

SYNTHÈSE

QUELS SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SÉJOUR IRRÉGULIER ?



SYNTHÈSE

QUELS SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SÉJOUR IRRÉGULIER ?

DOMINIQUE ROBERFROID, MARIE DAUVRIN, INES KEYGNAERT, ANJA DESOMER, BIRGIT KERSTENS, CÉCILE CAMBERLIN, JULIE GYSEN, VINCENT LORANT, ILSE DERLUYN



■ PRÉFACE

En 2014, l'INAMI publiait, en collaboration avec Médecins du Monde, un livre blanc plaidant pour un système de santé plus inclusif. Ce document était l'aboutissement d'une réflexion menée en commun par plus de 300 acteurs de la santé et du social de notre pays. La première de leurs recommandations était de simplifier le système d'accès aux soins pour différentes catégories de personnes actuellement exclues du cadre de l'assurance soins de santé. C'est dans la mouvance de cette importante mobilisation de la société civile qu'a été décidée la recherche dont vous allez à présent lire les résultats. Le KCE a en effet été chargé d'analyser en profondeur les voies d'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier dans notre pays. Cela n'avait jamais été fait.

C'est un sujet sensible. Très sensible même, étant donné la crise migratoire actuelle. Cela rend d'autant plus nécessaire une étude scientifique telle que celle-ci, loin des partis pris et des réactions émotionnelles. Pour ce faire, le KCE a mobilisé des méthodes de recherche mixtes, à la fois quantitatives et qualitatives, et a consulté un large panel d'acteurs du terrain et de bénéficiaires. Conclusion : les procédures actuelles ont le mérite d'exister, mais elles sont complexes et variables, ce qui débouche sur un accès sous-optimal aux soins de santé dans nombre de situations, et alourdit la tâche de toutes les parties concernées.

Notre proposition de réforme organisationnelle, dont nous traçons dans ce rapport les grandes lignes, vise à trouver un nouveau point d'équilibre entre l'accès aux soins de santé pour chacun – qui est, faut-il le rappeler, un droit fondamental pour tout être humain – et l'utilisation juste et mesurée de nos ressources publiques. Elle devrait permettre de simplifier la vie de tout le monde, avec des règles plus lisibles car simplifiées et harmonisées, une diminution des tâches administratives, une réorganisation des flux financiers et un meilleur suivi global de la situation.

Cela dit, même si nous avons pris un soin particulier à travailler en dehors de toute considération idéologique, nous devons rester fidèles aux impératifs de la mission du KCE. Diminuer ou refuser l'accès aux soins de santé ne peut être un instrument légitime pour implémenter une politique d'asile restrictive. Notre pays est loin d'être un mauvais élève en matière de Droits de l'homme et nous en sommes légitimement fiers. Nous tenons là une opportunité de continuer à soigner ceux qui en ont besoin, mais de manière à la fois plus fluide et mieux encadrée. Cela devrait rassurer même les plus frileux d'entre nous.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- Les personnes en séjour irrégulier en Belgique ne sont pas affiliées à une mutualité. Elles peuvent cependant s'adresser au Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de leur commune pour obtenir, si leur état d'indigence est démontré lors de l'enquête sociale, un accès à des soins de santé via une procédure appelée Aide Médicale Urgente (AMU). L'AMU couvre en principe tous les soins de santé préventifs et curatifs, délivrés en hôpital ou en ambulatoire
- En 2013, 17 602 individus ont bénéficié de l'AMU, soit entre 10% et 20% du nombre estimé de personnes en séjour irrégulier, pour un coût moyen annuel par bénéficiaire de 2 539 € à charge des autorités publiques. Le nombre annuel de recours à l'AMU est resté stable depuis 2011. Il n'y a pas à ce jour d'éléments objectifs indiquant une utilisation abusive des services de santé.
- L'AMU est un signal fort de l'engagement de la Belgique pour le respect du droit fondamental de toute personne à accéder à des soins de santé. Mais la complexité des procédures actuelles est néfaste pour toutes les parties prenantes : accès incertain et variable aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier, procédures administratives lourdes et coûteuses pour les CPAS, difficultés de gestion pour les prestataires de soins, monitoring malaisé des pratiques de soins et des coûts pour les autorités publiques.
- Nous proposons une réforme de l'AMU en 9 points afin de trouver un point d'équilibre plus favorable entre l'accès aux soins de santé pour tout un chacun et une utilisation rationnelle des ressources publiques. La réforme que nous proposons suit deux grandes lignes directrices : simplifier et harmoniser les procédures administratives ; rationaliser l'accès aux soins de santé et le système d'information.
 - Faciliter la demande d'aide médicale
 - Rationaliser l'enquête sociale
 - Standardiser la carte médicale
 - Harmoniser les soins de santé couverts
 - Rationaliser l'utilisation des soins de santé
 - Faciliter le financement
 - Assurer la continuité des soins et de l'information médicale
 - Améliorer la communication
 - Assurer un monitoring des pratiques de soins et des coûts
- La mise en œuvre de la réforme proposée nécessitera une concertation entre toutes les institutions impliquées : le SPP Intégration Sociale, l'INAMI, le SPF Santé Publique, la CAAMI, et l'Union des Villes et des Communes.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	3
■	LEXIQUE	6
1.	QUI SONT LES PERSONNES EN SEJOUR IRRÉGULIER ?	7
2.	QU'EST-CE QUE L'AIDE MÉDICALE URGENTE?	8
3.	POURQUOI L'AMU EST-ELLE IMPORTANTE ?	8
3.1.	DROITS DE L'HOMME	8
3.2.	SANTÉ PUBLIQUE	8
3.3.	COÛTS	8
4.	POURQUOI CE RAPPORT?	9
5.	COMBIEN DE PERSONNES SONT CONCERNÉES PAR L'AMU ?	10
6.	COMMENT FONCTIONNE L'AMU?	12
6.1.	QUELLES SONT LES CONDITIONS POUR RECEVOIR L'AMU ?	12
6.1.1.	Territorialité	12
6.1.2.	Enquête sociale pour déterminer l'indigence	12
6.1.3.	Certificat médical d'AMU	13
6.2.	QUELLES SONT LES DÉCISIONS QUE PEUT PRENDRE LE CPAS ?	15
6.2.1.	Accorder ou refuser l'AMU	15
6.2.2.	Définir l'étendue et la durée de la couverture accordée	15
7.	COMBIEN COÛTE L'AMU ?	16
7.1.	QUI PAIE ?	16
7.2.	QUEL EST LE BUDGET ANNUEL DE L'AMU POUR L'ETAT?	16
7.3.	DOIT-ON CRAINDRE LE « TOURISME MÉDICAL »?	19
8.	QUELS SONT LES POINTS FORTS DE L'ORGANISATION ACTUELLE ?	19
8.1.	TYPES DE SOINS.....	19
8.2.	ACTIVATION DU DROIT À L'AMU	20
8.3.	RÔLE PIVOT DU CPAS	20



9.	QUELS SONT LES POINTS FAIBLES DE L'ORGANISATION ACTUELLE ?	20
9.1.	VARIABILITÉ DES ENQUÊTES SOCIALES	20
9.1.1.	Variabilité dans l'évaluation de l'indigence	20
9.1.2.	Grande variabilité dans les taux de refus	20
9.2.	VARIABILITÉ DANS LA COUVERTURE ACCORDÉE	21
9.2.1.	Globale ou limitée	21
9.2.2.	Limitée à la nomenclature INAMI ou davantage	21
9.2.3.	De courte ou longue durée	21
9.3.	CHARGE ADMINISTRATIVE	21
9.3.1.	Enquête sociale	21
9.3.2.	Territorialité	21
9.3.3.	Soins délivrés avant l'obtention de l'AMU	21
9.3.4.	MediPrima	22
9.3.5.	Ressources humaines	22
9.4.	CONFUSION AUTOUR DU TERME "AMU"	22
9.5.	LIBERTÉ DE CHOIX DU PRESTATAIRE DE SOINS LIMITÉE	22
9.6.	COMMUNICATION DIFFICILE	23
9.7.	DIFFICILE MONITORING DES PRATIQUES DE SOINS ET DES COÛTS	23
10.	RECOMMANDATIONS POUR UNE REFORME DE L'AMU	23
10.1.	FACILITER LA DEMANDE D'AIDE	24
10.2.	RATIONALISER L'ENQUÊTE SOCIALE	24
10.2.1.	Couverture santé pendant l'enquête sociale	24
10.2.2.	Simplification de l'enquête sociale	24
10.3.	STANDARDISER LA CARTE MÉDICALE	25
10.4.	HARMONISER LES SOINS DE SANTÉ COUVERTS	25
10.5.	RATIONALISER L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ	26
10.6.	SIMPLIFIER LE FINANCEMENT	26
10.7.	ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DE L'INFORMATION	26
10.8.	AMÉLIORER LA COMMUNICATION	27



- 10.9. ASSURER UN MONITORING DES PRATIQUES DE SOINS ET DES COÛTS 27
- **RECOMMANDATIONS**..... 29
- **RÉFÉRENCES** 30



LEXIQUE

ABBREVIATION

DEFINITION

AMI	Assurance Maladie Invalidité
AMU	Aide Médicale Urgente
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
BIM	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CPAS	Centre Public d'Action sociale
EPS	Echantillon permanent
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
SPF Santé publique	Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
SPP IS	Service Public fédéral de Programmation Intégration Sociale



1. QUI SONT LES PERSONNES EN SEJOUR IRRÉGULIER ?

Les personnes en séjour irrégulier, encore couramment appelées les personnes « sans-papiers », ne disposent pas d'un titre de séjour les autorisant à résider en Belgique. L'absence de titre de séjour peut avoir diverses raisons^{1,2} :

- la personne est entrée dans notre pays sans autorisation ;
- son visa ou permis de séjour/de travail a expiré ou a été invalidé ;
- sa demande d'asile a été refusée ;
- la personne est née de parents eux-mêmes en situation irrégulière.

Il est important de bien distinguer les personnes en séjour irrégulier des demandeurs d'asile et des réfugiés qui eux disposent d'un titre de séjour (et sont donc détenteurs de « papiers »).

- On estime généralement que le nombre de personnes en séjour irrégulier varie entre 7% et 13% du nombre de résidents étrangers en situation régulière³. Ces derniers étaient 1 214 605 au 1^{er} janvier 2014 (dont 68% en provenance de l'EU-28)⁴. On peut estimer qu'il y avait donc entre 85 000 et 160 000 personnes en séjour irrégulier à la même date. Cela représente entre 0,8% à 1,4% de la population générale. Par ailleurs, il est à noter que le nombre annuel net de nouveaux résidents étrangers en situation régulière avait diminué au cours des dernières années (de 84 997 en 2010 à 46 106 en 2013)⁴. Toutefois, étant donné les situations de crise actuelles en Syrie, Irak, Érythrée et Afghanistan, on observera vraisemblablement une augmentation de leur nombre dans les chiffres de 2014 et 2015.

- Les personnes en séjour irrégulier ont très peu de droits légaux ; elles ne sont notamment pas autorisées à travailler^a. En ce qui concerne les soins de santé, elles ne sont pas affiliées à une mutualité et ne sont donc pas couvertes par le système d'assurance maladie obligatoire belge. Elles ont cependant le droit de recevoir ce que l'on appelle l'Aide Médicale Urgente (AMU).

^a Les seuls autres droits de ces personnes sont: le droit pour les mineurs d'aller à l'école, le droit pour les travailleurs clandestins de recevoir un salaire décent, de travailler dans de bonnes conditions de sécurité et de percevoir une compensation en cas d'accident du travail, le droit d'introduire des

recours en justice et de recevoir une aide juridique *pro deo* pour les questions relatives à leur situation illégale, le droit pour les familles indigentes avec un mineur de vivre pendant 30 jours dans un centre d'accueil, p.ex. pour préparer leur retour dans leur pays d'origine, et le droit de se marier.



2. QU'EST-CE QUE L'AIDE MÉDICALE URGENTE?

- L'Aide Médicale Urgente (AMU) est une procédure permettant d'accorder l'accès aux soins de santé aux personnes en séjour irrégulier en Belgique. Contrairement à ce que laisse entendre son nom, l'AMU n'est pas limitée aux soins d'urgence, mais couvre en principe tous les soins de santé préventifs et curatifs, délivrés en hôpital ou en ambulatoire⁵. Elle est uniquement destinée aux personnes en séjour irrégulier. Un certificat médical spécifique délivré par un médecin ou un dentiste^{5, 6} est requis pour y avoir accès.
- Il est important de ne pas confondre l'AMU avec son homonyme, l'aide médicale urgente qui désigne l'assistance médicale requise immédiatement dans des situations de danger vital, et qui est prodiguée par les services d'urgences. Cette intervention d'urgence est due à tout individu, y compris aux personnes en séjour irrégulier et est régie par une autre loi.

3. POURQUOI L'AMU EST-ELLE IMPORTANTE ?

L'application de l'AMU est importante pour trois raisons essentielles, la première étant d'ordre déontologique et les deux autres conséquentialistes.

3.1. Droits de l'homme

Les Droits de l'homme sont des droits inaliénables qui protègent la dignité fondamentale de tout être humain. La Belgique a ratifié plusieurs traités internationaux spécifiant que toute personne se trouvant sur son territoire doit pouvoir bénéficier, sans discrimination, de soins de santé^{7, 8} (voir la section 1.3.1 du rapport scientifique pour plus de détails sur ces traités). L'article 57 §2 de la loi organique sur les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS)⁶ et l'Arrêté Royal du 12 décembre 1996⁵ traduisent cet engagement dans la loi belge.

Priver ou restreindre l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier risque d'influencer leur santé de façon directe (parce que le report ou l'absence de soins fait que ces personnes se présentent généralement aux services de santé avec des maladies arrivées à un stade plus avancé^{9, 10}), mais aussi de façon indirecte, à cause du processus de marginalisation que cette restriction peut engendrer¹¹⁻¹⁵.

3.2. Santé publique

Par ailleurs, bien organiser l'AMU est pertinent en termes de santé publique étant donné que l'incidence de certaines maladies infectieuses, telles le VIH ou la tuberculose, peut être plus élevée dans certains groupes de personnes en séjour irrégulier que dans la population générale^{10, 16-19}, même si le risque de transmission est aujourd'hui peu étayé²⁰.

3.3. Coûts

Bien que l'on suppose communément que restreindre l'accès des personnes en séjour irrégulier aux soins de santé doive se traduire par des économies de ressources publiques, on voit actuellement émerger quelques études qui démontrent que le phénomène inverse est plus plausible. En effet, ne traiter une pathologie qu'au moment où elle devient une urgence est une attitude qui non seulement met la vie du patient en danger, mais représente un coût plus élevé pour les systèmes de soins^{11, 21}.



4. POURQUOI CE RAPPORT?

L'AMU est primordiale pour l'accès aux soins de santé des personnes en séjour irrégulier. Toutefois, la complexité de cette procédure est souvent mentionnée par les acteurs de terrain comme un obstacle à un accès équitable aux soins pour cette population vulnérable²².

Médecins du Monde, en collaboration avec l'INAMI, a dès lors proposé que le KCE analyse en profondeur les pratiques actuelles d'octroi de l'AMU en

Belgique et propose, le cas échéant, des pistes viables pour faciliter l'accès aux soins de santé de cette population.

L'analyse des procédures légales et administratives pour obtenir un permis de séjour sont hors du cadre de ce rapport.

Cette étude a mobilisé des méthodes de recherche mixtes. Les principales étapes de notre recherche ainsi que nos sources de données et d'informations sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 – Principales étapes de la recherche et sources de données

Questions	Sources
1. Analyse de la situation (chiffres, règles en vigueur, coûts, organisation)	<ul style="list-style-type: none"> a. Entretiens semi-dirigés avec les managers des 10 Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) avec le plus grand nombre d'AMU. b. Revue des textes légaux et de la littérature grise au sujet de l'AMU en Belgique. c. Analyse des données de routine collectées par les CPAS sur le nombre de demandes d'AMU et les taux d'acceptation des dossiers. d. Analyse des données de routine collectées par le Service Public fédéral de Programmation de l'Intégration sociale (SPP IS)^b et de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).
2. Analyse SWOT (forces, faiblesses, possibilités et menaces) du système de l'AMU	<ul style="list-style-type: none"> a. Entretiens avec 33 personnes en séjour irrégulier. b. Focus groups avec 66 prestataires de soins ou gestionnaires d'institutions de soins. c. Séances de brainstorming avec un panel d'informateurs-clés issus d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales expertes dans la question des soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier.
3. Élaboration d'un modèle d'organisation alternatif	<ul style="list-style-type: none"> a. Revue de la littérature scientifique et grise sur l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier dans un échantillon de pays européens afin d'identifier des solutions applicables à la pratique de l'AMU en Belgique. b. Élaboration d'un nouveau modèle organisationnel tenant compte de l'analyse de la situation et de l'analyse SWOT. c. Consultation des stakeholders et des décideurs-clés au sujet des pistes de réforme proposées.
4. Validation scientifique	<ul style="list-style-type: none"> a. Relecture de ce rapport par 3 experts scientifiques indépendants.

^b Cet organisme public a la responsabilité finale de rembourser les prestataires pour les soins délivrés dans le cadre de l'AMU.

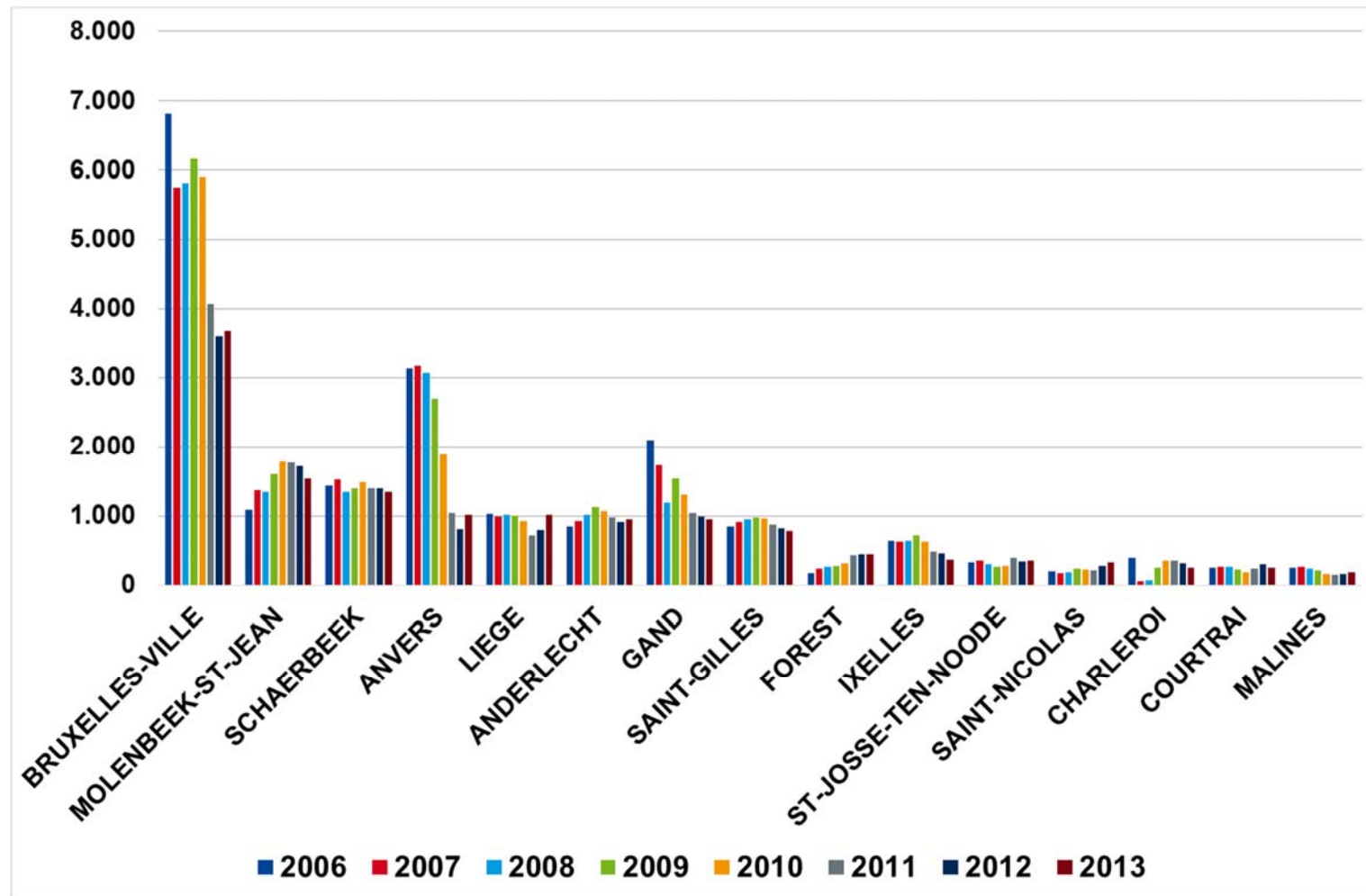


5. COMBIEN DE PERSONNES SONT CONCERNÉES PAR L'AMU ?

- En 2013, 17 602 individus ont bénéficié de l'AMU, dont 56.4% de sexe masculin. Ce nombre global est resté stable depuis 2010, après une forte diminution les années précédentes : leur nombre était encore de 22 478 en 2006. L'origine de cette baisse, surtout marquée à Bruxelles-ville et à Anvers, est probablement multifactorielle, l'un des éléments majeurs étant la vague de régularisations lancée en 2009 (Figure 1).
- La densité globale des bénéficiaires de l'AMU est de 163 par 100 000 habitants (chiffres 2013). Leur distribution géographique est très hétérogène, avec des concentrations importantes dans les grandes villes. La moitié des bénéficiaires sont localisés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, principalement dans 8 des 19 communes, et en particulier à Bruxelles-ville (Figure 1).
- Selon nos estimations, entre 10% et 20% des personnes en séjour irrégulier (17 602 sur 85 000 ou sur 160 000) ont eu au moins un contact avec les services de santé via l'AMU au cours de l'année 2013. À titre indicatif, ce pourcentage avoisine les 90% pour les affiliés de l'Assurance Maladie Invalidité (AMI) quel que soit l'âge et le sexe (source: EPS 2013).
- Parmi les personnes qui ont bénéficié de l'AMU, 20% ont été hospitalisées, une proportion similaire à celle observée pour les assurés AMI, à âge, sexe et statut d'assurabilité similaire (bénéficiaires de l'intervention majorée, BIM). Nous ne disposons pas de chiffres plus précis sur les pathologies concernées.



Figure 1 – Nombre de bénéficiaires de l'AMU par CPAS (2006-2013)



Source: SPP Intégration sociale



6. COMMENT FONCTIONNE L'AMU ?

Dans la situation actuelle, le CPAS joue un rôle pivot entre la personne en séjour irrégulier et le système de soins de santé. La mission du CPAS comprend deux volets : il doit d'abord vérifier que la personne remplit les conditions d'attribution de l'AMU, et il définit ensuite l'étendue de la prise en charge qui sera accordée dans chaque cas individuel. En principe, une personne en séjour irrégulier doit avoir reçu l'agrément du CPAS pour l'AMU *avant* de pouvoir accéder aux soins de santé (Figure 2).

6.1. Quelles sont les conditions pour recevoir l'AMU ?

Le bénéficiaire doit introduire une demande d'aide auprès du CPAS soit en se présentant personnellement dans ses bureaux, soit par l'intermédiaire du service social d'un établissement de soins qui transmet alors au CPAS la demande d'aide signée par le bénéficiaire.

Le CPAS ne peut délivrer une autorisation d'AMU que si les **trois conditions** suivantes sont remplies^{23, 24, 25}.

6.1.1. Territorialité

Le CPAS est compétent pour examiner la demande d'AMU si le demandeur vit effectivement la plupart du temps sur le territoire de sa commune.

6.1.2. Enquête sociale pour déterminer l'indigence

Le CPAS ne prendra en charge les coûts engagés pour les soins de santé d'une personne en séjour irrégulier qu'à la condition que ni elle, ni personne d'autre ne puisse les payer (caractère résiduaire de l'aide). L'évaluation du statut d'indigence du demandeur se fait en réunissant différentes informations dans le cadre d'une **enquête sociale**. Il n'existe pas de définition précise de l'indigence; celle-ci est généralement considérée comme l'absence de moyens permettant de vivre conformément à la dignité humaine.

- **Non-assurabilité.** Le CPAS doit vérifier si le demandeur d'AMU ne dispose pas déjà d'une couverture de soins de santé. Cela pourrait être le cas si la personne a déjà été affiliée à une mutualité en Belgique (par exemple si elle était étudiante ou disposait d'un permis de travail) et que la couverture est toujours valide. Cette vérification est faite en consultant la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Il se peut encore que le demandeur bénéficie d'une couverture de soins de santé dans son pays d'origine. Cette dernière vérification est faite à la demande du CPAS par la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI). Enfin, la personne pourrait avoir contracté une assurance privée couvrant les frais médicaux. Il importe aussi de savoir si le demandeur est originaire d'un pays où le visa est obligatoire pour l'entrée en Belgique, s'il vient d'un pays avec organe de liaison ou s'il doit être couvert par la carte d'assurance européenne.
Si le demandeur séjourne en Belgique depuis plus d'un an, il n'est pas nécessaire de vérifier son assurabilité, mais le demandeur doit alors disposer de documents attestant de la durée de son séjour.
Un dernier cas de figure est que le demandeur dispose en réalité d'un titre de séjour, par exemple parce qu'une procédure de demande d'asile est encore en cours. Dans ce cas, les soins de santé peuvent être couverts par un autre organisme et n'entre pas dans le cadre de l'AMU.
- **Pas de cautionnement.** Le CPAS enverra une requête à l'Office des étrangers pour vérifier qu'aucun citoyen résidant en Belgique ne s'est porté garant pour la personne en séjour irrégulier. Si c'est le cas, le CPAS demandera à ce garant d'assurer le paiement des soins de santé nécessaires à cette personne.
- **Ressources insuffisantes.** Le CPAS doit collecter des informations sur les ressources du demandeur d'AMU, ainsi que sur celles du partenaire et des ascendants/descendants au premier degré avec lequel le demandeur cohabite, le cas échéant. Il s'agit d'établir la capacité financière du demandeur à couvrir le coût de ses soins de santé. Entrent donc en ligne de compte non seulement les éventuelles rentrées financières et avoirs, mais aussi les charges et les dettes éventuelles. A noter que si les ressources dépassent la catégorie correspondante du revenu d'intégration, l'Etat ne prend pas en charge le ticket modérateur, sauf dans le cas de frais d'hospitalisation.



L'enquête sociale inclura aussi les données d'identification relatives au demandeur, ainsi que le motif du séjour en Belgique. Si le demandeur ne possède pas de numéro de registre national, le CPAS en attribuera un, appelé numéro NISS-bis. Durant l'enquête sociale, une visite au domicile est réalisée par un assistant social du CPAS. Elle vise à avoir une image globale de la situation du demandeur et de confronter ses déclarations à la réalité²⁵. La visite à domicile est réalisée au moment de l'ouverture d'un dossier et reconduite chaque fois que le CPAS l'estimera nécessaire et au moins une fois par an. À noter que si l'enquête sociale est une obligation légale, ce n'est pas le cas de la visite à domicile^{24, 25}.

Quand une personne en séjour irrégulier se présente directement aux urgences d'un hôpital, une enquête préliminaire est mise en route par les services sociaux de l'hôpital, mais la responsabilité finale de l'enquête sociale revient au CPAS.

6.1.3. Certificat médical d'AMU

La troisième condition pour l'attribution de l'AMU est que le besoin de soins médicaux urgents soit certifié par un médecin généraliste ou un dentiste. Le certificat doit préciser le type de soins nécessaires (consultation de médecine générale, consultation de spécialiste, kinésithérapie, examen médical, ...) ainsi que le traitement médicamenteux éventuel. En principe, un certificat est nécessaire pour chaque épisode de maladie ou de soins. Quand la personne en séjour irrégulier se présente directement aux urgences d'un hôpital, le certificat d'AMU peut être délivré par un médecin hospitalier.



6.2. Quelles sont les décisions que peut prendre le CPAS ?

Sur base des informations recueillies pendant l'enquête sociale, une proposition concrète de décision est soumise au conseil de l'action sociale du CPAS.

6.2.1. Accorder ou refuser l'AMU

- Le CPAS doit prendre la décision d'accorder ou pas l'AMU endéans les 30 jours qui suivent la date d'introduction de la demande. La décision est ensuite notifiée au demandeur dans les 8 jours par envoi recommandé^c, avec explication des raisons du refus le cas échéant. Le demandeur débouté peut introduire un recours auprès du tribunal du travail.
- Si l'AMU est accordée, le CPAS fournit au demandeur un document appelé « **réquisitoire** », qui spécifie les soins ou les traitements médicamenteux qui seront couverts, et qui constitue une garantie de paiement pour le prestataire de soins. Toutefois, un nombre croissant de CPAS délivrent une carte médicale individuelle, qui remplace le réquisitoire du CPAS et ne doit pas être renouvelée à chaque nouvel épisode de soins ou pour chaque ordonnance. Pour les soins hospitaliers, cette notification de prise en charge par le CPAS se fait, depuis 2014, par voie électronique grâce à un système de transfert informatisé de données appelé **MediPrima**, qui connecte les CPAS, les hôpitaux, la CAAMI et le SPP IS²⁶.

6.2.2. Définir l'étendue et la durée de la couverture accordée

Chaque CPAS décide quels soins de santé seront pris en charge pour chaque personne en séjour irrégulier. L'AMU accordée peut être globale (tous les soins prescrits par le médecin sont couverts) ou être limitée à des soins ou des médicaments spécifiques. Les critères utilisés dans ce dernier cas de figure ne sont pas transparents. Le niveau de remboursement des soins par le CPAS peut aussi varier. Le CPAS peut également décider de couvrir des soins ou des médicaments non remboursés dans le cadre de la nomenclature INAMI (p.ex. des médicaments de la catégorie D, des extractions dentaires, du lait en poudre pour les bébés, etc.).

L'AMU est généralement accordée pour une durée de 92 jours. Mais cette durée peut varier d'un CPAS à l'autre, de un jour à une année (p.ex. pour des patients avec une maladie chronique).

^c Elle peut également être communiquée verbalement contre signature d'un récépissé.



7. COMBIEN COÛTE L'AMU ?

7.1. Qui paie ?

- L'État belge est le payeur final de l'AMU, via le Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale (SPP IS).
- Pour les soins de première ligne, le prestataire de soins transmet sa facture au CPAS, et le CPAS se fait rembourser par le SPP IS. Pour les soins hospitaliers, le prestataire de soins transmet sa facture à la CAAMI via MediPrima, et la CAAMI se fait rembourser par le SPP IS.
- Les prestations qui ont un code ou un pseudo-code de la nomenclature INAMI ainsi que les médicaments remboursables sont remboursés à concurrence du montant maximum prévu dans l'AMI²³. Certaines prestations de santé ne sont pas remboursées^d. Les soins de santé délivrés et non couverts par le SPP IS sont à charge soit du CPAS, soit de la personne elle-même, soit entrent en pertes et profits du prestataire de soins. Les soins sont parfois aussi délivrés par des ONG et ne doivent donc pas être remboursés. Il se peut enfin que les soins ne soient tout simplement pas délivrés.

7.2. Quel est le budget annuel de l'AMU pour l'Etat?

- Le budget annuel global consacré par le SPP IS à l'AMU est passé de 38 098 081 € en 2006 à 44 688 492 € en 2013, ce qui représente une croissance de 17,3% en 7 ans (source: SPP IS). Les parts relatives des différents postes budgétaires sont restées constantes, avec environ 70% des dépenses consacrés aux frais d'hospitalisation (Figure 3).

- Le coût moyen de l'AMU par bénéficiaire est passé de 1 695 € en 2006 à 2 539 € en 2013 (+49,8% en 7 ans). Cette augmentation est principalement liée à une forte hausse des coûts d'hospitalisation (+76,3%), hausse que l'on ne retrouve pas pour la population couverte par l'AMI. Cette différence pourrait être due à la présence de pathologies de plus en plus sévères chez les bénéficiaires de l'AMU, ou à des changements éventuels dans les pratiques de facturation des hôpitaux. En l'absence de données disponibles, il ne nous est pas possible d'investiguer cette question de manière plus avancée.
- Les dépenses AMU par individu sont hautement variables d'un CPAS à l'autre (Figure 4). Ceci peut refléter une distribution variable des problèmes de santé en fonction des populations, des différences dans l'accessibilité des soins, ou dans la recherche de soins par les individus. Il se peut également que les chiffres de la région bruxelloise soient artificiellement gonflés par le nombre important de cas complexes transférés vers l'Hôpital St-Pierre et recevant finalement une autorisation d'AMU du CPAS de Bruxelles-Ville.
- Nous avons évalué que le coût individuel moyen dans la population des bénéficiaires AMU est 24,5% plus bas que dans une population AMI présentant la même distribution d'âge et de sexe, et avec le même niveau d'assurabilité (BIM)^e.
- Ces calculs concernent les frais remboursés par le SPP IS. Il est important de noter que les coûts couverts par le CPAS ou restant à charge des hôpitaux n'y sont pas inclus. Comme ces données ne sont pas centralisées, le montant des coûts AMU non couverts par le SPP IS est inconnu. Ceci constitue une limitation majeure pour estimer le coût total de l'AMU.

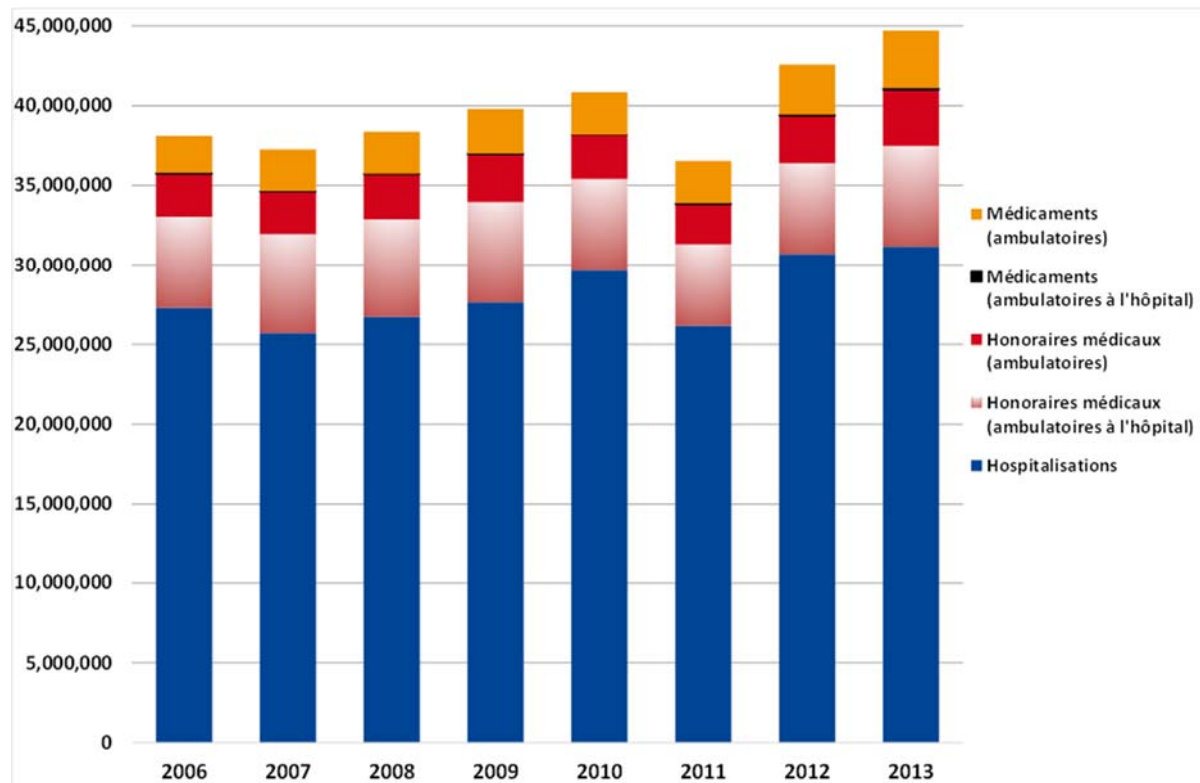
^d Pour connaître les prestations non remboursables, voir le document de référence du SPP ISI²³

^e En 2012, les dépenses de l'AMU étaient de 2 476 € par individu en moyenne (source: SPP IS). Dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité (AMI), une

personne de même sexe, de même âge et bénéficiant aussi de l'intervention majorée (BIM) coûte en moyenne 3 280 € (données standardisées)



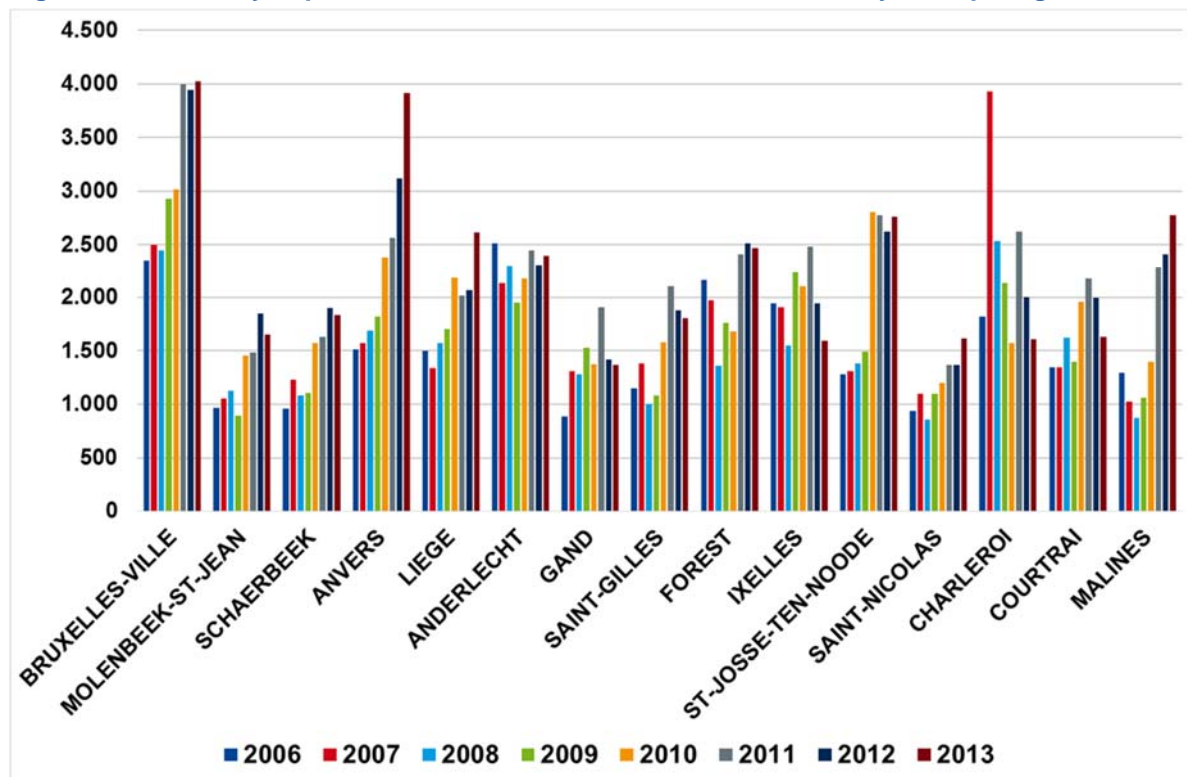
Figure 3 – Budget AMU financé par le SPP Intégration sociale (en €)



Source: SPP IS



Figure 4 – Coût moyen par bénéficiaire de l'AMU dans les 15 CPAS ayant le plus grand nombre d'AMU



Source: SPP IS



7.3. Doit-on craindre le « tourisme médical »?

- Quand une personne se rend dans un pays avec pour objectif d'avoir accès aux soins de santé de ce pays, on parle de « mobilité transfrontalière pour raisons de santé », que l'on appelle parfois aussi « tourisme médical ». L'un des principaux obstacles à l'implémentation du droit aux soins de santé pour tous est la peur de voir nos systèmes de santé nationaux et locaux submergés de demandes dues à une migration pour raisons médicales. C'est un souci légitime. Toutefois, il n'existe pas aujourd'hui de données fiables pour étayer cette préoccupation.
- Nous savons qu'en 2014, 1918 demandes de visas pour raisons médicales ont été introduites par des ressortissants de pays pour lesquels un visa d'entrée en Belgique est exigé⁴. Le taux de refus a été de 19%. La plus grande partie des demandes (56%) provenaient de pays d'Afrique et le taux de refus était, dans ces cas, de 22%⁴.
- Il est beaucoup plus difficile de vérifier les données concernant la proportion de personnes qui arrivent dans notre pays sans titre de séjour pour des raisons médicales. Une étude menée par Médecins du Monde en 2014 dans 7 pays européens auprès d'immigrants (dont 65% en séjour irrégulier) se présentant à la consultation indique que seulement 3% d'entre elles mentionnent des problèmes de santé parmi les raisons de leur venue²⁷. Cette proportion était similaire en 2008, 2012 et 2013. Par ailleurs, le temps médian entre le moment de leur arrivée dans le pays et le moment de leur première consultation chez Médecins du Monde est de 3 à 8 ans. Une inconnue majeure de cette étude est de savoir à quel point ces consultants sont représentatifs des personnes en séjour irrégulier en général. Bien qu'indirects et partiels, de tels chiffres ne semblent pas indiquer l'existence d'un phénomène massif de migration pour raisons médicales. Nous n'avons pas retrouvé non plus dans les données de facturation hospitalière AMU centralisées par la CAAMI depuis 2014 des informations contredisant ce constat. Cependant, nous recommandons d'adapter rapidement la collecte des données de routine de manière à pouvoir suivre de près l'évolution des soins de santé délivrés aux personnes en séjour irrégulier et les dépenses occasionnées. Il est important d'organiser la collecte de données pour orienter une politique en la matière qui soit juste et viable (voir section 10.9).

8. QUELS SONT LES POINTS FORTS DE L'ORGANISATION ACTUELLE ?

8.1. Types de soins

- Le système belge d'AMU confère aux personnes en séjour irrégulier le droit de recevoir des soins préventifs et curatifs dans le cadre du système de soins général⁵. Ceci est en faveur de l'équité des soins délivrés à toute personne, qu'elle soit en séjour régulier ou irrégulier, et de la continuité des soins.
- La Belgique fait partie des pays européens où tous les types de soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier peuvent être pris en charge par l'État, comme la France, les Pays-Bas, le Portugal et l'Italie, mais à la différence de l'Allemagne et de l'Autriche, par exemple (pour plus d'information sur les exemples étrangers, voir la section 6.1 du rapport scientifique).
- Le libre choix du prestataire de soins par le patient est respecté jusqu'à un certain point. En effet, la plupart des CPAS proposent au demandeur d'AMU de choisir un médecin parmi ceux qui ont signé une convention de travail avec le CPAS. Cette convention stipule les recommandations du CPAS en matière d'AMU (par exemple, l'utilisation du dossier médical global ou la prescription préférentielle de médicaments génériques) et constitue une garantie de paiement pour les prestataires de soins. Le CPAS signe aussi ce type de convention avec des pharmacies et des hôpitaux.



8.2. Activation du droit à l'AMU

- La procédure actuelle permet d'activer le droit à l'AMU avant l'émergence d'un épisode de maladie. Si un certificat médical d'AMU n'est pas disponible, il est néanmoins possible pour le CPAS de prendre une décision de principe sur base des résultats de l'enquête sociale. La décision de prise en charge pourra alors être prise rapidement lorsqu'un certificat médical d'AMU sera généré.
- En cas d'urgence médicale, les soins de santé peuvent être délivrés sans devoir attendre l'activation de l'AMU (l'enquête sociale étant réalisée par après) et sans pénalités administratives pour le bénéficiaire ou le prestataire de soins.

8.3. Rôle pivot du CPAS

- La présence d'un CPAS dans chaque commune, avec du personnel ayant une longue expérience des populations précarisées et des problématiques sociales, peut faciliter l'accueil des demandeurs d'AMU.
- L'autonomie de gestion des CPAS leur permet d'adapter les solutions proposées à la situation locale et aux besoins individuels.
- Le respect de la vie privée des personnes en séjour irrégulier et la confidentialité des informations qu'elles communiquent sont garantis étant donné que le CPAS est tenu au secret professionnel, y compris vis-à-vis des forces de l'ordre.

9. QUELS SONT LES POINTS FAIBLES DE L'ORGANISATION ACTUELLE ?

9.1. Variabilité des enquêtes sociales

L'absence de description légale précise des aspects organisationnels de l'AMU et l'autonomie des CPAS dans l'organisation de l'aide sociale ont pour conséquence que les enquêtes sociales se font selon des modalités extrêmement variables d'un CPAS à l'autre, même au sein des CPAS de Bruxelles. C'est le revers de la capacité des CPAS à s'adapter aux besoins individuels. Cette variabilité peut engendrer des décisions discriminatoires et un accès inéquitable aux soins de santé.

9.1.1. Variabilité dans l'évaluation de l'indigence

La définition du seuil pour déterminer que les ressources du demandeur sont insuffisantes varie d'un CPAS à l'autre. Pour certains, ce seuil correspond à l'équivalent du revenu d'intégration sociale, pour d'autres il est plus élevé. Quand les revenus du demandeur dépassent ce seuil, les décisions varient considérablement. Dans certains CPAS, seul le ticket modérateur reste à charge du patient, tandis que d'autres appliquent une règle du tout ou rien, et ne prennent donc en charge aucun frais de santé (du moins pour les soins ambulatoires). Certains CPAS tiennent compte du coût prévu des soins de santé pour accorder ou non l'AMU, d'autres pas. Par exemple, le CPAS peut décider de ne pas couvrir les soins ambulatoires mais bien les coûts d'hospitalisation. Les conditions pour obtenir l'AMU sont rarement décrites sur les sites internet des CPAS.

9.1.2. Grande variabilité dans les taux de refus

Nous avons observé que la proportion de demandes d'AMU refusées est très variable, allant de 2,2% à 26% en fonction du CPAS. La raison la plus souvent invoquée est le « refus de collaboration », qui désigne en général que « le demandeur ne se présente pas quand le CPAS l'invite ou ne fournit pas les pièces justificatives demandées dans un délai raisonnable ou donne de fausses informations »²³ ou « l'impossibilité de prouver l'indigence » (c'est-à-dire le refus ou l'impossibilité pour le demandeur de fournir des documents relatifs à ses revenus). Par contre, les personnes interrogées nous ont rapporté que l'absence d'indigence est un motif rare de refus de



l'AMU. Des statistiques précises sur les motivations de refus n'étaient en général pas disponibles.

9.2. Variabilité dans la couverture accordée

9.2.1. Globale ou limitée

La couverture des soins de santé peut être accordée de façon globale (tous les soins prescrits par un professionnel de la santé sont pris en charge) ou sélective (le CPAS utilise son pouvoir de décider quels soins spécifiques sont pris, ou non, en charge). De telles variations sont observées entre CPAS mais aussi entre bénéficiaires dépendant d'un même CPAS, et les motivations de ces différences ne sont pas claires. Nous avons également observé que certains CPAS demandent, voire obtiennent, des détails du dossier médical de la part du prescripteur, ce qui constitue une violation du secret médical. Une minorité de CPAS dispose d'un médecin qui vérifie le bien-fondé des certificats d'AMU signés par ses confrères.

9.2.2. Limitée à la nomenclature INAMI ou davantage

Les CPAS peuvent décider de prendre en charge, sur fonds propre, des prestations de santé ou des médicaments qui ne sont habituellement pas couverts dans le cadre de l'INAMI pour les personnes affiliées à une mutualité. Ceci peut se justifier par la grande précarité de certaines personnes en séjour irrégulier. On observe aussi beaucoup de variation à ce niveau d'un CPAS à l'autre et d'un bénéficiaire à l'autre. Dans certains cas, cette prise en charge supplémentaire est automatique : par exemple, les 19 CPAS de l'agglomération bruxelloise se réfèrent à une liste commune de médicaments non remboursables (catégorie D) qu'ils couvrent systématiquement.

9.2.3. De courte ou longue durée

La durée de l'AMU est le plus souvent de 92 jours. Elle peut être plus courte (1 jour, 30 jours) ou plus longue. Ainsi, certains CPAS la prolongent jusqu'à un an en cas de maladie chronique.

9.3. Charge administrative

9.3.1. Enquête sociale

La loi exige que l'enquête sociale soit répétée au moins une fois par an. Mais pour éviter d'être financièrement pénalisés en cas d'attribution inappropriée d'AMU, certains CPAS répètent les visites domiciliaires tous les 3 mois, voire à chaque nouvelle demande du même bénéficiaire. La réévaluation de l'éligibilité pour l'AMU lorsqu'il y a des soupçons de changement potentiel dans la situation du bénéficiaire est laissée à l'appréciation du CPAS. Un des CPAS rencontrés répète même ses enquêtes tous les mois. Par ailleurs, le délai légal de 45 jours imposé aux CPAS pour notifier le SPP Intégration sociale de sa décision est considéré comme trop court par bon nombre des personnes interrogées.

9.3.2. Territorialité

La condition de territorialité impose que l'enquête sociale soit répétée chaque fois qu'un bénéficiaire d'AMU s'installe sur un nouveau territoire communal. L'enquête sociale précédemment réalisée par un autre CPAS n'est donc pas valable sur le nouveau territoire. Cette condition de territorialité constitue une charge de travail particulièrement pesante dans la région de Bruxelles, où les territoires des 19 communes sont étroitement connectés. Définir la compétence géographique est encore plus compliqué aux alentours de certains points d'attraction comme les gares (p.ex. la gare du Nord à Bruxelles) qui sont à cheval sur plusieurs territoires communaux.

9.3.3. Soins délivrés avant l'obtention de l'AMU

- Certaines personnes en séjour irrégulier contournent les procédures administratives en se présentant directement à l'hôpital en cas de besoin. Par exemple, au premier semestre 2012, le CHU St-Pierre à Bruxelles rapporte que la grande majorité des personnes en séjour irrégulier hospitalisées (93,9%; 1068 sur 1137) n'avaient pas présenté de réquisitoire délivré par un CPAS à leur arrivée. Pour les soins ambulatoires, cette proportion était de 82,0% (4376 sur 5334). Au CHU de Charleroi pendant les 10 premiers mois de 2015, 60% des patients dont les coûts ont au final été pris en charge par l'AMU n'avaient pas d'autorisation du CPAS au moment de leur admission.



- Quand une personne en séjour irrégulier reçoit directement des soins en entrant à l'hôpital via les urgences, une enquête sociale est ouverte par les services sociaux de cet hôpital. Mais cette enquête doit être refaite par le CPAS compétent, éventuellement sur base des éléments déjà collectés par l'hôpital, car la responsabilité financière des soins lui incombe. C'est donc du travail fait en double. De plus, il n'est pas toujours possible de refaire cette enquête sociale, par exemple si l'on perd la trace de la personne. La facture reste alors à charge de l'hôpital.
- Quand le CPAS de la commune où une personne en séjour irrégulier déclare résider n'est pas en mesure de vérifier cette condition de territorialité, le dossier est transmis au CPAS de la commune où se situe l'hôpital. Ceci augmente considérablement la charge de travail des CPAS qui ont un hôpital sur leur territoire.
- Il n'y a pas de garanties que le CPAS compétent acceptera de couvrir les dépenses engagées, étant donné que cette décision dépend de l'enquête sociale effectuée a posteriori. Le montant des factures impayées peut donc grimper de manière substantielle, jusqu'à constituer une charge financière très lourde pour les hôpitaux. Par exemple, pour le réseau hospitalier IRIS (Bruxelles), le montant d'impayés était de 4 174 200 € en 2012, dont 80% attribuables à l'AMU. A titre de comparaison, le montant de l'AMU payé par le SSP Intégration Sociale dans cette région se chiffrait à 28 530 340 € cette même année.

9.3.4. MediPrima

La mise en place du système MediPrima a indéniablement simplifié les flux d'informations entre les hôpitaux, les CPAS, la CAAMI et le SPP IS. Toutefois, ce système génère aussi un certain nombre de difficultés.

- Une personne en séjour irrégulier ne peut pas être enregistrée par deux CPAS différents au même moment. De ce fait, un CPAS ne peut pas se déclarer compétent si un autre l'a fait auparavant, ce qui donne lieu à des situations qui deviennent rapidement complexes étant donné la grande mobilité de cette population.
- Dans le système MediPrima, l'AMU dure 3 mois et est stoppée automatiquement après ce délai, nécessitant une nouvelle activation si des soins sont encore requis. La possibilité d'accorder à priori des AMU

de plus longue durée, en particulier dans les cas de maladies chroniques, n'est donc plus possible avec ce système.

9.3.5. Ressources humaines

La charge administrative que représente l'AMU peut être mesurée en termes de personnel nécessaire à accomplir les tâches qui y sont liées. Il nous a toutefois été difficile d'obtenir ces données des CPAS, étant donné que la plupart des assistants sociaux ne sont pas exclusivement occupés à ces tâches. Toutefois, l'un des CPAS que nous avons rencontrés a constitué une cellule spécifiquement dédiée à l'AMU, ce qui nous a permis d'avoir une idée des coûts – substantiels – que cela représente. Cette cellule comprend 12 ETP qui ont géré, en 2013, les dossiers de 1 730 personnes en séjour irrégulier (pour 4 824 dossiers AMU).

9.4. Confusion autour du terme "AMU"

L'AMU est souvent interprétée comme des soins « d'urgence ». Cette ambiguïté peut influencer le profil d'utilisation des soins par les personnes en séjour irrégulier ainsi que les processus de décision des prestataires de soins et des CPAS. Cela peut avoir pour conséquence des soins sous-optimaux, des refus de soins, ou de la négligence face à la gravité de certaines situations, en particulier pour les problèmes de santé mentale. De façon plus générale, on peut signaler l'étroitesse de l'acceptation du concept de « santé » dans le cadre de l'AMU, souvent réduit à la simple prise en charge des maladies et des infirmités²⁸.

9.5. Liberté de choix du prestataire de soins limitée

La plupart des CPAS établissent des conventions avec des prestataires de soins (médecins, hôpitaux, sociétés de transport médical, prothésistes) et le choix des bénéficiaires de l'AMU est souvent limité à la liste de ces prestataires.



9.6. Communication difficile

Tant les personnes en séjour irrégulier que les prestataires de soins manquent d'informations sur ce que recouvre exactement l'AMU et les procédures administratives qui doivent être suivies pour l'obtenir. Des deux côtés, on affirme avoir dû « apprendre sur le tas », ce qui s'est accompagné de son lot de stress, de malentendus, et surtout de retards dans les soins. Si l'on relève parfois une certaine limitation de la littéracie en santé du côté des personnes en séjour irrégulier, on observe également que certains assistants sociaux et prestataires de soins sont peu sensibilisés à l'importance de l'interculturalité.

Par ailleurs, les différentes circulaires et les documents techniques du SPP IS en rapport avec l'AMU mériteraient d'être clarifiés sur certains points opérationnels importants.

9.7. Difficile monitoring des pratiques de soins et des coûts

Les banques de données que nous utilisons d'habitude pour identifier le type de soins délivrés (données de facturation des mutualités et résumés cliniques du SPF Santé publique) ne sont pas exploitables dans le cadre de l'AMU. MediPrima contient aujourd'hui les données de facturation AMU uniquement pour les prestations hospitalières.

En ce qui concerne le suivi des coûts, le SPP IS maintient une comptabilité transparente des coûts liés à l'AMU, mais les autres coûts pris en charge par les CPAS, les hôpitaux et les ONG n'y sont pas répertoriés.

10. RECOMMANDATIONS POUR UNE REFORME DE L'AMU

En dépit des points forts de l'AMU (voir section 8), notre recherche a mis en lumière un certain nombre de difficultés (voir section 9) qui compliquent son application. La complexité des procédures actuelles est néfaste pour toutes les parties prenantes : accès incertain et variable aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier, bureaucratie lourde et coûteuse pour les CPAS, difficultés de gestion pour les prestataires de soins, monitoring malaisé des pratiques de soins et des coûts pour les autorités publiques.

Nous proposons une réforme de l'AMU afin de lever autant que possible ces difficultés et de trouver un point d'équilibre plus favorable entre le droit fondamental de tout un chacun à accéder à des soins de santé et une utilisation rationnelle des ressources publiques. La réforme que nous proposons suit deux grandes lignes directrices : simplifier et harmoniser les procédures administratives ; rationaliser l'accès aux soins de santé. Les éléments de cette réforme sont inspirés par notre analyse de la situation, le vécu et les avis des personnes interviewées, les bonnes pratiques relevées dans certains CPAS et certains exemples étrangers. Ils tiennent le plus possible compte du cadre légal actuel. Tous les éléments de la réforme proposée ont été discutés avec les parties prenantes et les décideurs concernés (voir colophon), et leurs visions et suggestions ont été intégrées dans la version finale présentée ci-dessous. Ces éléments constituent un ensemble et ne doivent pas être considérés séparément. Ils sont résumés dans le tableau 2. Ils constituent une base de réflexion et de discussion dont les principaux acteurs peuvent se saisir pour améliorer la pratique de l'AMU.

Il est impossible, aujourd'hui, de chiffrer avec précision le coût de cette réforme. D'une part, on peut s'attendre à une augmentation des coûts liés à une meilleure couverture en soins de santé. Mais d'un autre côté, les coûts générés par les cas complexes devant être hospitalisés en raison de retards de soins devraient décroître, de même que ceux dus aux tâches administratives. Deux études récentes vont dans cette direction^{11, 21} (voir section 3.3). Quoi qu'il en soit, la réforme de l'AMU devra être suivie de près et soigneusement évaluée ; toute affectation inappropriée des ressources devra être détectée et corrigée rapidement.



Ceci demandera un investissement spécifique, avec des ressources explicitement dédiées à cette tâche (voir section 10.1.9).

Enfin, rappelons que faciliter l'accès aux soins pour tous est tout d'abord un choix de valeurs sociétales et éthiques qui ne relève pas des seuls impératifs financiers.

10.1. Faciliter la demande d'aide

La personne en séjour irrégulier est encouragée à **introduire sa demande d'aide médicale auprès d'un CPAS^f de la commune de résidence en dehors de tout épisode de maladie**. La demande d'aide médicale n'est **plus conditionnée à l'obtention d'un certificat médical d'AMU**. Ceci permettra d'éviter des retards dans la délivrance des soins de santé si un épisode de maladie survient ensuite, de réduire le nombre de personnes se rendant directement à l'hôpital en cas de maladie, et de se donner la possibilité d'intervenir sur les problèmes de santé avant qu'ils ne deviennent sévères, avec un impact sur le coût du traitement. Ceci permettra aussi de prodiguer des soins préventifs, y compris de santé mentale, dans le respect de l'arrêté royal de 1996⁵.

Pour éviter toute confusion quant au paquet de soins disponibles, il est impératif de **donner à l'AMU un autre nom** tel que «Couverture santé pour personnes en séjour irrégulier» ou «Couverture santé temporaire ».

Si la personne est sans domicile fixe, le CPAS auprès duquel elle introduit sa demande d'aide est de facto considéré comme le CPAS compétent.

10.2. Rationaliser l'enquête sociale

10.2.1. Couverture santé pendant l'enquête sociale

Dès que la demande d'aide médicale est introduite, le demandeur reçoit une carte médicale dont la validité initiale est d'un mois (voir section 10.4 concernant les soins de santé couverts par la carte médicale). Les éventuels soins de santé du demandeur pendant la durée de l'enquête sociale sont ainsi couverts. Pendant cette durée, seuls les soins de première ligne sont accessibles, sauf urgence médicale.

10.2.2. Simplification de l'enquête sociale

10.2.2.1. La place de l'enquête sur les ressources du demandeur est ré-évaluée

Aujourd'hui, l'information sur le niveau des ressources du demandeur (et de ses cohabitants éventuels) sert essentiellement à déterminer si le SPP IS couvrira le ticket modérateur lors de soins de santé non hospitaliers²⁴ (voir point 9.1.1), ce qui représente beaucoup d'efforts de la part des CPAS pour économiser des sommes relativement faibles dans le budget de l'AMU. Rappelons que 70% des dépenses AMU sont relatives aux hospitalisations, et que l'AMU est très rarement refusée sur base du critère d'indigence surtout lorsqu'il s'agit d'hospitalisation. Nous proposons donc réévaluer la place précise de l'enquête **sur les ressources du demandeur**.

Les critères pour définir des ressources insuffisantes devraient être harmonisés dans tous les CPAS. Avoir des ressources au-delà de ce seuil ne peut pas constituer un motif de refus de l'aide médicale, seulement un motif de refus de la prise en charge du ticket modérateur. Ne pas pouvoir définir exactement le niveau des ressources du demandeur (par exemple : travail au noir) ne peut pas constituer un motif de refus de l'aide médicale.

^f Le CPAS est en effet l'endroit le plus adéquat pour cette démarche étant donné son expertise dans la prise en charge des populations vulnérables et son maillage géographique très serré



10.2.2.2. La visite domiciliaire devient facultative

Le SPP IS spécifie que « lorsque la demande concerne la prise en charge de factures d'aide médicale, le CPAS jugera de la nécessité et de l'opportunité de réaliser une enquête à domicile »²⁵. Par conséquent, **l'absence de visite domiciliaire ne peut pas être un motif de refus de l'aide médicale**, pour autant que les raisons en soient expliquées de façon transparente (p.ex. personne sans domicile fixe).

10.2.2.3. L'enquête sociale est intégrée dans MediPrima

Afin d'éviter de devoir recommencer l'enquête sociale déjà effectuée par un autre CPAS ou un hôpital, **les éléments de l'enquête sociale seront consignés dans MediPrima**, et sont donc accessibles à tous les CPAS (voir aussi section 10.7). Par ailleurs, MediPrima pourrait aussi servir de média pour l'échange d'information et devrait pouvoir recevoir les informations des différentes institutions concernées par l'enquête sociale (par exemple, l'Office des Etrangers pour la vérification de l'existence d'un garant financier).

10.3. Standardiser la carte médicale

Lors du dépôt de la demande d'aide médicale, une carte médicale sera délivrée avec une **validité initiale de 1 mois**. La validité de la carte est étendue à une année si aucun élément de fraude (contredisant ouvertement les déclarations du demandeur) n'est détecté lors de l'enquête sociale. Si une fraude est suspectée, une enquête sociale approfondie est entamée. Ses résultats sont présentés au Conseil de l'Action sociale du CPAS qui peut alors décider d'arrêter la carte médicale, sans effet rétroactif.

La carte médicale serait la même pour tous les CPAS. C'est une carte individualisée, établie sur base de documents d'identité originaux du demandeur. Elle mentionne le nom, le prénom et le numéro national (NISS-bis délivrée par le CPAS s'il s'agit d'une personne en séjour irrégulier) ainsi qu'une photo apposée de façon sécurisée. Le nom des enfants du demandeur de moins de 18 ans sont aussi consignés. La carte mentionne également le nom et le numéro INAMI du médecin généraliste gestionnaire du dossier médical global (DMG) de la personne. Enfin, la carte précise si

le ticket modérateur est pris en charge, ainsi que le numéro MediPrima du demandeur.⁹

Si la personne en séjour irrégulier se présente aux urgences d'un hôpital sans carte médicale, une carte provisoire de courte durée (une semaine) lui serait attribuée et les soins sont délivrés. La personne serait ensuite redirigée vers le CPAS de sa commune de résidence habituelle pour recevoir la carte médicale standard valable un an. Si la personne est hospitalisée après son passage par les urgences, la carte médicale devrait être délivrée par un assistant social du CPAS ou de l'hôpital durant l'hospitalisation (voir 10.1.2).

Si la personne en séjour irrégulier se présente chez un médecin ou un dentiste sans carte médicale, et qu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence, elle sera réorientée vers le CPAS pour se faire délivrer une carte selon la procédure normale.

La carte médicale ne se rapporte donc pas à un épisode de santé particulier.

10.4. Harmoniser les soins de santé couverts

La carte médicale ouvre des droits identiques pour tout détenteur. Le CPAS n'est donc plus impliqué dans la définition des soins de santé qui seront couverts. **La couverture santé serait calquée sur celle accordée aux demandeurs d'asile** telle que définie par l'Arrêté Royal du 9 avril 2007²⁹. Cette liste reprend tous les soins prévus dans la nomenclature de l'INAMI, avec 5 exceptions notables: les investigations et le traitement de l'infertilité, la chirurgie esthétique (à l'exception de la chirurgie reconstructrice après chirurgie ou traumatisme), l'orthodontie, les soins dentaires, les prothèses dentaires en l'absence de problèmes de mastication (quel que soit l'âge du demandeur) et les extractions dentaires sous anesthésie générale. **Le médecin utilisera des médicaments génériques autant que possible. Les règles de l'INAMI en matière de contrôle a priori ou a posteriori des prestations de santé sont d'application.**

⁹ La carte médicale sert donc aussi de carte d'identification dans MediPrima



Pour la personne dont les ressources sont considérées comme insuffisantes (voir section 10.1.2), les médicaments non remboursables dans le cadre de la nomenclature INAMI mais relevant de la vie quotidienne, tels que définis par l'Arrêté royal seront aussi couverts²⁹: les médicaments de la catégorie D prescrits par un médecin (à l'exception des traitements des troubles de l'érection), à condition qu'il s'agisse de la forme générique et que le prix de remboursement de référence soit appliqué ; les médicaments de catégorie D non prescrits par un médecin (antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antipyrétiques, médicaments pour des affections de la cavité buccale et du pharynx), à condition que le produit le moins cher soit délivré ; les extractions dentaires ; les prothèses dentaires uniquement pour rétablir la capacité de mastication ; les verres de lunettes simples (pas de verres bi- ou multifocaux, pas de verres teintés) prescrits par un ophtalmologue pour des enfants, ou pour des adultes si leur déficit est supérieur à 1 dioptrie ; du lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible.

Les soins qui ne figurent pas sur la liste des soins couverts peuvent être pris en charge par le CPAS, par des ONG ou par la personne elle-même.

10.5. Rationaliser l'utilisation des soins de santé

La personne en séjour irrégulier peut **librement choisir son médecin généraliste. Le recours au Dossier Médical Global (DMG) devient obligatoire**, c'est-à-dire que toutes les données de santé relatives à une personne en séjour irrégulier sont gérées, analysées et centralisées par le médecin généraliste attitré de cette personne. Le nom et le numéro INAMI de ce médecin figurent sur la carte médicale. La carte médicale couvre automatiquement toutes les consultations médicales de première ligne réalisées par le médecin gestionnaire du DMG, et les autres prestations de santé pour autant qu'elles aient été prescrites par ce médecin^h.

Pour consulter un spécialiste ou recevoir des soins hospitaliers planifiés, une référenceⁱ du médecin généraliste gestionnaire du DMG est obligatoire et suffisant. Il n'est donc plus nécessaire que le CPAS vise ce document et donne son accord. La facture de soins spécialisés ou hospitaliers transmise à la CAAMI inclura le numéro d'identification INAMI du médecin généraliste gestionnaire du DMG qui a demandé le soin. Le

^h Le certificat médical n'est pas nécessaire pour une consultation ONE. Le choix de la pharmacie est libre.

numéro INAMI de ce médecin est consigné sur la carte médicale et **le coût du DMG est couvert par le SPP IS.**

Si la personne en séjour irrégulier souhaite changer de médecin généraliste, elle doit contacter le CPAS de la commune où elle réside pour modifier sa carte médicale.

10.6. Simplifier le financement

La carte médicale constitue la garantie que les soins décrits à la section 10.1.4 seront pris en charge par le SPP IS. **L'intervention du tiers payant est systématique.** Les prestataires de soins de première ligne transmettront à la CAAMI leurs factures/notes d'honoraires, en y inscrivant le numéro de la carte médicale, et seront remboursés directement par la CAAMI. Les hôpitaux transmettent déjà actuellement leurs factures à la CAAMI via MediPrima. Tant que la première ligne de soins n'est pas connectée à MediPrima, les factures sont transmises sous format papier. MediPrima doit être rapidement étendu à la première ligne de soins.

10.7. Assurer la continuité des soins et de l'information

La carte médicale peut être renouvelée chaque année tant que le détenteur se trouve sur le territoire national. Une nouvelle enquête sociale est alors réalisée par le CPAS de la commune où le demandeur réside au moment du renouvellement. Si ce n'est pas le même CPAS qu'au moment de la demande initiale, la notification du changement de compétence dans MediPrima est facilitée.

Si le bénéficiaire a changé de commune de résidence avant la péremption de sa carte médicale, celle-ci reste valide, sauf si le bénéficiaire réside de façon permanente dans la nouvelle commune, auquel cas il doit introduire une nouvelle demande de carte médicale auprès du CPAS de la nouvelle commune. **Le CPAS de la nouvelle commune de résidence peut se baser sur les éléments de l'enquête sociale menée par le CPAS initial** (disponibles dans MediPrima).

ⁱ Ce renvoi pourra être électronique lorsque les médecins généralistes seront connectés à MediPrima



Si le bénéficiaire consulte un autre médecin que celui qui gère son dossier médical global (p.ex. un autre généraliste pendant le week-end, un médecin urgentiste...), cet autre médecin en informe le médecin généraliste gestionnaire du DMG et lui transmet les informations à classer dans le dossier médical.

L'extension rapide de MediPrima à la première ligne de soins sera un élément important pour assurer la continuité de l'information médicale.

10.8. Améliorer la communication

Pour faciliter la communication entre les différents prestataires de services (CPAS, prestataires de soins, CAAMI, SPP IS, ONG), un document décrivant très précisément la procédure d'aide médicale et les missions de chacun des prestataires de service est nécessaire; il permettra d'harmoniser les pratiques et de réduire les inéquités observées. Le présent rapport peut servir de base à un tel document. **Une synthèse, courte et en plusieurs langues, devrait être disponible sur les sites internet de tous les CPAS.**

Le service de traduction en ligne développé par le SPF Santé publique est rendu accessible pour tous les médecins. Les médiateurs interculturels, financés aujourd'hui au sein des hôpitaux, devraient également être accessibles à la première ligne via un service en ligne.

Il est important de mettre en place une **formation spécifique à la communication interculturelle dans les soins de santé** et de la rendre accessible à tous les intervenants concernés. Cette formation pourrait se solder par une accréditation du prestataire de soins, et éventuellement être valorisée financièrement.

En cas de conflit entre les parties, un médiateur indépendant pourra être interpellé. Les services de médiation « Droits du patient » pourraient jouer ce rôle pour le demandeur d'AMU. Pour les conflits sur la prise en charge financière de soins de santé déjà prodigués, le médecin-conseil de la CAAMI pourrait être saisi.

10.9. Assurer un monitoring des pratiques de soins et des coûts

Il est crucial d'améliorer la collecte des données concernant les soins de santé délivrés aux personnes en séjour irrégulier afin d'assurer une évaluation continue des pratiques et des coûts.

- Les CPAS peuvent introduire chaque nouvelle demande d'aide médicale dans MediPrima et stipuler si la demande a été acceptée ou rejetée, ainsi que les éléments de l'enquête sociale. De cette façon, l'information est disponible pour les autres CPAS et le SPP IS.
- Un code spécifique pour l'AMU doit être créé dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) ainsi que dans l'enregistrement des données au service des urgences (UREG) de manière à ce que les profils de morbidité de cette population puissent être analysés, comme pour tout autre patient.
- MediPrima doit être étendu rapidement à la première ligne de soins pour permettre une vue d'ensemble des pratiques de soins et les coûts afférents. En attendant, les prestataires de soins de première ligne transmettent leurs attestations de soin à la CAAMI.
- Les données de facturation de la CAAMI relatives à l'AMU doivent être intégrées dans la base de données de l'INAMI et analysées de la même manière (feedback aux prescripteurs, identification de sous- ou sur-utilisation potentielle des soins de santé, détection des pratiques aberrantes (*outliers*), inspections sur le terrain). À l'avenir, il devrait être possible, en créant un statut d'assurabilité distinct, d'obtenir un relevé des soins hospitaliers délivrés aux personnes en séjour irrégulier, comme cela a été le cas avec les patients étrangers en situation régulière il y a quelques années³⁰.

**Table 2 – Principaux éléments de la réforme proposée**

Réforme	
Enquête sociale	<ol style="list-style-type: none">1. La place précise de l'enquête sur les ressources du demandeur doit être réévaluée.2. La visite domiciliaire devient facultative.3. Le certificat médical d'AMU n'est plus nécessaire pour obtenir l'aide médicale.
Couverture des soins	<ol style="list-style-type: none">1. Le CPAS délivre une carte médicale individuelle dès la demande d'aide ; les soins de santé primaires sont couverts pendant l'enquête sociale.2. La carte est valable un an en cas d'enquête sociale favorable.3. La carte médicale peut être délivrée en l'absence d'épisodes de maladie.4. La liste des soins couverts est identique pour toutes les personnes en séjour irrégulier dans le pays ; elle peut être calquée sur celle en vigueur pour les demandeurs d'asile²⁹.
Rationalisation des soins	<ol style="list-style-type: none">1. Le Dossier Médical Global (DMG) est obligatoire.2. Le choix du praticien par la personne en séjour irrégulier est libre mais l'accès à des soins spécialisés ne peut se faire sans l'accord du médecin généraliste gestionnaire du DMG (gate-keeping).3. Les règles de l'INAMI en matière de contrôle a priori ou a posteriori des prestations de santé sont d'application.
Meilleure communication	<ol style="list-style-type: none">1. Le nom d'Aide Médicale Urgente doit être changé en « Couverture santé pour personnes en séjour irrégulier » ou « Couverture santé temporaire ».2. Les compétences et le soutien des prestataires et des autres intervenants en matière d'interculturalité doivent être améliorés.3. Un document général décrivant très précisément la procédure d'aide médicale et les missions de chacun des prestataires de service doit être élaboré.4. En cas de conflit entre les parties, il est possible de se référer à un médiateur indépendant.
Monitoring	<ol style="list-style-type: none">1. Les résultats des enquêtes sociales sont intégrés dans MediPrima.2. Un code AMU est créé dans le Résumé Hospitalier Minimum et l'enregistrement des urgences (UREG) pour identifier les bénéficiaires de l'aide médicale et analyser leur profil de morbidité.3. MediPrima doit être étendu rapidement à la première ligne de soins.3. Les données de la CAAMI relatives aux soins de santé aux personnes en séjour irrégulier sont intégrées dans les données de l'INAMI et analysées de la même manière.



■ RECOMMANDATIONS^j

Au SPP Intégration Sociale, au SPF Santé Publique, à l'INAMI, à la CAAMI, et à l'Union des Villes et des Communes des 3 régions, nous recommandons de former un comité technique et de concertation pour une stratégie en 4 phases:

- Etablir à brève échéance un manuel commun (vade-mecum) décrivant la procédure d'aide médicale et les missions de chacun des prestataires de service. Le présent rapport, notamment la section 10, peut servir de base à l'élaboration de ce document. Une brochure de synthèse devrait être disponible en plusieurs langues au niveau de tous les CPAS, y compris sur leur site internet.
- Améliorer à brève échéance la collecte d'informations concernant l'aide médicale aux personnes en séjour irrégulier, tel que décrit au point 10.9, et à moyenne échéance réaliser l'extension de MediPrima.
- Etablir un plan d'action détaillé pour la mise en place de la réforme de l'aide médicale aux personnes en séjour irrégulier.
- Évaluer l'évolution des pratiques de soins et des coûts suite à la réforme et proposer, si nécessaire et sur une base objective, des adaptations.

^j Le KCE reste seul responsable des recommandations.



■ RÉFÉRENCES

1. Van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth incorporating Euro Observer. 2014;20(4):11-4.
2. PICUM. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussels: 2007. Available from: http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf
3. Triandafyllidou A. Clandestino project - Final Report. 2009. Available from: <http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/126625701EN6.pdf>
4. Baeyens P, Beys M, Bourguignon M, Büchler A, De Smet F, Dewulf K, et al. Migration en droits et en chiffres 2015-Migratie in cijfers en in rechten 2015. 2015. Available from: <http://www.myria.be/nl/publicaties/migratie-in-cijfers-en-in-rechten-2015>
5. 12 DECEMBRE 1996. - Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. 12 DECEMBER 1996. - Koninklijk besluit betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 1996. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl
6. 8 JUILLET 1976. - Loi organique des centres publics d'action sociale-8 JULI 1976. - Organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn., Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 1976. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1976070801
7. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights : Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27, United Nations Human rights : Office of the High Commissioner for



- Human Rights 1966. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
8. European Social Charter (Revised). In: European Treaty Series. Strasbourg: Council of Europe 1996. p. 18 p. Available from: http://www.hrcr.org/docs/Social_Charter/soccharter5.html
 9. Sulis G, El Hamad I, Fabiani M, Rusconi S, Maggiolo F, Guaraldi G, et al. Clinical and epidemiological features of HIV/AIDS infection among migrants at first access to healthcare services as compared to Italian patients in Italy: a retrospective multicentre study, 2000-2010. *Infection*. 2014;42(5):859-67.
 10. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1039-45.
 11. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483.
 12. Grove NJ, Zwi AB. Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Soc Sci Med*. 2006;62(8):1931-42.
 13. Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health*. 2015;20(5):493-510.
 14. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M. Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach. *BMC Public Health*. 2015;15(1):926.
 15. Teunissen E, Sherally J, van den Muijsenbergh M, Dowrick C, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in The Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open*. 2014;4(11):e005738.
 16. Pace-Asciak A, Mamo J, Calleja N. Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(8):1065-70.
 17. Marx FM, Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Glaser-Paschke G, Magdorf K, et al. Higher Rate of Tuberculosis in Second Generation Migrants Compared to Native Residents in a Metropolitan Setting in Western Europe. *PLoS One*. 2015;10(6):e0119693.
 18. Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, Migliori GB, Ditiu L, Fernandez de la Hoz K, et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878-88.
 19. Khyatti M, Trimbilas RD, Zouheir Y, Benani A, El Messaoudi MD, Hemminki K. Infectious diseases in North Africa and North African immigrants to Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:47-56.
 20. ECDC. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: 2014. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>
 21. European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Vienna: FRA; 2015. Available from: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf
 22. INAMI-RIZIV, Médecins du Monde-Dokter van de Wereld. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique-Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. 2014. Available from: <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
 23. SPP Intégration Sociale-POD Maatschappelijke Integratie. Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995-De Medische Bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995. 2015. Available from: <http://www.mi-is.be/be-nl/doc/ocmw/informatiedocument-medische-bewijsstukken-in-het-kader-van-de-wet-van-2041965>
 24. 25 Mars 2010. - Circulaire sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995-25 Maart 2010. - Omzendbrief betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de



- terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 2 april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995, Moniteur Belge-Belgisch Staatsblad 2010. Available from: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&v alue=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&from tab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&v alue=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&from tab=loi&la=F)
25. 14 MARS 2014. - Circulaire 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 C.P.A.S. et remboursée par l'Etat conformément aux dispositions de la loi du 2 avril 1965-14 Maart 2014. - Omzendbrief betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en in het kader van de maatschappelijke dienstverlening door de O.C.M.W.'s die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald wordt, SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté, Economie sociale et Politique des grandes villes- POD maatschappelijke integratie, armoedebestrijding en sociale economie 14 mars 2014. Available from: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&v alue=&table_name=loi&F=&cn=2014031430&caller=image_a1&from tab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&v alue=&table_name=loi&F=&cn=2014031430&caller=image_a1&from tab=loi&la=F)
26. SPP Intégration Sociale-POD Maatschappelijke Intégration. Mediprima-La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS. Brussels: SPP IS-POD MI; 2013. Available from: http://www.mis.be/sites/default/files/doc/mediprima_manuel_fr_-_v220313.pdf
27. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Paris: 2015. Available from: <https://mdmeuroblog.wordpress.com/>
28. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and The Netherlands. BMC Public Health. 2014;14:416.
29. 9 AVRIL 2007. - Arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.-9 APRIL 2007. - Koninklijk besluit tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang., Moniteur Belge-Belgisch Staatsblad 2007. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007040946&table_name=loi
30. De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, et al. Elective care for foreign patients: impact on the Belgian healthcare system. [Health Services Research \(HSR\)](#). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 169 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/elective-care-for-foreign-patients-impact-on-the-belgian-healthcare-system>



COLOPHON

Titre :	Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? – Synthèse
Auteurs :	Dominique Roberfroid (KCE), Marie Dauvrin (UCL), Ines Keygnaert (ICRH-Universiteit Gent), Anja Desomer (KCE), Birgit Kerstens (Universiteit Gent), Cécile Camberlin (KCE), Julie Gysen (UCL), Vincent Lorant (UCL), Ilse Derluyn (Universiteit Gent)
Directeur de projet :	Dominique Paulus (KCE)
Relecture :	Laurence Kohn (KCE), Christian Léonard (KCE), Karin Rondia (KCE)
Stakeholders / Experts :	Stéphan Alongi (GHDC), Loranci Anamdarajah (Dokters van de Wereld), Ludwig Apers (ITG), Hervé Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Hicran Aydogdu (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Alain Back (CPAS Bruxelles), Christophe Barbut (Maison médicale "Enseignement"), Patricia Barlow (CHU St Pierre), Els Bartholomeeussen (VWGC vereniging wijkgezondheidscentra), Jeroen Berens (K&G), Mia Beyaert (AZ Groeninge Kortrijk), Yannick Bizack (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Sophie Bleus (Médecins du Monde), Alain Brousmiche (CPAS Charleroi), Alexandra Büchler (Myria), Begoña Cainas (CHU St Pierre), Kelly De Ceulaer (K&G), André Cocle (Réseau hospitalier IRIS), Caroline Colinet (Maison médicale des marolles), Veerle Cortebeek (VVSG), Fabienne Crauwels (VVSG), Karen Crauwels (OCMW Antwerpen), Sophie Damien (Médecins du Monde), Mikael Daubie (INAMI), Laurence Dauginet (CAAMI), Janne Debaere (AZ Jan Palfijn), Tina De Boeck (Kind & Gezin), Nadine de Buck (CPAS Saint-Gilles), Stephanie De Clercq (AZ Jan Palfijn), Noël de Coster (CPAS Saint-Gilles), David De Keukelaere (OCMW Gent), Pierre De Proost (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Ri De Ridder (RIZIV), Dominique Decoux (CPAS Schaerbeek), Jeaninne De Decker (CPAS Saint-Gilles), Stéphane Degesves (CHR Citadelle), Marylène Delhaxhe (Sauveur ONE), Jozefien Demeester (Odice), Alix Dequiper (CPAS Liège), Laura Di Dominico (CHU Charleroi), Eric Dosimont (CPAS Charleroi), Eric Devilliers (ISPPC CHU Charleroi, CHU Vésale), Gert Devolder (WGC 't Spoor), Martine Devos (UVC Brugmann (IRIS-ziekenhuis)), Koen Dewulf (Myria), Brecht D'Hoore (Agentschap Integratie en Inburgering/Kruispunt M-I), Linda Doeraene (CHU St Pierre), Pierre Drielsma (FMM), Raphaël Driesen (CHR Citadelle), Judith Duchêne (UVCW), Alain Dupont (SPP Intégration sociale), Michelle Dusart (CHU St Pierre), Kristof Eeckloo (UZ Gent), Aline Egerickx (CPAS Schaerbeek), Carine Elst (CPAS Bruxelles), Claude Emonts (CPAS Liège), Marcel Engelborghs (CPAS Ixelles), Greet Erven (Dokters van de Wereld), Veerle Evenepoel (Medimmigrant), Louis Ferrant (Domus Medica), Patricia Fruyt (UZ Gent), Claire Gazottie (CHR Citadelle), Lode Geps (Dokters van de Wereld), Kurt Gesquière (POD Maatschappelijke integratie), Abdel Ghali (Universiteit Gent), Sofie Goderis (AZ Sint Lucas), Lucie Guerra (Maison médicale la Glaise), Stefanie Haerens (OCMW Kortrijk), Ana Hernandez (ONE), Stéphane Heymans (Médecins du Monde), Joeriska Hillaert (AZ Groeninge, Kortrijk), Delphine Houba (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Erna Houtman (Kind & Gezin), Eric Husson (LAMA asbl), Danielle Indovino (CPAS Liège), Odile Jacmain (Dispositif d'Accès Socio-Sanitaire), Kathy Jacobs (Kind & Gezin), Patrick Jadoulle (Maison médicale la Glaise), Jean-Marc Jalhay (CPAS Liège), Jacques Janssens (Maison médicale Entr'aide des Marolles), Stéphanie Jassogne (Medimmigrant), Irène Jusret (CHU Charleroi), Dirk Kaekebeke (CPAS Schaerbeek), Masha Khaskelberg (TABANE), Robert Leach (Clinique Saint



Jean), Christian Lejour (AVCB - Section CPAS), Benedicte Leloup (Wijkgezondheidscentrum De Brug, Molenbeek), Evy Lenaerts (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, Hoboken), Geneviève Lequeue (CPAS Ixelles), Alexandre Lesiw (SPP Intégration sociale), Corinne Loncin (CPAS Liège), Christine Louwagie (CPAS Schaerbeek), Sophie Magnee (CPAS Bruxelles), Taissa Majieva (UZ Gent), Martine Mardaga (Maison médicale du Laveu), Tina Martens (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Benoit Mathieu Dabois (CPAS Bruxelles), Freddy Merckx (Wijkgezondheidscentrum De Brug, Molenbeek), Filippina Messina (CHU Charleroi), Martine Meulebroek (UZ Gent), Ariane Michel (UVCW), Christine Miclotte (CAAMI), Brigitte Missa (Centre de santé intégré de Tilleur), Fabienne Miroir (CPAS Anderlecht), Annemarie Moens (UZ Brussels), Pierre Mols (CHU St Pierre), Peter Moonen (OCMW Antwerpen), Yacine Ouafa (Dokters van de Wereld), Marie-Ange Paulus (CPAS Ixelles), Harold Peeters (CPAS Anderlecht), Laura Peeters (Universiteit Gent), Pascale Peraita (CPAS Bruxelles), Dominique Pirard (ISPPC Charleroi), Rudy Pirard (CHR Citadelle), Tine Platteeuw (UZ Gent), François Poncin (Réseau Hépatite C asbl), Thierry Preseau (UVC Brugmann, IRIS-ziekenhuis), Inge Raus (GZA), Stéphane Roberti (CPAS Forest), Franc Rottiers (CAW Antwerpen), Cécile Rubay (CHU St Pierre), Jacques Rucquoi (CPAS Bruxelles), Jan Ryman (WGC Zuidrand), Latifa Sarguini (Maison médicale Kattebroek), Annie Schepens (Kind & Gezin), Eddy Schikorr (CPAS Anderlecht), Florence Simonis (Collectif de santé de Charleroi Nord), Caroline Simons (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, (Hoboken)), Jean Spinette (CPAS Saint-Gilles), Nathalie Sterckx (AVCB-VSGB), Philippe Taffin (CPAS Anderlecht), Laurence Theizen (Maison d'accueil Socio Sanitaire de Bruxelles), Berlinda Tillie (UVC Brugmann, IRIS-ziekenhuis), Amy To (Médecins du Monde), Christiane Tomat (CHR Citadelle), Inge Torfs (ZNA), Julien Trepagne (GHDC), Servaas Van Eeckhoudt (KULeuven), Kathia Van Egmond (Fedasil), Katrien Van Gelder (Asielbeleid Gent-vrijwillige terugkeer), Els Van Hooste (Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Anderlecht + Kind & Gezin), Géraldine Van Langenhove (Relais santé Charleroi), Geert Van Rasbeeck (CPAS Bruxelles), Sophie Van steene (CPAS Forest), Chantal Van Vaerenbergh (Kind & Gezin), Pierre-Yves Vandegeerde (POD Maatschappelijke integratie), Valerie Vandenberghe (OCMW Gent), Martine Vanderkam (CHU St Pierre), Juliette Vanderveken (Médecins du Monde), Kris Vanduffel (Stedelijk Opvanginitiatief, Gent), Bjorn Vanhie (OCMW Gent), Erik Vanobbergen (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, Hoboken)), Rita Vanobberghen (Médecine pour le peuple, Molenbeek Saint-Jean), Nele Verbist (Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Anderlecht), Anita Verbruggen (ZNA), Karen Vereycken (GZA), Françoise Verheyden (CPAS Ixelles), Annelies Vincent (OCMW Gent), Chantal Volant (CPAS Ixelles), Annika Waag (Odice), Marie Wastchenko (AVCB-VSGB), Danica Zamurovic (CAAMI)

Validateurs externes :

David Ingleby (University of Amsterdam, the Netherlands), Majda Lamkaddem (Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands), Jasna Loos (Institute of Tropical Medicine, Antwerpen)

Remerciements :

Jean-Paul Dercq (Médecins du Monde)

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et parties prenantes consultés dans le cadre de ce rapport ont été sélectionnés parce qu'ils étaient impliqués, d'une façon ou d'une autre, dans l'aide médicale aux personnes en séjour irrégulier. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.



Infographie

Julien Ligot (Fedopress)

Lay-out

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

22 décembre 2015

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Transients and Migrants, Emigrants and Immigrants, Medically Uninsured, Health Services Accessibility, Human Rights, Health Care Reform, Delivery of Health Care

Classification NLM :

W 84

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2015/10.273/109

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Roberfroid D., Dauvrin M., Keygnaert I., Desomer A., Kerstens B., Camberlin C., Gysen J., Lorant V., Derluyn I. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? –Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 257Bs. D/2015/10.273/109.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.