficiaires de l'AMU. Aucun contrôle n'est donc réalisé sur les hôpitaux par rapport aux lits occupés par ces bénéficiaires. Selon la Caami, un contrôle n'est pas réalisable, notamment parce que les données sur l'admission (jour et cause de l'admission) ne sont pas enregistrées dans Mediprima. Le SPP IS n'est pas non plus en mesure de réaliser des contrôles qui relèvent du SPF Santé publique et de l'Inami. D'après un hôpital, les bénéficiaires de l'AMU pourraient dès lors être intéressants financièrement pour les hôpitaux, car ils génèrent des ressources supplémentaires par rapport aux montants reçus pour les patients assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre du BMF.

Cet intérêt financier potentiel est cependant à mettre en balance avec les difficultés médicales, financières et administratives rencontrées avec les bénéficiaires de l'AMU. Ces difficultés sont liées aux problèmes pour contacter les CPAS, aux soins refusés par ceux-ci, à la limitation des dispensateurs de soins, à un changement de CPAS compétent ou encore à l'impossibilité de demander des suppléments d'honoraires (voir les points 3.2, 3.4.3, 3.3.2.2 et 3.5.1). Lors des entretiens d'audit, un hôpital en difficulté financière a d'ailleurs évoqué la possibilité dans le futur de refuser les patients pour lesquels il est impossible de facturer des suppléments d'honoraires.

¹³⁸ Article 73 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

¹³⁹ Article 73 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4.5 Conclusions partielles

Le service d'inspection du SPP IS réalise a posteriori des contrôles précis sur les dossiers des bénéficiaires et sur les factures des dispensateurs de soins qui ne sont pas inscrits dans le système Mediprima. Ce contrôle est limité aux opérations qui entraînent des dépenses pour l'État. Il manque d'efficacité, en raison de la taille des échantillons de dossiers ou de factures contrôlés, qui varie inutilement en fonction de la taille des CPAS. Or, des contrôles automatiques sur toutes les factures existent dans le système Mediprima. En effet, la facturation des dispensateurs de soins inscrits dans Mediprima est gérée de manière électronique par la Caami, ce qui allège la charge de travail de l'inspection du SPP IS et limite les risques d'erreurs. L'utilisation de l'ancien système Novaprima alourdit le contrôle du service d'inspection du SPP IS et ne limite pas suffisamment le risque d'erreur.

En dehors des analyses de processus ponctuelles, le SPP IS ne contrôle la légalité des décisions des CPAS que si elles lui occasionnent des dépenses. Ainsi, il ne vérifie pas systématiquement le délai pour rendre une décision, l'effectivité de l'accès aux soins dans les décisions (certaines décisions ne contiennent, par exemple, qu'un accès limité aux soins) ou la motivation des refus. Le SPP IS est pourtant chargé de vérifier l'application de la loi par les CPAS, même si aucune sanction n'est légalement prévue.

Ce contrôle est d'autant plus important que la crainte de devoir supporter de nouvelles charges financières et administratives ou des sanctions financières incite certains CPAS à limiter l'accès aux soins dans le cadre de l'AMU.

Dans l'AMU, les risques d'abus de la part des bénéficiaires sont limités par l'enquête sociale prescrite par la loi. En effet, une telle enquête limite le risque qu'un CPAS donne l'accès aux soins à une personne qui a des ressources pour les payer ou qui viendrait en Belgique uniquement pour les recevoir. En outre, le SPP IS contrôle soigneusement les éléments de l'enquête sociale. Les soins eux-mêmes sont sous la responsabilité des médecins (ou dentistes) qui, seuls, peuvent attester les soins nécessaires dans le cadre de l'AMU.

Au niveau des dispensateurs de soins, les risques d'abus sont identiques à ceux qui existent dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé pour la population générale. Toutefois, l'assurance obligatoire réalise certains contrôles sur les prestations des dispensateurs qui ne sont pas réalisés dans le cadre de l'AMU, par exemple au niveau de la durée des hospitalisations et du respect des conditions spécifiques appliquées à certaines prestations.

Chapitre 5

Conclusions et recommandations

5.1 Conclusion générale

Conformément aux normes nationales et internationales, la Belgique organise un système d'aide médicale pour les personnes en séjour illégal (« aide médicale urgente » ou « AMU »). Le législateur a inséré ce système dans le dispositif existant de l'aide sociale, gérée au niveau local par les CPAS et contrôlée au niveau fédéral par le SPP IS.

L'accès aux soins n'est toutefois pas garanti pour toutes les personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier, ce qui constitue un risque pour la santé de la population générale, à cause des maladies transmissibles, et pour les finances publiques, en raison des hospitalisations évitables.

La procédure pour avoir accès aux soins est menée par le CPAS, à l'échelon le plus proche du demandeur. Le CPAS est, en effet, chargé de mener une enquête sociale afin de vérifier les conditions de l'accès aux soins, telles que l'insuffisance des ressources et la résidence sur la commune. Toutefois, les limitations et les refus de l'accès aux soins par certains CPAS ne sont pas suffisamment contrôlés par le SPP IS. La politique pratiquée par le SPP IS laisse en effet aux CPAS une grande latitude pour paramétrer l'accès aux soins, alors qu'ils n'ont pas de compétences en soins de santé. En outre, la charge administrative et financière supportée par les CPAS peut les inciter à ne pas accorder aux bénéficiaires l'accès aux soins prévu par la législation.

Les limitations d'accès aux soins aggravent les problèmes de santé des personnes concernées et entraînent des dépenses publiques élevées, avec des coûts hospitaliers évitables. Le coût d'une visite chez un médecin généraliste conventionné est en effet 30 fois moins élevé que celui d'une journée d'hospitalisation. Favoriser l'accès aux soins de santé, en particulier en ambulatoire, c'est-à-dire en dehors d'une hospitalisation, est une mesure positive pour les finances publiques. Cette mesure est également favorable à la population générale, puisqu'elle permet d'éviter la transmission de maladies infectieuses. Par ailleurs, les limitations d'accès aux soins sont contraires à la loi et entraînent des recours en justice, ce qui représente un gaspillage de ressources humaines et financières, et ce qui augmente l'encombrement des cours et tribunaux.

Le SPP IS maîtrise ses dépenses directes en contrôlant les frais remboursés aux CPAS dans le cadre de l'AMU. Cependant, en n'évaluant pas l'effet des limitations des soins pratiquées par les CPAS, il ne maîtrise pas l'impact global du manque d'accès aux soins sur les finances publiques, en particulier au niveau des hospitalisations qui représentent plus de la moitié du coût de l'AMU.

En définitive, si la réglementation sur l'AMU permet l'accès aux soins de santé et une égalité de traitement pour les personnes en séjour illégal qui n'ont pas de ressources pour payer leurs soins, certains processus mis en œuvre sur le terrain vont à l'encontre de l'égalité de traitement des bénéficiaires. En outre, ces processus et leur contrôle par le SPP IS impliquent que l'accès effectif aux soins des bénéficiaires de l'AMU, tel qu'il est prévu dans la législation, n'est pas toujours garanti.

La ministre de l'Intégration sociale a répondu que l'accès à l'aide médicale urgente est un droit fondamental, qui vaut également pour les personnes en séjour illégal. À la suite de ce rapport d'audit, elle s'est engagée à examiner, avec son administration, la manière d'optimiser la politique, en respectant l'autonomie locale des CPAS.

5.2 Recommandations

Thématiques	Recommandations	Destinataires	Voir points
Enquête sociale	1 Promulguer des directives pour faciliter : 1. un accès rapide aux soins quand une personne doit être soignée en urgence 2. l'enquête sociale en cas d'hospitalisation	SPP IS	3.2
	2 En cas de changement du CPAS compétent, assurer la continuité de l'accès aux soins jusqu'à la conclusion d'une nouvelle enquête sociale	Législateur ou gouvernement	3.3.2.2
	3 Rendre l'information sur l'existence éventuelle d'un garant accessible aux CPAS via une base de données centralisée	Gouvernement	3.3.2.4
Encodage des décisions	4 Pour vérifier le respect par les CPAS du délai légal avant de rendre une décision, imposer l'encodage de toutes les décisions dans Mediprima, avec l'introduction obligatoire de : <ul style="list-style-type: none"> • la date de la demande du bénéficiaire • la date de la décision positive • la date de la décision négative 	SPP IS	3.4.1
Accès aux soins de santé	5 Accorder l'accès aux soins à durée indéterminée et prévoir un contrôle trimestriel du respect des conditions de l'AMU dans le chef du bénéficiaire	Législateur ou gouvernement	3.4.3.1
Accès aux soins de santé (encodage)	Dans le système d'encodage 6 Supprimer la possibilité de limiter la durée de l'accès aux soins		3.4.3.1
	7 Supprimer la possibilité de créer une décision de principe, c'est-à-dire une décision positive qui ne prévoit pas d'accès aux soins	SPP IS	3.4.3.2
	8 Rendre automatique l'accès à tous les dispensateurs de soins		3.4.3.3
	9 Rendre automatique l'accès à tous les soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé selon les mêmes critères que les patients relevant de ce régime		3.4.3.4

Communication de la décision	10 Développer un document standardisé permettant au bénéficiaire de communiquer clairement au dispensateur de soins la décision de prise en charge du CPAS et permettant à ce dispensateur de vérifier l'identité du bénéficiaire à l'aide d'une photo	SPP IS	3.4.5
Mediprima	11 Étendre Mediprima en : <ul style="list-style-type: none"> • le généralisant dès maintenant à l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes) et des pharmaciens • accélérant sa généralisation aux autres dispensateurs de soins 	Législateur et gouvernement	3.6.2
Attestation d'aide médicale urgente	12 Supprimer l'attestation d'aide médicale urgente	Législateur	3.6.3
Définition de l'aide	13 Remplacer, dans les textes réglementaires, les termes « aide médicale urgente » par « aide médicale de base » incluant tous les soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé	Législateur	3.6.4
Application de la loi	14 Réaliser une étude de la jurisprudence dans les trois régions pour vérifier l'application de la loi par les CPAS	SPP IS	3.7
Frais d'administration	15 Examiner la possibilité d'indemniser les frais d'administration des CPAS pour les dossiers AMU en tenant compte de la charge de travail effective	Législateur	3.8
Encadrement des actions des CPAS	16 Améliorer l'efficacité du contrôle en sélectionnant un échantillon de dossiers pour vérifier le processus suivi par le CPAS, sans le faire varier selon la taille du CPAS	SPP IS	4.2.1
	17 Renforcer le contrôle de l'application correcte de la législation dans le respect des droits du bénéficiaire		4.3.4
Évaluation de la politique	18 Avec l'aide de partenaires spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> • évaluer l'impact de la politique sur la santé des bénéficiaires et de la population générale ainsi que sur les dépenses globales de santé • lancer une réflexion sur la prise en charge par les CPAS des soins médicaux nécessaires non remboursés par le SPP IS 	SPP IS	4.3.5

Annexe

Réponse de la ministre de l'Intégration sociale

Le jeudi 20 mars 2025, un membre de la cellule stratégique a transmis à l'auditorat par courriel la réponse suivante de la ministre de l'Intégration sociale à l'auditorat :

«J'ai bien reçu le projet de rapport concernant l'aide médicale urgente (AMU) pour les personnes en séjour illégal et l'ai lu avec beaucoup d'attention. L'accès à l'aide médicale urgente est un droit fondamental, aussi pour les personnes en séjour illégal. Je prends connaissance des conclusions et des recommandations, et j'examine avec mon administration de quelle manière nous pouvons encore améliorer la politique, dans le respect de l'autonomie locale des CPAS.» (traduction)

Ce rapport est disponible uniquement en version électronique,
en français et en néerlandais, sur courdescomptes.be.



DÉPÔT LÉGAL

D/2025/1128/08

PHOTO DE COUVERTURE

Shutterstock

ADRESSE

Cour des comptes
Rue de la Régence 2
1000 Bruxelles

TÉL.

+32 2 551 81 11

courdescomptes.be