

# “Un simple souci d'équité et de saine gestion”

► **Ensemble!:** Pouvez-vous nous expliquer ce qui a motivé le changement de mode d'attribution de la carte médicale à Ixelles?

**Philippe Brunelli:** Il est vrai que la majorité au sein du Conseil de l'action sociale, que je préside, a décidé de changer les conditions d'octroi, pour des raisons sur lesquelles je reviendrai.

Je pense que les “remous” que cela a provoqués sont surtout une tempête dans un verre d'eau, d'autant que la mesure que nous avons prise n'est absolument pas motivée par des raisons d'économie, contrairement à ce qu'on a prétendu. La preuve en est que l'enveloppe affectée aux soins de santé n'a pas diminué depuis la mise en œuvre du nouveau système, que du contraire: globalement, l'aide en espèces est supérieure à celle distribuée l'an passé à la même période - ces chiffres doivent encore être affinés, mais toujours

**SELON PHILIPPE BRUNELLI, PRÉSIDENT DU CPAS D'IXELLES, LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE CARTES MÉDICALES N'EST EN RIEN DICTÉE PAR DES IMPÉRATIFS BUDGÉTAIRES - LE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ PROGRESSERAIT MÊME -, MAIS PAR “UN SIMPLE SOUCI D'ÉQUITÉ ET DE SAINE GESTION”!**

**Propos recueillis par Denis Desbonnet**  
CSCE

entre l'opposition et la majorité - ce qui est de bonne guerre. Il faut rappeler que Mme Herscovici est l'ancienne présidente du CPAS (je fus même son vice-président à l'époque) et que, consécutivement aux résultats des élections et au changement de majorité, elle a perdu ce poste. Aussi, dans l'actuelle réaction d'Écolo, peut-être y a-t-il un peu de ressentiment, qui leur fait crier haro sur le baudet: c'est humain.

tous les projets que je défends, j'essaie d'avoir, indifféremment de la “couleur” des uns et des autres, l'accord et l'appui de tous les partis représentés - car plus il y a de monde pour les porter, plus il y a de chances qu'ils aboutissent. Et je tiens à souligner que le MR est un partenaire tout à fait ouvert et positif, y compris pour des projets immobiliers importants, ou d'autres à caractère très social. Je vous dirai même que, dans l'exa-

l'ayant été eux-mêmes, tandis que moi, qui ai dû me débrouiller très jeune sans rien demander à personne, en enchaînant les petits boulots... j'estime que les students peuvent en faire autant. Alors, pour revenir à ce changement de procédure pour l'octroi de la carte médicale, conformément à la loi, nous ne faisons que vérifier l'état de besoin du demandeur, sur base de l'enquête de l'assistant social...

**“LA CARTE MÉDICALE DOIT SERVIR À PROCURER UNE AIDE ADÉQUATE AUX GENS QUI EN ONT BESOIN, PAS À UNE DISTRIBUTION TOUS AZIMUTS. SINON, CE SERAIT COMME DONNER UN VÉLO DE COURSE À UN CUL-DE-JATTE”**

est-il que cela démontre bien que l'objectif n'était pas budgétaire. En fait, tout le bruit qui a été fait autour de cette affaire, qui n'en est pas une, doit se comprendre dans le contexte de concurrence

En tout cas, présenter la décision que nous avons prise comme une politique “droitière”, fruit de l'alliance avec les libéraux, est franchement injuste. Je dois dire que, au sein du Conseil, pour

men des demandes d'aide, je peux parfois me montrer moins souple ou “coulant”, notamment vis-à-vis d'étudiants d'unif: sans doute mes collègues libéraux sont-ils plus enclins à une certaine indulgence,

► **Ensemble!:** Si j'ai bien compris, la différence avec l'ancien “régime” est le calcul du “disponible” hors loyer et charges locatives, qui ne peut désormais excéder dix euros?  
**P. B.:** C'est cela. Auparavant, il suffisait d'avoir un revenu une fois et demie inférieur au seuil ouvrant le droit au RIS pour que la carte médicale soit octroyée d'office. L'enquête sociale, des plus restreintes, se bornait à vérifier cela. C'est ainsi qu'on a fonctionné pendant des années.

► **Ensemble!:** Comme vous le dites, ce système a apparemment donné satisfaction

# L'ÉGALITÉ, IL N'YA QU'ÇA DE VRAI !

des années durant. Et, si je ne m'abuse, il a été instauré par un de vos prédécesseurs, qui plus est libéral, lui-même médecin, sur base de son expérience du problème de l'accès aux soins de santé pour les plus démunis, avec l'appui de la majorité de l'époque, dont vous faisiez partie.

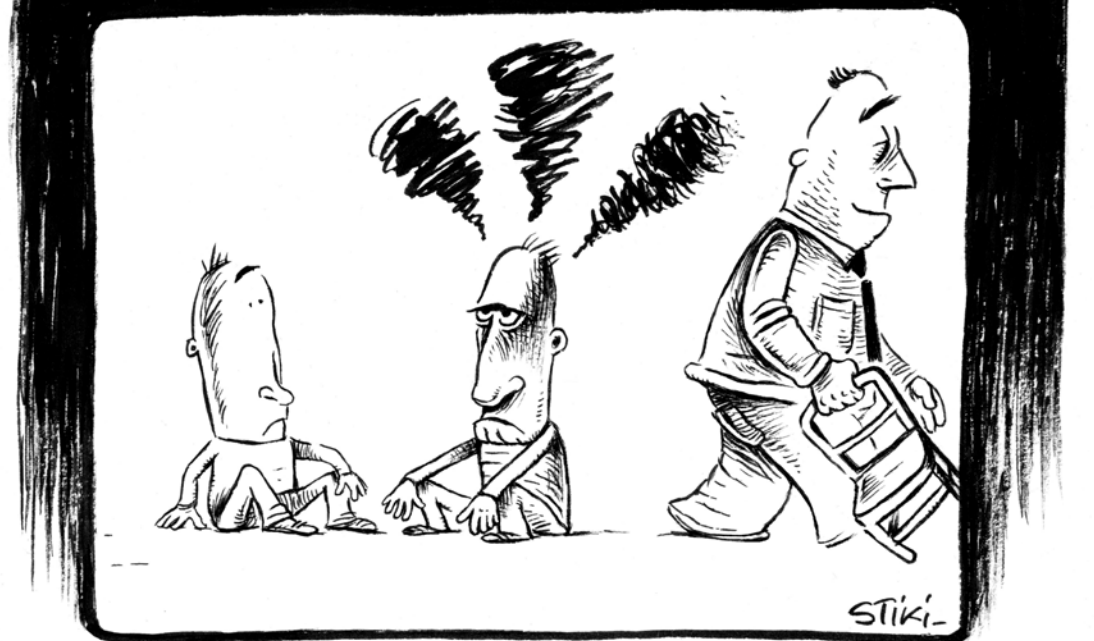
**P. B. :** C'est tout à fait exact. Là aussi, soit dit en passant, je fus son vice-président (cela fait 25 ans que je suis mandataire au CPAS d'Ixelles).

► **Ensemble! :** Dès lors, qu'est-ce qui a justifié ce brusque changement de politique?

**P. B. :** Tout d'abord, je rappelle que depuis cette époque, notamment grâce à l'action de mes "petits camarades" au niveau fédéral, la couverture des frais médicaux a été considérablement élargie, avec le "maximum à facturer", les statuts BIM et OMNIO... toutes avancées qui réduisent au minimum le coût pour les gens aux ressources insuffisantes.

Ensuite, on s'est rendu compte à l'usage que, si l'on s'en tenait au seul critère initialement prévu, on octroierait la carte médicale à des gens qui n'en ont manifestement pas besoin, des gens en parfaite santé, se rendant tout au plus une ou deux fois l'an chez le médecin, et dont les frais médicaux sont de plus largement remboursés par la mutuelle. Donc, il est vrai que pour ces personnes, nous avons arrêté l'octroi systématique. Selon moi, la carte médicale doit servir à procurer une aide adéquate aux gens qui en ont besoin, pas à une distribution tous azimuts. Sinon, ce serait comme donner un vélo de course à un cul-de-jatte: le rôle du CPAS doit être de cibler l'aide par rapport à des besoins clairement identifiés.

Vous savez, sans en faire une généralité, bien sûr, on a eu des cas qui nous ont ouvert les yeux. Une famille très soudée, habitant le même immeuble mais se présentant chacun comme isolé, et dont le disponible dépassait largement cette limite de dix euros, des gens

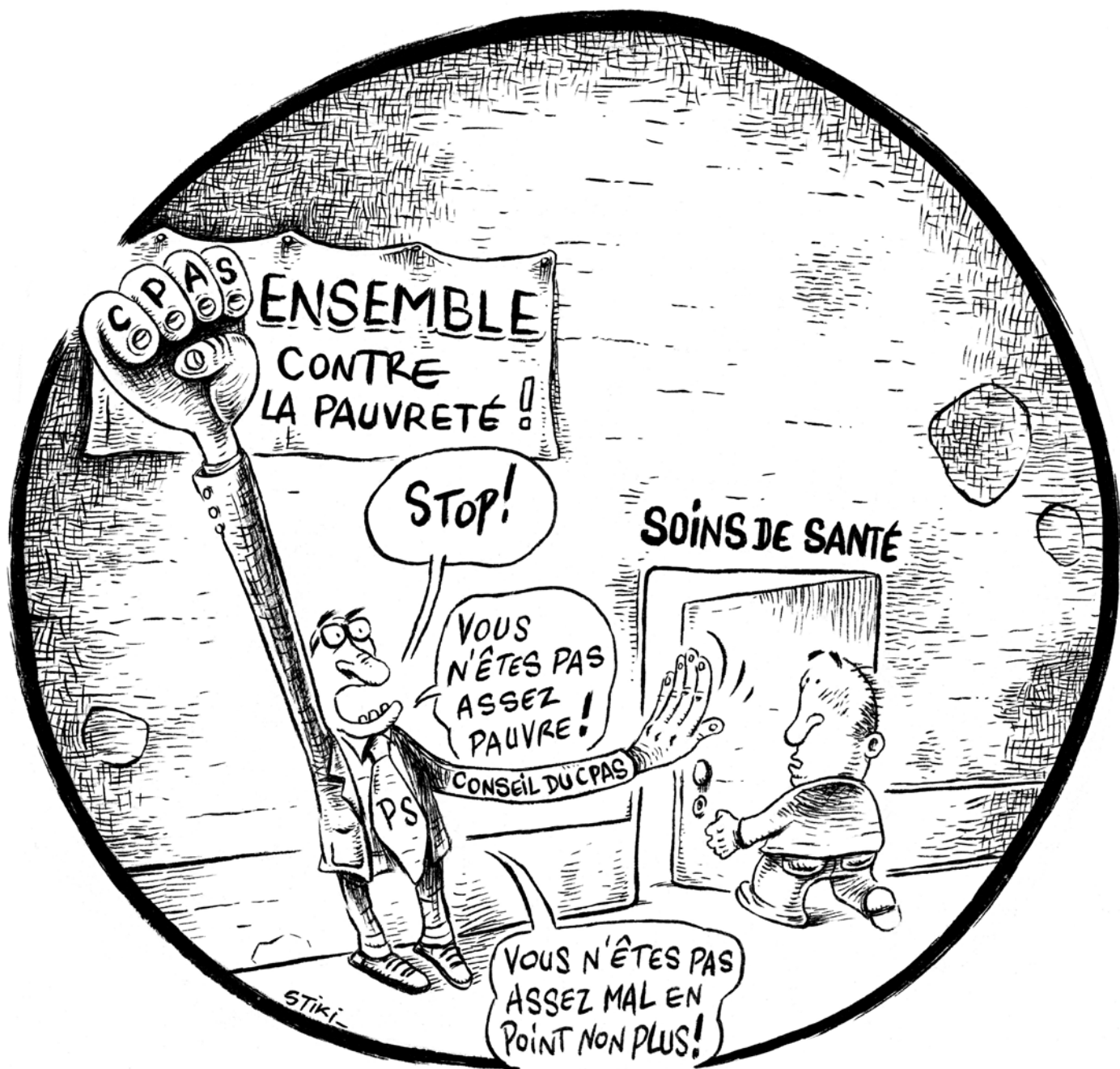


parfaitement capables de payer leurs visites médicales et leurs médicaments. Ou pas mal de bénéficiaires qui étaient "en villégiature" à l'étranger et ne revenaient en Belgique que pour des examens médicaux ou une intervention chirurgicale... Ou encore, un usager qui avait la carte médicale,

mais qui parallèlement se payait (je me demande bien comment) une assurance hospitalisation, et pas n'importe laquelle: à la DKV, excusez du peu...

On a même eu un bénéficiaire du RIS dont on a découvert, au hasard d'une convocation à laquelle il ne s'était pas rendu, qu'il résidait en

fait en Thaïlande, où il était gérant d'un hôtel! C'est, par chance, en voulant le rappeler au téléphone, qu'on a découvert que le numéro qui s'affichait avait un préfixe étranger... et après renseignements (c'est le cas de le dire), à quoi ce numéro correspondait! Alors, ce sont certes des →



→ cas extrêmes, mais enfin, cela prouve qu'on a raison d'être vigilants.

Enfin, il y a également une raison d'équité : certains bénéficiaires, qui jouissent de toute une gamme d'aides et de réductions sociales, abonnements gratuits, etc., parfois d'un logement social... ont au total un revenu disponible supérieur à celui de certains travailleurs - y compris du CPAS -, lesquels n'ont pas droit à ces divers avantages. À ce compte-là, on devrait octroyer la carte à la moitié de la population ixelloise ! Je signale d'ailleurs que nous l'accordons non seulement

aux bénéficiaires du RIS, mais aussi à d'autres catégories de personnes dans le besoin, notamment à beaucoup de retraités.

► **Ensemble!** Cette règle du plafond de 10 € quotidiens pour bénéficier de la carte médicale n'est pas absolue : il arrive que, sur avis en ce sens de l'AS chargé du dossier, votre conseil y déroge, en fonction des situations particulières. Quels sont les éléments pris en compte dans ces cas ?

P. B. : Cela dépend, il peut y avoir beaucoup de circonstances qui jouent. De toute façon, lors de la

révision annuelle du droit à cette carte, l'assistant social est tenu de vérifier en détail la situation concrète de chaque usager. Or, ce dernier peut avoir un solde, loyer et charges déduits, par exemple de 20 € journaliers, et avoir par ailleurs des dettes, ou des pensions alimentaires à payer... bref, diverses raisons sociales, qui justifient néanmoins l'une ou l'autre forme d'aide complémentaire. Mais celle-ci ne doit pas nécessairement prendre la forme d'une carte médicale. En fonction de l'origine du problème, ce peut être l'intervention du service de médiation de dettes, ou de la Cellule énergie :

si on est face à une accumulation de factures de gaz ou d'électricité, cela peut provenir d'un mode de chauffage aberrant... Bref, le rôle de l'AS est de s'enquérir des causes exactes de cette situation et de voir quelle est l'aide la plus appropriée : je le répète, la solution n'est pas d'office la carte médicale. C'est cela, une véritable action sociale, cela, le travail d'un CPAS et de ses assistants sociaux. Sinon, autant mettre une machine distributrice ! Donc, pour résumer, on a voulu mieux coller à la réalité vécue des gens. De même, si la personne a un disponible au-delà du plafond

théorique, mais nous dit "je dois me faire opérer", on peut lui donner un réquisitoire **A**. Cela, on peut toujours l'accorder pour un événement médical ponctuel mettant ses finances à mal - pas nécessairement une maladie, d'ailleurs, ce peut aussi être un accouchement, par exemple. Mais cela demande un examen au cas par cas par l'assistant social, qui "instruit à charge et à décharge", si j'ose dire - car, il ne faut pas se le cacher, nous avons aussi un rôle de contrôle social.

Autrement dit, il faut que ça s'inscrive dans une véritable relation avec l'utilisateur. Tandis que la carte médicale, c'est en quelque sorte un chèque en blanc.

Mon rôle, c'est de permettre à des politiques de prendre des décisions en toute connaissance de cause. Ce qui permet aussi d'attirer leur attention sur certains besoins non rencontrés, sur des problèmes émergents: il y a trois ou quatre ans, il n'y avait pas de Cellule énergie, par exemple.

On va de plus en plus vers ce type d'aides complémentaires, afin de permettre à des gens qui n'ont pas droit au RIS d'avoir un revenu équivalent. On voit des gens qui jusqu'ici s'en sortaient plus ou moins, parvenaient à payer leurs frais médicaux, et qui n'y arrivent plus, dès qu'une facture "extra" leur tombe dessus. Ou alors, dont le propriétaire ne leur réclame les charges que tous les quatre ans, avec un montant qui, du coup, devient impossible pour eux... De plus, pour des gens qui n'ont pas la carte médicale, on prend en charge le paiement de leur mutuelle, pour éviter que, par suite de leur négligence (ou leur "incapacité" de fait), on se retrouve avec des catastrophes le jour où ils doivent se faire rembourser. C'est aussi ça, notre rôle social.

► **Ensemble!:** Justifier le retrait de la carte par le fait que son bénéficiaire a très peu de frais médicaux, ne s'en sert donc quasi pas, n'est-ce pas paradoxal? Car, dans un tel cas, où est la raison de la lui enlever, quel est le "bénéfice"

**pour le CPAS? Et cet usage très limité de la carte n'est-il pas au contraire un gage de sérieux, la preuve qu'il n'y a pas d'"abus" dans le chef de cet allocataire?**

**P. B.:** Je ne parle pas d'abus, ici. Je dis simplement que, la carte médicale, tout le monde peut l'avoir, pour peu qu'on démontre qu'on en a réellement besoin: il ne suffit pas d'être de temps en temps malade. Sinon, on peut l'offrir à tous les habitants de la commune!

► **Ensemble!:** Pouvez-vous nous indiquer, au moins approximativement, le nombre ou du moins la proportion de non-réattributions de cartes après retrait?

**P. B.:** La nouvelle norme est entrée en vigueur en avril, c'est

renouvellement des anciennes... C'est même plutôt le contraire: la délivrance automatique de la carte représentait un solide volume de travail.

Savez-vous que quand nous accordons cette carte, la loi nous oblige d'en informer l'intéressé(e) par courrier recommandé? Vous imaginez ce que cela représente comme paperasserie? Et, a fortiori avec un public précarisé, neuf personnes sur dix ne vont pas le retirer à la poste. Résultat: toutes les semaines, on reçoit une centaine de retours - du coup, on l'envoie aussi par simple courrier, bien sûr. Quelle perte de temps et d'argent! Tant qu'à parler de charge administrative, voilà un combat qui mériterait d'être mené: qu'on ne nous impose plus cette

systématique, soit une bonne chose.

Je ne le répéterai jamais assez: la révision de l'octroi des cartes médicales n'est pas une mesure "contre" les usagers. Ils ne sont pas "fautifs", ni encore moins "punis", ils n'ont rien fait de mal... Il faut démystifier cette vision de "chasse aux sorcières" et en revenir à une présentation plus sereine et plus objective.

C'est d'ailleurs pour "dédramatiser" cette mesure que j'ai demandé à pouvoir passer un petit article dans "Le Fil", le bulletin du Foyer ixellois, la société de logements sociaux, dont beaucoup de locataires dépendent aussi du CPAS, pour leur expliquer qu'on leur demande tout juste, s'ils demandent une dispense de la règle des 10 € par jour hors loyer et

## L'ARGENT QU'ON ALLOUE, C'EST DE L'ARGENT PUBLIC. SI ON LE DISTRIBUE SANS CONTRÔLE, ON VA FINIR PAR SE RETROUVER TOUT NUS."

donc un peu tôt pour une telle évaluation, car elle s'applique au fur et à mesure, lorsque les gens se présentent au moment où leur carte arrive à terme, ou, pour les nouveaux demandeurs, lors de l'examen de leur dossier. Mais, d'ores et déjà, j'ai constaté que le budget consacré aux soins de santé dans le total des aides est plutôt légèrement supérieur à l'an passé, on est donc loin d'une restriction dans ce domaine.

► **Ensemble!:** Mme Herscovici impute à ce changement des normes d'octroi un gros surcroît de travail administratif, et donc un effet pervers, y compris en termes d'économies pour le budget du CPAS?

**P. B.:** Allons! Que l'octroi de la carte soit automatique ou non, la charge purement administrative est strictement la même, puisque nous sommes tenus légalement de notifier toutes nos décisions, lors des nouvelles demandes comme lors du

obligation tout à fait inopérante. Déjà rien que pour ça, diminuer le nombre de cartes accordées automatiquement se justifiait, ça nous libère d'une bonne part de ces formalités inutiles! Et tout ce temps récupéré, on peut le consacrer au vrai travail social, d'accompagnement et de suivi de nos usagers.

Par contre, ce qui est tout à fait exact, c'est que l'examen de leur situation, pour voir si le maintien de leur carte se justifie, représente en effet un surcroît de travail important. Mais ça, ce n'est pas un travail "administratif", c'est un rôle d'enquête et de guidance. Alors, je repose la question: n'est-ce pas la raison d'être même d'un CPAS? C'est l'occasion de refaire le point sur la situation de chacun de ceux que nous aidons, et peut-être de découvrir des besoins et problèmes ignorés, non identifiés... Je m'étonne d'ailleurs que Mme Herscovici ne trouve pas que ce réexamen approfondi, cette enquête

charges, de nous expliquer pourquoi, ce qui justifie cette exception.

Maintenant, évidemment, si on les stimule, en leur disant "les méchants dirigeants du CPAS vous retirent un droit acquis...", il ne faut pas s'étonner qu'ils s'inquiètent. On me dit parfois, parlant d'une personne en particulier "oui, mais elle est malade". Les riches aussi, sont parfois malades! Ce n'est pas une raison pour leur accorder une médecine tous frais payés. Car enfin, l'argent qu'on alloue, c'est de l'argent public, c'est bien la moindre des choses qu'on vérifie à qui on le donne. Si on le distribue sans contrôle, on va finir par se retrouver tout nus. En conclusion, pour moi, être de gauche, c'est aussi défendre le bien public, qui est aussi celui de la collectivité. ■

**A** Il s'agit d'un moyen de paiement octroyé par le CPAS qui permet d'obtenir des soins gratuitement et de garantir leur paiement au dispensateur de soins. Les réquisitoires sont délivrés aux médecins, pharmaciens, services de soins à domicile, dentistes, hôpitaux, etc.