

Mémoire

Élections 2024

► Une feuille de route pour
la simplification et l'harmonisation
de **l'Aide Médicale Urgente**

AMU

Sommaire

► cliquez pour aller directement à la bonne page



Bibliographie

P. 38



Lexique

P. 37



Conclusion et récapitulatif des recommandations

P. 32



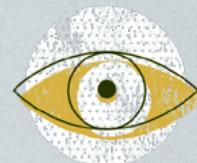
Les recommandations P. 14

- 1** ► Impliquer les parties prenantes dans un processus de simplification et d'harmonisation P. 14
- 2** ► Garantir l'accès à l'information pour toutes les parties prenantes P. 16
- 3** ► Simplifier et harmoniser l'ouverture du droit P. 20
- 4** ► Simplifier et harmoniser la couverture du droit P. 25
- 5** ► Respecter le cadre légal P. 28



Les acteurs impliqués dans ce mémorandum : le processus et les signataires

P. 5



Les constats : des difficultés pour toutes les parties prenantes

P. 8



Les objectifs : garantir le droit à la santé & diminuer les coûts

P. 10

 En un clin d'œil P. 2



Les 5 recommandations en un clin d'œil

1 ► Impliquer les parties prenantes dans un processus de simplification et d'harmonisation

Les autorités compétentes mettent en place un organe de concertation et de décision pour prioriser, programmer et évaluer une simplification et harmonisation de l'AMU. Cet organe est composé des structures étatiques et associatives représentant les diverses parties prenantes. Des moyens sont également investis pour organiser un meilleur monitoring des soins de santé et des données en lien avec les procédures d'accès.

👁️ [voir recommandation 1 \(P.14\)](#)

« Les CPAS en charge des patients hospitalisés en urgence ayant droit à l'AMU nous demandent régulièrement d'effectuer l'enquête sociale car ils ne peuvent pas venir jusqu'à l'hôpital pour rencontrer le patient qui ne peut pas se déplacer. Ce n'est pas notre responsabilité, mais parfois nous le faisons quand même pour nous assurer que le patient va pouvoir accéder à une série de soins nécessaires. Nous octroyons régulièrement des soins à des personnes qui devraient avoir droit à l'AMU, mais les CPAS refusent de les prendre en charge. Ça met à mal les finances de notre établissement. »

Témoignage d'une assistante sociale dans un hôpital (récolté par Médecins du Monde en 2022).

2 ► Garantir l'accès à l'information pour toutes les parties prenantes

Différents indicateurs soulignent une méconnaissance considérable de l'existence de l'AMU, de ses conditions d'accès, ainsi que de sa couverture, tant parmi les ayants-droit que parmi les prestataires de soins, et même au sein de certains CPAS. Par conséquent, il est essentiel que les différents niveaux de pouvoir mettent en œuvre des moyens et des outils visant à (in-)former les parties prenantes sur le droit à l'AMU.

👁️ [voir recommandation 2 \(P.16\)](#)


« Pourquoi veux-tu la carte médicale si tu n'es pas malade? Il y a beaucoup d'incompréhensions parmi les gens, alors que tu dois avoir la carte au cas où tu tombes malade! Ça fait 5 ans que je parle avec une personne de la carte médicale, j'essaie de la convaincre que c'est important pour sa santé. C'est la semaine passée qu'elle m'a finalement fait confiance et m'a donné son accord pour l'aider avec les démarches. »

Témoignage d'une personne ayant-droit à l'AMU (récolté par BAPN le 06.04.2023).



3 > Simplifier et harmoniser l'ouverture du droit

Les CPAS ouvrent le droit à l'AMU par un accueil adapté et une procédure simplifiée et harmonisée. Pour les personnes ayant des besoins médicaux immédiats, une demande d'AMU confère un droit temporaire à une prise en charge de trois mois pendant que « l'enquête sociale » est en cours. Une enquête sociale favorable ouvre le droit à l'AMU durant une année, indépendamment des besoins médicaux.

 [voir recommandation 3 \(P.20\)](#)

« Vous êtes sans-papier, on ne vous calcule pas ! Moi, là où j'habite, c'est sans adresse. Je suis resté presque un an sans adresse. Un jour, j'ai rencontré un policier qui m'a dit: même un clochard qui dort dans la rue, il a le droit d'aller à la commune et de dire qu'il dort là. Toi tu as un propriétaire, tu lui donnes de l'argent pour le loyer, et tu as la preuve. Va au CPAS. »

Témoignage d'une personne ayant-droit à l'AMU
(récolté par BAPN le 06.04.2023).

4 > Simplifier et harmoniser la couverture du droit

Le système informatisé MediPrima, permettant la simplification administrative de la couverture des soins, devient rapidement accessible à tous les prestataires de soins avec un numéro INAMI. Les différents niveaux de pouvoir garantissent la possibilité d'accorder des aides qui ne sont pas couvertes par l'AMU mais qui ont un impact direct sur la santé des personnes.

 [voir recommandation 4 \(P.25\)](#)

« Le dossier de ma patiente a été refusé par un CPAS en Flandre au motif que ses précédentes demandes avaient été refusées. Nous avons insisté auprès du service de soins afin qu'ils réalisent l'ivg en urgence, ils ont accepté avec un échelonnement des paiements. La femme a d'abord dû payer 90€ avant de réaliser l'ivg et ensuite par tranche de 100€ pour un montant total de 519€. La personne a dû emprunter de l'argent pour recourir à son ivg dans les délais. »

Témoignage d'une assistante sociale
(récolté par Médecins du Monde en 2022).

5 > Respecter le cadre légal

Des outils de clarification et des mécanismes de contrôle assurent un accès et une couverture uniforme de l'AMU, indépendamment du CPAS qui l'octroie ou de l'état de santé de l'ayant-droit. Les CPAS disposent des moyens nécessaires pour respecter les codes de déontologie professionnelle et pour pouvoir établir une relation de confiance avec les ayants-droit à l'AMU, sans imposer de condition d'accès supplémentaire.

 [voir recommandation 5 \(P.28\)](#)

« Nous orientons les femmes vers le CPAS avec une demande d'AMU qui mentionne clairement la demande d'une interruption de grossesse (ivg). Mais les personnes doivent d'abord passer par une enquête sociale [...] La dernière fois, la femme avait été refusée, car elle n'était pas en possession d'une carte d'identité. Dans ce CPAS, sans pièce d'identité, pas de possibilité d'accéder à une AMU, pourtant ce n'est pas conforme à la loi. »

Témoignage d'un assistant social
(récolté par Médecins du Monde en 2022).





C'est quoi l'AMU ?

En Belgique, le droit fondamental à la santé pour les personnes en séjour irrégulier, les personnes en séjour régulier ayant perdu (temporairement) leur accès à l'assurance maladie et invalidité (AMI) ainsi que pour certaines catégories de ressortissant·es européen·nes sans accès à une assurance maladie est garanti par l'Aide Médicale Urgente (AMU).

»» Ce droit, contrairement à ce que laisse sous-entendre sa dénomination, couvre tous les soins de santé nécessaires repris dans la nomenclature de l'INAMI, attestés par un·e médecin, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

L'AMU doit donc être comprise comme une aide nécessaire pour éviter toute situation médicale à risque pour une personne et son entourage et « ne doit pas être confondue avec l'urgence au sens médical et hospitalier » (SPP is, 2013).

Cette aide médicale relève d'une compétence fédérale (*loi organique sur les cpas du 8 juillet 1976 et Arrêté Royal relatif à l'AMU du 12 décembre 1996*) coordonnée par le spp Intégration Sociale et administrée au niveau local par les CPAS.





Les acteurs impliqués dans ce mémorandum

Le processus qui a abouti à ce mémorandum

Ce mémorandum a été rédigé par une série d'acteurs avec une expertise législative et/ou de terrain constitués en « **Comité d'accompagnement pour la simplification et l'harmonisation de l'AMU** ». Ce Comité est coordonné par Médecins du Monde et est constitué par les organisations suivantes :

Alias | Belgian Anti-Poverty Network (BAPN) | Brussels Platform Armoede (BPA) | Centre Athéna | Conseil Bruxellois Coordination Sociopolitique (CBCS) | Coordination et Initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE) | Diogènes | Doucheflux | Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) | Maison d'Accueil Socio-Sanitaire De Bruxelles (MASS) | Médecins Sans Frontières (MSF) | Médecins du Monde (MDM) | Projet Lama | Samusocial (NSS) | Service de santé mentale (SSM) Ulysse.

Depuis le début de l'année 2022, celui-ci se réunit dans le but d'identifier les obstacles entravant l'accès à l'AMU. Son objectif est d'encourager les différents niveaux de pouvoir à simplifier et harmoniser le système d'AMU. Cette démarche s'appuie sur la collecte d'expériences de terrain et d'expertise législative, ainsi que la rédaction d'analyses, de consultations et d'interpellations.

Afin de garantir que les recommandations avancées par les instigateurs de ce document soient pleinement ancrées dans la réalité du terrain, **un projet de mémorandum est soumis, via une enquête en ligne, pour avis à un large éventail d'acteurs en septembre 2023. 58 structures du social-santé actives dans une ou plusieurs régions du pays**

ont répondu (structures représentant les prestataires de soins et ayants-droit, services sociaux des hôpitaux, services bas seuil du social-santé, mutuelles, académiques et CPAS).

Après une première analyse des réponses à l'enquête en ligne, les constats et recommandations repris dans ce document ont été débattus et validés lors d'une « **table ronde** » le **13 octobre 2023**. Celle-ci rassemblait une **50^{aine} d'académiques, de représentant·es du social-santé et des ayants-droit des quatre coins du pays** qui ont permis de valider et d'affiner les constats et recommandations que vous retrouverez dans ce document.

L'ensemble de ces acteurs souhaite **insister sur l'urgence de simplifier et d'harmoniser les procédures d'accès et de couverture du droit à l'AMU** et initier le changement par une série de recommandations concrètes, rassemblées dans ce mémorandum.

Par ce mémorandum, **les signataires appellent les actuel·les et futur·es élu·es et responsables politiques des différents niveaux de pouvoir, les actuels et futurs cabinets et ministères, à savoir, le SPP Intégration Sociale, l'INAMI, le SPF Santé Publique, le Service pour la Simplification Administrative mais également la CAAMI, les Unions des Villes et Communes des trois régions et les 581 CPAS à se saisir de ce document et à mettre en place une concertation nationale, incluant une représentation des différentes parties prenantes, pour mettre en œuvre la simplification et l'harmonisation de l'AMU.**

Cette simplification et harmonisation pourrait être mise en place par étape à l'image de la réforme des soins de santé pour les personnes détenues en prison, permettant d'évaluer son impact budgétaire mais également l'évolution du recours au droit à la santé et la complexité administrative.



► Liste des organisations signataires de ce mémorandum

	AFICO		Entr'Aide des Marolles
	Alias asbl		Équipe mobile de crise Psychiatrie CHU Saint Pierre
	Association pour le droit des étrangers asbl		Espace P asbl
	BAPN (Belgian Antipoverty Network)		Fédération des maisons médicales
	BelRefugees		Fédération Bico - Federatie
	Brusselse Huisartsenkring (BHAK)		Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (féda bxl)
	Bond zonder Naam - Sociale Dienst		Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles asbl - Federatie van Brusselse huisartsen verenigingen (FAMGB/FBHAV)
	Brusano		Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri
	Brussels Platform Armoede		Fédération des Services Sociaux
	Bureau d'étude des sans-papiers (BESP-Université Populaire)		Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)
	CAW Brussel		Filet Divers vzw
	Centrale Nationale des Employés (CNE)		Free Clinic vzw
	Centre Athéna Centrum ASBL		Groupement Belge des Omnipraticiens
	Centre d'Action interculturelle de la province de Namur		Groupe montois de Soutien aux Sans-Papiers
	Chez Nous - Bij Ons vzw - asbl		Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (GAMS Belgique)
	Ciré asbl (Coordination et Initiatives pour réfugiés et étrangers)		GZA Sint-Augustinus
	Community Health Workers		I.Care asbl
	Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL		Ligue des droits humains (LDH)
	Cultures et Santé asbl		Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
	Domus Medica		Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles (MASS)
	DoucheFLUX		



	Maison des jeunes Robert Beugnies asbl
	Maison Médicale des Marolles
	Entraide des Marolles
	Maison Médicale Le Noyer
	Maison Médicale Gilles de Chin asbl
	Maison Médicale La Brèche ASBL
	Médecins du Monde Belgique / Dokters van de Wereld België
	Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen
	Monde des Possibles ASBL
	Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
	New Samusocial
	Pax Christi Vlaanderen
	pharmacy.brussels
	Picardie Laïque asbl
	Pigment vzw
	Praktijk Schijnpoort
	Projet Lama
	Promo Santé & Médecine Générale asbl
	Promotion santé asbl Maison Médicale du Maelbeek
	Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP)
	SAAMO
	Sensoa vzw
	Service Droit des Jeunes de Bruxelles

	Solidaris
	Société Scientifique de Médecine Générale
	SOS Jeunes - Quartier Libre asbl
	Ulysse - Service de Santé Mentale
	UTSOPI
	Vereniging Van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
	Violet vzw
	Vrouwenraad vzw
	vzw DIOGENES asbl
	WGC De Regent
	Wijkgezondheidscentrum Medikuregem vzw
	vzw Recht op Migratie
	Alberto Parada – Médecin généraliste
	Andrea Rea – Professeur de Sociologie, Université Libre de Bruxelles
	Anthony Dheere - Huisarts
	Céline Mahieu - Professeur en santé publique, Université Libre de Bruxelles
	Didier Boost – Onderzoeker, Universiteit Antwerpen
	Dirk Lafaut – Gastdocent, Vrije Universiteit Brussel
	Dominique Roberfroid - Professeur d'épidémiologie & de santé publique à l'Université de Namur
	Josefien van Olmen – Professor, Universiteit Antwerpen
	Louis Ferrant - Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen
	Michel Roland – Médecin généraliste
	Rita Vanobberghen - Huisarts
	Roman Loquette - Médecin généraliste





Les constats

Un grand nombre des parties prenantes de l'AMU, dont les signataires de ce mémorandum, constatent que **le droit à l'AMU sur le terrain est difficilement réalisé**. En effet, **la complexité et la diversité des procédures administratives ralentissent l'organisation de l'accès et de la couverture des soins pour l'ensemble des acteurs concernés, à savoir :**

LES AYANTS-DROIT À L'AMU, PAR

- › un manque d'information et de connaissance du droit ;
- › des procédures inadaptées et un accès administrativement complexe, long, incertain et variable selon le CPAS compétent.
→ Il est estimé que le **non-recours au droit s'élève à 80%**
👁️ [voir chapitre « le droit à la santé » \(P. 10\).](#)

LES DISPENSATEUR·RICES DE SOINS, PAR

- › une charge administrative lourde et variable selon le CPAS compétent ;
- › un manque de compréhension du droit et des différentes procédures à suivre pour obtenir une prise en charge des soins octroyés.
→ menant au non-octroi des **soins nécessaires** ou à des **difficultés financières** des services de soins.

LES CPAS, PAR

- › une surcharge administrative complexe, lourde et coûteuse qui leur incombe.
→ menant au **non-respect du cadre légal et au dépassement des délais légaux**.

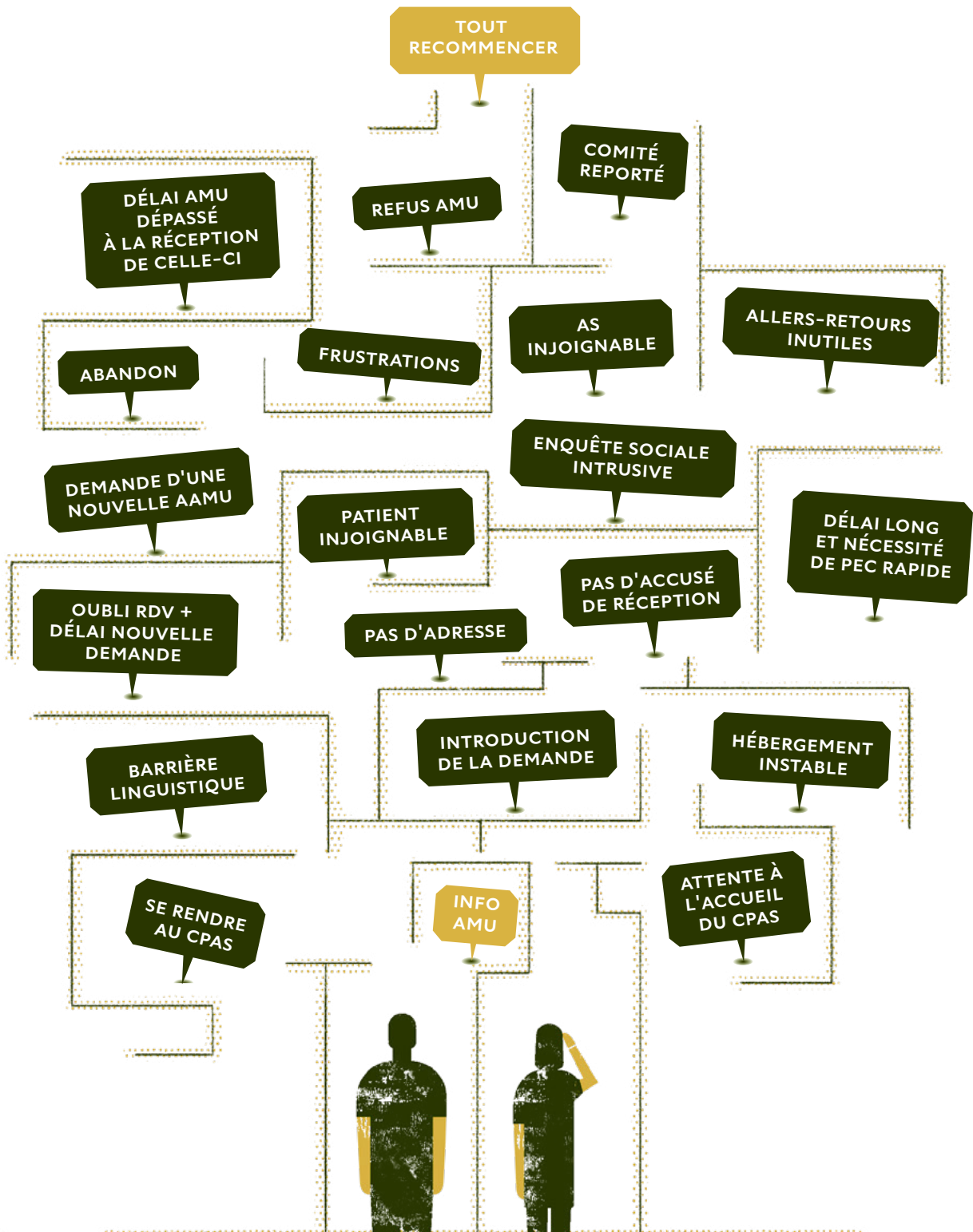
LES AUTORITÉS PUBLIQUES, PAR

- › un **manque de monitoring** des données médicales, des pratiques d'octroi et de refus de l'AMU ainsi que du coût des soins et de la gestion.

» Suite aux interpellations de différentes organisations et à la sortie du livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique (INAMI & Médecins du Monde, 2014), il a été demandé au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de mener une étude sur l'AMU. Les constats et les recommandations qui en sortent ont été publiés en 2015 dans un rapport *« Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? »* (Roberfroid et al, 2015). À ce jour, la plupart des recommandations listées dans ce rapport n'ont pas été mises en œuvre.



➤ Obstacles dans l'accès à l'aide médicale urgente (AMU)





Objectifs : garantir le droit à la santé et diminuer les coûts

Toute personne qui vit sur le territoire belge a droit à la santé, droit fondamental inscrit dans la Constitution belge, qui permet de répondre au principe de la dignité humaine.

Malheureusement, force est de constater que pour certaines personnes, le système de soins de santé ne permet pas de garantir ce droit, notamment pour celles dont les soins relèvent de l'Aide Médicale Urgente (AMU). Pour ces personnes, **le recours au droit à l'AMU est estimé à seulement 20%**. Pourtant, quelques mesures de **simplification des procédures** relatives à l'AMU permettraient d'améliorer grandement l'accès aux soins d'une part, et d'autre part de **diminuer les coûts de gestion administrative** et les **coûts des soins curatifs** par un accès aux soins de manière simplifiée, préventive et moins coûteuse.

Ainsi, la simplification administrative des procédures d'accès à l'AMU permettrait de répondre à une autre problématique, bien connue, qui est celle de la surcharge actuelle, si pas la saturation, des **CPAS et des services du social-santé**.

Le droit à la santé

En termes de respect des droits humains, il est important de rappeler que le droit à la santé est un **droit fondamental protégé par le droit international** et la **convention européenne des Droits de l'Homme**. Ainsi, une couverture de soins de santé universelle, incluant autant les nationaux que les personnes en séjour irrégulier sur le territoire, permettrait de respecter les engagements pris par la Belgique, notamment « le droit de chacun à jouir du meilleur état de santé physique et mental possible », tel qu'énoncé dans le **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** (FRA, 2015).

« C'est la loi qui dit que c'est un droit. Pour moi, ce n'est pas un droit [...] J'ai dû lutter pour avoir le droit à l'AMU. »

Témoignage d'un ayant-droit à l'AMU
(récolté par le BAPN le 06.04.2023).

Le coût humain que représente le non-recours aux soins de santé pour des personnes malades qui se trouvent déjà dans des situations de grande précarité, n'est pas à sous-estimer (Lafaut et al., 2019) : une étude comparant l'état de santé entre des personnes en séjour irrégulier et régulier à Bruxelles entre 2005 et 2010 démontre que le **taux de mortalité des personnes en séjour irrégulier est plus élevé** que celui des personnes avec un séjour en règle. À titre illustratif, les résultats de l'étude démontrent qu'il existe un risque statistiquement significatif plus élevé de décès liés aux maladies cardiovasculaires chez les personnes en situation de séjour irrégulier.

Simplifier et harmoniser le fonctionnement de l'AMU peut nous permettre, non seulement de rationaliser les moyens investis dans la gestion administrative, mais également d'en faire un véritable outil pour réduire le non-recours aux droits,



le non-accès aux services et le report de soins, dans un **intérêt global de santé publique, d'inclusion et de justice sociale**.

En 2022, le SPP Intégration Sociale compte 23.910 personnes ayant fait appel à l'AMU sur environ 112.000 personnes en séjour irrégulier (European Migration Network, 2023) en plus d'un nombre inconnu pour les autres catégories d'ayants-droit à l'AMU. Nous pouvons donc en déduire qu'aujourd'hui le recours annuel à l'AMU concerne environ 20% des ayants-droit.

Suivant le tableau ci-dessous, les sommes dispensées par le SPP IS pour les remboursements de soins dans le cadre de l'AMU représentent en moyenne 0.25% du budget de l'assurance soins de santé (AMI), pour environ 1% de la population belge (112.000 personnes sur 11.590.000 d'habitants en Belgique). Autrement dit, **pour 1€ remboursé pour des soins dans le cadre d'une AMU, 415€ sont remboursés pour des soins de santé des bénéficiaires de l'AMI**.






Jusqu'à présent, aucune preuve n'indique que l'AMU encourage une surconsommation des soins de santé. Au contraire, en examinant les remboursements dans le cadre de l'AMI, nous pouvons

conclure à une **sous-consommation des soins de santé** par les ayants-droit de l'AMU. En effet, près de **80% des personnes ayant droit à l'AMU n'y ont pas recours**. Ce non-recours s'explique par **divers facteurs** (Schockaert et al., 2012 ; Médecins du Monde, 2012 ; Leduc et al., 2018) : certaines personnes ne se sentent pas à l'aise de se présenter au CPAS, d'autres ne sont pas informées de leur éligibilité, et d'autres encore rencontrent des difficultés à naviguer à travers les étapes de la procédure de demande, jugées trop floues, longues et complexes.

Diminuer les coûts

Comme mentionné dans le rapport du KCE (Roberfroid et al., 2015), il est difficile de chiffrer l'impact budgétaire que peut représenter l'instauration des recommandations formulées dans ce document. La mise en place d'un **monitoring est nécessaire pour avoir une meilleure vue** sur l'évolution de l'accès au droit et de ses coûts **👁️ voir recommandation 1 (P. 14)**. Nous pouvons néanmoins donner quelques indications sur l'évolution des coûts que peut avoir une simplification de l'AMU.

➤ Sommes dispensées par le SPP IS pour les remboursements de soins dans le cadre de l'AMU

ANNÉE	REMBOURSEMENT AMU*	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES AMU	REMBOURSEMENT AMI**	% REMBOURSEMENT AMU/AMI
2018	70.853.631,83 €	 22.467	27.451.029.000,00 €	0,26%
2019	76.843.040,05 €	 23.958	28.470.961.000,00 €	0,27%
2020	73.888.513,44 €	 21.939	31.106.172.000,00 €	0,24%
2021	82.524.490,02 €	 23.917	33.788.147.000,00 €	0,24%
2022	84.499.896,24 €	 23.910	35.070.929.000,00 €	0,24%

* AMU : Aide Médicale Urgente, SPP Intégration Sociale, chiffre obtenu le 08.06.2023

** AMI : Assurance Maladie-Invalidité, chiffres INAMI, <https://www.inami.fgov.be/> (remboursement prestations AMI, COVID-19, loi hôpitaux)




CHARGE ADMINISTRATIVE ÉLEVÉE : Les mesures que nous proposons dans ce document visent à une **simplification administrative et une harmonisation des pratiques**. Ainsi, les coûts liés à la charge administrative pour la gestion et le traitement des dossiers devraient fortement diminuer.

Effectivement, l'AMU représente une charge administrative lourde et coûteuse à charge des CPAS qui nécessite un investissement au niveau des ressources humaines non négligeable. Pour un grand nombre de situations, le fonctionnement actuel mène au non-respect des conditions d'accès et des délais légaux ou à des refus de prise en charge de soins des personnes ayant pourtant bien droit à cette aide. De plus, nous constatons que la loi est interprétée de manière très variable d'un CPAS à l'autre dû à la complexité de la réglementation et de sa mise en application. Ces différences de gestion et d'interprétation - parfois aussi au sein d'un même CPAS - conduisent à des inégalités d'accès et de couverture des soins de santé entre ayants-droit. Le manque de monitoring des conditions d'accès et des refus d'aide ne permettent pas d'avoir une vue claire sur ces aspects.


SOINS NON-REMBOURSÉS : La diversité et la complexité des pratiques actuelles des CPAS créent également des difficultés de gestion pour les dispensateurs de soins et les services médicaux. Les prestataires de soins sont régulièrement amenés à effectuer des **soins non remboursés** en raison de la complexité administrative et de l'impossibilité de facturer rétroactivement des soins dispensés, une fois les délais écoulés. Nous constatons également une **surconsommation des services d'urgence, de garde et bas seuil** par les ayants-droit à l'AMU sans accès effectif à l'AMU. Ainsi, certains prestataires de soins font face à une surconsommation de leurs services mais également à des **difficultés financières** après avoir procuré des **soins et des médicaments urgents** et nécessaires, sans qu'ils soient pris en charge par la suite par les autorités compétentes.

Une étude basée sur les chiffres de 2018 démontre qu'à l'hôpital Saint-Pierre (Bruxelles) de nombreux soins sont refusés par des CPAS dans le cadre d'une demande d'AMU : **938.000€ sont restés en dette** pour l'hôpital (Lorand, 2019). Dans la quasi-totalité des situations étudiées, cette non prise en charge est liée à la complexité administrative et à un manque de clarté du cadre légal (ou la non volonté de l'appliquer) : dans 70% des situations, la raison invoquée par l'un ou l'autre CPAS était « l'impossibilité de déterminer l'état d'indigence »

et 7% des situations pour « insolvabilité non prouvée ». Pourtant, une indigence non prouvée ne peut jamais constituer une raison de refus de prise en charge des frais des soins, mais peut uniquement constituer un motif pour refuser la prise en charge du ticket modérateur pour des soins ambulatoires  [voir recommandation 3 \(P. 20\)](#).

ACCÈS AUX SOINS AU MOMENT OÙ LE BESOIN SE PRÉSENTE : Les délais entre l'introduction d'une demande d'AMU et l'obtention d'un accès effectif aux soins de santé ne permettent pas de prendre en charge les besoins médicaux au moment où ils se présentent.

Le Centre Athéna, établissement médical situé à Bruxelles, se consacrant à fournir une seule consultation médicale aux personnes en attente de l'ouverture de l'accès aux soins, constate une augmentation du nombre d'ayants-droit de l'AMU éprouvant des difficultés à obtenir une prise en charge auprès de divers CPAS. En 2023, 33% des ayants-droit à l'AMU ont été contraints de revenir à plusieurs reprises au Centre Athéna en raison des retards dans la prise en charge par un CPAS.


Via ses projets de terrain, **Médecins du Monde** constate également que les délais d'octroi d'une AMU dépassent régulièrement le délai imposé par le cadre légal du SPP IS qui est de 30 jours, déjà trop long pour une prise en charge adéquate d'un grand nombre de problèmes de santé et de pathologies. À titre d'exemple  [voir le tableau ci-dessous](#), à compter de l'introduction de la demande auprès d'un CPAS, **les patient·e-s au Centre d'accueil, de soins et d'orientation à Bruxelles attendent en moyenne 5,2 mois** pour obtenir une prise en charge par l'AMU. Ces délais varient considérablement en fonction des situations individuelles et du CPAS en question. Environ **30% de ces patient·e-s souffrent de maladies chroniques** pour lesquelles le dépassement du délai légal a un impact très délétère sur la stabilisation de la pathologie.

Les coûts liés au traitement des pathologies non prises en charge au moment opportun, nécessitant finalement une intervention hospitalière, devraient considérablement diminuer si des investissements sont réalisés pour améliorer l'accès aux droits au moment même où les besoins médicaux se manifestent.

Une prise en charge au moment des besoins médicaux permettrait également de **désengorger les services d'urgence et de garde**, qui représentent



► Ouverture de l'accès aux soins via l'AMU (chiffres 2022)

	CASO (BRUXELLES)	COZO (ANVERS)
 Délai minimum (en jours)	4	0
Délai maximum (en jours)	607	849
Délai médian (en jours)	121	168
Délai moyen (en jours)	156,6	231,3

Chiffres 2022, délai en jours pour obtenir une ouverture de l'AMU dans les 2 centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde, le CASO (Bruxelles) et le COZO (Anvers).

souvent la seule voie d'accès aux soins pour les personnes sans prise en charge AMU. Ces services sont plus coûteux pour la communauté que les services classiques de première ligne.

Ainsi, **en investissant dans des soins préventifs** pour les ayants-droit à l'AMU, nous avons l'opportunité de **diminuer les coûts** plus élevés associés aux soins curatifs. De nombreuses ressources fournissent des preuves solides de cette corrélation, démontrant que des investissements judicieux dans des programmes de prévention peuvent générer des économies significatives à long terme. C'est notamment le cas pour la **prévention des maladies chroniques** (CDC, 2023 ; Thorpe et al, 2004), la **prévention des infections** (WHO/OMS, 2013), la **détection précoce du cancer du sein** (Kalager et al., 2010) et la **prévention des troubles mentaux** (WHO/OMS, 2023).

Une étude réalisée par l'**Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA)**, comparant l'accès aux soins de santé dans trois pays européens, conclut que **les coûts directs liés aux traitements de problèmes tels que l'hypertension et les soins prénataux diminuent entre 8 et 69 %** lorsque les personnes en séjour irrégulier bénéficient d'une couverture médicale similaire à celle des citoyen·nes nationaux·ales. Cette réduction est observée par rapport à une situation où l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier

se limite strictement aux situations d'urgence. Par conséquent, la conclusion de l'étude de la FRA est très claire : *« donner un accès régulier aux soins de santé permet de faire des économies »* (FRA, 2015).

La pandémie de COVID-19 nous a également démontré que la mise en place d'un **système de surveillance de la santé publique** constitue une stratégie efficace pour renforcer la préparation, en particulier en ce qui concerne la surveillance et le contrôle de la propagation des maladies (OCDE, 2020).

L'accès aux soins préventifs pour l'entièreté de la population est l'une des **pierres angulaires d'un système de santé efficace**. En terme de santé publique, l'objectif est d'améliorer l'état de santé et de maintenir un niveau de risque faible quelle que soit la pathologie. Autrement dit, les mesures relatives à l'efficacité des soins préventifs réduisent l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles.





Les recommandations

1

Impliquer les parties prenantes dans un processus de simplification et d'harmonisation

👁️ RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS | P. 33

La mise en place d'un **organe de concertation nationale** (un comité technique/ une task force) permettrait d'organiser une meilleure récolte de données de l'AMU ainsi que **de prioriser, de programmer et d'évaluer** les différentes mesures à prendre dans le cadre de la simplification et de l'harmonisation de l'AMU. Cette concertation serait **coordonnée par les autorités compétentes (SPP Intégration Sociale)** et constituée par les **structures représentant les différentes parties prenantes** (CPAS, ayants-droit et acteurs du social-santé) ainsi que les politiques et administrations jouant un rôle dans l'organisation de l'AMU (Santé Publique, CAAMI, INAMI, eHealth, Service pour la simplification administrative...).

Un **monitoring** effectif permettrait aux autorités publiques d'**analyser les soins de santé accordés** dans le cadre de l'AMU comme c'est le cas pour les assurés ordinaires. L'élargissement du logiciel **MediPrima** à tous les prestataires de soins 👁️ **voir recommandation 4 (P. 25)** permettrait également de centraliser et d'analyser les pratiques de soins. Un code AMU pourrait être créé dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) et l'enregistrement des urgences (UREG) pour identifier les ayants-droit de l'AMU et analyser leur profil de morbidité. Au-delà d'un meilleur monitoring des pratiques de soins, le SPP IS pourrait étendre le


« Les relations avec un CPAS sont plus compliquées. Une tentative de faire couvrir une IVG par la carte AMU a donné lieu à un refus pour cause de "numéro de nomenclature non pris en charge". Le Centre de Planning Familial ne disposant pas de contact privilégié avec ce CPAS, n'a pas été en mesure de négocier. »

Témoignage d'une assistante sociale
(récolté par Médecins du Monde en 2022).

monitoring des **données en lien avec les procédures d'accès** à l'AMU à partir de l'introduction de la demande d'aide, qu'elle aboutisse à une prise en charge des soins de santé ou non. Cela impliquerait que **le nombre et les raisons des refus d'aide** devraient également être centralisés, ce qui n'est pas le cas actuellement.



Au-delà d'une simplification et d'une harmonisation de l'AMU, nous nous positionnons en faveur d'une **couverture de soins universelle** pour tou-te-s, quelle que soit l'origine et/ou le statut administratif de la personne. Une **fusion des systèmes d'accès aux soins « subsidiaires »** (AMU, aide médicale de Fedasil et les soins de santé en prison) au niveau d'une caisse fédérale et/ou régionale qui suit les mêmes règles de remboursement et mécanismes de contrôle par l'INAMI comporte plusieurs avantages : une plus grande égalité d'accès, une simplification des procédures administratives par une automatisation du droit, une diminution des coûts de gestion, une meilleure connaissance du système par les différentes parties prenantes... Actuellement une réforme de l'accès aux soins de santé en prison est en cours avec un remplacement du système subsidiaire sous tutelle du ministre de la Justice, vers un accès à l'assurance maladie-invalidité (AMI). Dans ce sens, nous proposons qu'une **étude** soit organisée sur les **opportunités, avantages et éventuels obstacles d'une intégration dans l'AMI des ayants-droit à l'AMU**, qui concerne principalement les personnes en séjour irrégulier présentes en Belgique. Cette étude devrait également tenir compte des problématiques autour de la territorialité des CPAS, au vu de la grande mobilité des personnes ayant-droit. La région bruxelloise est particulièrement touchée par cet enjeu avec ses 19 communes et CPAS étroitement interconnectés.

Comme cité dans différentes parties de ce document, un accès effectif à la santé pour ce public nécessite à la fois d'agir sur l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé, mais également d'agir sur les **conditions de vie** de ces personnes qui influencent de façon significative leur état de santé. Un meilleur accès aux services de soins par leur intégration dans l'AMI ainsi que l'amélioration des **déterminants sociaux de la santé** permettraient d'éviter les risques de surmortalité et de surmorbidity liés à des conditions de vie précaires, voire indécentes. Compte tenu du taux élevé de non-recours à l'AMU (+/- 80%),  **voir chapitre « Le droit à la santé » (P. 10)** et de l'importance des déterminants de la santé et la santé préventive, la meilleure façon pour garantir le droit à la santé des personnes en séjour irrégulier est d'**ouvrir davantage de voies vers un titre de séjour**.

>> Nous proposons

- › L'instauration d'un **organe de concertation et de décision** par les autorités fédérales, incluant les différentes parties prenantes, à savoir : les politiques et administrations jouant un rôle dans l'organisation de l'AMU et les structures représentant les CPAS, les représentants des ayants-droit et des services de soins de santé publics et associatifs ;
- › la mise en place d'un **monitoring** qui permettrait de préparer, de suivre et d'évaluer les différentes mesures à prendre pour améliorer l'accès à l'AMU. Concrètement cela pourrait se faire par :
 - l'inscription des ayants-droit à l'AMU à la CAAMI, suite à une enquête sociale favorable réalisée par le CPAS ;
 - l'attribution par la CAAMI de numéros mutuelle facilement identifiables permettant de collecter les données des ayants-droit à l'AMU au même titre que les ayants-droit à l'AMI ;
- › la réalisation d'une **étude** par les autorités publiques sur les opportunités, avantages et éventuels obstacles d'une intégration des personnes en séjour irrégulier présentes en Belgique dans le système de l'assurance maladie-invalidité via une inscription auprès d'une mutualité.





Garantir l'accès à l'information pour toutes les parties prenantes

👁️ RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS | P. 33

Les expériences de terrain ainsi que quelques études (Schockaert et al., 2012; Médecins du Monde, 2012; Leduc et al., 2018) nous indiquent un **manque de connaissance** considérable sur l'existence de l'AMU, sur les conditions d'accès ou sur le taux de couverture de l'AMU parmi les ayants-droit (entre 35 et 50% des personnes ne connaissent pas l'AMU selon les études) mais également parmi les prestataires de soins. En ce sens, il nous semble essentiel de mettre en place une concertation nationale 👁️ [voir recommandation 1 \(P. 14\)](#) et une **campagne d'information** sur l'AMU. Cette campagne serait à destination des **prestataires de soins et ayants-droit** afin de clarifier les conditions et les procédures d'accès, par le biais de brochures papier et d'un site web, comme cela a été fait pour l'utilisation du logiciel MediPrima pour les prestataires de soins.

Pour les personnes ayants-droit à l'AMU il est important d'avoir **accès à l'information dans leur langue parlée**. Par exemple, des brochures papier et en ligne dans différentes langues ainsi que des vidéos expliquant le fonctionnement de l'AMU, complétées avec des témoignages de personnes ayant une expérience avec l'AMU. On pourrait également imaginer un **système d'ambassadeur** qui se déplace au coeur des communautés pour apporter une information sur mesure. Dans cette communication, il est important de mentionner que l'AMU ne risque pas de mettre en danger la situation administrative des personnes en séjour irrégulier et de garantir l'application des règles du **secret professionnel** (partagé). Concrètement, cela signifierait que l'Office des Etrangers ne peut en aucun cas avoir accès aux données récoltées par les CPAS.

Nous constatons régulièrement sur le terrain que des prestataires de soins refusent d'octroyer des soins car ils ne les considèrent **pas comme « urgents » mais « nécessaires »** pour

« J'habite dans un squat, mais on paye 100€ par mois. Quand je suis partie chez l'assistante sociale, on m'avait posé cette question, et je ne savais pas quoi répondre sur mon revenu : des fois, les gens m'appellent pour aller faire le repassage. Déjà devoir répondre cela, ça me faisait peur d'être dénoncé.

Ça énerve. Les assistants sociaux du CPAS connaissent les gens qui sont sans papiers, et ils veulent encore plus connaître ma vie ? Ça me blesse en même temps! »

Témoignage d'une personne ayant-droit à l'AMU (récolté par BAPN le 06.04.2023).

le rétablissement de la santé de l'ayant-droit. Cette confusion est également présente chez les ayants-droit et les professionnel·les du CPAS. Ainsi, il serait opportun de **changer le nom « aide médicale urgente »** afin de prévenir toute confusion quant à la nature de l'AMU.

À l'échelle locale, les CPAS organisent un accueil adapté aux réalités de vie des ayant-droit afin d'améliorer le recours au droit et faire aboutir la prise en charge. Chaque CPAS devrait détenir une expertise sur l'accès à l'AMU via l'identification d'un·e référent·e/SPOC AMU et/ou d'une cellule AMU disponible pour répondre aux demandes (parfois urgentes) de besoins médicaux, ce qui n'est pas le cas actuellement. Nous constatons que des travailleur·euses d'un CPAS à l'autre mais également au sein d'un même **CPAS interprètent le droit et les conditions d'accès à l'AMU de manière très variable**, ce qui mène à des iniquités d'accès et de couverture aux soins de santé entre les ayants-droit à l'AMU. Le « *Document d'information. Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995* » du SPP IS (2022) offre aux professionnel·les des CPAS un guide assez précis et complet permettant de déterminer les conditions d'accès et de couverture de l'AMU. Au vu de la complexité des conditions d'accès et des interprétations variables, d'autres outils semblent nécessaires. La mise en place **de référent·es ou SPOC et/ou d'une équipe** (par ex. une « cellule AMU ») **spécialisée et formée** semble être la meilleure solution.

En effet, les professionnel·les du **CPAS sont les points de contact privilégiés pour améliorer le recours à l'AMU**, au vu de leurs expériences des populations précarisées et des problématiques sociales. Des formations destinées aux professionnel·les des CPAS ainsi qu'aux professionnel·les du social-santé sur le fonctionnement de l'AMU, assorties d'une connaissance des **approches interculturelles** et des réalités de vie des personnes en situation de précarité et en séjour irrégulier, pourraient faciliter l'accueil des ayants-droit. Cela faciliterait également la possibilité pour les CPAS de jouer un rôle de soutien envers les prestataires de soins et les ayants-droit sur leur territoire, notamment en organisant des **séances d'information**, par exemple.

Il est constaté que, dans la plupart des CPAS, l'introduction de la demande AMU se fait uniquement en début de journée. Or, pour les ayant-droit vivant en situation de vulnérabilité, voire en errance, il est particulièrement difficile de se présenter tôt le matin : des nuits sans sommeil, la honte d'être dégradé, le nonaccès à un réveil, etc. rendent ces **horaires**

Des formations destinées aux professionnel·les des CPAS ainsi qu'aux professionnel·les du social-santé sur le fonctionnement de l'AMU, assorties d'une connaissance des approches interculturelles et des réalités de vie des personnes en situation de précarité et en séjour irrégulier, pourraient faciliter l'accueil des ayants-droit.

de permanence au CPAS difficiles à respecter. Par ailleurs, pour différentes raisons psycho-médico-sociales un accompagnement physique par des travailleur·euses des services dits « bas-seuil » est parfois indiqué. Il peut être ardu pour les travailleur·euses de s'y présenter dès la première heure (donner un lieu de RDV précis et connu, retrouver la personne, l'accompagner au CPAS, etc.). Pour ces raisons, il serait opportun d'envisager des plages d'ouverture suffisamment larges permettant l'introduction d'une demande, y compris **l'après-midi**. Au-delà des ouvertures physiques, les acteurs du social-santé demandent également de permettre l'introduction d'**une demande à distance** (formulaire sur le site, envoyer la demande sur une adresse mail centralisant les demandes, équipe maraude des CPAS, permanence d'un·e professionnel·le du CPAS à la demande...). Ceci pour éviter la formation de files d'attente prolongées sur place et de



garantir la communication d'**informations parfois sensibles** dans un cadre de confidentialité, ce qui n'est pas toujours réalisable actuellement dans divers lieux d'accueil des CPAS. Dans certaines situations, il serait également opportun de pouvoir mettre en place des **partenariats entre CPAS et services médico-sociaux** afin de faire aboutir l'accès aux soins sans que l'ayant-droit ne doive se rendre au CPAS.

L'incompréhension, liée à la non-connaissance des procédures, des contextes de vie et de fonctionnement ou encore aux barrières de la langue, entre professionnel·les du CPAS et ayants-droit génère souvent des frustrations et peut même se traduire en actes de violence. Un recours aux **médiateur·ices interculturel·les** (à ne pas confondre avec les rôles des interprètes ou des gardes de sécurité) embauché·es au sein du CPAS peut atténuer ces frustrations en sachant que « *Le·la médiateur·ice interculturel·le a principalement deux fonctions : l'interprétation de messages de différents interlocuteur·ice·s et la liaison entre deux mondes culturels. Il est celui qui rend compréhensibles, de manière bilatérale, les **représentations culturelles, les valeurs et les normes** qui y sont associées. Pour ce faire, il·elle a pour rôle de les révéler, de les expliquer, de les mettre en relation. En fait, la médiation donne un sens à ce qui suscite beaucoup d'incompréhension, de malentendus et même de suspicion.* » (Siep, 2011).

Un **service d'interprétariat social** pour permettre une communication fluide entre le CPAS/ le prestataire de soins et le·la patient·e est essentiel afin d'assurer une prise en charge adéquate et de qualité mais également pour garantir que le·la patient·e puisse être maître·sse de son propre parcours administratif et de soins.

Les accompagnateur·trices (mobiles) du social-santé sont régulièrement confronté·es à ce que certaines informations dans le cadre de l'enquête sociale ne leur soient pas transmises (souvent pour des raisons de secret professionnel/RGPD). En raison des situations parfois complexes des ayants-droit, cela mène à des retards d'accès aux soins. Un **recours systématique à une autorisation de partage de données** (avec l'accord de la personne concernée) entre l'ayant-droit, l'assistant·e social·e du CPAS et l'accompagnateur·ice social·e-santé pourrait atténuer ce problème.

Assurer une accessibilité à l'information sur l'AMU auprès des parties prenantes est le premier pas vers un meilleur recours au droit, permettant ainsi de réduire le temps consacré aux procédures pour les travailleur·euses des CPAS ainsi que du social-santé, tout en bénéficiant également aux ayants-droit. Il est donc nécessaire que les **différents acteurs impliqués dans l'accès aux soins via l'AMU coordonnent leurs actions**, à savoir les CPAS, les fédérations des CPAS, les coordinations sociales-santé régionales et de quartier, le SPP IS, ainsi que les administrations de Santé Publique.



» Nous proposons

- » De préciser de manière exhaustive la **procédure d'AMU** et les **missions de chacun des prestataires** de service. Le rapport du KCE (Roberfroid et. al., 2015) pourrait constituer une base pour la rédaction d'un tel manuel commun afin de faciliter la communication entre les différents prestataires de services (SPP IS, CAAMI, eHealth, CPAS, acteurs du social-santé...);
- » que le **SPP IS mette à disposition des formations et outils**, sous forme papier et numérique, adaptés aux différents destinataires, sur l'accès et la couverture de l'AMU, afin de mieux informer les ayants-droit, les prestataires de soins et les professionnel·les des CPAS. La mise à disposition d'une information complète et correcte nécessite un **engagement des structures impliquées dans l'accès aux soins aux niveaux local, régional et fédéral**;
- » en complément des informations diffusées par le SPP IS, que les **CPAS et les coordinations social-santé locales et régionales** (in-)forment les ayants-droit et les prestataires de soins sur le fonctionnement de l'AMU, l'approche interculturelle et les réalités de vie des personnes concernées par le biais de rencontres physiques, de brochures papier, d'outils informatiques sur leurs sites... ainsi que par la mise à disposition d'outils et formulaires-modèles pour faciliter l'introduction d'une demande et l'obtention d'une prise en charge;
- » d'installer dans chaque CPAS un **point de contact/SPOC détenant une expertise AMU**, facilement identifiable, disponible, réactif et joignable pour les prestataires de soins, les services sociaux et les ayants-droit. Une centralisation de l'expertise et des contacts au sein de chaque CPAS permettrait de répondre de manière uniforme et claire aux situations d'urgence, tout en clarifiant les procédures nécessaires pour l'ouverture du droit à l'AMU en évitant le report ou le retard de soins;

- » de **changer le nom de l'aide médicale urgente** par un nom qui démontre le caractère universel et fondamental de ce droit, tel que « aide médicale universelle », « aide médicale de base », « aide médicale d'état » ou encore « aide médicale temporaire »;
- » d'instaurer une procédure facilitée qui permette **aux professionnel·les du social-santé d'accompagner** les personnes qui introduisent une demande AMU et d'accéder aux informations échangées dans le cadre de l'enquête sociale et des prises en charge de soins. Pour certains publics vulnérabilisés il est également nécessaire d'instaurer des partenariats permettant aux services 'bas-seuil' d'introduire et de faire aboutir une AMU à distance;
- » de rendre possible l'introduction d'une demande AMU en après-midi dans les CPAS, dans l'intérêt d'augmenter le recours au droit, particulièrement pour les personnes sans-abri.
- » de mettre des **interprètes et médiateur·rices** à disposition professionnel·les du CPAS et du social-santé :
 - Le service d'interprétariat en ligne, développé par le SPF Santé publique, devient accessible à tous les professionnels social-santé;
 - La première ligne de soins et d'aide peut faire appel à des médiateur·rices interculturel·les disponibles (intégré·es dans les équipes ou en partenariat), comme c'est déjà le cas dans certains hôpitaux et services bas-seuil;
 - Les CPAS reçoivent les moyens (sur le plan logistique et financier) pour faire appel à des médiateur·rices interculturel·les et des interprètes pour assurer un accueil et accompagnement adaptés aux besoins des personnes ayants-droit.



3

Simplifier et harmoniser l'ouverture du droit

👁️ RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS | P. 34

👁️ POUR PLUS D'INFORMATIONS SUR LE CADRE LÉGAL ACTUEL, VOIR « ANNEXE » | P. 40

« Un patient, connu dans notre centre depuis 2020, dispose d'une copie de pièce d'identité et se trouve actuellement sans logement. Avec le patient, notre service transmet au CPAS un certificat AMU (AAMU) rédigé par le médecin, un certificat de familiarité et la copie de la pièce d'identité. Le CPAS est également contacté à l'avance pour discuter du cas. Le patient reçoit un rendez-vous un mois plus tard et un message stipulant qu'il doit se rendre à l'ambassade pour demander un nouveau passeport. Après l'entretien et le dépassement du délai légal, le CPAS dit que le patient ne peut pas être aidé parce qu'il n'a pas d'adresse ni de document d'identité original. »

Témoignage d'une assistante sociale (récolté par Médecins du Monde en 2022)

MANQUE DE PERSONNEL DANS LES CPAS : En 2022, plusieurs actions et discussions ont été initiées par les professionnel·les des CPAS : ils et elles font face à un manque structurel de personnel tandis que les **demandes d'aide et la charge administrative augmentent**. Effectivement, depuis la crise de la COVID-19 et la crise économique qui a suivi, les CPAS font face à une augmentation des demandes d'aides (aides sociales, médiation de dettes, frais d'énergie, logement...). Cependant, les ressources humaines et financières n'ont pas connu une hausse proportionnelle. Cela met sous pression les professionnel·les de terrain des CPAS, entraînant parfois **des retards** de plusieurs mois dans l'octroi des différents types d'aides aux ayants-droit. Cette situation engendre une pression intenable sur les personnes concernées qui demeurent parfois de longs mois sans aide, bien qu'elles y aient droit. Un **investissement dans les ressources humaines** et une **simplification administrative** sont nécessaires et urgents.

Au vu de la charge administrative pesant sur les CPAS lors de l'ouverture du droit à l'AMU, nous proposons une **simplification de l'enquête sociale**, la **vérification de la compétence territoriale** ainsi que l'instauration d'une **procédure permettant de répondre aux urgences médicales ne pouvant pas attendre 30 jours ou plus**.

»» Nous proposons

- » Que les **ressources humaines** que le CPAS mobilise pour la gestion des dossiers AMU soient **prises en charge par le SPP IS**.

LA TERRITORIALITÉ DU CPAS : Pour chaque nouvelle demande, le CPAS est tenu de **vérifier les conditions liées à la territorialité pour pouvoir se déclarer compétent**. Concrètement, cela signifie qu'il doit enquêter pour vérifier si le demandeur·euse réside effectivement la plupart du temps sur le territoire de la commune. Du fait que les personnes en séjour irrégulier se trouvent dans **l'impossibilité de se domicilier**, la vérification de cette condition constitue une charge de travail complexe pour les CPAS et les ayants-droit, particulièrement pour les personnes sans logement stable ou sans-abri. Le contrôle de la territorialité se complexifie davantage dans la région de **Bruxelles, où les territoires des 19 CPAS sont étroitement connectés**, notamment autour de certains points d'attraction tels que les grandes gares de trains qui traversent plusieurs territoires communaux. Sur le terrain, nous sommes régulièrement confrontés à des personnes qui sont renvoyées d'un CPAS à l'autre.

Vu le nombre élevé d'abandons ou de retards dans l'accès à l'AMU dus aux difficultés de prouver le lieu de vie de l'ayant-droit, il est impératif de renforcer les mécanismes assurant l'accessibilité de l'AMU pour les personnes sans-abri (selon la typologie européenne ETHOS). Ces individus sont déjà confrontés à une grande vulnérabilité et une insécurité de vie. Par ailleurs, **les « preuves » demandées aux hébergeur·euses** qui hébergent des ayants-droit (attestation des revenus, extraits de compte, contrat de bail, copie de titre de séjour, etc.) mettent à mal la solidarité des personnes et renforcent le sentiment d'insécurité vis-à-vis des institutions d'aide aux plus démunies. Dans ce sens, **un refus d'une prise en charge des soins médicaux ne devrait jamais être motivé sur base du principe de territorialité**.

» Nous proposons

- » Que le CPAS auprès duquel **une personne sans-abri** introduit sa demande d'AMU soit *de facto* considéré comme le CPAS compétent sans que celle-ci doive prouver sa présence sur le territoire ;
- » que les fédérations des CPAS régionaux **harmonisent les pratiques en matière de compétence territoriale** et de transfert des dossiers AMU en cas de changement territorial. Cela contribuerait à éviter la multiplication des démarches pour les ayants-droit. Parfois ces personnes sont très mobiles, ce qui complique la situation particulièrement à Bruxelles (avec ses 19 territoires) ;
- » que lorsqu'un ayant-droit à l'AMU déménage sur un autre territoire communal, il ou elle **puisse donner son accord pour que son « dossier » constitué par l'ancien CPAS soit transféré vers le nouveau. Tant que le nouveau CPAS n'a pas notifié son accord de prise en charge de l'AMU, l'ancien resterait compétent** pour l'ayant-droit en question. Ce système permettrait d'éviter la multiplication des démarches à effectuer dans le cadre des enquêtes sociales, de diminuer la charge administrative des parties prenantes et d'assurer une continuité des soins pour l'ayant-droit.

VISITE À DOMICILE : Concernant l'aspect de la visite à domicile qui est effectuée pour vérifier si l'ayant-droit habite sur le territoire du CPAS concerné, le SPP IS spécifie que *« Pour l'intervention dans les frais médicaux, le CPAS évalue de manière indépendante si une visite à domicile est nécessaire et utile dans le contexte individuel. Une visite à domicile n'est donc pas obligatoire pour une intervention dans les frais médicaux »* (SPP IS, 2022, p17). Au-delà de la méfiance qui peut exister auprès des hébergeur·euses concernant une visite à domicile, cette dernière s'avère également problématique dans différentes situations de vie commune, tel que le tabou qui peut exister en cas d'une demande d'IVG ou d'une contraception. Pourtant, dans une multitude de situations, le service inspection du SPP IS semble exiger cette visite. En raison des **nombreuses craintes et inquiétudes exprimées par**



les personnes concernées ou leurs cohabitant-es concernant cette visite, nous ne percevons pas la plus-value qu'une visite à domicile pourrait apporter dans des situations où la demande d'aide est limitée à une AMU.

>> Nous proposons

- ▶ Qu'une **visite à domicile devienne facultative** pour prétendre à une AMU. Ainsi, une visite à domicile pour des raisons motivées devient l'exception à la règle.

MOTIF DE SÉJOUR : Le cadre légal sur l'enquête sociale pour une demande AMU (SPP IS, 2010) prévoit d'étudier, entre autres, le motif de séjour. Cependant, suivant la **jurisprudence**, il ne peut représenter à lui seul une raison pour refuser l'AMU. Le CPAS avait refusé de délivrer l'AMU à une famille en séjour irrégulier, invoquant le « **tourisme médical** ». Le Tribunal d'Anvers (Vreemdelingenrecht en internationaal familierecht, 2020) considère que « *l'appréciation de l'existence d'une aide médicale urgente ne dépend pas du fait que la personne qui sollicite cette aide est venue en Belgique pour bénéficier de soins médicaux (meilleurs que ceux du pays d'origine) ; l'assistance médicale urgente ne peut être refusée parce que l'affection existait déjà avant que le demandeur ne vienne en Belgique ; il importe peu qu'il soit possible de retourner dans le pays d'origine ou dans un autre pays et d'y recevoir un traitement* ».

Nous pouvons nous questionner sur la pertinence de cette condition. Nous n'avons **pas connaissance d'études démontrant une forte présence de personnes en séjour irrégulier venant pour des raisons médicales**. Une **étude** menée par Médecins du Monde en 2014 dans 7 pays européens auprès de personnes immigrées (dont 65% en séjour irrégulier) se présentant à une consultation médicale nous apprend que seulement 3% d'entre elles mentionnent des problèmes de santé parmi les raisons de leur venue. 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 (Chauvin et al., 2015). Ces chiffres sont confirmés par une recherche faite en 2019 en France (Thiebaud, 2023). Compte tenu

des résultats de ces études et en se basant sur la jurisprudence existante, une enquête sur le motif de séjour nous semble redondante.

PREUVE DE SÉJOUR DE 3 MOIS : Nous constatons que le CPAS demande parfois de fournir une **preuve de séjour de 3 mois**, accompagnée d'une annexe 19, pour pouvoir bénéficier d'une AMU. Les personnes en séjour irrégulier ou les citoyen.ne.s européen.ne.s ayant la qualité de demandeur ou demandeuse d'emploi, d'étudiant.e ou économiquement non-actif (famille incluse) peuvent bénéficier d'une AMU sans devoir prouver leur présence sur le territoire. Cependant, sur le terrain, nous constatons que cette preuve est régulièrement demandée par le CPAS pour tout type de catégories d'ayants-droit. En effet, la législation peut prêter à confusion : la Cour Constitutionnelle a rendu l'arrêt 95/2014 du 30 juin 2014 annulant partiellement l'interprétation de l'*article 57 quinquies* de la *loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS*. Il en ressort que les ressortissant.e.s européen.ne.s qui veulent s'installer de manière durable en Belgique ont droit à l'aide médicale urgente sans preuve de séjour de 3 mois. **Seuls les « touristes européen.ne.s » n'ont en principe pas droit à l'aide médicale urgente durant les 3 premiers mois** de leur séjour.

Afin d'éviter des refus injustifiés, il semble peu pertinent de demander une preuve de séjour de 3 mois dans le cadre d'une demande d'AMU. **La réglementation concernant l'assurabilité devrait prévaloir sur cet élément** : une AMU est octroyée dans le cas où la personne demandeuse a épuisé ses droits auprès d'autres assurances maladie.

>> Nous proposons

- ▶ De **supprimer les conditions de vérification « motif de séjour » et « séjour de 3 mois »** dans le cadre de l'enquête sociale du CPAS pour une demande AMU (le principe de non-assurabilité est maintenu).



Une interprétation trop restrictive et stricte sur le revenu des cohabitant-es peut mettre à mal la solidarité entre personnes déjà en situation de vulnérabilité, ce qui à son tour peut fortement impacter l'état de santé des personnes.


LES RESSOURCES (IN-)SUFFISANTES/L'INDIGENCE

: En ce qui concerne les ressources, la législation exige une enquête sur les éléments suivants de la personne demandeuse d'une AMU : « *ressources demandeur, ressources partenaire avec lequel le demandeur cohabite, ressources ascendants/descendants au premier degré avec lesquels le demandeur cohabite* » (SPP IS, 2010). Le SPP IS (2022, p9) considère que quand les moyens de la personne demandeuse de l'AMU sont « *supérieurs ou égaux au montant du revenu d'intégration correspondant à la catégorie à laquelle le bénéficiaire appartient... le ticket modérateur ne peut pas être à charge de l'État, à l'exception du ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation* ». Autrement dit, même dans les situations où l'enquête sociale démontre que la personne détient des moyens suffisants découlant d'un travail irrégulier/non-déclaré, une prise en charge de l'AMU doit être accordée pour tous les soins nécessaires, à l'exclusion du ticket modérateur pour les soins ambulatoires, comme cela est défini par le SPP IS.

Néanmoins, il est également nécessaire de montrer **plus de flexibilité dans le calcul des moyens**, non seulement des ayants-droit (un-e travailleur-euse non-déclaré-e a généralement un revenu insuffisant et/ou très instable) mais également des cohabitant-es. Une interprétation trop restrictive et stricte sur le revenu des cohabitant-es peut mettre à mal la solidarité entre personnes déjà en situation de vulnérabilité, ce qui à son tour peut fortement impacter l'état de santé des personnes (conditions de vie et de logement).

>> Nous proposons


- » Que les ressources provenant d'un travail **non déclaré** de la personne demandeuse de l'AMU **n'entrent plus en compte dans le calcul de l'indigence**, étant donné le caractère instable et insuffisant de telles ressources ;
- » le développement d'une « **carte médicale** » qui **différencie** les ayants-droit indigents avec une prise en charge complète par l'AMU et les ayants-droit qui sont, au vu de leur cohabitation avec un partenaire ou membre de famille du 1^{er} degré ayant des ressources suffisantes, tenus de prendre en charge eux-mêmes le **ticket modérateur des soins ambulatoires**, à l'image de la différenciation faite pour les assuré-es ordinaires avec et sans « intervention majorée » ;
- » d'harmoniser au niveau de tous les CPAS les critères pour définir les ressources suffisantes des cohabitant-es (partenaire, ascendant.es/descendant.es au premier degré) dans le cadre d'une demande AMU **à partir de 150% du revenu d'intégration**.

LES DÉLAIS LÉGAUX : Selon le cadre légal actuel, la décision sur l'aide octroyée ou non doit être prise dans les 30 jours par le CPAS compétent à partir de la date d'introduction de la demande. La remise d'un **accusé de réception une fois la demande déposée** permet de garantir le respect de ce délai. Néanmoins, sur le terrain nous constatons que **de nombreux CPAS n'arrivent pas ou plus à respecter ce délai** pour diverses raisons et/ou **n'octroient pas d'accusé de réception** de manière systématique  **voir recommandation 5 (P.28)**.

Pour éviter les retards d'**accès aux soins pour les Ukrainien·nes** arrivé·es en 2022, les autorités fédérales ont émis une exception sur la règle concernant les délais pour effectuer une enquête sociale : **l'enquête sociale a été allégée**, sans condition excluante imposée par les autorités fédérales, **pour les aides données durant les 3 premiers mois à partir de la date de la demande**. Ceci a permis de prendre en charge de manière préventive les besoins médicaux et d'éviter une détérioration de l'état de santé qui engendrerait des coûts



beaucoup plus élevés. Dans le même temps, cette mesure a permis de faciliter la gestion administrative à charge des CPAS dans le cadre de l'enquête sociale.

En outre, **certains besoins médicaux ne peuvent pas attendre 30 jours** - ou plus dans le cas du non-respect des délais - pour être pris en charge. Dans des situations d'urgence médicale, les services d'urgences hospitaliers doivent octroyer les soins immédiatement avant la demande d'AMU. Cependant, un service d'urgence hospitalier n'est pas toujours adapté pour offrir les soins nécessaires. C'est par exemple le cas pour une demande d'IVG, des médicaments ou encore pour assurer la continuité des soins pour certaines pathologies « chroniques ». De plus, nous constatons qu'octroyer des soins avant une garantie de prise en charge peut créer des problèmes financiers pour le service de soins, suite aux nombreux refus des CPAS. Ces refus sont régulièrement motivés sur base d'arguments incompatibles avec le cadre légal  voir point 4. sur les soins non-remboursés (P.12).

» Nous proposons

- » Qu'une **enquête sociale allégée et accélérée permette d'ouvrir immédiatement le droit à l'AMU pour une durée de 3 mois**, afin de permettre aux professionnel·les des CPAS d'effectuer une enquête sociale de fond sans devoir agir dans l'urgence ; au minimum, une procédure accélérée devrait permettre l'accès aux soins pour les problèmes qui nécessitent un traitement immédiat. Les CPAS devraient pouvoir garantir une prise en charge immédiate et proactive pendant un temps défini (le temps que l'enquête sociale soit menée), avec la garantie de prise en charge des soins par le SPP IS.

LA DURÉE DE VALIDITÉ : Le cadre actuel de l'AMU permet qu'une enquête sociale favorable aboutisse à un « accord de principe » pour une prise en charge de l'AMU jusqu'à 1 an, avec une obligation de vérification si toutes les conditions sont remplies, tous les 3 mois. Cependant, le KCE (Roberfroid et al., 2015) et de nombreux acteurs de terrain constatent qu'il existe de grandes variations dans la durée de validité de la prise en charge suite à une enquête sociale favorable ; entre les CPAS mais également au sein d'un même CPAS (parfois un accord est donné pour une prise en charge d'un jour ou d'une semaine). Des durées de validité (trop) courtes et un manque de clarté sur les procédures de renouvellement occasionnent des retards de soins et vont à l'encontre d'une simplification administrative. Celles-ci mettent également à mal l'organisation des soins pour les personnes avec des pathologies complexes.


» Nous proposons

- » Qu'une décision favorable à une demande d'AMU aboutisse dans tous les cas à **un accord de principe d'un an et l'octroi d'une « carte médicale »** prouvant la prise en charge. La vérification des conditions d'accès tous les 3 mois, à charge des CPAS et exigée par le cadre légal, devrait être limitée au caractère résiduaire des aides des CPAS, à savoir, l'assurabilité auprès d'un autre organisme assureur (par exemple, dans le cas d'une remise en ordre du statut de séjour) ;
- » la **création d'une même carte médicale** pour tous les CPAS (ou au niveau régional, suivant les instructions des fédérations des CPAS régionaux). Ce serait une carte individualisée, mentionnant le nom, le prénom et le numéro national (ou le NISS-BIS délivrée par le CPAS) et le numéro MediPrima. La carte préciserait la prise en charge ou non du ticket modérateur pour les soins ambulatoires. Enfin, nous plaçons pour une carte imprimée sur du matériel durable (par exemple une carte plastifiée) au vu des conditions de vie de certains ayants-droit sans-abris.



4

Simplifier et harmoniser la couverture du droit

 RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS | P. 35

Élargir et faciliter l'utilisation du logiciel MediPrima : Théoriquement, l'AMU couvre tous les soins de santé repris dans la nomenclature de l'INAMI. Il s'agit d'une liste, par code, des prestations faisant l'objet d'un remboursement (total ou partiel) par l'AMI et correspondant aux prestations de soins assurant l'accès à une couverture de santé de base. Pour garantir le droit fondamental aux soins de santé, il est important que les ayants-droit à l'AMU puissent accéder à ces soins de base.

Pour permettre une **simplification de la gestion administrative** de l'AMU, la plateforme informatique « MediPrima » a été créée par le SPP IS. MediPrima permet de regrouper, dans une base de données centrale, les **décisions de prise en charge des soins** médicaux par les CPAS et la facturation par les prestataires de soins à la CAAMI. Ainsi,

- ▶ **LES CPAS ENCODENT LES AYANTS-DROIT** à l'AMU sur la plateforme MediPrima ;
- ▶ **LES PRESTATAIRES DE SOINS FACTURENT LEURS PRESTATIONS** et prennent connaissance de leur remboursement ;
- ▶ **LA CAAMI EFFECTUE LES PAIEMENTS AUX DIFFÉRENTS PRESTATAIRES DE SOINS** en fonction de la tarification de l'INAMI pour le compte du SPP IS.

MediPrima permet aux CPAS de se libérer de la gestion de la facturation des soins couverts par l'AMU, afin de réinvestir du temps dans l'accueil et l'accompagnement des ayants-droit vers l'ouverture de leur droit à l'AMU. La première phase de la mise en place de ce système informatisé a été initiée en 2014 et a permis l'intégration des établissements de soins (cf. les hôpitaux). Depuis 2019, certains médecins généralistes utilisant le logiciel CareConnect peuvent également facturer leurs prestations via MediPrima. Pour les prestataires de soins et les ayants-droit, cela permet non seulement d'éviter des retards de soins mais également de mettre fin aux multiples allers-retours


« Les CPAS mettent parfois plusieurs mois pour rembourser les consultations en médecine générale avec la facturation papier [...] Avec une facturation MediPrima, le délai de remboursement est de 2-3 jours ! C'est très rapide avec MediPrima. La facturation est automatique. Rien à encoder, c'est facile ! Évidemment, ça c'est dans les cas où le CPAS a bien enregistré mon patient dans le système MediPrima. Sinon, je passe des heures pour joindre le CPAS pour régler le problème. »

Témoignage d'un médecin généraliste (récolté par Médecins du Monde en 2022).

entre le CPAS et les structures de soins avec des réquisitoires et/ou attestations de soins papier. Malheureusement, **la plupart des prestataires de soins sont, jusqu'à ce jour, en attente de pouvoir intégrer MediPrima.**

Pour les prestataires de soins déjà intégrés dans MediPrima **quelques problèmes d'utilisation persistent**. L'utilisation de la plateforme varie d'un CPAS à l'autre. Les professionnel·les des CPAS prennent parfois des décisions aléatoires pour enregistrer ou non l'ayant-droit dans le système informatisé.



Il arrive également que le nom de l'ayant-droit soit mal encodé et que l'ayant-droit n'ait pas de document prouvant sa prise en charge. Une carte médicale standardisée permettrait de solutionner ce problème  [voir recommandation 3 \(P.20\)](#). Dans d'autres situations, le CPAS limite l'accès dans MediPrima selon le type de soins (ambulatoire vs. hospitalisation) ou limite l'accès à certains prestataires de soins. Dans toutes ces situations, les prestataires de soins sont dans l'impossibilité d'encoder les soins octroyés et doivent relancer des démarches, parfois très chronophages, auprès du CPAS.

» Nous proposons

- ▶ De rendre MediPrima **rapidement accessible à tous les prestataires de soins**, comme cela a été prévu dans le contrat d'administration 2021-2023 du SPP IS (2021) :
 - par une obligation pour les développeurs des logiciels médicaux et pharmaceutiques d'intégrer MediPrima comme condition pour la labellisation du logiciel ;
 - cette obligation pourrait être accompagnée par une aide financière octroyée aux développeurs des logiciels pour l'intégration de MediPrima ;
- ▶ d'automatiser l'ouverture complète de **MediPrima**, à tous les prestataires de soins et pas uniquement à un nombre de prestataires limités, pour 1 an au moment où l'AMU est accordée à l'ayant-droit ;
- ▶ dans le cas où l'ayant-droit change de CPAS, qu'une procédure harmonisée garantisse la continuité de soins par un **transfert fluide d'un CPAS à l'autre**, sans interruption de MediPrima ;
- ▶ de clarifier les **points de contact pour les prestataires de soins** en fonction des types de problèmes avec la facturation :
 - point de contact dans chaque CPAS pour les problèmes d'encodage des ayants-droit dans le système MediPrima.
 - point de contact au niveau des logiciels pour les bugs techniques liés à la plateforme de facturation ;
- ▶ que les prestataires de soins qui n'ont pas encore accès à MediPrima transmettent à la CAAMI leurs factures/notes d'honoraires en format papier.

RÉALISER LE DROIT À LA SANTÉ PAR DES ACTIONS AU NIVEAU DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ :

Au-delà des soins repris par la nomenclature de l'INAMI, nous constatons qu'il y a de nombreux **autres besoins médicaux** pour rendre effectif le droit à la santé mais qui ne sont **pas couverts par l'AMU**.

C'est notamment le cas pour les extractions dentaires, des prothèses dentaires (pour rétablir la capacité de mastication), des lunettes pour les enfants sur base d'une prescription (à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés), des lunettes pour les adultes en cas d'indice de réfraction d'au moins 1D au meilleur œil prescrites par un ophtalmologue (à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés), du lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible... (Roberfroid et al, 2015).

Dans certaines situations, octroyer des soins non couverts par l'AMU **permet de diminuer les coûts et d'assurer des soins adaptés**. Citons par exemple un jugement de la Cour du Travail de Bruxelles du 11 juin 2009 (Cala, 2009) où le juge a condamné les pouvoirs publics à prendre en charge l'admission d'un ayant-droit à l'AMU dans une maison de repos et de soins (MRS) pour des raisons médicales. En effet, les MRS ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI. Cependant, la décision de prendre en charge les frais pour une admission en MRS pour des raisons médicales est plus appropriée aux besoins de la personne concernée et s'avère moins coûteuse qu'une hospitalisation de longue durée. Il est donc nécessaire de prévoir des mécanismes de prise en charge au-delà des soins repris dans la nomenclature de l'INAMI, permettant d'éviter des soins plus coûteux mais également pour éviter les frais liés aux nombreux recours introduits contre des décisions négatives des CPAS.

Ensuite il y a tout ce qui relève des **déterminants sociaux de la santé** (OMS, 2000). Les études nous fournissent des preuves incontestables du fait que l'exclusion sociale et les conditions de vie notamment ont un impact bien plus élevé sur la santé des personnes que l'accès aux soins médicaux, qui est estimé à seulement 11% (OMS, 2000 ; Golnvo, 2023). Il existe des bonnes pratiques où des pouvoirs locaux et régionaux ont agi, tout en s'inspirant de la promotion à la santé et de la santé préventive pour **améliorer les conditions de vie** : l'accès à un logement (hébergements médicalisés, maisons de soins, hébergements d'urgence, soutien à des occupations précaires...), l'accès à



une **alimentation saine** par la distribution de colis alimentaires ou de chèques repas, l'**accès à des sanitaires** avec la prise en charge des douches et lavage des vêtements, du **matériel pour des nouveaux-elles né·es**, sans oublier l'accès aux **transports en commun** pour les déplacements afin de garantir un accès réel aux services de soins de santé ainsi que les frais d'interprétariat pour les patients qui ne parlent pas une des langues nationales. Il est à noter que la prise en charge des transports en commun et du matériel médical sont des demandes qui reviennent fréquemment de la part des structures représentant les ayants-droit à l'AMU ainsi que les acteurs du social-santé.



Une source d'inspiration notable est l'initiative de la « **Sécu solidaire** » mise en place à Liège par des « **mamans sans-papiers** »

et des personnes solidaires. Cette Sécu solidaire offre à ses membres le remboursement de médicaments et de matériel médical non couverts par l'AMU, ainsi que des aides financières pour des dépenses liées à l'hygiène, l'entretien de base et les frais de transport en commun. Le fonds dédié aux médicaments, d'un montant de 200 € par mois pour 8 mamans et 18 enfants en 2020, est particulièrement important en raison des nombreux problèmes de santé auxquels sont confrontées ces personnes, déjà fragilisées par une extrême précarité. La Sécu solidaire parvient ainsi à combler certaines lacunes de l'aide médicale urgente (AMU).



Une bonne pratique à citer ici est la « **liste des médicaments D** » (antidouleurs, pilule contraceptive...) pour laquelle les 19 CPAS

bruxellois se sont engagés à une prise en charge partielle (retrouvez la liste ici : Médicaments délivrés en ambulatoire | Brulocalis). Ce sont des médicaments qui sont régulièrement prescrits par des médecins et considérés comme nécessaires pour la prise en charge des problèmes de santé.

» Nous proposons

- » Que le **SPP IS mette régulièrement à jour le cadre légal** et la couverture de l'AMU, suivant les changements au niveau de la nomenclature de l'INAMI, de la jurisprudence et des soins médicaux régulièrement prescrits par les médecins ;
- » que les différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional et local) mettent en place un « **fonds de promotion à la santé** » qui permette de financer des aides nécessaires pour le rétablissement ou le maintien de la santé mais qui ne sont actuellement pas couvertes par l'AMU.

5

Respecter le cadre légal

👁️ RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS | P. 36

👁️ POUR PLUS D'INFORMATIONS SUR LE CADRE LÉGAL ACTUEL, VOIR « ANNEXE » | P. 40

L'attestation AMU (AAMU) : Le cadre légal qui définit actuellement l'AMU permet d'activer ce droit avant l'émergence d'un épisode de maladie. Néanmoins, de nombreux CPAS refusent d'acter la demande et de lancer l'enquête sociale sans « attestation AMU » (AAMU) remplie par un médecin. Beaucoup de CPAS ont également leur « propre modèle d'AAMU » et refusent d'acter la demande si l'ayant-droit introduit un autre modèle d'AAMU (par exemple l'AAMU MediPrima proposée sur le site du SPP IS) ou lorsqu'elle est remplie par un médecin qui n'a pas de convention avec le CPAS en question. Pourtant, un simple document reprenant quelques informations (date et durée de validité de l'AMU demandée, type de soins, données d'identité de l'ayant-droit ainsi que les coordonnées et n° INAMI du médecin ayant consulté l'ayant-droit) rédigées par le médecin suffit pour que le SPP IS prenne en charge les soins repris dans la nomenclature de l'INAMI.



Une bonne pratique dans ce sens a été développée en 2022 par la Fédération des CPAS bruxellois, avec les 19 CPAS qui la constituent : une AAMU commune pour les 19 CPAS a été publiée sur le site de Brulocalis afin de la rendre accessible aux ayants-droit et prestataires de soins sur le territoire bruxellois. Malheureusement nous constatons que ce document est encore régulièrement refusé par l'un ou l'autre CPAS bruxellois.

Nous pouvons également nous questionner sur l'utilité de ce document AAMU pour acter une nouvelle demande. Il est nécessaire de garantir la possibilité d'introduire une demande en dehors de tout épisode de maladie. Obtenir un accord de principe avant l'émergence d'un épisode de maladie permettrait d'éviter des retards de soins et de réduire les consultations en service d'urgence.



Une bonne pratique dans ce sens a été développée par le CPAS de Gand, où les personnes en séjour irrégulier peuvent

proactivement obtenir un accord de principe pour une prise en charge de l'AMU, valable pour une année, sans la nécessité de devoir démontrer un besoin médical.



Une autre bonne pratique a été mise en place par le SPP IS durant la période de la COVID-19 où la condition de remise d'une AAMU a été temporairement supprimée pour obtenir une prise en charge pour une prestation de soins dans le cadre d'une AMU.

>> Suivant le cadre légal et les bonnes pratiques existantes nous proposons

- » Que l'attestation AMU (AAMU) ne soit plus nécessaire pour l'octroi d'un accord de principe de l'AMU après une enquête sociale favorable. En cas de besoins médicaux, l'accord de principe devrait être activé durant une année auprès du CPAS concerné.

LE SECRET PROFESSIONNEL ET MÉDICAL : De nombreux·ses professionnel·les non-médicaux·ales des CPAS demandent, voire obtiennent, des rapports et dossiers médicaux afin de déterminer de quel type de prise en charge l'ayant-droit aurait besoin. Ceci constitue une violation du secret médical.

Le SPP IS le confirme dans le « Document d'information ; Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995. Edition mai 2022 » (page 8) : « Dans le cadre de l'enquête sociale, pour des raisons de confidentialité, le CPAS ne peut pas demander d'informations médicales personnelles à des prestataires de soins ou hôpitaux concernant un bénéficiaire. Le bénéficiaire n'est pas non plus tenu de



« Les assistantes sociales du service des étrangers de ce CPAS se divisent en deux catégories : celles qui font bien leur travail et respectent les lois et règlements, et les autres, qui par exemple, font traîner deux à trois semaines un accusé de réception ce qui retarde l'accès aux soins, parfois très urgents! »

Témoignage d'une travailleuse sociale
(récolté par Médecins du Monde en 2022).

communiquer des informations médicales au CPAS. Le CPAS peut toutefois demander une contre-expertise médicale afin d'obtenir un fondement suffisant pour la demande d'aide et l'enquête sociale. »

Certaines pratiques encouragent ces violations du secret médical. Certains CPAS ne proposent pas de carte médicale matérialisée. L'ayant-droit doit se présenter au CPAS avant chaque **consultation nécessitant un réquisitoire** et après chaque consultation avec sa **prescription pour obtenir un bon-pharmacie** qu'il ou elle devrait ensuite présenter à la pharmacie pour obtenir ses médicaments. Il arrive également régulièrement que des **CPAS refusent d'octroyer certains soins**, pourtant prescrits par un médecin et repris dans la nomenclature de l'INAMI. En plus des nombreux allers-retours inutiles et complications administratives, ces pratiques contreviennent au secret médical.

Au moment de la vérification de la **présence d'un garant**¹, dans le cadre de l'**enquête sociale** effectuée par le CPAS, nous constatons également un **manque de respect pour le secret professionnel « partagé »**. Certains CPAS transmettent plus d'informations que celles qui sont proposées par le SPP IS à destination de l'Office des Etrangers.

1 le garant a une obligation de prendre en charge les frais médicaux durant le séjour en Belgique (uniquement pour certaines catégories de demandeur-euse de l'AMU : à savoir, si la personne est présente sur le territoire depuis moins de 2 ans et est originaire d'un pays soumis à l'obligation d'un visa).

Nous avons pu consulter des documents dans lesquels l'Office des Etrangers remercie le CPAS pour les informations supplémentaires transmises, leur permettant « de mettre à jour le dossier » de la personne concernée. Nous tenons ici à rappeler que **plusieurs conditions doivent être cumulées** avant qu'un-e assistant-e social-e puisse **partager ou transmettre des informations personnelles** des personnes accompagnées. Il est par exemple nécessaire que le partage se fasse entre des structures qui « poursuivent les mêmes missions et finalités », ou encore que l'assistant-e social-e « donne la primauté aux intérêts et volontés des personnes [...] pour lesquelles il est amené à intervenir professionnellement » (Code de Déontologie des assistants sociaux de 1985, consulté sur <http://www.comitedevigilance.be/>), ce qui n'est pas le cas dans cette situation ci.

» Suivant le cadre légal en matière de l'AMU et de secret professionnel et médical nous proposons

- » Que les procédures AMU respectent intégralement le **secret professionnel et médical** tout au long de l'accompagnement des ayants-droit. Cela pourrait être réalisé par la mise en place **d'un-e référent-e/SPOC AMU au sein de chaque CPAS, de formations et de l'intégration explicite du cadre du secret professionnel dans le partage des données** dans les pratiques quotidiennes des travailleur-euses des CPAS. Cela inclut spécifiquement l'article 458 du Code pénal relatif au secret professionnel, l'article 10 de la loi du 22 août 2002 sur la protection de la vie privée des patients, ainsi que les différentes dispositions des codes de déontologie régissant les praticien-nes de la santé. **Les règles de l'INAMI en matière de contrôle, a priori ou a posteriori, des prestations de santé** sont d'application, comme c'est le cas pour les assuré-es à l'AMI ;
- » que le SPP IS mette en place une procédure établissant des **balises strictes sur les situations nécessitant un contact avec l'Office des Etrangers pour la vérification du garant**, tout en respectant le cadre du secret professionnel.



LA LIBERTÉ DE CHOISIR SON MÉDECIN : Actuellement, la plupart des CPAS exigent une « convention » ou un « agrément » à conclure avec un prestataire de soins pour pouvoir prendre en charge une personne ayant-droit à l'AMU. Il est effectivement utile de bien informer les prestataires de soins des tarifs et du fonctionnement de la prise en charge. Néanmoins, les pratiques des conventions doivent tenir compte de la liberté de choix d'un prestataire de soins par les ayants-droit.

» Suivant le cadre légal et les pratiques existantes nous proposons

- » Que les CPAS instaurent des **procédures et pratiques suffisamment simples et rapides** pour collaborer avec de « nouveaux » prestataires de soins, aussi bien dans que hors du territoire du CPAS concerné.

PREUVES ET DOCUMENTS DEMANDÉS QUI VONT À L'ENCONTRE DU CADRE LÉGAL : La loi et la réglementation (SPP IS, 2010 ; SPP IS, 2022) ne mentionnent nulle part la nécessité de devoir présenter un **document d'identité** officiel et original. Cependant, des informations d'identité doivent tout de même être demandées lorsqu'un ayant-droit introduit une demande AMU. La loi stipule que « *La présentation de documents d'identité officiels n'est toutefois pas une obligation légale si ces personnes sont en situation de séjour irrégulier. La preuve de l'identité peut être faite par tous les moyens (documents officiels et documents non officiels)* » (SPP IS, 2022, p. 24). Cependant, sur le terrain nous constatons que plusieurs CPAS requièrent des pièces d'identité officielles afin de valider une demande d'AMU et refusent d'accorder celle-ci en l'absence de tels documents.

Nous observons que le CPAS demande parfois de fournir une **preuve de séjour de 3 mois**, avec une annexe 19, pour pouvoir bénéficier d'une AMU. Les personnes en séjour irrégulier ou les citoyen·nes européen·nes ayant la qualité de demandeur ou demandeuse d'emploi, d'étudiant·es ou économiquement non-actif (famille incluse) peuvent bénéficier d'une AMU sans devoir prouver une présence sur le territoire de 3 mois ou plus. Nous avons déjà

parlé de cette preuve de séjour de 3 mois dans la recommandation 3. Ce faisant, nous proposons de supprimer cette exigence et de la remplacer par une vérification de l'assurabilité. Dans l'attente d'une adaptation du cadre légal, nous proposons que les CPAS effectuent la vérification uniquement pour les catégories de personnes pour lesquelles elle est encore requise par le cadre légal.

Nous constatons également que certains CPAS font signer un document de « **refus de l'aide matérielle** » aux familles avec enfants mineurs en séjour irrégulier. Encore une fois, la législation prête à confusion : les CPAS ont l'obligation d'informer les familles avec enfants mineurs en séjour irrégulier de la possibilité de faire appel à l'aide matérielle dans un centre Fedasil (ou des maisons de retour gérées par l'Office des étrangers) au moment où la famille fait une demande d'aide (Terra Laboris, 2016 ; SPP IS, 2006). La signature d'un document stipulant que la personne demandeuse refuse l'aide matérielle ne peut pas être une condition pour accéder à l'AMU, créant ainsi un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins.

» Suivant le cadre légal et les bonnes pratiques existantes nous proposons

- » Que l'enquête sociale dans le cadre d'une demande d'AMU **se limite strictement aux éléments définis par le cadre légal**. Les procédures de **contrôle par le service inspection du SPP IS doivent être renforcées** et agir de manière proactive afin de détecter si un CPAS ajoute des conditions supplémentaires pour accorder ou refuser le droit à l'AMU.



ASSURABILITÉ : Dans le cadre de l'enquête sociale pour vérifier si la personne a bien droit à l'AMU, le CPAS vérifie si la personne peut faire appel à **une autre assurance maladie** en adressant un mail à un éventuel assureur ou à la CAAMI dans le cas où la personne réside en Belgique depuis moins d'un an. Ce mail doit être joint au rapport social : « *L'intéressé doit épuiser ses droits en contactant l'assureur ou le tiers et en insistant pour qu'il intervienne dans les frais médicaux. Cela prendra souvent le temps nécessaire. Il est donc possible dans ces cas d'introduire des frais via le SPP IS (ou de créer une carte médicale) dans l'attente de la réponse de l'assurance et/ou de l'enquête sur l'intervention possible d'un tiers* » (SPP IS, 2022, p 15).

Le CPAS doit vérifier non seulement si la personne peut s'affilier à l'AMI belge ou si elle dispose d'une assurance maladie dans son pays d'origine, mais aussi dans les pays européens par lesquels la personne a voyagé ou séjourné avant de venir en Belgique. Néanmoins, plusieurs témoignages nous révèlent que les personnes concernées **ne comprennent pas pourquoi le CPAS leur demande ce type d'informations**. En effet, ce sont des questions qui sont également posées par les autorités en cas d'une demande de titre de séjour (par exemple pour vérifier si un-e demandeur-euse de protection internationale tombe sous la procédure « Dublin »). En conséquence, les questions posées lors de l'enquête sociale peuvent rendre certaines personnes particulièrement méfiantes, mettant un **frein à la relation de confiance** qui devrait se construire avec le ou la professionnel-le du CPAS allant parfois jusqu'à l'abandon de la demande d'aide.

» Suivant le cadre légal et les bonnes pratiques existantes nous proposons

- » Que les **assistant-es social-es du CPAS soient suffisamment disponibles pour établir une relation respectueuse, dans la confiance et le non-jugement** avec les ayants-droit de l'AMU qui permet d'expliquer pourquoi les personnes demandeuses d'une AMU sont interrogées, notamment sur les données d'identité et le parcours migratoire.

LES DÉLAIS LÉGAUX : Selon le cadre légal actuel, la **décision d'octroyer l'aide ou non doit être prise dans les 30 jours** par le CPAS compétent **à partir de la date d'introduction de la demande**. La remise d'un **accusé de réception** est une preuve que la demande a bien été introduite à une telle date. Cependant, sur le terrain nous constatons que **de nombreux CPAS n'arrivent pas ou plus à respecter ce délai** pour diverses raisons. Il a été également constaté que certains CPAS **n'octroient pas de manière systématique un accusé de réception lors de l'introduction de la demande** d'aide. L'accusé de réception est essentiel pour exiger le respect des délais légaux et de la prise en charge des soins octroyés à partir de la date de l'introduction de l'aide, auprès du CPAS et dans le cas échéant auprès d'un tribunal.

» Suivant le cadre légal et les bonnes pratiques existantes nous proposons

- » D'automatiser la remise d'un **accusé de réception** lors de l'introduction de la demande et d'instaurer un **mécanisme de contrôle** de la bonne remise de l'accusé de réception.





Récapitulatif des recommandations

Mot de clôture : Avec ce mémorandum nous tirons, une nouvelle fois, le signal d'alarme : dans l'intérêt public, afin d'éviter des risques en matière de santé publique et des finances publiques, mais également pour garantir le droit fondamental à la santé, une simplification et harmonisation de la procédure « Aide Médicale Urgente » est nécessaire.

La plupart des 40 recommandations concrètes [voir le tableau ci-dessous](#) dans ce mémorandum ne sont pas nouvelles : elles ont déjà été formulées par une multitude d'institutions publiques et/ou de la société civile. Maintenant, il est grand temps de mettre en œuvre la simplification administrative de l'AMU dans l'objectif de diminuer les coûts et de garantir le droit à la santé pour tou·tes, tel qu'il est inscrit dans la constitution et les lois belges.

»» Les signataires de ce mémorandum sont prêts à s'engager dans un processus de concertation des différentes parties prenantes afin de rendre effectif le droit à la santé pour tou·tes. Nous espérons que le prochain gouvernement sera convaincu de la nécessité de simplifier et d'harmoniser l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables de notre société.



» Tableau récapitulatif des recommandations par niveau de pouvoir

1 > Impliquer les parties prenantes dans un processus de simplification et d'harmonisation

LES AUTORITÉS FÉDÉRALES

- ▶ instaurent un **organe de concertation et de décision** par les autorités fédérales, incluant les différentes parties prenantes, à savoir: les politiques et administrations jouant un rôle dans l'organisation de l'AMU et les structures représentant les CPAS, les représentants des ayants-droit et des services de soins de santé publics et associatifs ;
- ▶ mettent en place un **monitoring** qui permettrait de préparer, suivre et évaluer les différentes mesures à prendre pour améliorer l'accès à l'AMU. Concrètement cela pourrait se faire par:
 - l'inscription des ayants-droit à l'AMU à la CAAMI, suite à une enquête sociale favorable réalisée par le CPAS ;
 - l'attribution par la CAAMI de numéros mutuelle facilement identifiables permettant de collecter les données des ayants-droit à l'AMU au même titre que les ayants-droit à l'AMI ;
- ▶ organisent une étude sur les opportunités, avantages et éventuels obstacles d'une intégration des personnes en séjour irrégulier présentes en Belgique dans le système de l'assurance maladie-invalidité via une inscription auprès d'une mutualité.

2 > Garantir l'accès à l'information pour toutes les parties prenantes

LES AUTORITÉS FÉDÉRALES

- ▶ **précisent de manière exhaustive la procédure d'AMU et les missions de chacun** des prestataires de service. Le rapport du KCE (Roberfroid et. al., 2015) pourrait constituer une base pour la rédaction d'un tel manuel commun afin de faciliter la communication entre les différents prestataires de services (SPP IS, CAAMI, eHealth, CPAS, acteurs du social-santé...);
- ▶ mettent à disposition des **formations et outils**, sous forme papier et numérique, adaptés aux différents destinataires, sur l'accès et la couverture de l'AMU, afin de mieux informer les ayants-droit, les prestataires de soins et les professionnel·les des CPAS. La mise à disposition d'une information complète et correcte nécessite une implication des structures impliquées dans l'accès aux soins aux niveaux local, régional et fédéral ;
- ▶ installent **dans chaque CPAS un point de contact/SPOC détenant une expertise AMU**, facilement identifiable, disponible, réactif et joignable pour les prestataires de soins, les services sociaux et les ayants-droit. Une centralisation de l'expertise et des contacts au sein de chaque CPAS permettrait de répondre de manière uniforme et claire aux situations d'urgence, tout en clarifiant les procédures nécessaires pour l'ouverture du droit à l'AMU et en évitant le report ou le retard de soins ;
- ▶ **changent le nom de l'aide médicale urgente** par un nom qui démontre le caractère universel et fondamental de ce droit, telle que « aide médicale universelle », « aide médicale de base », « aide médicale d'état » ou encore « aide médicale temporaire » ;
- ▶ instaurent **une procédure facilitée qui permet aux professionnel·les du social-santé d'accompagner les personnes** qui introduisent une demande AMU et d'**accéder aux informations échangées** dans le cadre de l'enquête sociale et les prises en charge de soins. Pour certains publics vulnérabilisés il est également nécessaire d'instaurer des partenariats permettant aux services 'bas-seuil' d'introduire et de faire aboutir une AMU à distance ;
- ▶ **mettent à disposition des interprètes et médiateur·rices interculturel·les** pour les professionnel·les du CPAS et du social-santé:
 - Le service d'interprétariat en ligne, développé par le SPF Santé publique, devient accessible à tous les médecins et pharmaciens ;
 - Les acteurs du social-santé peuvent faire appel à des médiateur·rices interculturel·les disponibles (intégrés dans les équipes ou en partenariat), comme c'est déjà le cas dans certains hôpitaux et services bas-seuil ;
 - Les CPAS reçoivent les moyens (sur le plan logistique et financier) pour faire appel à des médiateur·rices interculturel·les et des interprètes pour assurer un accueil et accompagnement adaptés aux besoins des personnes ayant-droit.



- ▶ permettent, en complément des informations diffusées par le SPP IS, que les CPAS et les coordinations social-santé locales et régionales **(in-)forment les ayants-droit et les prestataires de soins** sur le fonctionnement de l'AMU, l'approche interculturelle et les réalités de vie des personnes concernées par le biais de rencontres physiques, de brochures papier, d'outils informatiques sur leurs sites... ainsi que la mise à disposition d'outils et formulaires-modèles pour faciliter l'introduction d'une demande et l'obtention d'une prise en charge ;
- ▶ rendent possible l'**introduction d'une demande AMU en après-midi dans les CPAS**, dans l'intérêt d'augmenter le recours au droit, particulièrement pour les personnes sans-abri.

3 ▶ Simplifier et harmoniser l'ouverture du droit

- ▶ prennent en charge les **ressources humaines** que le CPAS mobilise pour la gestion des dossiers AMU ;
- ▶ assurent que le CPAS auprès duquel une **personne sans-abri** introduit sa demande d'AMU est de facto considéré comme le CPAS compétent **sans que celle-ci doive prouver sa présence** sur le territoire ;
- ▶ permettent qu'un ayant-droit à l'AMU, qui **déménage sur un autre territoire communal**, peut donner son accord pour que son « dossier », **constitué par l'ancien CPAS, soit transféré vers le nouveau CPAS**. Tant que le nouveau CPAS n'a pas notifié son accord de prise en charge de l'AMU, **l'ancien CPAS reste compétent pour l'ayant-droit** en question ;
- ▶ assurent qu'une **visite à domicile devient facultative** pour prétendre à une AMU ; une visite à domicile pour des raisons motivées devient l'exception à la règle ;
- ▶ **suppriment les conditions de vérification « motif de séjour » et « séjour de 3 mois »** dans le cadre de l'enquête sociale du CPAS pour une demande AMU (le principe de non-assurabilité est maintenu) ;
- ▶ ne prennent plus en compte les **ressources provenant d'un travail non déclaré** de la personne demandeuse de l'AMU **dans le calcul de l'indigence**, étant donné le caractère instable et insuffisant des ressources qui en découlent ;
- ▶ **harmonisent au niveau de tous les CPAS les critères pour définir les ressources suffisantes des cohabitant-es** (partenaire, ascendant.e.t/descendant.e.s au premier degré) dans le cadre d'une demande AMU à partir de 150% du revenu d'intégration ;
- ▶ instaurent **une enquête sociale allégée et accélérée qui permet d'ouvrir immédiatement le droit à l'AMU pour une durée de 3 mois** afin de permettre aux professionnel·les des CPAS d'effectuer une enquête sociale de fond sans devoir agir dans l'urgence ; au minimum, une procédure accélérée devrait permettre l'accès aux soins pour les problèmes qui nécessitent un traitement immédiat. Les CPAS devraient pouvoir garantir une prise en charge immédiate et proactive pendant un temps défini (le temps que l'enquête sociale soit menée), avec la garantie de prise en charge des soins par le SPP IS ;
- ▶ assurent qu'une décision favorable à une demande d'AMU aboutisse dans tous les cas à **un accord de principe d'un an et l'octroi d'une « carte médicale »** prouvant la prise en charge. La **vérification des conditions d'accès tous les 3 mois**, à charge des CPAS et exigé par le cadre légal, devrait être **limitée au caractère résiduaire** des aides des CPAS, à savoir, l'**assurabilité** auprès d'un autre organisme assureur (par exemple, dans le cas d'une remise en ordre du statut de séjour) ;
- ▶ créent **une même carte médicale pour tous les CPAS** (ou au niveau régional, suivant les instructions des fédérations des CPAS régionaux). Ce serait une carte individualisée, mentionnant le nom, le prénom et le numéro national (ou le NISS-BIS délivré par le CPAS) et le numéro MediPrima. La carte préciserait la prise en charge ou non du ticket modérateur pour les soins ambulatoires. Enfin, nous plaçons pour une carte imprimée sur du matériel durable (par exemple, une carte plastifiée) au vu des conditions de vie de certains ayants-droit sans-abris.



LES AUTORITÉS RÉGIONALES ET LOCALES

- › travaillent à l'harmonisation des pratiques **en matière de compétence territoriale et de transfert des dossiers AMU**, en cas de changement de territoire, évitant ainsi la multiplication des démarches pour les ayants-droit. Ces personnes sont parfois très mobiles, ce qui complique la situation sur le territoire bruxellois (avec ses 19 territoires) ;
- › permettent qu'un ayant-droit à l'AMU, qui **déménage sur un autre territoire communal**, puisse donner son accord pour que son « dossier » **constitué par l'ancien CPAS soit transféré vers le nouveau**. Tant que le nouveau CPAS n'a pas notifié son accord de prise en charge de l'AMU, **l'ancien reste compétent pour l'ayant-droit** en question. Ce système permettrait d'éviter la multiplication des démarches à effectuer dans le cadre des enquêtes sociales, de diminuer la charge administrative des parties prenantes et d'assurer une continuité des soins pour l'ayant-droit ;
- › créent **une même carte médicale pour tous les CPAS** (ou au niveau régional, suivant les instructions des fédérations des CPAS régionaux). Ce serait une carte individualisée, mentionnant le nom, le prénom et le numéro national (ou le NISS-BIS délivrée par le CPAS) et le numéro MediPrima. La carte préciserait la prise en charge ou non du ticket modérateur pour les soins ambulatoires. Enfin, nous plaignons pour une carte imprimée sur du matériel durable (par exemple une carte plastifiée) au vu des conditions de vie de certains ayants-droit sans-abris.

4 ➤ Simplifier et harmoniser la couverture du droit

LES AUTORITÉS FÉDÉRALES

- › rendent **MediPrima rapidement accessible à tous les prestataires de soins**, comme cela a été prévu dans le contrat d'administration 2021-2023 du SPP IS (2021):
 - par une obligation pour les développeurs des logiciels médicaux et pharmaceutiques d'intégrer MediPrima comme condition pour la labellisation du logiciel ;
 - cette obligation pourrait être accompagnée par une aide financière octroyée aux développeurs des logiciels pour l'intégration de MediPrima ;
- › **automatisent l'ouverture complète de MediPrima**, à tous les prestataires de soins et **pas uniquement à un nombre de prestataires limités, pour 1 an** au moment où l'AMU est accordée à l'ayant-droit ;
- › garantissent, dans le cas où l'ayant-droit change de CPAS, **une procédure harmonisée permettant la continuité de soins par un transfert fluide d'un CPAS à l'autre**, sans interruption de MediPrima ;
- › clarifient **les points de contact pour les prestataires de soins** en fonction des types de problèmes avec la facturation :
 - point de contact dans chaque CPAS pour les problèmes d'encodage des ayants-droit dans le système MediPrima.
 - point de contact au niveau des logiciels pour les bugs techniques liés à la plateforme de facturation ;
- › assurent que les prestataires de soins qui n'ont pas encore accès à MediPrima transmettent à la CAAMI leurs factures/notes d'honoraires en format papier ;
- › **mettent régulièrement à jour le cadre légal et la couverture de l'AMU**, suivant les changements au niveau de la **nomenclature de l'INAMI**, de la **jurisprudence** et des besoins médicaux régulièrement **prescrite par les médecins** ;

LES AUTORITÉS FÉDÉRALES, RÉGIONALES ET LOCALES

- › mettent en place, ensemble avec les différents niveaux de pouvoir, un « **fonds de promotion à la santé** » qui permet de **financer des aides, nécessaires pour le rétablissement ou le maintien de la santé** qui ne sont pas couvertes par l'AMU.

5 ➤ Respecter le cadre légal

LES AUTORITÉS FÉDÉRALES, RÉGIONALES ET LOCALES

- assurent que l'attestation AMU (AAMU) n'est plus nécessaire pour l'octroi d'un accord de principe de l'AMU après une enquête sociale favorable. En cas de besoins médicaux, l'accord de principe peut être activé durant une année auprès du CPAS concerné ;
- garantissent que **les procédures AMU respectent intégralement le secret professionnel et médical** tout au long de l'accompagnement des ayants-droit. Cela pourrait être réalisé par la mise en place d'un·e **réfèrent·e/SPOC AMU** au sein de chaque CPAS, d'une **clarification** par une formation approfondie, et de l'intégration explicite du cadre du secret professionnel dans le partage des données dans les pratiques quotidiennes des travailleur·euses des CPAS, en conformité avec le cadre légal existant à cet égard. Cela inclut spécifiquement l'**article 458 du Code pénal relatif au secret professionnel**, l'article 10 de la loi du 22 août 2002 sur la **protection de la vie privée des patients**, ainsi que les différentes dispositions des **codes de déontologie** régissant les praticien·nes de la santé. **Les règles de l'INAMI** en matière de contrôle, a priori ou a posteriori, des prestations de santé sont d'application, comme c'est le cas pour les assuré·es à l'AMI ;
- (le SPP IS, et à défaut les CPAS) mettent en place une procédure établissant des **balises strictes sur les situations nécessitant un contact avec l'Office des Étrangers pour la vérification du garant**, tout en respectant le **cadre du secret professionnel** ;
- instaurent des procédures et pratiques suffisamment simples et rapides pour **collaborer avec des « nouveaux » prestataires de soins**, aussi bien dans que hors du territoire du CPAS concerné ;
- assurent que l'**enquête sociale**, dans le cadre d'une demande d'AMU, **se limite strictement aux éléments définis par le cadre légal**. Les **procédures de contrôle** par le service inspection du SPP IS doivent être renforcées et agir de manière proactive afin de détecter si un CPAS ajoute des conditions supplémentaires pour accorder ou refuser le droit à l'AMU ;
- assurent que les **assistant·es social·es du CPAS sont suffisamment disponibles pour établir une relation respectueuse, dans la confiance et le non-jugement** avec les ayants-droit de l'AMU qui permet d'expliquer pourquoi les personnes demandeuses d'une AMU sont interrogées, notamment sur les données d'identité et le parcours migratoire ;
- **automatisent la remise d'un accusé de réception** lors de l'introduction de la demande et instaurent un **mécanisme de contrôle** de la bonne remise de l'accusé de réception.



Lexique

- › **AAMU** Attestation Aide Médicale Urgente (à remplir par un médecin)

- › **AMU** Aide Médicale Urgente

- › **AMI** Assurance Maladie-Invalidité

- › **CAAMI** Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité

- › **CPAS** Centre Public d'Action Sociale

- › **INAMI** Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

- › **IVG** Interruption Volontaire de Grossesse

- › **KCE** Centre fédéral d'Expertise des soins de santé

- › **MRS** Maison de repos et de soins

- › **SPP IS** Service Public fédéral de Programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes

- › **SPOC** Single Point Of Contact (Point unique de contact)





Bibliographie

Abeel, N., Rowaert, S., & Vandevordt, R. (2023). Een zichtbare realiteit: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf in West-Vlaamse plattelandsgebieden. Universiteit Gent.

Algemeen Ondersteuningscentrum voor Integratie en Inburgering (Aggi) (s. d.). (2020). OCMW Antwerpen veroordeeld tot toekenning dringende medische hulp aan kind met diabetes. <https://www.agii.be/nieuws/ocmw-antwerpen-veroordeeld-tot-toekenning-dringende-medische-hulp-aan-kind-met-diabetes>

Brulocalis. (2022). *Médicaments délivrés en ambulatoire*. <https://brulocalis.brussels/fr/cpas/liste-de-medicaments-d/medicaments-delivres-en-ambulatoire>

Cala, S. (2009). L'aide médicale urgente accordée à un étranger en séjour illégal inclut l'admission dans une maison de repos et de soins pour raisons exclusivement médicales. *Terra Laboris ASBL*. <https://www.terralaboris.be/spip.php?article722>

Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M., Vuillemoz, C. (2015). 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. *European Network to reduce vulnerabilities in health*. <https://mdmeuroblog.wordpress.com/>

Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux UFAS - 1985, Comité de vigilance (1985). http://www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/code_belge_AS.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). The cost of exclusion from healthcare: A case study on the situation of migrants in an irregular situation. <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-health-care-case-migrants-irregular-situation>

European Migration Network (EMN). (2023). *In België leven 112.000 mensen zonder verblijfsdocumenten, blijkt uit nieuw onderzoek van de Vrije Universiteit Brussel*. <https://emnbelgium.be/nl/nieuws/belgie-leven-112000-mensen-zonder-verblijfsdocumenten-blijkt-uit-nieuw-onderzoek-van-de>

Golnvo. (2023). *Determinants of Health*. https://www.golnvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect

Hoffman, D. (2022). Commentary on Chronic Disease Prevention in the US in 2022. *Annals of Bioethics & Clinical Applications*, 5. <https://medwinpublishers.com/ABCA/commentary-on-chronic-disease-prevention-in-the-us-in-2022.pdf>

INAMI & Médecins du Monde. (2014). *Livre blanc. Accès aux soins : nos recommandations pour un système de santé plus inclusif*. <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/acces-aux-soins-nos-recommandations-pour-un-systeme-de-sante-plus-inclusif>

Kalager, M. et al. (2010). Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *nd Journal of Medicine*, 363(13), 1203-1210. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1000727>

Lafaut, D., Vandenneede, H., Surkyn, J. et al. (2019). Counting the non-existing: causes of death of undocumented migrants in Brussels Capital Region (Belgium), 2005-2010. *Archives of Public Health* 77, 42. <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-019-0369-6#citeas>

Leduc, A., Bagamboula, S., Abel, Modou, Emmeline, Vertongen, Y. L., (2018). Enquête sur la situation des sans-papiers. Recommandations pour les élections communales 2018. *Bureau d'Etudes des Sans Papiers*. <http://ep.cfsasbl.be/Enquete-sur-la-situation-des-sans-papiers-Recommandations-pour-les-elections>

Lorand, S. (2019). *Aide Médicale Urgente et frais hospitaliers, quand la précarité est pénalisée. Analyse des refus de prise en charge des frais d'hospitalisation de patients en séjour illégal soignés au sein du CHU Saint-Pierre*. Certificat d'Université Santé et Précarité, Université Libre de Bruxelles.

Médecins du Monde. (2012). *Bruxelles -CASO, centre d'accueil, de soins et d'orientation*.

<https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/publications/bruxelles-caso-centre-daccueil-de-soins-et-dorientation>

OCDE/Union européenne. (2020). *How resilient have European health systems been to the COVID 19 crisis? Dans : Health at a Glance :Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Éditions OCDE, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_85e4b6a1-en

OCMW-INFO-CPAS. (2007). *La procédure concernant une demande d'aide*. http://www.ocmw-info-cpas.be/fiche_FV_fr/la_procedure_concernant_une_demande_daide



Organisation Mondiale de la Santé. (1948). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/9289011890-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I. et al.(2015). Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier? Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 257B. <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/quels-soins-de-sante-pour-les-personnes-en-sejour-irregulier>

Schockaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., & Nicaise, I. (2012). Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen. HIVA-KU-Leuven. <https://researchportal.vub.be/en/publications/armoede-tussen-de-plooiën-aanvullingen-en-correcties-op-eu-silc-v>

Seronet.(2023).AME : il n'y a pas de tourisme médical ! <https://seronet.info/article/ame-il-ny-pas-de-tourisme-medical-95346?fbclid=IwAR1cMbKBbZvq1OQFCN-vRUA2wT4frYd2f7htgHEfhFVfwhgND0Q-zlDotlls>

SIEP. (2011). Médiateur-riche interculturel-le. <https://metiers.siep.be/metier/mediateur-mediatrice-interculturel-le/>

SPP Intégration Sociale.(2006).Circulaire remplaçant la circulaire du 16 août 2004 concernant l'arrêté royal du 24 juin 2004 visant à fixer les conditions et modalités pour l'octroi d'une aide matérielle à un étranger mineur qui séjourne avec ses parents illégalement dans le Royaume. <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/remplacant-la-circulaire-du-16-aout-2004-concernant-larrete-royal-du-24-juin-2004>

SPP Intégration Sociale. (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.

<https://www.mi-is.be/fr/reglementations/circulaire-sur-lenquete-sociale-exigee-pour-le-remboursement-des-frais-medicaux-dans>

SPP Intégration Sociale. (2013). MediPrima. La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS. <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>

SPP Intégration Sociale. (2021). Contrat d'administration 2021-2023. https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/spp_is_contrat_dadministration_2021-2023.pdf

SPP Intégration Sociale. (2022). Document d'information. Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995. <https://www.mi-is.be/fr/publications/dossier-information-spp-is>

Terra Laboris. (2016).*Obligations des C.P.A.S. en matière d'aide médicale urgente.* <https://www.terralaboris.be/spip.php?article2082>

Thorpe, K. E., Florence, C. S., & Joski, P. (2004). Which medical conditions account for the rise in health care spending?. *Health affairs (Project Hope), Suppl Web Exclusives*, W4-445. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w4.437>

World Health Organization.(2023). *Investing in Health and Well-being: An EU Health Policy Framework.* Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Santé mentale et vieillissement.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>



Annexe

Que dit le cadre légal actuel sur les conditions d'ouverture du droit à l'AMU ?

De manière générale, les conditions d'accès à l'AMU sont les suivantes :

- **SÉJOURNER DE MANIÈRE IRRÉGULIÈRE** en Belgique (ou ne pas avoir de droits sociaux en Belgique comme certaines catégories de ressortissant-es européen-nes et les personnes qui ne sont plus en règle avec l'assurance maladie-invalidité)
- **ÊTRE DANS UN ÉTAT D'INDIGENCE** ou de besoin
- **SÉJOURNER SUR LE TERRITOIRE** d'une commune (compétence territoriale du CPAS)
- **AVOIR BESOIN DE SOINS MÉDICAUX** attestés par un médecin (AAMU)

Ces conditions impliquent initialement la vérification du lieu de résidence de la personne sur le territoire du CPAS concerné (compétence territoriale). Ensuite, un-e assistant-e social-e du CPAS procède à une enquête sociale.

L'enquête sociale comprend les éléments suivants (SPP IS, 2010 : [LOI - WET \(fgov.be\)](#)) :

1 DONNÉES D'IDENTIFICATION ET SITUATION DE SÉJOUR : nom, prénom, NISS, nationalité, état civil, commune/lieu d'inscription obligatoire (code 207), lieu de résidence effective en Belgique, composition de ménage.

2 RESSOURCES ET MOTIF DU SÉJOUR : ressources demandeur/demandeuse, ressources partenaire avec lequel le/la demandeur/demandeuse cohabite, ressources ascendant-es/descendant-es au premier degré avec lesquels le/la demandeur/demandeuse cohabite, motif du séjour.

3 STATUT au moment des soins médicaux.

4 ASSURABILITÉ : La date d'arrivée en Belgique est importante : si le demandeur séjourne en Belgique depuis plus d'un an, il n'est en effet pas nécessaire de vérifier l'assurabilité. En ce qui concerne l'assurabilité, il importe aussi de savoir si le demandeur est originaire d'un pays où le visa est obligatoire, s'il vient d'un pays avec organe de liaison ou s'il doit être couvert par la carte d'assurance européenne. Il y a lieu de faire appel à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, selon le cas. Quand la question de l'existence d'une assurance maladie dans le pays d'origine du demandeur se pose, le CPAS peut prendre contact avec les offices régionaux de la CAAMI.

5 CAUTIONNEMENT : Le rapport social doit préciser si un garant a été trouvé ou non et s'il accepte ou non de payer les frais médicaux. Une personne de contact à l'Office des Etrangers fournit des informations sur les prises en charge acceptées en faveur des étrangers.

6 RAPPORT SOCIAL SUR L'INDIGENCE du demandeur : une description sommaire qui précise notamment les conditions de vie du demandeur.

Le SPP IS met à disposition des CPAS le document « *Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'Arrêté Ministériel du 30/01/1995* » (SPP IS, 2022) afin d'apporter des éclaircissements sur la manière dont les éléments mentionnés ci-dessus doivent être évalués. Ce document est régulièrement mis à jour.



Éditeur responsable : Médecins du Monde Belgique - Contact : sarah.melsens@medecinsdumonde.be

À l'initiative du « Comité d'accompagnement pour la simplification et l'harmonisation de l'Aide Médicale Urgente »

Les personnes suivantes ont contribué à la rédaction de ce mémorandum :

Pour Médecins du Monde : Sarah Melsens (Chargée de plaidoyer), Yasmine Maes (Volontaire), Nidae El Mohammadi (Stagiaire), Fanny Procureur (Référente recherche), Amélie Deprez (Coordinatrice régionale Bruxelles), Noémie Graillet (Coordinatrice médicale TOOLINE1) et les assistantes sociales des projets belges de Médecins du Monde

Pour Diogènes : Bert De Bock (Travailleur social de rue)

Pour MASS-Tremplin : Hans-Joachim Henkes (Assistant social & coordination)

Pour SSM Ulysse : Pauline Monhonval (Psychiatre) & Ondine Dellicour (Assistante Sociale)

Pour BPA (Brussels Platform Armoede) : Christa Matthys (Collaboratrice pauvreté)

Pour Centre Athéna : Débora Antunes Madeira (Coordinatrice)

Pour FAMGB (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles) : Caroline Colinet (Médecin généraliste)

Sans oublier les nombreuses autres personnes qui ont contribué de près ou de loin au contenu de ce document : merci !

Réalisation graphique : www.marmelade.be