

**Le Droit aux soins de Santé  
pour tout individu vivant  
dans la Région de Bruxelles-Capitale,  
une utopie ?**

**ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ POUR  
LES PATIENTS DÉPENDANT DU CPAS**

Livre blanc

**Membres de la Commission CPAS :**

Les Drs

Mustapha Bouhoute – AGEBRU (Association de Généralistes de Bruxelles-Ville)

Lawrence Cuvelier – AGEBRU

Cécile Erumba – AGEMO (Association des Médecins Généralistes de Bruxelles entre Midi et Ouest)

Javier Fernandez – AMGA (Association des Médecins Généralistes d’Anderlecht)

Caroline Fettweis – AMGQN (Association des Médecins Généralistes des Quartiers Nord de Bruxelles)

Claire Finné – AMGES (Association des Médecins Généralistes d’Evere-Schaerbeek)

Claire Geraets – AMGQN

Julie Gosuin – AMGQN

Axel Hoffman – FAMGB (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles)

Michel Kaesemans – AMGES

Charles Lietaer – AMGSE (Association des Médecins Généralistes du Sud Est de Bruxelles)

Véronique Morelle – AGEBRU

Dominique Narcisse – AMGIE (Association des Médecins Généralistes d’Ixelles-Etterbeek)

Walter Renier – BHAK Molenbeek (Brusselse HuisArtsen Kring)

Milhan Roex – BHAK Anderlecht

Geoffroy Schmitz – AGEBRU

**Membres coordinateurs :**

Les Drs

Luc De Voecht – AMGES

Muriel Vandergoten – AMGES

## TABLE DES MATIÈRES

### INTRODUCTION

**Contexte général**  
**Constat des médecins généralistes**  
**Pourquoi un livre blanc ?**

### LES 10 PROPOSITIONS

**Proposition N°1 : *Garantir à toute la population l'accès à la médecine de proximité. Permettre au patient de garder son médecin généraliste de référence.***

**Proposition N°2 : *Favoriser l'usage de la carte santé. Permettre le remboursement des médicaments inclus dans la liste D des 19 CPAS. Harmoniser les documents et les procédures administratives.***

**Proposition N°3 : *Offrir la transparence dans l'accessibilité à l'aide médicale.***

**Proposition N°4 : *Responsabiliser le patient. Favoriser sa participation active dans la gestion de sa santé et celle des soins de santé en général.***

**Proposition N°5 : *Accepter les réseaux de collaboration entre médecins, entre médecins et paramédicaux.***

**Proposition N°6 : *Faciliter la prise en charge des illégaux (cas particuliers)***

**Proposition N°7 : *Faciliter la prise en charge des demandeurs d'asile dépendant du « code 207 » (cas particuliers)***

**Proposition N°8 : *Favoriser la concertation entre le CPAS et les associations de médecins généralistes au niveau local comme régional.***

**Proposition N°9 : *Reconnaître le travail fourni par le médecin traitant et le CPAS. Fournir au médecin généraliste une aide logistique.***

**Proposition N°10 : *Garantir au patient le respect du secret médical.***

### CONCLUSION

## INTRODUCTION

### **Contexte général**

En 2001, l'enquête de santé de l'Institut National de Statistique relevait que 20,4% des ménages<sup>1</sup> bruxellois déclaraient avoir dû postposer des soins de santé pour raisons financières<sup>2</sup>. Ce pourcentage augmentait à 41,7% pour les ménages dont le revenu mensuel était inférieur à 500€.

Les ménages aux revenus les plus faibles consacrent 15% de leur budget à la santé, les ménages aux revenus mensuels supérieurs à 1500 € y consacrent 4%.

Les inégalités sociales face à la santé sont nombreuses : diminution de l'accès à la médecine préventive, augmentation des problèmes liés aux assuétudes, détérioration de l'état de santé physique comme mentale.

Au 1/1/2004, 15,8% de la population bruxelloise active (18-64 ans) vivait d'un revenu minimum ou de remplacement. 4% de la population active dépendait d'un revenu d'intégration sociale<sup>3</sup> ou équivalent<sup>4</sup>.

### **Constat des médecins généralistes**

La population de la Région de Bruxelles-Capitale se paupérise.

Les soins de santé semblent de moins en moins accessibles. Les patients reportent des consultations et certains examens complémentaires nécessaires. Ils font des choix lors de l'achat des médicaments. La médecine préventive devient un luxe. L'éducation à la santé reste difficilement accessible à toute une partie de la population. En effet, comment penser à l'avenir quand les problèmes du quotidien sont omniprésents ?

Les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale dont la vaste mission est définie dans la loi organique du 8 juillet 1976<sup>5</sup>, ont choisi d'aider les personnes défavorisées pour leurs soins de santé de manière très différente. Certains utilisent des cartes de santé, d'autres des réquisitoires ponctuels.

Pour le médecin qui soigne les patients dans plusieurs communes, l'absence d'harmonisation des procédures au sein des 19 CPAS alourdit son quotidien. Des réquisitoires, des attestations de détresse, des attestations d'Aide Médicale Urgente, le tout à remplir le plus souvent en deux exemplaires, à faxer, à envoyer ou à conserver en fonction des modalités de chaque CPAS.

Si ces tâches administratives sont diluées dans le restant des tâches quotidiennes pour un médecin généraliste qui suit un ou deux patients dépendant du CPAS, le temps consacré à ces tâches devient non négligeable pour le médecin dont 10% de la patientèle dépend du CPAS. Ne peut-on réduire ces tâches et apporter un soutien logistique aux médecins de proximité afin que ce temps si précieux soit consacré au patient ?

De plus, le manque de dialogue entre les médecins de première ligne et les administrations de certains CPAS aboutit à un malaise général lié à l'incompréhension des contraintes et impératifs de chacun. N'est-il pas temps de se mettre autour de la table dans l'intérêt des patients les plus défavorisés ?

---

<sup>1</sup> Un ménage est un ensemble de personnes qui vivent dans un même logement, qu'il s'agisse d'une ou plusieurs personnes, même si elles n'ont pas de lien de parenté (les collectivités ne sont pas considérées comme des ménages). Source : INS.

<sup>2</sup> Source : Obs. de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2005), Baromètre social, COCOM, Bruxelles, pp 33.

<sup>3</sup> Le revenu d'intégration sociale (RIS), ancien « minimum de moyens d'existence » (MM ou minimex), est l'allocation minimale octroyée par les CPAS de manière individuelle. Voir la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Au 1/8/2005, le RIS s'élève à 417,07€/mois pour les co-habitants, 625,60 pour un isolé et 834,14 pour une personne habitant avec un ménage à sa charge.

<sup>4</sup> Source : Obs. de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2005), Baromètre social, COCOM, Bruxelles, pp 10.

<sup>5</sup> L'art. 57 de la loi organique du 8 juillet 1976 précise que le Centre Public d'Action Sociale « a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique. »

## **Pourquoi un livre blanc ?**

Le livre blanc est le résultat des discussions d'un groupe de médecins généralistes francophones et néerlandophones, membres de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)<sup>6</sup> et du Brusselse HuisArtsen Kring (BHAK)<sup>7</sup>.

Représentants des associations locales, ces médecins de terrain constatent un malaise général.

Aussi lancent-ils la sonnette d'alarme afin que les patients dépendant des CPAS bruxellois puissent continuer à accéder aux soins de santé de proximité.

Voici les propositions qui découlent de leurs réflexions.

---

<sup>6</sup> voir [www.famgb.be](http://www.famgb.be)

<sup>7</sup> voir [www.bhak.be](http://www.bhak.be)

## **LES 10 PROPOSITIONS**

### ***Proposition N°1 : Garantir à toute la population l'accès à la médecine de proximité. Permettre au patient de garder son médecin généraliste de référence.***

Garantir l'accès à la médecine de proximité, c'est favoriser le suivi médical.

Si l'utilité de ce suivi n'est plus à démontrer pour les pathologies chroniques (ex. hypertension artérielle, bronchite chronique, dépression), son intérêt est peut-être sous-estimé en ce qui concerne la détection précoce de certaines maladies telles que l'asthme, le diabète et certaines pathologies cancéreuses.

Le suivi médical rend accessible la médecine préventive et l'éducation à la santé par un contact individualisé, contact qui complètera les informations transmises au grand public. Pensons à l'importance de la lutte contre l'obésité et contre le tabagisme.

Au fil des contacts avec le patient, le médecin généraliste récolte un certain nombre de données. Il réalise la synthèse de l'état de santé<sup>8</sup> de l'individu. Les résultats de cette synthèse permettent des échanges pertinents entre médecins généralistes et médecins spécialisés. Ils évitent également la répétition d'examen complémentaires superflus. Le dossier médical global<sup>9</sup> est un des outils de synthèse.

Garantir le suivi médical, c'est donc garantir la qualité des soins au moindre coût.

Permettre au patient dépendant du CPAS de garder son médecin généraliste de référence quel que soit le lieu d'activité du médecin, c'est accorder de l'importance à la continuité des soins et à la relation patient-médecin créée au fil du temps.

Cette relation de confiance établie entre le patient et le médecin est indispensable à la réussite d'un projet thérapeutique. Elle évite de manière indirecte les consultations inutiles et le shopping médical.

La plupart du temps, le médecin généraliste traite plusieurs membres de la famille. Il est « le médecin de famille » qui connaît l'histoire de la famille, sa dynamique et le contexte de vie de ses membres. En situation de crises, un soutien familial et cependant extérieur est souvent apprécié.

Pour toutes ces raisons, nous espérons avec l'aide des CPAS, éviter au patient, qui se trouve en situation de fragilité, une rupture sociale supplémentaire.

### ***Proposition N°2 : Favoriser l'usage de la carte santé. Permettre le remboursement des médicaments inclus dans la liste D des 19 CPAS. Harmoniser les documents et les procédures administratives.***

La carte santé<sup>10</sup> couvre les frais médicaux et pharmaceutiques pendant une période déterminée.

Son usage évite au patient malade de se présenter au bureau de son assistant social à maintes reprises. Est-il normal qu'une mère de famille dont le plus jeune enfant est fiévreux soit obligée de s'adresser au bureau du CPAS préalablement à chaque consultation de médecine de proximité? N'y a-t-il pas de risques de complications suite au retard de traitement? Ne favorise-t-on pas le recours systématique au service des urgences pour des situations qui relèvent de la médecine générale? Qu'en est-il du suivi médical? La répétition des demandes d'aides médicales par le patient auprès du CPAS ne renforce-t-elle pas le sentiment d'« assisté » ou de « démuné »?

<sup>8</sup> Définition de la Santé par l'OMS (1946) : « état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ».

<sup>9</sup> A.R. du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général. (M.B. 17/07/1999) L'arrêté royal définit le DMG comme « un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé ». Son but est « d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes ».

<sup>10</sup> La carte santé est une carte délivrée par le CPAS au patient pour une période déterminée. Pendant cette période, le CPAS garantit le paiement des prestations médicales au médecin généraliste traitant et le remboursement des médicaments inclus dans la « liste médicament CPAS » au pharmacien attitré. De la sorte, le patient ne doit pas avancer l'argent lié à ces frais. Par ailleurs, le médecin généraliste a la possibilité de rédiger un réquisitoire si le patient nécessite des examens complémentaires (par ex. radiographie, prise de sang) ou un avis spécialisé.

La carte santé libère les assistants sociaux de la responsabilité de la délivrance des réquisitoires<sup>11</sup> et leur permet de se consacrer davantage à la prise en charge sociale du patient.

Elle garantit le paiement des honoraires médicaux aux prestataires et le remboursement du ticket modérateur des médicaments aux pharmaciens.

Elle favorise le lien patient-médecin et la prise en charge globale. Elle tend de ce fait, à éviter la surconsommation des soins et le « shopping médical ».

Cette carte assure au patient l'accessibilité aux soins et l'accès direct aux médicaments remboursés par l'INAMI. Le patient ne doit pas avancer les frais pharmaceutiques. Un avantage quand vos trois enfants tombent malades le même mois !

Le fait d'accorder le remboursement des médicaments (catégorie D) inclus dans la « liste médicaments CPAS »<sup>12</sup> (élaborée en collaboration avec les CPAS, la Fédération des Pharmaciens de Bruxelles, Iris et la FAMGB) permet la prise en charge précoce des symptômes, ce qui évite dans un grand nombre de cas, une dégradation de l'état du malade et le recours ultérieur à des médicaments ou à des soins plus coûteux. Cette liste comprend également des médicaments utilisés en médecine préventive.

Vu les avantages de la carte santé pour le patient, les prestataires et les assistants sociaux, nous demandons l'usage systématique de cette carte pour la couverture des soins de santé qui dépendent du CPAS.

La durée de la carte santé doit être au minimum de trois mois.

Le médecin généraliste doit pouvoir rédiger les réquisitoires pour les examens complémentaires et les avis aux spécialistes durant cette période.

Lors des renouvellements de celle-ci, il est indispensable d'éviter les discontinuités au niveau de la couverture des soins de santé. Ces discontinuités contraignent le patient à payer ses soins et ses médicaments dans cet intervalle de temps ou de postposer ses soins de santé ce qui va à l'encontre de la politique menée par les CPAS. Nous demandons une solution à ce problème.

En cas de perte de droit, le CPAS se doit d'avertir le médecin traitant et le pharmacien attitré du patient. Ce n'est qu'à partir de cet avertissement, que la couverture des soins de santé prendra fin.

Vu que le médecin généraliste est susceptible de coopérer avec plusieurs CPAS, une harmonisation des documents et des procédures est indispensable.

A titre d'exemple, les réquisitoires qui donnent accès aux avis spécialisés et aux examens complémentaires dans les hôpitaux IRIS devraient être communs aux différents CPAS. Le médecin généraliste n'utiliserait qu'un et un seul document pour ce type de demande, ce qui lui faciliterait le travail.

D'autre part, nous demandons aux CPAS des informations claires, concises concernant les procédures administratives liées à notre pratique. Déterminer une personne de contact dans chaque CPAS qui puisse répondre aux questions administratives posées par les médecins éviterait certainement de nombreux malentendus.

### **Proposition N°3 : *Offrir la transparence dans l'accessibilité à l'aide médicale.***

Quels sont les critères d'octroi de l'aide médicale et pharmaceutique ? Les prestataires de soins de première ligne les ignorent le plus souvent. Dans notre pratique, nous rencontrons certains patients qui n'ont pas accès au CPAS pour des raisons de mobilité (ex. certaines personnes âgées) et qui ont peut-être droit à cette aide. Aussi pourrions-nous en tant que médecin référent, servir d'intermédiaire entre le patient et le CPAS. Dans ce cas, le CPAS devrait nous transmettre une information reprenant les principaux critères d'octroi de la carte santé et les coordonnées des assistants sociaux susceptibles de se déplacer à domicile.

Par ailleurs, existe-t-il des possibilités d'aides ponctuelles ?

---

<sup>11</sup> Les réquisitoires sont des documents délivrés par les CPAS (ou par les médecins généralistes conventionnés avec le CPAS) au patient pour obtenir la gratuité des soins de santé auprès d'un prestataire ou d'un établissement hospitalier. Ces réquisitoires assurent la prise en charge d'une partie ou de la totalité des honoraires médicaux par le CPAS pour les consultations, examens complémentaires ou traitements précisés.

<sup>12</sup> voir [www.cpasbru.irisnet.be](http://www.cpasbru.irisnet.be) - site provisoire des 19 CPAS – liste des médicaments

Pensons aux patients qui, suite à des problèmes médicaux sévères, voient leur budget soins de santé augmenter de manière importante. N'est-il pas envisageable de les soutenir afin qu'ils puissent continuer à accéder aux soins sans risquer de s'endetter ? Le système de «Maximum à facturer» (MAF)<sup>13</sup> répond partiellement à ce problème. Cependant, l'aide financière n'est pas immédiate.

**Proposition N°4 : Responsabiliser le patient. Favoriser sa participation active dans la gestion de sa santé et celle des soins de santé en général.**

Responsabiliser le patient, c'est lui permettre de gérer la situation médico-sociale avec les ressources mises à sa disposition en toute connaissance de cause.

Comment gérer les premiers symptômes de la maladie ? Quand référer ? A qui s'adresser ?

Une information appropriée permet au patient d'autogérer les symptômes précoces en diminuant le sentiment d'« urgence ».

Le médecin généraliste peut servir de référent médical. Il est facilement accessible et tient compte de la situation médico-psycho-sociale du patient et de sa famille.

Sensibiliser les patients à l'intérêt du suivi médical par un médecin référent évitera le recours systématique aux services des urgences et la répétition d'exams complémentaires inutiles.

Conscientiser le patient par rapport aux coûts des médicaments, c'est le reconnaître comme acteur dans la gestion de sa santé.

Responsabiliser le patient, c'est également le valoriser, le reconnaître comme citoyen actif, renforcer l'estime de soi et améliorer (augmenter) son « état de santé ».

A cette fin, l'accessibilité à l'information est essentielle. Qu'elle soit orale ou écrite, elle doit être adaptée, répétée, exprimée de manière différente par les intervenants référents sociaux et/ou médicaux. Connaître ses droits et également ses devoirs tend à diminuer l'agressivité, le sentiment d'impuissance lié à la non-compréhension d'un système qui peut paraître rigide et très contraignant.

**Proposition N°5 : Accepter les réseaux de collaboration entre médecins, entre médecins et paramédicaux.**

Du fait que le médecin généraliste ne peut travailler 24H/24, 7jours/7, 365 jours/an, il travaille en réseau avec d'autres médecins généralistes pour assurer la continuité des soins de ses patients.

Nous demandons aux CPAS de reconnaître les médecins qui remplacent leur confrère même si ceux-ci n'ont pas signé la convention du CPAS. Bien entendu, le médecin remplaçant suivra le règlement en vigueur dans le CPAS en question.

Un réseau de soins en ambulatoire s'est créé au fil des rencontres entre médecins et paramédicaux. Les paramédicaux tel les psychologues qui travaillent dans les services de santé mentale ou les kinésithérapeutes qui travaillent au tarif de la convention INAMI, devraient être reconnus par les CPAS.

Concernant la kinésithérapie, nous rencontrons un sérieux problème pour gérer les soins ambulatoires en cas de bronchiolites chez le petit enfant. Ils nécessitent dans certains cas des séances de

---

<sup>13</sup> Principe général du MAF : Extrait tiré du site [www.inami.be](http://www.inami.be) (rubrique : assurés sociaux) « dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un ménage MAF excèdent un plafond bien déterminé (variable en fonction du type de MAF applicable) durant une année civile, les membres du ménage MAF se voient rembourser leur quote-part personnelle pour les soins de santé dont ils bénéficient durant le reste de cette année civile. » Ce plafond est déterminé en fonction de critères sociaux (« MAF social ») ou en fonction des revenus (« MAF revenus »). Pour plus de détails : Loi du 05/06/02 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé (M.B. du 04/07/02).



kinésithérapies respiratoires en urgence. Que pouvons-nous proposer aux parents du jeune patient un vendredi soir ou un jour de week-end ?

Nous demandons le remboursement de cinq séances de kinésithérapie respiratoire pour les enfants de moins de trois ans en urgence sans accord préalable du CPAS.

Si le patient nécessite un examen complémentaire ou une consultation spécialisée, nous demandons d'avoir la possibilité d'orienter celui-ci vers n'importe quel hôpital du réseau IRIS<sup>14</sup>. Malgré la convention établie entre les hôpitaux du réseau IRIS et les 19 CPAS bruxellois, certains CPAS limitent l'accès aux hôpitaux de proximité. D'un point de vue médical, nous ne comprenons pas cette limitation et déplorons ce choix, chaque hôpital du réseau IRIS possédant effectivement sa spécificité.

### **Proposition N°6 : *Faciliter la prise en charge des illégaux (cas particuliers)***

Quels sont les problèmes rencontrés par le médecin généraliste dans la prise en charge médicale des illégaux ?

Le médecin généraliste est freiné par une prise en charge administrative trop lourde. Une attestation d'aide médicale urgente (« AMU »)<sup>15</sup> doit être fournie à chaque prestation. Le médecin est incapable de connaître le statut exact du patient (illégaux ; demandeur d'asile avant le 3 janvier 2001 ou après cette date ; demandeur d'asile avec recours introduit au Conseil d'Etat ; touristes dont le séjour légal est échu) et donc, l'aide médicale dont il peut bénéficier<sup>16</sup>. La législation est trop complexe et changeante. La situation sociale très précaire des personnes vivant sans papier nécessite la coordination des intervenants. Ceci dépasse le cadre de la prise en charge du médecin généraliste.

Concernant la première demande de soins ambulatoires, le médecin est incapable de gérer la demande en situation aiguë si le CPAS n'a pas été contacté au préalable par le patient. Pas de remboursement des médicaments, ni des examens complémentaires, ni des consultations tant que le CPAS n'a pas été reconnu compétent. Ce dernier doit attester de l'état de nécessité du patient par une enquête sociale dans les 15 jours. Et surtout, la première demande « AMU » doit être introduite par le patient lui-même au CPAS<sup>17</sup>. Certains patients sont arrêtés par la peur de se voir expulser du territoire belge et ne se présentent pas au service social.

A cela, s'ajoute le problème de la barrière de la langue.

Donc, le suivi médical de ces patients est très difficile si les aides sont ponctuelles.

Voici quelques propositions.

Le CPAS reconnu comme compétent assure au patient comme au prestataire le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques par l'usage d'une carte médicale « AMU » pour une période de 3 mois (bon compromis entre les possibilités de soins pour le prestataire et le changement potentiel de statut de la personne en séjour illégal – circulaire fédérale 2005<sup>18</sup>). Ceci est déjà d'application dans certains CPAS bruxellois.

Afin de réduire les documents administratifs, l'Etat Fédéral pourrait reconnaître les réquisitoires procurés par les médecins généralistes aux CPAS et hôpitaux en vue d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés comme un équivalent d'attestations AMU. Ce qui réduirait le nombre de documents à remplir par le médecin généraliste. Les attestations de soins donnés couvertes par la carte santé « AMU »

<sup>14</sup> Hôpitaux IRIS : CHU-Brugmann, CHU Saint-Pierre, HUDERF, Institut J. Bordet, Hôpitaux IRIS Sud.

<sup>15</sup> L'aide médicale urgente est définie par l'A.R. du 12 déc. 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS aux étrangers qui séjournent illégalement dans le royaume. (M.B. du 31/12/1996). Cette aide est strictement médicale. Son caractère urgent doit être attesté par un certificat médical. Elle peut être prestée dans un établissement de soins ou en ambulatoire. Elle couvre « des soins de nature tant préventive que curative ». L'Etat fédéral rembourse les CPAS des frais liés l'aide médicale urgente « à condition que celui-ci fournisse un certificat médical attestant l'urgence des prestations effectuées. »

<sup>16</sup> Pour plus de détails : [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be) - Aperçu des procédures relatives aux soins de santé.

<sup>17</sup> Source : Médecins Sans Frontières. Aide médicale Urgente aux personnes en séjour illégal (A.R. 12/12/96) : brochure explicative à l'usage des médecins généralistes. p. 6-7

<sup>18</sup> Source : SPP Intégration Sociale. Aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays. Circulaire du 14 juillet 2005.

ne devraient pas nécessiter de documents complémentaires attestant de l' « urgence des soins ». Une seule attestation AMU standardisée et établie par un médecin, donnerait l'accès à la carte santé AMU.

Les médicaments inclus dans la liste D des 19 CPAS bruxellois doivent être reconnus comme une aide médicale au même titre que les médicaments remboursés par l'INAMI. A titre d'exemple, les antipyrétiques indispensables pour lutter contre la fièvre chez le jeune enfant ne sont pas remboursés par l'INAMI.

Vu la complexité de la situation sociale des patients illégaux, un accompagnement spécifique social, juridique et psychologique est indispensable. Aussi encourageons-nous les CPAS à créer une cellule « AMU » composée d'assistants sociaux spécialisés. Certains CPAS ont-ils déjà expérimenté ce système ? Augmenter les liens entre les associations de premier recours (MSF, ...) et le CPAS faciliterait à la personne vivant en situation illégale, l'accès aux bureaux du CPAS et de manière indirecte, l'accessibilité aux soins de santé.

### **Proposition N°7 : Faciliter la prise en charge des demandeurs d'asile dépendant du « code 207 » (cas particuliers)**

Peut-on faciliter la prise en charge médicale des personnes dépendantes du code 207<sup>19</sup> ?

En pratique, dispenser des soins à des patients résidant à Bruxelles mais dépendant de CPAS extérieurs ou de centres d'accueil est très difficile.

Le demandeur d'asile doit normalement prendre contact au préalable avec le Centre dont il dépend pour obtenir un réquisitoire<sup>20</sup>. Comme nous l'avons déjà signalé, il est très difficile de prévoir une consultation. Souvent, les patients consultent pour des pathologies aiguës. Si le patient n'a pas de réquisitoire, le médecin généraliste doit vérifier si le Centre mentionné sous le code 207 est toujours compétent. Comment peut-il obtenir cette information ? L'organisme qui donne ces renseignements est-il joignable jusqu'à 20h en semaine ? Que faire le week-end lors d'une visite urgente ? A-t-il le temps matériel de téléphoner à ce type d'organisme chaque fois qu'il voit le patient ? Le médecin est-il certain que le Centre prendra en charge les frais médicaux ? Si le Centre couvre les frais, le médecin généraliste devra envoyer ses honoraires médicaux au Centre. Encore une facture à envoyer !

De plus, après la consultation, le patient doit acheter les médicaments prescrits. Si le patient est dans l'incapacité de payer les médicaments, que fait-il sans réquisitoire ? Aucun pharmacien ne lui délivrera de médicaments sans obtenir une garantie de paiement.

Aussi, demandons-nous une carte de santé couvrant les frais médicaux et pharmaceutiques pour les demandeurs d'asile, valable au minimum trois mois. Le centre compétent signalé par le code 207 prendrait en charge financièrement les soins administrés durant cette période sans discussion.

La création d'une cellule centrale qui prendrait en charge la gestion des factures relatives aux soins serait utile. Les médecins et les pharmaciens enverraient directement leur facture à cette structure trimestriellement. Les factures doivent être payées dans un délai raisonnable c. à d. deux mois après la réception des ces dernières.

Nous demandons aux CPAS d'appuyer la simplification administrative auprès des autorités fédérales pour qu'ils puissent remplir au mieux leur mission et nous permettre de la sorte de soigner les patients illégaux ou dépendant du code 207 dans de bonnes conditions.

---

<sup>19</sup> Qu'est-ce qu'un code 207 ? Si le nombre de demandeurs d'asile résidant dans la commune excède le quota attribué par l'Etat fédéral dans le cadre du plan de répartition des demandeurs d'asile sur le territoire belge, l'agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile détermine un lieu obligatoire d'inscription en vertu de la loi du 15 décembre 1980. Ce lieu d'inscription est mentionné avec le code 207 au registre d'attente. En pratique, la résidence réelle du demandeur d'asile correspond rarement à la résidence administrative mentionnée par le code 207. Ce qui pose problème.

<sup>20</sup> Un demandeur d'asile qui nécessite des « soins non urgents », qui ne vit pas dans un centre d'accueil et qui n'est pas en mesure de prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques, a la possibilité de demander un réquisitoire à l'organisme mentionné sous le code 207 au registre d'attente. Cet organisme est soit un centre d'accueil soit un CPAS.

**Proposition N°8 : Favoriser la concertation entre le CPAS et les associations de médecins généralistes au niveau local comme régional.**

Au niveau régional, la concertation entre les CPAS et les associations de médecins permettrait d'examiner certaines propositions en tenant compte des responsabilités et des droits de chacun.

A titre d'exemple, la lutte contre les abus. La FAMGB et le BHAK ne peuvent cautionner les abus de certains médecins face à un système axé sur la confiance réciproque. Par ailleurs, les associations de médecins généralistes ne peuvent pas accepter les mesures prises unilatéralement qui sanctionnent l'ensemble des médecins lorsqu'un abus est constaté. Une cellule médiatrice composée de médecins généralistes pourrait servir d'intermédiaire entre le CPAS et le médecin concerné.

Au niveau local, les rencontres entre CPAS et médecins généralistes améliorent le travail sur le terrain. Discutons et recherchons ensemble des solutions pratiques afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles, financières comme humaines.

D'une manière générale, la communication entre le CPAS et les associations de médecins généralistes est indispensable afin de résoudre efficacement les problèmes pratiques. Si les points de vue des intervenants sont parfois différents, nous travaillons tous dans l'intérêt du patient et de la société.

**Proposition N°9 : Reconnaître le travail fourni par le médecin traitant et le CPAS. Fournir au médecin généraliste une aide logistique.**

La prise en charge globale du patient dépendant du CPAS demande au médecin du temps (multiples documents administratifs à remplir, recherche des informations concernant les procédures CPAS, contacts téléphoniques avec les assistantes sociales ou l'administration, ...) et une connaissance minimale des ressources sociales disponibles qui s'éloigne de la simple prise en charge médicale.

Le médecin généraliste s'inquiétera du contexte de vie du patient (entourage aidant, logement, aspects économiques, ...) et en tiendra compte pour répondre aux besoins du patient.

De plus, il veillera à l'utilisation la plus judicieuse du budget en soins de santé pour pouvoir continuer à offrir une qualité de soins à l'ensemble de la population sans discrimination.

Vu ces différents points, il nous semble que le paiement des honoraires médicaux au tarif de la convention INAMI dans un délai maximum de 2 mois après la réception de la facture, n'est pas une demande extravagante. En cas de retard de paiement, des intérêts au taux légal seront demandés.

Comme tout travailleur, nous réclavons le droit à un paiement décent dans des délais raisonnables.

Nous demandons également une aide logistique (programme de facturation, aide d'un informaticien, ...) afin de réduire les tâches administratives qui prennent du temps, ce temps que nous préférons consacrer à soigner les patients.

Par ailleurs, il nous semble correct que les CPAS soient subsidiés en fonction du nombre de dossiers à traiter et de la complexité des situations sociales.

**Proposition N°10 : Garantir au patient le respect du secret médical.**

Tout médecin est tenu au secret médical comme le précise l'article 458 du Code pénal.

Article 458 du Code pénal :

«Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Les exceptions légales concernant le partage du secret médical sont spécifiées dans l'article 58 du Code de déontologie médicale.

Article 58 du code de déontologie médicale :  
« Les exceptions légales concernent notamment dans les limites expressément prévues, les cas énumérés ci-dessous. Le médecin apprécie en conscience si le secret professionnel l'oblige néanmoins à ne pas communiquer certains renseignements. (...) »

Cependant, le médecin peut être amené à demander l'aide de l'assistante sociale afin de trouver la solution la plus adéquate au problème médico-social du patient. En accord avec le patient, il jugera de la nécessité à fournir les renseignements médicaux pertinents à l'assistante sociale elle-même tenue au secret envers l'administration du CPAS<sup>21</sup>.

Par rapport à l'administration du CPAS, le médecin lui transmettra les documents utiles de type administratif, financier ou comptable afin qu'elle puisse répondre aux exigences de la loi organique du 8 juillet 1976 sans qu'il soit nécessaire de divulguer le secret médical. Les conseillers du CPAS pourront de ce fait consulter comme le prévoit la loi, le dossier administratif de la personne qui demande l'aide sociale.

---

<sup>21</sup> Source : Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 10/10/1981. Dossier médical – Secret professionnel. Bulletin n°30. p. 27.

## CONCLUSION

Vu les inégalités qui frappent actuellement la Capitale en matière de soins de santé, vu le souhait des médecins généralistes de première ligne de remplir leur rôle pour toute la population dans de bonnes conditions, vu l'excès de travail des assistants sociaux, vu l'augmentation du nombre des dossiers à traiter par les CPAS, vu les contraintes budgétaires en soins de santé, nous demandons aux politiques :

- 1) d'avoir le droit de soigner les patients dépendant des CPAS de la même manière qu'un autre patient,
- 2) que les patients puissent avoir accès à la médecine de proximité et qu'ils soient informés de leurs droits et devoirs par les intervenants,
- 3) que les assistants sociaux aient le droit d'aider efficacement les individus dans le besoin,
- 4) de réduire au maximum les tâches administratives des différents intervenants,
- 5) de permettre aux CPAS de remplir leur mission
- 6) d'améliorer la politique d'aide sociale en soins de santé en tenant compte des ressources humaines et financières.

Nous espérons par la création de ce document, ouvrir le dialogue avec les 19 CPAS bruxellois afin de trouver des solutions concrètes aux problèmes soulevés dans l'intérêt du patient et de la société.