

Accès aux Soins en Belgique: Rapport d'activité 2005

Médecins Sans Frontières

Introduction	5
1. Nos patients	6
1.1. Les personnes sans-papiers	
1.2. Les demandeurs d'asile	
2. Projet Accès aux soins de santé	7
2.1 Objectif et angles d'intervention	
2.2 Organisation et fonctionnement	
2.3 Méthodologie	8
2.4 Résultats	9
2.4.1 Nombre de visiteurs en 2005	
2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques	
2.4.3 Données médicales	12
2.4.4 Soins de santé mentale	14
3. Tendances nationales (sur la base de nos consultations)	16
Généralités	
3.1. Nombre de consultation en légère baisse	
3.2. Augmentation du nombre de sans-papiers	17
Aide médicale urgente pour les sans-papiers	
3.3. Contestation de l'état de besoin du patient	
3.4. Chaque CPAS son système	
3.5. Différences d'interprétation du caractère « urgent » de l'aide médicale urgente	18
3.6. Une lourde charge de travail pour les CPAS	19
3.7. Charge administrative du dossier-patient	
3.8. Le patient craint de plus en plus de mentionner son lieu de résidence légal	20
Code 207 pour les demandeurs d'asile	22
3.9. Code 207	
3.9.1. En pratique	
3.9.2. Problèmes	23
3.10. Soins de santé mentale	25
3.10.1. Réorientation des patients	
3.10.2. Recours à des interprètes	26
4. Particularités locales	27
4.1. Anvers	
4.1.1. CPAS	
4.1.2. Collaboration avec les réseaux locaux	
4.2. Bruxelles	29
4.2.1. CPAS	
4.2.2. Collaboration avec les réseaux locaux	30
4.3. Liège	31
4.3.1. CPAS et médecine de première ligne : recherche conjointe d'une solution	
5. Ithaca	33
5.1. Contexte	
5.2. Clarification de quelques notions	
5.3. Chiffres	34
6. Conclusions	36
7. Annexes	38
- Annexe 1: Données chiffrées détaillées pour Anvers	
- Annexe 2: Données chiffrées détaillées pour Bruxelles	45
- Annexe 3: Données chiffrées pour Liège	52
- Annexe 4: Témoignages de patients	61
- Annexe 5: Circulaire du ministre Dupont	66
- Annexe 6: A.R. sur l'aide médicale urgente	68

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux et celles qui participent à notre projet «Accès aux soins de santé» et tout particulièrement :

Notre partenaire, Pharmaciens Sans Frontières, qui s'est étroitement associé au bon déroulement de nos activités,

Tous les bénévoles, qui assurent, avec énormément d'enthousiasme, l'accueil des patients durant nos consultations.

Notre réseau de spécialistes bénévoles et les divers laboratoires qui nous offrent gracieusement leurs services.

Toutes les associations, avec lesquelles nous travaillons au quotidien afin de dispenser à nos patients des soins de santé du plus haut niveau de qualité possible.

«C'est comme si je n'existais pas pour eux»

Introduction

Vous avez entre les mains le quinzième rapport du projet «Accès aux soins de santé» des Projets belges de Médecins Sans Frontières. Il va de soi qu'écrire une introduction originale après toutes ces années est une tâche de plus en plus difficile.

La Belgique dispose d'un système de sécurité sociale bien développé. Malheureusement, ce système n'est pas efficace pour tout le monde. Dans les faits, les sans-papiers et les demandeurs d'asile sont souvent les «laissés-pour-compte» du système, même s'ils ont théoriquement droit aux soins de santé.

Depuis de nombreuses années maintenant, Médecins Sans Frontières propose des consultations médicales et psychosociales destinées aux personnes exclues du système des soins de santé. Ces consultations pour les exclus des soins de santé sont organisées à Anvers, à Bruxelles et à Liège. En 2005, nous avons donné 8140 consultations, dont 74% pour des personnes sans-papiers.

À notre grand regret, ces consultations continuent de révéler les nombreuses difficultés auxquelles nos patients sont encore confrontés en Belgique. Dans notre pays, des personnes se heurtent inmanquablement au problème d'accès aux soins de santé: la complexité, la diversité et le coût des procédures, le flou juridique, la mauvaise connaissance de ces situations par les acteurs de terrain et le manque d'information des patients.

Pour la quinzième fois donc, nous avons choisi de témoigner pour faire connaître le contexte qui provoque l'exclusion de fait de nos patients, une exclusion qui s'explique par des raisons sur lesquelles ils n'ont pas toujours prise.

Nous vous conseillons de lire avec une attention particulière le chapitre 3, consacré à la description des tendances nationales. Cette partie du rapport explique les difficultés concrètes auxquelles nous devons faire face pour faire valoir et faire respecter les droits de nos patients.

Fort heureusement, nous avons aussi des exemples positifs à vous montrer. Ceux-ci prouvent que l'accès effectif aux soins de santé en Belgique est une question de bonne volonté. Nous appelons donc les autorités à démultiplier les bonnes pratiques afin de nous permettre, dans un avenir proche, de nous concentrer davantage sur d'autres régions du monde.

1. Nos patients

En Belgique, l'accès aux soins de santé dépend étroitement du statut du patient. C'est ce statut qui détermine la procédure administrative régissant l'accès d'un patient aux soins de santé. Les soins médicaux auxquels un patient a droit varient aussi en fonction de ce statut. Nous vous expliquons ci-dessous le cadre légal applicable à nos patients.

1.1. Les personnes sans-papiers

Ci-dessous, le terme «personnes sans-papiers» désigne les patients n'ayant jamais introduit de demande d'asile ainsi que les demandeurs d'asile déboutés. L'AR du 12/12/1996 leur donne droit à l'aide médicale urgente.

En résumé ¹:

- Cette aide est destinée aux personnes dans le besoin qui ne possèdent pas la nationalité belge et qui ne sont pas inscrites au registre de la population
- Cette aide présente un caractère exclusivement médical et est reprise dans la nomenclature de l'INAMI
- Couvre aussi bien les soins ambulatoires qu'en établissement de soins
- Couvre aussi bien les soins préventifs que curatifs
- Le dispensateur de soins doit attester du caractère urgent de l'aide médicale au moyen d'un certificat médical.

Le dispensateur de soins est responsable de la délivrance de ce certificat d'aide médicale urgente. Le CPAS de la résidence légale de la personne sans-papiers doit assurer le suivi administratif et le paiement des soins de santé. Le ministère de l'intégration sociale remboursera à son tour le CPAS.

La circulaire d'octobre 2003 de la ministre Marie Arena précise encore que «Dès que l'intéressé n'est plus un candidat-réfugié ou bénéficiaire d'une protection temporaire, l'article 2 §5 ne s'applique plus». Le centre compétent ne sera donc plus tenu d'octroyer l'aide médicale ou l'aide médicale urgente.

1.2. Les demandeurs d'asile

Lorsqu'un patient introduit une demande d'asile, il tombe sous le coup de l'article 54 de la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, modifiée par la loi du 18/03/2003. L'article stipule :

«L'inscription en un lieu déterminé dure jusqu'à ce qu'une décision définitive concernant la demande de reconnaissance de la qualité de réfugié soit prise ou jusqu'à ce que l'ordre de quitter le territoire soit exécuté.»

Conformément à cette base juridique, le centre d'accueil des demandeurs d'asile ou le CPAS attribué à la personne inscrite dans le registre d'attente aura compétence pour le traitement médical et les frais qui y sont liés.

Dans les faits, les demandeurs d'asile qui viennent à nos consultations résident généralement en-dehors des centres d'accueil. Lorsqu'il introduit une demande d'asile, le demandeur se voit attribuer un centre d'accueil ou un CPAS. Le demandeur d'asile n'est pas obligé de s'y établir et peut donc choisir d'aller vivre ailleurs (dans la famille, chez des amis) Ce sont les «no-show».

¹ Le texte intégral de l'AR figure en annexe

2. Projet «Accès aux soins de santé»

2.1 Objectif et angles d'intervention

Nous voulons garantir un **accès durable aux soins de santé de première ligne** (médecine générale) dans trois villes belges : Bruxelles, Anvers et Liège.

Deux angles d'intervention doivent nous aider à réaliser cet objectif :

1. Prendre toutes les mesures et initiatives nécessaires pour améliorer l'état de santé du patient. Concrètement :

- dispenser les soins médicaux nécessaires (consultations, examens complémentaires, hospitalisation, suivi psychologique..)
- faire respecter les droits administratifs du patient et accomplir toutes les démarches nécessaires pour lui assurer un accès effectif aux soins de santé. Nous assurons ainsi l'intégration du patient au sein des structures médico-sociales existantes.

2. Rappeler aux autorités compétentes leurs responsabilités en la matière :

- Collecte d'informations concrètes sur les lacunes administratives dans le domaine de l'accès aux soins de santé,
- Analyse des données collectées relatives aux groupes cibles et de la problématique connexe de l'exclusion,
- Témoignage sur la situation et interpellation des acteurs concernés (milieux politiques, juridiques, médico-sociaux...)

Nous tenons également à garantir à nos patients l'**accès aux soins de santé dans leur pays d'origine**. Lorsque cet accès n'est pas garanti, nous plaidons contre l'exclusion des personnes atteintes d'une maladie grave. Notre **projet Ithaca** se propose d'informer les étrangers souffrant d'une maladie grave sur cet accès, à partir de nos projets à l'étranger.

2.2 Organisation et fonctionnement

À Bruxelles et à Anvers comme à Liège, nos consultations médico-sociales s'adressent aux exclus des soins de santé. Cette exclusion s'explique par des raisons administratives, financières, psychologiques ou culturelles.

La consultation de première ligne ainsi que les médicaments (disponibles) sont gratuits, pour autant que le patient n'ait pas accès aux structures de soins de santé officielles. L'approvisionnement et la gestion des stocks de médicaments ont été confiés à Pharmaccess (Pharmaciens Sans Frontières)

Tous les acteurs clés du secteur de la santé publique sont conscients de l'importance de cette médecine de première ligne : le médecin généraliste a une mission de prévention et de coordination et redirige si nécessaire le patient vers la médecine de deuxième ligne.

Cette organisation améliore la transparence du système des soins de santé et en diminue le coût (par exemple en réduisant la surconsommation médicale)

L'organisation des consultations diffère légèrement en fonction du site du projet :

Bruxelles:

Nos bureaux de la rue d'Artois accueillent cinq fois par semaine une permanence médico-sociale. En octobre, nous avons réorganisé le système de consultation. Depuis, les consultations sont libres deux fois par semaine et se font sur rendez-vous les trois autres jours de la semaine. Des collaborateurs bénévoles assurent l'accueil des patients. Les consultations sont données par deux assistants sociaux et deux généralistes. Un psychologue à temps plein prend en charge le volet psychologique. Enfin, l'équipe bénéficie aussi du soutien d'un coordinateur de projet et d'un travailleur administratif.

Liège :

Rue Volière, nous avons fonctionné avec trois permanences de consultation par semaine. Les consultations étaient assurées par un généraliste à temps partiel, un généraliste bénévole et un assistant social. En juin 2005, nous avons mis fin aux consultations médicales, car nous avons été remplacés dans notre mission par «Relais Santé». En août dernier, nous avons également arrêté les consultations sociales. La coordinatrice de projet et l'accueillante ont continué à travailler jusqu'à la fin 2005 pour soutenir les activités de «Relais Santé» et en garantir le suivi financier (voir plus loin) Les chiffres de ce projet ne concernent donc que la période de janvier à juin 2005.

Anvers :

À Anvers, nous organisons 4 permanences par semaine, à la Jacob Van Maerlantstraat. Deux assistants sociaux assurent les consultations en collaboration avec deux généralistes, dont un travaille à plein temps et l'autre à temps partiel. Un comptable, qui travaille à mi-temps, assure le suivi du remboursement des consultations médicales.

2.3 Méthodologie

Nous avons analysé les activités des centres de consultation (Bruxelles, Anvers et Liège) et le profil des visiteurs sur la base des dossiers médico-sociaux établis pour chacun d'eux. Nous avons informatisé ces dossiers médico-sociaux à l'aide des fiches sociales et du feuillet de consultation.

Cette étude porte sur tous les patients (anciens et nouveaux) qui se sont présentés dans un de nos centres durant l'année 2005 pour une consultation sociale, médicale ou psychologique.

Les renseignements notés sur la fiche au cours de l'entretien social ne reprennent que les informations fournies par la personne elle-même. Ces informations n'étant pas toujours vérifiables, il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats.

Les fiches ont été analysées sur Epi-info version 6.

Nous sommes conscients que les chiffres et leur analyse ne reflètent que la situation du groupe qui s'est rendu à nos consultations. Ils ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des exclus des soins de santé et de la problématique de l'«accès aux soins de santé» D'autres associations et travailleurs de terrain sont en effet confrontés à d'autres aspects de cette problématique.

2.4 Résultats

2.4.1 Nombre de visiteurs en 2005

En 2005, nous avons observé une diminution du nombre de patients dans nos consultations : de 9929 à 8140 unités. Toutefois, cette baisse est essentiellement due à la fermeture de notre projet de Liège. Lorsque nous examinons les chiffres pour Bruxelles et Anvers, nous constatons que le nombre de patients et de consultations est resté plus ou moins identique à celui des années précédentes.

Tableau 1: Nombre de visiteurs en 2005

Nombre de visiteurs	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL
Nombre de visiteurs	2394	1343	229	3966
Nombre de nouveaux patients	1860	933	121	2914
Nombre de consultations	4337	3432	371	8140

Tableau 2: Nombre de visiteurs depuis 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Antenne mobile à Bruxelles	237	397	520	760	860	947	1073
Rue d'Artois	-	-	-	-	806	1116	1620
Anvers	-	177	380	360	1153	1540	1627
Liège	-	-	-	721	887	1156	1154
TOTAL	237	574	900	1841	3706	4759	5474

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Antenne mobile à Bruxelles	-	-	-	-	-	-	-
Rue d'Artois – Bruxelles	3750	5296	3947	4156	4884	4683	4337
Anvers	1407	2626*	825	2176	2967	3526	3432
Liège	1534	1666	1583	1955	2096	1717	371
TOTAL	6691	9588	6355	8287	9947	9926	8140

* Patients réorientés vers « Help Center » à Anvers – en 2000, 561 personnes ont été aidées par MSF, et 2065 autres ont été redirigées vers une autre structure.

2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques

- Nationalité

Les nationalités se distribuent de manière comparable à Bruxelles, Anvers et Liège. Les consultations liégeoises ont accueilli un plus petit nombre de visiteurs d'origine latino-américaine. Soulignons aussi les 3,2% de visiteurs belges pour les trois sites.

Tableau 3: Nationalité des visiteurs

Nationalité	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL	%
Belge	50	38	39	127	3,2
UE	125	97	10	232	6
Afrique	665	372	63	1100	28
Maghreb	557	191	61	809	20,5
Europe hors UE	447	214	35	696	17,5
Asie	172	265	16	453	11,5
Amérique latine	359	146	0	505	12,7
Amérique du Nord	8	2	4	14	0,3
Inconnue/autre	4	18	1	23	0,5
TOTAL	2394	1343	229	3966	

- Age et sexe

Tableau 4: Âge et sexe des visiteurs

Âge	Sexe masculin	Sexe féminin	TOTAL
< 1 an	0,1%	0,1%	0,2%
1 à 4 ans	1,7%	1,8%	3,5%
5 à 14 ans	2,9%	2,6%	5,5%
15 à 19 ans	1,6%	2,4%	4%
20 à 29 ans	14,6%	13,4%	28%
30 à 39 ans	19,2%	11,6%	30,8%
40 à 49 ans	9,1%	6,7%	15,8%
50 à 59 ans	3,6%	3,4%	7%
> 60 ans	1,4%	1,7%	3,1%
TOTAL	2194	1772	3966

La répartition par tranche d'âge n'a pratiquement pas évolué par rapport à 2004. Nous continuons à voir plus d'hommes que de femmes en consultation.

Chez les hommes, c'est le groupe des 30 à 39 ans qui est le plus représenté, chez les femmes, ce sont les 20 à 29 ans.

- Statut de séjour de la population allochtone

Tableau 5: Statut de la population allochtone

Statut	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL
Sans procédure	1071	473	54	1598
Débouté	182	134	28	344
Conseil d'état	226	98	-	324
Demandeur d'asile	58	74	6	138
Art. 9 § 3	466	279	67	812
Visa	88	43	14	145
Séjour < 3 mois	90	21	0	111
Autre	154	157	22	333
Inconnu	9	26	39	74
TOTAL	2344	1305	229	3878

Les personnes « sans procédure » sont celles qui n'ont jamais introduit de demande d'asile. Les demandeurs d'asile déboutés ont demandé l'asile, mais la procédure de demande d'asile n'a pas abouti positivement.

Le groupe « Conseil d'état » comprend des personnes dont le statut est ambigu. Officiellement, ce statut n'entre pas dans le cadre de la procédure d'asile et l'appel devant le Conseil d'état n'a pas d'effet suspensif. Les personnes appartenant à cette catégorie conservent toutefois le droit à l'aide matérielle et aux soins de santé.

Les personnes dont la procédure auprès du Conseil d'état n'a pas eu d'issue positive ou dont la demande de recours devant le Conseil d'état n'a pas été jugée recevable entrent dans la catégorie des demandeurs d'asile déboutés.

Le groupe « Article 9 § 3 » comprend aussi bien des patients « Conseil d'état » et « sans procédure » que des « demandeurs d'asile déboutés ». Ces procédures peuvent en effet se dérouler de manière parallèle ou indépendamment l'une de l'autre.

Ces différences de statut revêtent une grande importance étant donné que le statut déterminera le type d'accès aux soins de santé pour chaque patient.

- Accès aux soins de santé

Tableau 6: Accès aux soins de santé

Accès aux soins de santé	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL	%
Mutuelle en ordre	80	106	41	227	6%
Situation de mutuelle à régulariser	56	40	15	111	3%
Pas de mutuelle	1888	924	139	2951	75,5%
Code 207 – Centre	205	143	25	373	9%
Code 207 CPAS	49	40	5	94	2,5%
Prise en charge/visa	63	12	4	79	2%
Autre	29	4	0	33	1%
Inconnu	25	36	0	61	1%
TOTAL	2344	1305	229		

Plus de 75% de nos patients n'ont pas d'assurance classique. Cette catégorie comprend également les personnes qui pourraient invoquer la loi relative à l'aide médicale urgente.

La catégorie « Prise en charge/visa » comprend les personnes avec un visa touristique, un visa simple ou un visa pour lequel un tiers se porte garant du paiement des éventuels frais médicaux ou encore des citoyens de l'UE qui paient eux-mêmes leurs frais médicaux.

Les Belges qui se rendent à nos consultations appartiennent surtout aux deux premières catégories (mutuelle en ordre ou à régulariser)

Le «code 207» est le code désignant les demandeurs d'asile inscrits dans le registre d'attente. Un lieu de résidence fixe (centre d'accueil ou CPAS) leur a été attribué sur la base du plan de répartition. Ce code permet de retrouver le centre d'asile ou le CPAS compétent pour la personne.

Un problème se pose souvent lorsqu'une personne se trouve en fin de droits. Après une deuxième décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides quant à la recevabilité de la demande d'asile, ou après décision négative de la Commission permanente de recours des réfugiés, au terme d'un examen au fond, un recours auprès du Conseil d'état peut être introduit. Cet appel n'a pas d'effet suspensif. Lorsque le demandeur d'asile concerné ne donne pas suite à l'injonction de quitter le territoire, il/elle se trouve en séjour illégal en Belgique, même si son «code 207» figure toujours dans le registre d'attente. Le CPAS ou le centre d'accueil repris sur le registre d'attente reste donc tenu de prendre en charge les frais médicaux.

- Durée du séjour en Belgique

La durée du séjour en Belgique est calculée sur la base de la date d'arrivée dans notre pays.

Tableau 7: Durée du séjour en Belgique*

Séjour en Belgique depuis ...	Nombre
< 3 mois	316
3 à 6 mois	262
6 à 11 mois	195
1 à 2 ans	380
3 à 4 ans	563
5 à 10 ans	527
> 10 ans	77

* Cette information n'est pas disponible pour une partie des patients.

2.4.3 Données médicales

- Nombre de consultations par patient

Tableau 8: Nombre de consultations par patient en 2005

Nombre de consultations	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL	%
1	1315	580	171	2066	57%
2	429	246	41	716	20%
3 à 5	315	279	23	617	17%
6 à 10	76	89	3	168	4,5%
Plus de 10	16	40	1	57	1,5%
TOTAL	2151	1234	239	3624	

- Pathologies et diagnostics

Tableau 9: Pathologies et diagnostics

Pathologies	Bruxelles	Anvers	Liège	TOTAL
Osteo articulations	458	365	38	861
Gastro-entérologie	441	300	24	765
Dermatologie	264	298	19	581
ORL	276	147	49	472
Gynécologie	272	438	18	728
Pneumologie	224	275	20	519
Cardiologie	244	254	7	505
Dentisterie	185	115	25	325
Certificats	310	50	7	367
Divers	176	86	11	273
Psychopathologies	163	83	24	270
Appareil uro-génital	259	255	14	528
Médecine générale	193	139	9	341
Médicaments	133	26	7	166
Neurologie	118	88	8	214
Ophthalmologie	112	71	10	193
Endocrinologie	140	129	10	279
TOTAL	3968 *	3119 *	300 *	7387*

* Un même patient peut avoir consulté pour plusieurs pathologies/plaintes.

- La rubrique «Certificats» regroupe toutes les consultations motivées par une demande de certificat médical : pour un permis de travail, pour l'office des étrangers, pour une prolongation de la demande d'aide médicale urgente. D'autres motivations méritent d'être signalées : les CPAS, les avocats ainsi que diverses organisations nous envoient souvent des personnes pour que nous complétions leurs documents.
- La rubrique «Médicaments» reprend toutes les personnes qui nous sont envoyées par des tiers (Ligue des familles, hôpitaux, CPAS, généralistes...) pour l'obtention de médicaments.
- La rubrique «Divers» regroupe les personnes qui viennent chercher une prescription de médicaments ou qui ont besoin d'une prise en charge ou d'un rendez-vous dans un hôpital.

2.4.4 Santé mentale

Nos consultations médico-sociales accueillent quotidiennement des demandeurs d'asile et des sans-papiers qui doivent faire face à des difficultés d'ordre psychologique. Nous utilisons donc la consultation de première ligne pour référer les patients vers un psychologue attaché au projet. Un certain nombre de patients ne prendraient jamais l'initiative de consulter un psychologue, mais atterrissent à un moment dans le circuit. Cela permet à nos équipes d'opérer un dépistage précoce des problèmes psychologiques.

La plupart des patients ne comprennent pas que des problèmes d'ordre psychologique peuvent être à l'origine de leurs plaintes somatiques. L'idée qu'ils se font d'un psychologue constitue en soi un obstacle à l'accès («les psychologues, c'est pour les fous») Les raisons en sont souvent culturelles. Les patients font davantage confiance au médecin. Il est donc très important de travailler en étroite collaboration avec les soins de santé de première ligne, au niveau de l'accueil des patients. Il peut ainsi arriver qu'un patient accepte de consulter un psychologue uniquement car il ne veut pas s'opposer au médecin. C'est sur cette base que le psychologue noue une relation de confiance avec le patient afin que celui-ci puisse être aidé sur le long terme.

Les patients examinés ici souffrent surtout de troubles anxieux chroniques, de dépression ou de stress post-traumatique. Leurs symptômes sont étroitement liés à la situation qu'ils ont dû fuir dans leur pays d'origine (guerre, enlèvement, détention, viol...) Parfois, la situation vécue en Belgique peut encore aggraver ce stress (isolement social, solitude, trouver à manger et où dormir, peur de la police, avenir incertain...)

En consultation, le psychologue s'efforce d'intégrer le patient au sein du réseau existant de soins de santé mentale. Le patient a le temps de réfléchir aux problèmes et de définir ce qui ne va pas, quels sont ses besoins et ses attentes. Le psychologue élabore avec le patient un «projet thérapeutique» qui doit l'amener à prendre la situation en main.

À Bruxelles, le psychologue a reçu 138 patients en 2005. 122 personnes (90%) avaient été référées à partir des consultations médico-sociales et 13 (10%) venaient de l'extérieur (connaissances, CPAS, centre d'asile...) 305 consultations ont été données. À Bruxelles, 13,5% des consultations ont nécessité la présence d'un interprète. La ventilation des nationalités, statuts et catégories d'âge correspond à celle enregistrée dans les consultations médico-sociales. Les femmes (55%) ont été plus nombreuses que les hommes (45%)

118 patients se sont présentés à leur premier rendez-vous. Parmi ceux-ci, 71 (63%) ont été redirigés vers des centres de santé mentale (Rivage, Méridien, D'ici et d'ailleurs, Exil, Ulysse, SMES) Le psychologue essaie d'abord de localiser le centre général de santé mentale le plus proche du domicile du patient. Les patients sont ainsi sensibilisés et responsabilisés. Le patient est revu un mois plus tard pour une évaluation.

12,5% des patients ne se présentent pas à la première consultation, ce qui est un pourcentage relativement faible (cf. Ulysse : 30%) La majorité de ces patients ne reviennent pas pour un deuxième rendez-vous. Parmi les explications possibles, nous pouvons avancer que le patient avait d'autres attentes par rapport à la consultation ou qu'il/elle n'était pas prêt (e) à parler de ses problèmes. Dans tous les cas une aide lui est proposée.

À Anvers, le psychologue a reçu 37 patients en 2005, dont 36 ont été référés via les consultations médico-sociales et un seul est venu de sa propre initiative. 21 nationalités ont été représentées. 48,6% des patients étaient de sexe masculin, contre 51,3 % pour les femmes. 64,8% des patients appartenaient au groupe des 20-39 ans et 48,6 % faisaient partie de la catégorie des sans-papiers. À Anvers, 32,4% des patients ont finalement été redirigés vers d'autres structures (VAGGA, De Terp, De Mutsaard, Cic). À la fin 2005, 10,8% des patients étaient encore sous traitement.

Le tableau suivant donne un aperçu des affections/troubles diagnostiqués

Tableau 10: Affections/troubles psychologiques diagnostiqués

Diagnostic	Bruxelles	Anvers
Dépression	34 %	30 %
Soutien *	21 %	- %
Anxiété	7 %	5 %
États de stress post-traumatique	16 %	27 %
Affections psychosomatiques	4 %	24 %
Troubles psychiatriques	12 %	3 %
Assuétudes	1 %	3 %
Autres	6 %	8 %

- «Soutien»: Les patients confrontés à des problèmes relationnels, à une crise d'identité, à une situation médicalement pénible, à un isolement social, à des problèmes de survie... peuvent trouver ici un « point d'ancrage ». Il veut et a besoin d'un soutien et d'une aide pour régler une série de problèmes et de questions. Il est clair que la demande d'aide du patient se déplacera lorsque les circonstances s'amélioreront. Le patient peut ainsi présenter des symptômes anxieux ou dépressifs, mais il convient d'être prudent et d'éviter toute étiquette diagnostique lourde. À Anvers, le « soutien » ne fait pas l'objet d'une rubrique distincte.
- « Deuil »: Une personne qui n'a pas l'occasion de faire son deuil risque de souffrir de dépression. Le patient ne sait que faire de ses sentiments et les refoule. Il/elle doit parfois admettre la mort d'un membre de sa famille, même si cette personne a disparu et qu'il n'a pas pu voir son corps. Il/elle risque sinon de rester bloqué (e) dans la phase de déni du processus de deuil. Le patient peut se sentir coupable d'avoir quitté le pays et d'y avoir laissé un proche décédé. Des sentiments « interdits », comme un sentiment de colère à l'égard du défunt, ne sont pas rares. À Anvers, le deuil fait l'objet d'une rubrique distincte, rajoutée ensuite à la rubrique « dépressions » (11%)

Tout diagnostic exige une extrême prudence. Il s'agit d'une hypothèse de travail importante en cas de réorientation du patient vers une autre structure. Le diagnostic évolue par ailleurs en permanence.

3. Tendances nationales

Généralités

3.1 Nombre de consultations en légère baisse

Les centres de Bruxelles, d'Anvers et de Liège ont assuré au total 8140 consultations. Ce chiffre témoigne d'une légère baisse par rapport à 2004 (9929) Ce recul peut être attribué à la fermeture de notre projet liégeois.

Il y a eu 3432 consultations à Anvers et 4337 à Bruxelles. Ces chiffres sont pratiquement identiques à ceux enregistrés en 2004. Ce statu quo montre qu'à Bruxelles et à Anvers, les problèmes d'accès ne sont toujours pas résolus, malgré l'existence d'un cadre légal. L'analyse des consultations à Liège est l'objet du chapitre 4.3.

Par manque de personnel, nous sommes obligés de limiter le nombre de consultations et de patients. Nous devons régulièrement refuser des gens aux consultations. Nous leur donnons alors rendez-vous à une date ultérieure ou les dirigeons vers un autre service.

3.2 Augmentation du nombre de sans-papiers

Les sans-papiers et les demandeurs d'asile constituent nos deux principaux groupes cibles. En 2005, le pourcentage de demandeurs d'asile ayant recours à nos consultations est passé à 3,5%, contre 3% l'année précédente. Ce chiffre est donc en légère progression.

Le pourcentage de **sans-papiers est passé de 71% à 74%**. Au sein de ce groupe, nous faisons une distinction entre les personnes n'ayant jamais introduit une demande d'asile et celles dont la procédure n'a pas eu d'issue positive. Ce dernier groupe, celui des demandeurs d'asile déboutés, reste plus ou moins identique (18%) La proportion des patients ayant introduit une demande de régularisation sur la base de l'article 9 §3 est passée de 15% à 20%.

Pour ces groupes, la demande de régularisation est souvent considérée comme une dernière chance. Une demande de régularisation sur la base de cet article peut se faire pour raisons médicales ou humanitaires. Notre projet Ithaca (cf. Chapitre 5) informe ces personnes sur les possibilités de traitement médical existant dans les pays d'origine où Médecins Sans Frontières est actif.

Le pourcentage de patients «hors procédure» reste très élevé (41%) Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les demandeurs d'asile sont de moins en moins convaincus qu'une telle procédure a des chances d'aboutir.

3.3 Contestation de l'état de besoin du patient

Le CPAS prend en charge le coût de l'Aide médicale urgente et récupère ensuite ces montants auprès du ministère de l'intégration sociale, pour autant que les quatre conditions suivantes soient remplies :

- Le médecin reconnu doit rédiger un certificat médical attestant qu'il s'agit d'une aide médicale urgente (certificat d'aide médicale urgente)
- Le patient doit séjourner illégalement sur le territoire belge
- Le patient doit être dans le besoin
- Il doit avoir sa résidence sur le territoire du CPAS.

Le CPAS ne pourra donc prendre une décision favorable concernant la prise en charge qu'après une enquête sociale. L'assistant social du CPAS va donc vérifier si le patient réside bien sur le territoire de la commune et s'il est dans le besoin. Le CPAS décide ensuite de prendre ou non en charge les frais médicaux de ce patient. Cette enquête **prend beaucoup de temps. Et entre-temps les frais médicaux ne sont pas remboursés.**

Lorsque l'assistant social estime que le patient **n'est pas dans le besoin**, le CPAS **refuse d'en assurer la prise en charge**. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, une personne peut par exemple se voir refuser l'aide médicale urgente uniquement car son logement semble correct et qu'elle n'a pas de dettes. Autre exemple : lors d'une visite à domicile dans le cadre d'une enquête sur les ressources, un assistant social a constaté que le demandeur cohabitait avec une personne qui émergeait au CPAS. Le service social s'est empressé de considérer cette personne comme un cohabitant, et non plus comme une personne isolée. L'aide sociale dont elle bénéficiait a donc diminué, malgré la situation financière difficile de ces deux personnes.

Le service social d'un autre CPAS de Bruxelles envoie systématiquement les patients ayant besoin de soins urgents aux urgences. L'assistant social sait bien que la procédure administrative et l'enquête sur les ressources prendront trop de temps. Ces exemples montrent que la procédure n'est pas adaptée aux besoins parfois très urgents des patients.

3.4 A Chaque CPAS, son système

Dans les villes où nous avons ouvert un projet, nous disposons d'une bonne vue d'ensemble de l'application de la législation nationale. Les CPAS jouissent d'une totale autonomie pour l'application de l'A.R. relatif à l'aide médicale urgente. Cette situation explique les différences que nous constatons dans l'application de la législation. Mais comme on le voit, **cela se traduit par des différences dans l'accès aux soins, en fonction du CPAS**. L'accès aux soins de santé reste donc arbitraire.

Le système fonctionne en principe de la manière suivante : le CPAS délivre un réquisitoire (la «prise en charge»)aux sans-papiers ayant leur résidence effective sur le territoire de la commune et qui se trouvent dans un état de besoin. Cette prise en charge est limitée à une période déterminée (une consultation, un mois, trois mois après décision du Conseil du CPAS) Le CPAS s'engage ici à payer les frais médicaux de son «client» conformément à l'A.R.

La politique des différents CPAS et même d'un même CPAS manque cependant de clarté. Il y a énormément de **différences au niveau de l'application de la loi** : remboursement partiel ou intégral des frais médicaux, possibilité d'un suivi par un généraliste ou uniquement hospitalisation, utilisation ou non de la carte médicale...

À **Anvers** par exemple, un patient sans-papiers devra suivre la procédure suivante :

1. Se rendre au centre social 't Plein pour demander une prise en charge
2. Se rendre à la consultation du généraliste muni de cette prise en charge
3. Après la consultation, retourner à 't Plein pour faire apposer un cachet sur la prescription médicale
4. Aller chercher les médicaments à la pharmacie muni du document dûment cacheté

Les 19 CPAS de **Bruxelles** suivent presque tous une procédure administrative différente. Certains d'entre eux n'ont pas ménagé leurs efforts au cours de ces dernières années pour **améliorer l'accès**. À 1000 Bruxelles, le service social délivre ainsi une **carte médicale** aux personnes sans-papiers. Le CPAS prend ainsi en charge les soins et les frais médicaux de cette catégorie de patients pendant une période déterminée.

Un autre CPAS bruxellois applique la procédure suivante :

1. Prise d'un premier rendez-vous, uniquement par téléphone
2. Premier entretien de «prise de contact» avec un assistant social
3. Deuxième rendez-vous avec un deuxième assistant social, ayant sous sa responsabilité le quartier où réside le patient
4. Enquête sur les ressources réalisée par le deuxième assistant social
5. En cas de réponse positive, l'accord du conseil du CPAS est nécessaire
6. Délivrance du réquisitoire

Dans un autre CPAS :

1. Le patient se rend au service social qui lui remet un bon pour une consultation chez un généraliste
2. Il se rend ensuite chez le médecin qui lui remet un certificat d'aide médicale urgente
3. Il prend rendez-vous avec l'assistant social
4. Enquête sur les ressources
5. Délivrance du réquisitoire
6. Les patients ayant besoin de médicaments doivent en faire la demande 3 jours à l'avance, car l'accord du président du CPAS est requis.

Cette liste d'exemples montrant les différences au niveau des procédures administratives n'est évidemment pas exhaustive. Ces différences compliquent les choses tant pour le généraliste que pour le patient, qui ont du mal à s'y retrouver.

3.5 Différences d'interprétation du caractère «urgent» de l'aide médicale urgente

La législation relative à l'aide médicale urgente reste souvent très floue, surtout en ce qui concerne son application. La loi se contente de stipuler qu'il s'agit exclusivement d'une aide de nature médicale, laquelle pourra être aussi bien préventive que curative, et prestée tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins. Le CPAS est responsable de l'application de l'A.R. Toutefois, l'aide médicale ne pourra être prise en charge par le CPAS que si le médecin, reconnu par l'INAMI, signe un certificat d'aide médicale urgente.

Le problème, c'est que les services sociaux des hôpitaux, des CPAS, etc. ne savent souvent pas **clairement qui peut décider de ce caractère «urgent»**. La loi est cependant claire : seul un médecin est habilité à se prononcer. La procédure administrative est ensuite du ressort du CPAS.

Pour le **médecin traitant**, le terme «urgent» peut prêter à confusion étant donné que les soins préventifs peuvent en faire partie.

Ainsi, on remarque qu'un médecin estime urgent de recoudre une plaie, par exemple, mais ne considérera pas comme une «urgence» de retirer les points de suture. Un médecin plâtre une jambe cassée, mais estime qu'ôter le plâtre n'est pas «urgent» Un ophtalmologue n'a pas jugé urgent de retirer un pansement spécial placé sur l'œil d'une patiente. Celle-ci a ensuite développé une forte inflammation. Le pansement a alors été ôté.

Le caractère urgent ne doit donc pas être interprété comme «une question de vie ou de mort», mais plutôt comme la nécessité urgente de protéger l'intégrité physique et mentale d'une personne. Un patient qui est «simplement» malade a droit à des soins médicaux. Une intervention chirurgicale, une consultation, un accouchement, une séance de kiné ou des médicaments peuvent donc entrer dans la définition.

3.6 Une lourde charge de travail pour les CPAS

Suite aux demandes de plus en plus nombreuses d'aide médicale urgente, nous constatons une augmentation de la charge de travail des CPAS et de leurs services sociaux. Le budget affecté à l'aide médicale urgente a été multiplié par cinq par rapport à l'année 2000². Par contre, le personnel des services sociaux n'a pas augmenté dans une même mesure...

Sur le **plan administratif**, la charge de travail peut influencer sensiblement la qualité de l'enquête sur les ressources et la délivrance du réquisitoire.

En outre, **rare**s sont les CPAS dont les **assistants sociaux** sont spécialisés dans la problématique de l'aide médicale urgente, alors qu'il s'agit d'une matière complexe. Les assistants sociaux d'un même CPAS pourront ainsi constater, chacun à leur manière, l'état de besoin d'une personne. Certains CPAS reçoivent beaucoup de demandes d'aide médicale urgente et travaillent dès lors avec un assistant social spécialisé. La procédure s'en trouve sensiblement accélérée.

Les personnes qui viennent frapper à la porte du CPAS lorsqu'elles ont besoin de soins médicaux ne doivent cependant pas pâtir de ce surcroît de travail au niveau des centres d'aide sociale. C'est au CPAS de s'organiser de façon à accélérer et faciliter l'enquête sur les ressources et la délivrance du réquisitoire.

3.7 Charge administrative du dossier-patient

Nous avons démarré nos consultations avec l'objectif de confier ensuite le suivi du patient aux structures de soins de santé existantes. Si les choses se déroulaient normalement, les sans-papiers et les demandeurs d'asile pourraient se rendre directement chez un généraliste en cas de maladie. En pratique, nous sommes cependant loin de cette situation idéale.

Le généraliste qui a devant lui un sans-papiers est tenu de suivre la procédure suivante :

1. Si le patient n'a pas reçu de réquisitoire du CPAS :

- Le médecin lui délivre un certificat de soins médicaux urgents
- Le patient introduit une demande d'aide médicale urgente auprès du CPAS.
- Si le patient reçoit un réquisitoire, sa consultation est remboursée.
- Si le CPAS ne lui délivre pas de réquisitoire, la **première consultation** du généraliste, nécessaire pour l'obtention de l'attestation de soins, **n'est pas remboursée**. Un médecin confronté à plusieurs reprises à un tel scénario réagira sans doute avec moins d'enthousiasme lorsqu'un patient se présente chez lui.

² Source: Belga: 16/03/06: «L'aide médicale urgente aux illégaux a été multipliée par cinq en quatre ans».

2. Si le patient a déjà reçu le réquisitoire :

- Le médecin envoie au CPAS une attestation pour soins médicaux urgents
- Le médecin doit également transmettre les données suivantes :
 - Nom et prénom
 - Date de naissance
 - Nationalité
 - Résidence du patient
 - Note d'honoraire avec numéros des prestations
 - Numéro de compte bancaire pour le paiement

Ces renseignements doivent être fournis dans un délai déterminé.

3. En outre, certains CPAS remboursent cette **première consultation** chez le généraliste, alors que d'autres refusent de le faire. Or, cette première consultation est nécessaire pour obtenir le certificat qui permettra de demander une aide médicale urgente auprès de l'assistant social du CPAS.
4. Le **délai de remboursement est par ailleurs trop long**. À Bruxelles, il va par exemple de quelques semaines à plus de six mois. La longueur du délai décourage les meilleures volontés et exige un strict suivi administratif de la part du médecin.

À cet égard, il convient de souligner que certains CPAS ont signé des **conventions avec des médecins généralistes**. En d'autres termes, ils collaborent étroitement avec un réseau fixe de généralistes. Ce système est nettement plus efficace et le généraliste a la garantie que les consultations seront remboursées correctement.

Les facteurs décrits ci-dessus montrent à quel point il est complexe, pour un généraliste, de voir en consultation des sans-papiers. Cela exige un suivi administratif strict ainsi qu'une bonne connaissance du système.

En pratique, ce système et ses exigences découragent plus d'un médecin. Or, cette attitude nuit à l'accès des personnes sans-papiers aux soins de santé.

La charge administrative amène des délais de prise en charge qui peuvent avoir des conséquences désastreuses pour la santé des patients.

3.6. Le patient craint de plus en plus de mentionner son lieu de résidence légal

L'année dernière a vu l'émergence d'une tendance clairement perceptible à la stigmatisation des personnes sans-papiers, aussi bien dans les milieux politiques que dans les médias. En mai 2005, une série d'articles ont ainsi été publiés dans la presse, montrant du doigt les «illégaux, avides de greffes»³.

Dans une lettre ouverte, l'Association des villes et des communes n'a pas hésité à écrire : «Nous constatons une augmentation du tourisme médical.»⁴ En octobre 2005, elle remettait cela, parlant des «touristes médicaux qui augmentent le coût des soins médicaux»⁵.

Pourtant, il n'existe en Belgique aucune donnée chiffrée permettant de corroborer de telles hypothèses. Et lorsque nous avons demandé à quelques CPAS de nous fournir des données chiffrées à ce sujet, ceux-ci n'ont pas été en mesure de le faire. Il convient avant toute chose de nuancer le débat.

Car nous constatons que de telles déclarations perpétuent, au sein du secteur des soins de santé, l'image de sans-papiers se rendant en Belgique dans le seul but de profiter abusivement de notre réseau de santé publique. Victimes d'une telle stigmatisation, les patients sans-papiers hésitent à demander une aide médicale, et surtout, à s'adresser au CPAS. Ils craignent en effet que l'assistant social ne transmette leur adresse à l'Office des étrangers ou à la police.

³ Extrait d'une série d'articles parus dans «Het Nieuwsblad», "De Standaard" du 11/05/05,

⁴ Lettre ouverte «OCMW's onder druk door groeiende groep illegalen», sur www.vvsg.be

⁵ Extrait d'un article paru le 1er octobre 2005 dans «De Morgen»

En 2005, l' échevin de la sécurité de la ville d'Anvers a démarré le projet «X-stra», en vue d'évaluer les problèmes de la population sur Anvers en collectant des données pour les passer aux instances compétentes. Des assistants sociaux du CPAS ont participé à ce contrôle. La double mission de l'assistant social : service social et contrôle répressif, crée une certaine confusion chez les patients sans-papiers. Ceux-ci hésitent à donner leur adresse à un assistant social qui procède également à de tels contrôles. Or, cette adresse doit être communiquée à l'assistant social pour l'enquête sur l'état de besoin.

La crainte que ressentent ces patients est difficilement mesurable. Nous voyons néanmoins à nos consultations des patients qui, suite à la polémique dans les médias, refusent de donner leur adresse. D'autres nous indiquent un faux nom, craignant que nous le communiquions au CPAS. Dans de telles conditions, leur accès aux soins de santé n'est pas garanti.

Code 207 pour les demandeurs d'asile

3.7 Code 207

3.7.1 En pratique

Le système belge d'accueil des demandeurs d'asile se développe progressivement. Au départ, l'organisation de l'accueil des demandeurs d'asile était du seul ressort du gouvernement fédéral. Il a ensuite fait de plus en plus appel à d'autres organismes, à mesure que le nombre de demandeurs d'asile augmentait dans notre pays. Chaque nouvel afflux de réfugiés obligeait le gouvernement à créer au plus vite de nouvelles places d'accueil.

Huit organisations sont actuellement responsables de l'accueil des demandeurs d'asile : Fedasil, la Croix-Rouge, Rode Kruis, Mutualités Socialistes, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, le CIRE et les Initiatives locale d'accueil (ILA) organisées par les CPAS.

Il faut aussi y ajouter les CPAS. Ceux-ci accordent une aide financière aux demandeurs d'asile arrivés dans notre pays avant le 3/1/2001 et dont la demande d'asile n'a pas encore été déclarée recevable. Après cette date, c'est le principe du "last in first out") qui prévaut. Tous les demandeurs d'asile ayant demandé l'asile à ce titre attendent depuis des années qu'on statue sur leur demande. Une situation particulièrement pénible pour ces personnes.

Ces demandeurs d'asile ne remplissent pas les conditions requises pour s'affilier à une mutualité. Ce sont donc les CPAS qui avancent les frais pour soins médicaux. Ils sont ensuite remboursés par le ministère de l'intégration sociale.

En 2001, le gouvernement a mis en place Fedasil. L'agence a pour objet : «L'organisation et la gestion des différentes modalités d'accueil de demandeurs d'asile, ainsi que la coordination du retour volontaire. La coordination et le suivi des accords conclus avec les différentes organisations concernant l'accueil des demandeurs d'asile. L'agence est en outre chargée du contrôle et de la surveillance de la qualité de l'accueil dans toutes les formules d'accueil. Fedasil entend assurer un même niveau de qualité d'accueil à tous les demandeurs d'asile, quel que soit le centre d'accueil où ils résident.»⁶

Les différents centres et systèmes d'accueil fonctionnent avec leurs propres règles et procédures, dont la compréhension demande du temps et de l'énergie. Les critères d'accès des demandeurs d'asile aux soins de santé sont flous et manquent de transparence. Ce sont en effet les services médicaux et les différents centres qui décident d'autoriser ou non les soins médicaux. Selon le centre qui lui a été attribué, le demandeur d'asile aura ainsi plus ou moins de chances d'avoir accès aux soins médicaux. Le problème se pose surtout pour les centres d'accueil et les ILA

La complexité des procédures administratives nécessaires pour l'obtention d'un réquisitoire est telle qu'elle décourage les patients, les médecins et les services sociaux des hôpitaux. Quant aux dispensateurs de soins, ils craignent que leurs factures ne soient pas honorées.

⁶ Voir site Internet www.fedasil.be

3.7.2 Problèmes

- **Le contrôle du statut de séjour et les problèmes administratifs**

L'organisme compétent est étroitement lié au statut de l'intéressé. Celui-ci fait l'objet d'un contrôle rigoureux étant donné que sa situation peut changer subitement. Ces contrôles sont à l'origine des délais et des retards observés. En cas de maladie grave, la lenteur de la procédure administrative peut être un obstacle majeur au traitement médical urgent nécessaire. Les hôpitaux et les médecins n'ont pas le temps de s'occuper des aspects administratifs. Il arrive aussi que les changements de procédure soient mal retranscrits dans le registre d'attente. Le patient peut ainsi se voir subitement refuser des soins médicaux.

- **Manque cruel d'informations des demandeurs d'asile**

Les demandeurs d'asile qui décident de loger ailleurs que dans le centre d'accueil qui leur a été affecté ne savent pas comment avoir accès aux soins médicaux. Le centre d'accueil ne les informe pas suffisamment sur la procédure à suivre. Ils sont mal informés lorsqu'ils quittent le centre.

- **Méconnaissance par les structures d'accueil de leurs compétences**

Il arrive qu'une structure d'accueil ne sache pas quelles sont ses tâches et jusqu'où s'étendent ses compétences. C'est surtout le cas des CPAS. Mais il arrive aussi que les services médicaux des centres d'accueil utilisent des critères différents.

- **Décisions arbitraires des structures d'accueil**

Les structures d'accueil peuvent prendre des décisions arbitraires qui ont un impact immédiat sur l'accès aux soins médicaux des personnes concernées. L'existence de telles différences ne se limite pas aux structures d'accueil. Il arrive aussi que la procédure soit changée au sein d'une même organisation ou d'un même centre, sans que ce changement ne soit communiqué aux personnes concernées. L'accès aux soins de santé prend ainsi un caractère imprévisible.

- **Problèmes liés à la garantie de paiement des soins médicaux**

Il existe un manque total de coordination entre les différents centres et organisations. Chaque centre, chaque autorité détermine lui-même/elle-même les critères régissant l'accès des demandeurs d'asile aux soins médicaux. Rien ne permet de savoir avec certitude si une consultation, un examen médical ou un médicament fera l'objet d'une garantie de paiement.

Certains centres ne fournissent des garanties de paiement que lorsqu'il s'agit de soins médicaux «urgents». Ils demandent alors au médecin traitant de délivrer un certificat attestant de la nature «urgente» et «nécessaire» des soins médicaux. Ils perdent donc de vue que les demandeurs d'asile ont droit à une aide médicale, quelle qu'elle soit.

- **Importance du suivi par le médecin généraliste**

Toutes les instances responsables dans le domaine de la santé publique reconnaissent l'importance de la médecine de première ligne (médecine générale) : le généraliste exerce une mission de prévention et de coordination et oriente, si nécessaire, le patient vers la médecine de deuxième ligne. Cette méthode améliore la transparence du système des soins de santé et en diminue le coût (par exemple, en réduisant la surconsommation médicale)

Les principes applicables à la population belge ne le sont pas aux demandeurs d'asile. Le suivi par un généraliste est rendu complexe par les tracasseries administratives et les difficultés posées par le remboursement. Au final, Médecins Sans Frontières se voit souvent obligée d'assumer ce rôle.

Par ailleurs, une série de demandeurs d'asile sont atteints d'une pathologie chronique exigeant un suivi par un généraliste (diabète, hypertension...). Or, les structures d'accueil refusent d'accorder des garanties de paiement pour des consultations régulières ou pour une longue période.

- **Médicaments**

Rares sont les structures d'accueil à avoir mis au point une solution judicieuse pour le problème posé par les médicaments. Dans le meilleur des cas, le centre délivre une garantie de paiement, valable pour quelques jours. Le patient doit alors trouver un pharmacien qui accepte d'attendre quelques mois le remboursement par le ministère compétent. Cette pharmacie doit être également prête à supporter la charge administrative que suppose ce type de dossiers.

Si un demandeur d'asile a besoin de médicaments de toute urgence, où s'il s'agit de médicaments qui ne sont pas remboursés par l'INAMI, le problème devient pratiquement insoluble. MSF fournit alors ces médicaments, faute de solution structurelle.

- **Remboursement tardif des factures médicales**

Toutes les factures médicales doivent être d'abord envoyées au centre d'accueil compétent afin d'obtenir l'accord du service médical ou de la coordination. Le centre renvoie ensuite la facture au siège central de Bruxelles, où une personne est responsable du paiement des factures.

Mais en pratique, les choses ne sont pas aussi simples et les problèmes sont fréquents. La personne responsable des paiements du centre est en outre souvent en retard au niveau du traitement des factures. Les médecins et les hôpitaux sont conscients de cette situation et refusent parfois de dispenser des soins à un patient lorsqu'ils apprennent qu'il s'agit d'un demandeur d'asile.

Chaque centre a en outre sa propre méthode de travail, d'où des délais de remboursement extrêmement différents d'une structure à l'autre. Il se pose en outre la question de l'interlocuteur en cas de litige ou de problème : faut-il s'adresser au centre ou au siège ?

La Rode Kruis s'est dotée d'une adresse administrative centrale, à laquelle doivent être envoyées toutes les factures médicales. Aucun problème majeur n'est à signaler et cette méthode doit donc être recommandée.

La Croix-Rouge a mis en place une méthode de travail comparable à celle de la Rode Kruis, mais procède assez tardivement aux remboursements.

Les CPAS ont chacun leur propre méthode de travail. Certains ont mis en place un montant minimal, d'autres demandent aux patients d'avancer les coûts, tandis que d'autres encore utilisent les garanties de paiement.

3.8 Santé mentale

Principaux points noirs :

- Manque d'ouverture au groupe cible spécifique : pas d'accès adapté aux consultations, problèmes de langue (par exemple, rendez-vous par téléphone ou par écrit chez un inconnu, attente de la décision de la réunion d'équipe...)
- En cas de demande d'aide psychiatrique urgente, manque de places, difficulté à instaurer rapidement un suivi thérapeutique chez un psychiatre...)
- Difficultés au niveau de la transition urgences-thérapie. Dans l'urgence, les psychiatres ne travaillent pas à un suivi de longue durée, ils font davantage de la gestion de crise. Ils se montrent davantage prêts à accueillir le patient s'ils constatent qu'un réseau a été mis en place et qu'un suivi post-hospitalisation est organisé.
- Manque de places (surtout dans la région d'Anvers) Les longues listes d'attente sont donc la règle et non l'exception.
- Thérapies trop uniformes. Le travail individuel n'est pas suffisant. Le travail de groupe est indispensable pour ces patients socialement isolés.

3.8.1 Réorientation des patients

À Bruxelles comme à Anvers, la recherche de possibilités pour rediriger les patients représente un aspect important de notre travail. À côté des consultations, les deux psychologues s'emploient donc surtout à étendre le réseau de services et à le sensibiliser.

Les possibilités de référer un patient sont nombreuses à Bruxelles puisque la capitale compte pas moins de 42 services de santé mentale. Le problème est qu'il s'agit surtout de services de nature assez générale, qui ne sont pas spécialisés dans la problématique des réfugiés ou des personnes sans-papiers. Eux-mêmes réorientent donc souvent les patients vers des structures spécialisées. La responsabilité s'en trouve ainsi déplacée et l'offre réduite. Le psychologue veille donc à sensibiliser ces services généraux pour les amener à élargir leur offre. Nous nous employons également à mettre en place un réseau de psychologues et de psychiatres familiarisés avec cette problématique. Nous participons à des réunions avec les services existants (Ulysse, Exil, Anaïs, Psychiatrie St. Pieters et St. Luc, SOS Viol, CPMS de St. Gilles...) pour améliorer la gestion des renvois de patients. Un accompagnement est toujours prévu dans les cas les plus difficiles. Les délais d'attente vont d'un jour à quelques mois. Les listes d'attente varient d'un service à l'autre.

La situation est tout à fait différente à Anvers, qui compte moins de services spécialisés susceptibles d'accueillir les patients «en deuxième ligne». Une série de centres concentrent déjà leurs services et leurs activités sur un groupe cible spécifique et ne sont pas prêts à diversifier encore leurs activités en prenant en charge un groupe cible supplémentaire. Il y a des listes d'attente pour les rendez-vous. Certains centres sont parfois situés trop loin pour certains patients. Les sans-papiers évitent généralement de prendre les transports en commun de peur des contrôles d'identité. Il n'est donc pas facile de référer rapidement les patients psychiatriques à Anvers. En moyenne, ils sont donc suivis plus longtemps par le psychologue. Après avoir été référés vers une autre structure, nos patients sont recontactés pour une évaluation. Nous leur demandons s'ils se rendent bien aux consultations, si tout se passe bien. Cette méthode permet d'exploiter de manière optimale le petit nombre de places disponibles.

À Bruxelles, nous collaborons aussi avec la LBFSM (Ligue bruxelloise francophone de santé mentale), au sein de «Enfance en Exil», un groupe de travail de spécialistes qui met en œuvre une approche multidisciplinaire pour le travail avec les migrants, avec un groupe de travail pour la santé communautaire, au sein de Méridien ainsi qu'avec le réseau paneuropéen SMES-Europa. Nous travaillons aussi avec le CIRE et la Clinique de l'Exil à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques pour la santé mentale des migrants.

3.8.2 Recours à des interprètes

À Bruxelles, quelques centres refusent d'utiliser des interprètes du CIRE, car ils ne sont pas familiarisés avec cette méthode de travail. Les patients sont donc référés vers un «service spécialisé». De nombreux centres ont toutefois l'expérience du travail avec des interprètes, qui exige toutefois des efforts d'adaptation de la part du psychologue ou du psychiatre. Certains services n'ont toutefois pas un budget suffisant pour payer des interprètes.

À Anvers, les autorités ont mis en place un service provincial et municipal d'interprètes. La ville propose un réseau d'interprètes sociaux. Les centres de santé mentale y ont été sensibilisés et font de plus en plus souvent appel à un interprète. Le service des interprètes prend en charge les deux tiers des frais d'interprétation, le tiers restant étant pris en charge par le service qui en a fait la demande.

4.1 Anvers

Principaux points noirs :

- L'incertitude, au niveau de la médecine de première ligne, quant au remboursement de la consultation (voir tendances nationales)
- Le manque de clarté de la politique de délivrance des réquisitoires : quels sont les critères utilisés ?
- La centralisation des demandes de réquisitoires à 't Plein, à Berchem. En cas de maladie, les sans-papiers doivent se rendre deux fois à Berchem avant de pouvoir consulter un médecin et obtenir les médicaments nécessaires. Il n'est pas rare que des personnes malades soient confrontées à des délais d'attente supérieurs à une semaine.

4.1.1 CPAS

À Anvers, le CPAS détient dans une large mesure la clé permettant aux personnes qui y résident d'avoir accès aux soins de santé. En application du règlement relatif à l'«aide médicale urgente», le CPAS détermine la procédure que doivent suivre les sans-papiers pour avoir accès aux soins qui leur sont nécessaires.

C'est dans ce contexte que nous avons négocié, dans le courant 2005 avec le président et la direction du cabinet de l'intégration sociale une simplification de la procédure afin de la rendre plus accessible à nos patients. Nous avons rencontré les différentes fractions politiques au sein du conseil du CPAS (VLD, SP.A, CD&V en Groen!) afin de leur expliquer nos propositions. Les entretiens avec le cabinet de l'intégration sociale ont été conduits avec une représentation des cercles de médecins généralistes d'Anvers. Le secteur de l'intégration s'y est également associé. Les négociations avec le CPAS d'Anvers se poursuivront en 2006.

4.1.2 Collaboration avec les réseaux locaux

Au niveau municipal, nous avons participé aux groupes de travail «prévention» et «accès» du secteur des soins de santé, mis en place dans le cadre de la politique sociale de la ville d'Anvers. Différentes réunions ont eu lieu et nous avons eu ainsi l'occasion de faire connaître le contenu de notre note sur le problème de l'application du règlement sur l'aide médicale urgente. Un rapport intermédiaire à ce sujet a été publié lors du congrès de politique sociale de la ville. locale.

Nous avons également siégé au sein du groupe de pilotage du «point-relais santé de première ligne», une initiative de la ville d'Anvers, du CPAS et du « comité pour le développement du quartier » visant à développer au niveau communautaire (2060) un centre de santé permettant aux patients et aux dispensateurs de soins de s'informer sur diverses questions et problèmes. L'orientation active des patients vers la médecine de première ligne est l'un des fondements de cette initiative, qui pourrait, à terme, prendre ainsi partiellement le relais de notre projet.

L'initiative doit être lancée en 2006. Il s'agit d'un projet concret figurant dans le plan de politique locale de la santé.

Nous avons aussi recherché, en collaboration avec CAW metropool, le CPAS, Sensoa, ITG...une solution pour la poursuite de Helpcenter.dok à Anvers. En janvier 2006, ce centre a redémarré ses activités avec un nouvel employeur et une nouvelle formule. Helpcenter reste un partenaire clé pour l'orientation des patients confrontés à des problèmes de santé sexuelle.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale, nous avons appuyé la demande du groupe de réseau d'Anvers qui souhaitait pouvoir engager quelqu'un pour la coordination du réseau. Au niveau des directions (groupe de pilotage), nous nous sommes attelés à trouver des subventions afin de financer cet emploi et les frais d'exploitation. Nous avons également influencé le contenu de la fonction et les priorités de la première période de travail. MSF continuera à exercer une fonction importante au sein du groupe de pilotage et du groupe de réseau.

En 2005, les cabinets des échevins Pauwels et Pairon ont organisé diverses tables rondes auxquelles ils ont invité le secteur privé pour une réflexion sur les divers aspects de la problématique des sans-papiers. D'autres thèmes, comme l'hébergement, l'aide d'urgence et la santé publique figuraient également à l'ordre du jour. MSF a apporté ici aussi une contribution concrète.

Avec la direction du groupe hospitalier ZNA, nous nous sommes penchés sur la question de l'accessibilité des hôpitaux et la création possible d'un hôtel de soins pour les patients dans l'impossibilité, pour des raisons sociales, de rentrer directement chez eux à leur sortie de l'hôpital.

Enfin, nous avons été en étroit contact avec les généralistes du quartier grâce à notre travail quotidien de réorientation des patients, mais aussi, sur le plan structurel, en organisant une réflexion autour de la collaboration à notre projet. C'est donc en concertation avec les généralistes qu'est née l'idée de créer une maison médicale à Anvers. Ce concept a pu être concrétisé grâce à une série de médecins et autres parties prenantes et une première maison de santé sera ouverte dans le courant 2006, dans la zone 2060

4.2 Bruxelles

Principaux points noirs :

- La plupart des CPAS bruxellois ont leur propre procédure et méthode de travail. Les choses sont donc très complexes pour les dispensateurs de soins (différences administratives, remboursement...)
- Manque de clarté des critères de prise en charge
- L'accessibilité des CPAS varie d'une commune à l'autre, ce qui rend les choses parfois très compliquées pour le patient (heures d'ouverture, quota, accueil...)
- Saturation de la médecine de première ligne (généralistes, maisons de santé...) en raison de la charge de travail, de la complexité du groupe cible (problèmes de langue, statut...)

4.2.1 Contacts avec les CPAS

L'agglomération de Bruxelles compte 19 communes. Chaque commune ayant des compétences autonomes, les CPAS disposent d'une certaine marge de manœuvre pour la mise en œuvre de leur méthode de travail. Il existe donc presque autant d'interprétations du concept d'aide médicale urgente qu'il y a de CPAS dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cette réalité régionale ne facilite pas les choses pour les dispensateurs de soins et les patients à Bruxelles.

Plusieurs facteurs expliquent ces différences d'un CPAS à l'autre : les sensibilités politiques locales, la situation financière du CPAS et de la commune en question, la pression constituée par le nombre croissant de demandes d'aide médicale urgente associée aux autres charges d'un CPAS et l'organisation interne du centre (charge de travail, communication interne, relations hiérarchiques, rotation du personnel...)

Dans le chapitre consacré aux «Tendances nationales», nous avons donné une série d'exemples concrets illustrant les méthodes de travail différentes d'un CPAS à l'autre.

Le 14 juillet 2005, M. Dupont, ministre de l'intégration sociale, rédigeait, en concertation avec MSF et Medimmigrant, entre autres, une **circulaire en vue de promouvoir le système de la carte médicale**⁷.

La carte médicale est un document que le CPAS délivre à un client du CPAS. En délivrant cette carte, le CPAS s'engage envers le dispensateur de soins à prendre à sa charge les frais liés à des prestations médicales déterminées et ce pendant une certaine période.

La carte médicale donne au dispensateur de soins qui respecte les règles de la carte médicale la garantie que le CPAS prendra en charge le coût des soins dispensés. Une fois muni de sa carte médicale, le client peut aller consulter un prestataire de soins sans aller demander préalablement l'accord du CPAS. Lors de chaque délivrance périodique de la carte médicale, le CPAS vérifiera si le client a encore droit à bénéficier de ces soins médicaux.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les CPAS de 1000 Bruxelles et de Molenbeek utilisent déjà cette carte.

La procédure mise en place à 1000 Bruxelles, par exemple, s'avère fonctionner de manière efficace. Le CPAS établit une carte médicale pour le patient sans-papiers. Cette carte est valable trois mois et peut être renouvelée à la demande du généraliste. La carte mentionne le nom du médecin traitant et du pharmacien. Le CPAS choisit ces deux personnes sur une liste de médecins et de pharmaciens avec lesquels une convention a été conclue. Le patient a ainsi accès à la médecine de première ligne et aux médicaments. Il appartient au médecin traitant de décider d'un éventuel examen médical, conseil spécialisé ou hospitalisation et de demander alors un réquisitoire au CPAS. L'accès à la médecine de deuxième ligne est ainsi garanti. La centralisation du dossier chez le médecin traitant évite des démarches administratives inutiles et évite le risque de «shopping»

Le service social informe ensuite au mieux le patient sur le recours et le rôle du médecin traitant. Cette pratique n'est cependant pas encore assez répandue dans les faits. Le CPAS peut par exemple rédiger un vade-mecum pour garantir une information suffisante du patient.

⁷ Le texte de la circulaire figure en annexe dans son intégralité.

Le problème de la situation du patient entre le moment où la carte est demandée et la fin de l'enquête sur les ressources subsiste néanmoins. Or, cette période peut facilement durer un mois. Que devient le patient pendant cette période ? Le CPAS d'Anderlecht délivre par exemple une carte médicale temporaire pour faire le lien.

Le plus souvent, le CPAS délivre la carte médicale lorsque le client (ou le dispensateur de soins) est confronté à un problème de soins de santé déterminé. Nous plaidons dès lors en faveur d'une extension de l'usage de cette carte. Le CPAS peut délivrer la carte médicale périodiquement à chaque client qui satisfait aux exigences. Si le client n'est pas malade, il n'utilise tout simplement pas la carte. En cas de maladie, le CPAS, le dispensateur de soins et le client bénéficieront des avantages précités.

Les CPAS autres que ceux de 1000 Bruxelles ou de Molenbeek sont à la traîne, et ce pour diverses raisons (manque de personnel, organisation interne,...). Cette situation témoigne de la complexité du réseau de compétences intervenant à l'échelon de Bruxelles.

L'équipe de Bruxelles a contacté régulièrement le service social de différents CPAS (Schaarbeek, Forest, Anderlecht,...). Lorsque de graves problèmes se posaient, l'assistant social de notre projet prenait rendez-vous avec l'assistant social ou le directeur du service social du CPAS. Nous avons noté des réactions positives lors de certaines réunions. Nous avons enregistré des résultats concrets sur des dossiers individuels. Mais ces points positifs mis à part, les choses ont avancé péniblement et la procédure administrative est restée un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé pour les personnes sans-papiers.

4.2.2 Collaboration avec les réseaux locaux

Le coordinateur et les assistants sociaux ont tenu diverses réunions avec une série de maisons médicales (Anderlecht, Forest, ...). À Anderlecht, les assistants sociaux de notre projet ont explicité la procédure administrative à suivre pour les différents statuts. Au terme de cette réunion, les assistants sociaux de la maison de la santé ont participé durant une journée à nos consultations. En novembre 2005, la décision était cependant prise de ne plus ouvrir de nouveaux dossiers pour les sans-papiers, durant une période de six mois, en raison de la charge administrative trop importante que cela représentait. L'impact financier sur le fonctionnement de la structure devait être évalué.

En raison de la forte augmentation du nombre de demande d'aide médicale urgente, l'orientation des patients vers les différentes maisons médicales est difficile. Administrativement, les dossiers-patients constituent une charge majeure pour ces maisons médicales.

Les maisons médicales tirent d'ailleurs elles-mêmes la sonnette d'alarme. Leurs salles d'attente sont pleines à craquer. Elles négocient actuellement avec les CPAS dans l'espoir d'une simplification des procédures administratives.

Un vaste réseau de dispensateurs de soins doit être mis en place, d'autant qu'il pourrait soulager les maisons médicales. Les généralistes doivent être bien informés des problèmes susceptibles de se poser. Nous diffusons d'ailleurs à cette fin une brochure d'information MSF à l'attention des médecins généralistes de Bruxelles.

L'équipe de Bruxelles a également pris contact avec les services sociaux d'une série d'hôpitaux (Saint-Pierre, Brugmann), qui eux aussi doivent faire face à la lourdeur administrative du traitement d'un dossier d'un patient sans-papiers ou d'un demandeur d'asile.

Nous avons participé à la « Commission santé » d'Anderlecht. Nous avons expliqué les problèmes que nous avons rencontrés en ce qui concerne l'aide médicale urgente aux sans-papiers. Les représentants du CPAS d'Anderlecht étaient également présents.

4.3. Liège

4.3.1 CPAS et médecine de première ligne : recherche conjointe d'une solution

Outre nos consultations médicales, nous avons collaboré avec les différents services du CPAS et des organisations médicales. En avril 2002, nous avons participé à une table ronde avec l'administration de la ville et le CPAS de Liège. Nous leur avons présenté une série d'arguments en faveur de l'accès aux soins par l'intermédiaire d'un assistant social qui serait reconnu par les différents acteurs du système de soins de santé. Il ne s'est pas avéré nécessaire de mettre en place de nouvelles structures de soins, mais l'accès devait être amélioré. L'assistant social reprendrait notre mission d'écoute, d'orientation et d'information auprès du patient et l'aiderait à s'intégrer dans le système de soins de santé existant. Une collaboration étroite devrait être mise en place entre la médecine de première ligne et l'assistant social du CPAS.

Le CRIPEL (Centre Régional pour l'Intégration des Personnes étrangères où d'origine étrangère de Liège), notre partenaire et conseiller, a soutenu notre plaidoyer. Les autorités locales y ont aussi prêté une oreille attentive. Elles se sont montrées favorables à l'extension du «Centre Médical Préventif», qui dépendait du CPAS et de la ville de Liège. Le CMP existe depuis une dizaine d'années déjà et dispense des soins médicaux curatifs et préventifs aux demandeurs d'asile. Le CPAS a explicité la proposition à différents ministères dans le cadre d'une demande de subvention. En 2003, une concertation a eu lieu avec un représentant du cabinet de M. Detienne, ministre de la santé publique de la Région wallonne.

La décision du cabinet du ministre Detienne est intervenue en mars 2004. Le cabinet a libéré des fonds afin de permettre au CMP d'engager deux personnes supplémentaires. Celles-ci seraient chargées de l'élaboration et du suivi des dossiers sociaux et de l'orientation des patients vers divers généralistes. Le «Relais Santé» était né!

La cartographie de l'offre du réseau existant de soins de santé (médecins, maisons médicales et dentistes) et l'intégration ciblée des patients au sein de ce réseau étaient les deux objectifs clés. L'assistant social examine la demande d'aide du patient et quelles sont les compétences en termes de paiement. Il assure ainsi un lien «sur mesure» avec un dispensateur de soins de santé.

Une équipe multidisciplinaire constituée de médecins, d'un infirmier, d'un psychologue et de personnel administratif travaille en étroite collaboration avec les assistants sociaux et les différents services du CPAS. Deux employés administratifs soutiennent cette structure.

- **Période de transition**

Il a été opté pour une période de transition d'une durée d'un an. Le projet «Relais Santé» était à l'origine un projet pilote qui devait s'achever en décembre 2005. Le suivi n'était pas assuré. Le projet de Médecins Sans Frontières s'est finalement poursuivi jusqu'en juin 2005. Depuis mars 2004, l'équipe de Liège réorientait chaque patient vers le Relais Santé. Pour ne pas surcharger la structure, seuls les dossiers évidents ont été transférés dans un premier temps. Les cas plus difficiles ont suivi. MSF est toujours à la disposition du Relais Santé pour les dossiers complexes. L'assistant social et le coordinateur du projet ont continué à suivre de près la phase de transition. Le travail de lobbying politique s'est lui aussi poursuivi pour assurer la continuité du service.

- **Suivi**

Au bout d'un an, nous avons la certitude que le Relais Santé était parfaitement opérationnel. Le service est devenu le relais santé par excellence des personnes vulnérables à Liège. Au cours des six premiers mois, 1562 patients se sont présentés. Ce groupe de patients s'est réparti comme suit : 60% de sans-papiers, 40% d'autochtones ayant des difficultés d'accès aux soins de santé et 74 % de demandeurs d'asile⁸

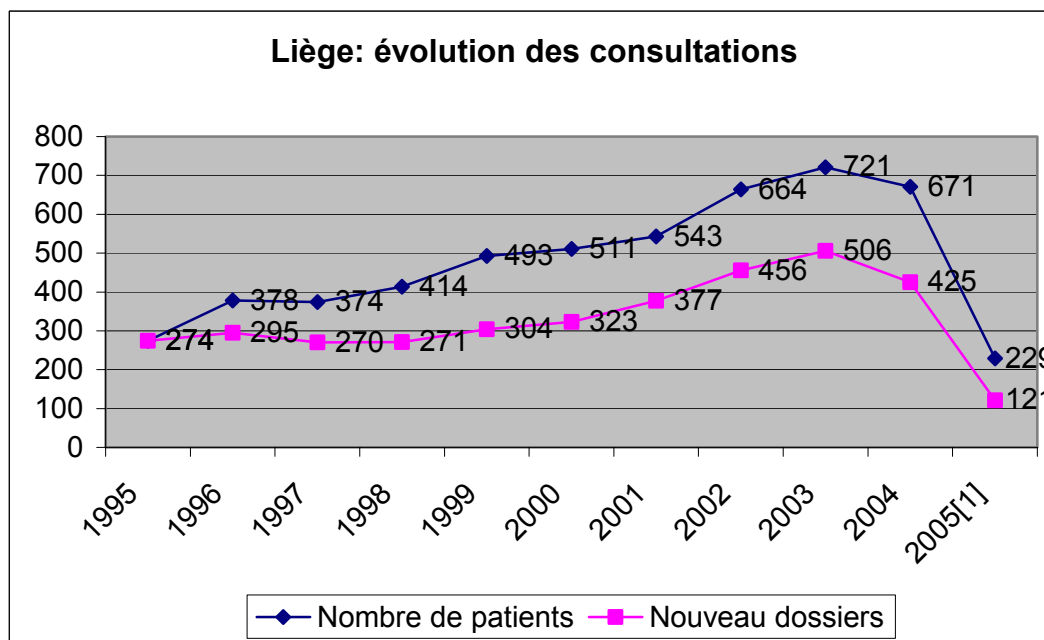
⁸ Information extraite de «Suivi Relais Santé», rédigé par le service lui-même

Le service a bien tenu compte de la diversité culturelle de son public. Il a ainsi proposé des brochures en différentes langues et fait appel à des interprètes pour expliquer aux patients les méandres des procédures administratives.

La procédure de demande de prise en charge s'est accélérée. Il existe toutefois encore un lien direct avec le CPAS.

Le Relais a investi dans l'extension du réseau de dispensateurs de soins de santé. Grâce aux efforts des prestataires de soins de première ligne, les patients sont réorientés très facilement.

Graphique 1 : Évolution des consultations 1995-2005[1]



Nombre de patients – nouveaux dossiers

[1] seuls les chiffres pour la première moitié de 2005 sont disponibles

• Conclusion

La coordination du Relais Santé revêt une grande importance, tant pour les patients que pour les prestataires de soins. L'accès aux soins de santé a été nettement facilité. La collaboration du réseau de médecine de première ligne avec le CPAS est un succès. Tous deux ont pris leurs responsabilités. Médecins Sans Frontières peut se retirer le cœur tranquille.

La clé du succès réside dans un réseau bien développé de prestataires de soins de première ligne associé à un suivi administratif de qualité, assuré par le CPAS.

Les autorités communales, régionales et fédérales devraient poursuivre ce bon exemple dans d'autres villes belges confrontées à un problème d'accès aux soins de santé, comme Anvers et Bruxelles.

À la fin décembre 2005, nous avons reçu la confirmation selon laquelle le projet pilote avait été évalué positivement. La poursuite du Relais Santé était ainsi assurée à Liège. En outre, le cabinet promettait de démarrer d'ici à 2009 des projets similaires dans d'autres villes wallonnes comptant un centre social (Charleroi, La Louvière, Mons en Verviers) et d'ouvrir un centre social à Namur.

5. Ithaca

5.1 Contexte

Aux quatre coins du monde, MSF vient en aide aux personnes dans le besoin. Cela signifie que nous offrons aux patients un traitement médical sans pratiquer aucune discrimination et en ayant la garantie que le traitement sera poursuivi. Pour garantir cette continuité, il convient de protéger contre l'exclusion les personnes gravement malades, lorsque l'accès à des soins médicaux de qualité n'est pas garanti dans le pays d'origine de nos patients.

Les étrangers atteints d'une maladie grave s'informent souvent auprès de Médecins Sans Frontières pour savoir si tels ou tels soins médicaux sont disponibles et accessibles dans leur pays d'origine. Ces informations leur sont indispensables pour qu'ils puissent rentrer chez eux le cœur léger ou au contraire, pour qu'ils puissent motiver l'impossibilité d'un retour dans leur pays.

Les collaborateurs d'«Ithaca» dispensent des informations utiles sur les maladies dans les pays où Médecins Sans Frontières est actif. En témoignant sur les soins de santé, nous contribuons à la réalisation d'un de nos principaux objectifs : l'amélioration de l'accès de tous aux soins de santé.

5.2 Clarification de quelques notions

Il convient avant de continuer, de clarifier une série de termes. Qu'est qu'une «maladie grave» et qu'entend-on par «accès»?

La notion de «maladie grave» a été définie par la commission de régularisation (dans le cadre de la loi du 22 décembre 1999) Une «*maladie grave*» est une «affection, qui sans traitements ou soins médicaux, peut causer la mort d'une personne, réduire son espérance de vie, causer un handicap physique ou psychique et dont le traitement exige la multiplication des soins et des contrôles ou une thérapie lourde, ou qu'un médecin considère comme grave.»

La notion d'«accès aux soins médicaux» doit elle aussi être définie. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies⁹ explique les quatre grandes caractéristiques d'un réel accès aux soins médicaux : «disponibilité, accessibilité, durabilité et qualité »

Pour le Comité la *disponibilité* implique qu'«Il doit exister dans l'État, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé La nature exacte des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, parmi lesquels le niveau de développement de l'état»

Le terme *accessibilité* est décrit de la manière suivante par le Comité: «Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'état». L'*accessibilité* possède quatre dimensions qui se chevauchent : non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique et accessibilité de l'information.

La *durabilité* implique que « Toutes les installations (...) doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriées sur le plan culturel.»

Enfin, «Les installations, (...) doivent être scientifiquement et médicalement appropriées et de bonne qualité. Cela exige entre autres un personnel médical ayant suivi une formation, des médicaments et du matériel hospitalier scientifiquement homologués et non périmés, de l'eau sûre et potable et des installations d'hygiène appropriées.»

⁹ « Observation générale n°14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2000

5.3 Chiffres

En 2005, environ 850 demandes ont été traitées, concernant les pathologies suivantes – par ordre décroissant : VIH, problèmes psychiatriques (entre autres états de stress post-traumatique), le diabète et les hépatites.

Tableau 12: Pathologies les plus fréquentes

Pathologie	Pourcentage de demandes
HIV-VIH	27%
Aff. psychiatrique	12%
Diabète	9%
Hépatites	7%
Epilepsie	4%

Le service d'information fournit des informations sur les pays où Médecins Sans Frontières est active.

En 2005, les demandes ont essentiellement concerné les pays suivants :

Tableau 13: Nationalités les plus représentées

Nationalités les plus représentées	Pourcentage de demandes
Congo	9%
Russie	6%
Cameroun	6%
Arménie	5%
Angola	5%
Guinée	4%
Rwanda	4%
Serbie-et-Monténégro	3%
Sierra Leone	3%

Le service d'information traite essentiellement les demandes de personnes qui se trouvent en Europe. En 2005, les demandes émanaient surtout des pays suivants : Belgique (70% des demandes), Pays-Bas, Royaume-Uni et Allemagne.

MSF est bien consciente de l'importance du facteur «temps» dans les procédures et veille donc à transmettre les informations le plus rapidement possible. En 2005, 75% des demandes ont été traitées dans les 4 jours.

Les tribunaux du travail, souvent impliqués dans les litiges concernant cette matière, demandent aux experts de s'informer en cas de doute sur l'accès aux soins médicaux. Les experts sont invités par les tribunaux à s'informer auprès de l'Organisation mondiale de la santé, «afin de se faire une image objective de la situation et de la prise en charge médicale dont les patients pourraient disposer» Les décisions reposent ainsi en partie sur les informations de MSF.

Nous pouvons donc affirmer que les informations fournies par Médecins Sans Frontières peuvent constituer un élément intéressant dans la motivation d'un report de départ. Cette information peut

également rassurer les patients sur l'accessibilité des soins de santé dans leur pays d'origine. Ils peuvent donc rentrer au pays le cœur léger.

À l'échelon européen, d'aucuns semblent s'intéresser à une extension de la banque de données. Les autorités et les ONG prennent des initiatives en ce sens.

Il a été décidé de mettre en ligne le projet «Ithaca» dès 2006, afin qu'un plus grand nombre de patients puissent avoir accès à cette information.

6 Conclusions

Aide médicale urgente pour des personnes sans papiers

1. **L'Aide médicale urgente existe depuis 10 ans, malgré cela, des personnes sont toujours exclues des soins.**

Après toutes ces années sur le terrain, MSF constate qu' en Belgique, de nombreuses personnes sans papiers sont toujours exclues des soins de santé.

Le **cadre légal, l'AR de 1996 pour l'Aide Médicale Urgente**, existe pourtant depuis **10 ans**. L'AR donne aux autorités locales, les CPAS, la responsabilité de l'accès aux soins de santé. Le CPAS du lieu de résidence effectif est responsable pour l'accès aux soins médicaux. Après 10 ans, il y a encore des CPAS qui ne peuvent assurer un accès convenable. Certains ont néanmoins fait des efforts pour améliorer la facilité de l'accès. En pratique, cela signifie qu'il y a une différence d'accès, selon le lieu de résidence du patient. Le contraste entre les différents CPAS est parfois énorme.

2. **Les bons exemples doivent être étendus**

Nous remarquons que certains CPAS ont fait des efforts pour améliorer l'accès. Des solutions concrètes existent. Pourquoi celles-ci ne sont-elles pas appliquées ailleurs ? Voici quelques bons exemples :

- **La carte médicale.** Il s'agit d'un document que le CPAS délivre au patient pour une période définie. Durant cette période, le patient peut se rendre directement chez le prestataire de soins. Le prestataire de soins a à son tour l'assurance d'être remboursé pour les soins administrés. L'utilisation de cette carte est encouragée par le Ministre de l'Intégration Sociale. Pourquoi certains CPAS choisissent de ne pas travailler de cette manière ?
- **Les conventions entre CPAS et prestataires de soins.** Celles-ci facilitent également l'accès. La charge administrative pose moins de problèmes au prestataire de soins, il connaît la procédure à suivre et est sûr d'être remboursé.
- **Relais santé.** Il s'agit en quelque sorte de l'intermédiaire entre les prestataires de soins et les patients. En cas de difficultés, les patients peuvent s'y rendre. L'assistante sociale s'occupe de l'administration et réfère vers un prestataire de soins. Grâce à l'ouverture d'esprit du CPAS et à la participation des prestataires de soins, MSF a pu fermer son projet à Liège.

Code 207 pour demandeurs d'asile

Dans nos consultations, nous voyons surtout des demandeurs d'asile qui ne résident pas dans les centres d'accueil. Ces personnes sont appelés des « no-shows ». Le centre ou les CPAS restent compétents pour les soins médicaux. Nous pouvons donc conclure les choses suivantes :

1. La procédure administrative est trop compliquée

Chaque centre/CPAS travaille d'une autre manière. La procédure à suivre exige une bonne connaissance, tant pour le patient que pour les prestataires de soins. Une simplification s'avère nécessaire pour les deux parties. Une **centralisation des dossiers** par organisation, ou mieux encore, au siège de Fedasil, pourrait faciliter la procédure administrative. Ainsi il y aurait une adresse fixe pour tous les patients.

Le médecin généraliste doit pouvoir obtenir, lorsqu'il reçoit un patient, une information immédiate concernant le remboursement de la consultation, et ceci jour et nuit. Sinon il décroche. L'instauration d'une **carte médicale**, comparable pour tous les demandeurs d'asile, pourrait être une solution aux problèmes de remboursements.

2. Trop peu d'importance est accordée aux soins de santé de première ligne

La charge administrative, ainsi que les problèmes de remboursements, ne facilitent pas le suivi par le médecin généraliste. Un certain nombre de demandeurs d'asile souffre d'une pathologie chronique et doit être suivi par un médecin généraliste. (diabète, hypertension...). Des **conventions avec les prestataires de soins et les structures d'accueil** peuvent également être utiles.

En ce qui concerne la santé mentale, les conclusions vont dans le même sens que pour les soins médicaux. La santé mentale est pour nous une référence possible après la consultation médicale. L'administration, ainsi que les remboursements devraient se dérouler plus aisément, comme pour les consultations médicales.

En temps qu'organisation humanitaire, MSF n'entend pas offrir une solution structurelle. Nous demandons donc aux autorités de prendre leur responsabilités, afin qu'en Belgique l'accès aux soins soit assuré pour tous.

Annexe 1: Chiffres détaillés pour Anvers

NOMBRE DE VISITEURS

MSF est actif à Anvers depuis 1993. Il y a eu, en 2000, une collaboration temporaire avec Helpcenter¹⁰. En 2005, 1343 personnes sont venues en consultation, 933 d'entre elles se présentaient pour la première fois.

Table 14: Nombre de visiteurs à Anvers

Nombre de visiteurs	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000		2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de visiteurs	81		260	402	435	568	568	255	1194	503	1060	1175	1327	1343
Nombre de nouveaux patients	81	186	189	318	321	390	382	166	871		883	1023	1000	933
Nombre de consultations	177	380	360	1153	1540	1627	1407	561	-	825	2176	2967	3526	3432
								AZG	HC					

HC: Helpcenter

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- **Age et sexe**

Table 15: Age et sexe des visiteurs – Anvers

Age	Hommes	%	Femmes	%	TOTAL	%
< 1an	26	3.7	32	4.8	58	4.3
1 – 4 ans	23	3.4	29	4.5	52	3.9
5 – 14 ans	30	4.4	37	5.7	67	5.0
15 – 19 ans	36	5.3	46	7.1	82	6.1
20 – 29 ans	189	27.7	224	34.6	413	30.8
30 – 39 ans	240	35.4	155	24.0	395	29.4
40 – 49 ans	96	14.2	76	11.7	172	12.8
50 – 59 ans	31	4.6	39	6.0	70	5.2
> 60 ans	16	2.4	18	2.8	34	2.5
TOTAL	387	51.15	656	48.85	1343	100

La catégorie d'âge des 20-39 ans est clairement la catégorie la plus représentée. Cette constatation se vérifie aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Au total, on observe que les hommes viennent un peu plus souvent en consultations que les femmes.

¹⁰ Service de première ligne du "centrum voor Algemeen Welzijnswerk" pour des problèmes au niveau sexuel.

- **Nationalité**

Table 16 : Nationalité des visiteurs – Antwerpen

Nationalité	Nombre	%
Inconnue	18	1.3
Belge	38	2.8
EU	97	7.2
Europe, non EU	214	15.9
Asie	265	19.7
Maghreb	191	14.2
Afrique	372	27.6
Amérique latine	146	10.8
Amérique du Nord	2	0.1

- **Lieu de résidence**

Le code postal est utilisé comme indicateur du lieu de résidence.

Table 17: Lieu de résidence des visiteurs - Anvers

Lieu de résidence	Nombre	%
2060	542	40.3
2140	134	9.9
2018	138	10.2
2000	77	5.7
2100	54	4.0
2600	65	4.8
Autre commune d'Anvers	143	10.6
Ailleurs qu'à Anvers	52	3.8
Sans-abris	43	3.2
Amis	20	1.4
Inconnu	75	5.5

Des consultations sociales, il ressort que les patients logent souvent chez des amis ou des connaissances. Bien qu'un code postal soit indiqué, il convient de signaler que les visiteurs changent souvent de lieu de résidence.

Les patients qui sont classés sous « amis » ont donc souvent un lieu de résidence mais ne veulent ou ne peuvent le divulguer.

- **Statut du séjour des patients non-Belges**

Table 18 : Statut du séjour des non-Belges - Anvers

Statut	Nombre	%
Demandeur d'asile	71	5.8
Conseil d'Etat	93	6.9
Demandeur d'asile débouté	129	9.6
Art 9§3	259	19.2
Sans procédure	453	33.7
Visa	42	3.1
Non soumis à l'obligation de visa, avec un séjour < 3 mois	21	1.5
Autre	154	11.4
Inconnu	24	1.7

Un appel auprès du Conseil d'Etat constitue pour la plupart des demandeurs d'asile une procédure déconcertante. Officiellement, cela ne fait pas partie de la procédure de demande d'asile. Un appel n'est pas suspensif mais l'intéressé garde le droit à l'accueil et aux soins de santé.

Les demandeurs d'asile déboutés sont des personnes dont la procédure auprès du Conseil d'Etat est clôturée ou dont la procédure n'a jamais été initiée.

Le groupe des patients repris sous 'Article 9 § 3' peut être composé aussi bien de 'Conseil d'Etat' que de 'Demandeurs d'asile déboutés'. Ces procédures peuvent être lancées en parallèle ou séparément.

Les patients sous 'Sans procédures' n'amorcent jamais une procédure de demande d'asile. Pour 59 patients, le statut n'est pas disponible.

- **Durée du séjour en Belgique**

Table 19: Durée du séjour en Belgique – Anvers

Temps passé en Belgique	Nombre	%
< 3 mois	128	10.5
3 à 6 mois	109	8.9
6 à 11 mois	126	10.3
1 à 2 ans	323	26.5
3 à 4 ans	259	21.2
5 à 10 ans	216	17.7
> 10 ans	59	4.8

Comme l'année passée, la plupart des patients séjournent en Belgique depuis 1 à 2 ans.

Accès aux soins de santé

Table 20: Couverture sociale – Anvers

Accès aux soins	Nombre	%
Mutuelle en ordre	106	7.8
Mutuelle à régulariser	40	2.9
Code 207 Centre	140	10.4
Code 207 CPAS	40	2.9
Patient payant lui-même/Visa	12	0.9
Touriste	64	4.7
Aide médicale urgente	906	67.4
Inconnu	30	2.2
Autres	4	0.2

Les demandeurs d'asile déboutés, les personnes sans procédure et une partie des personnes sous 'Article 9§3' (patients pour lesquels aucune procédure auprès du Conseil d'Etat ou de demande d'asile n'a été amorcée en parallèle) dans le tableau 'Statut du séjour' peuvent bénéficier de l'aide médicale urgente. Ils représentent environ 67.4 % de notre population de patients.

Les patients qui sont couverts par un visa possèdent une assurance voyage du pays d'origine. Cette assurance ne couvre pas les maladies chroniques et les paiements doivent souvent être avancés.

Sous 'Touristes' nous reprenons les personnes qui sont rentré en Belgique sans visa. Ils disposent d'une mutuelle dans le pays d'origine (pour les Européens) ou n'ont tout simplement pas besoin d'un visa pour rentrer en Belgique (Brésil, Equateur, par exemple). Parmi ces derniers, seuls 3 étaient en ordre au niveau de leur assurance maladie. Pour eux, il n'est pas facile d'obtenir les bons soins vu qu'ils doivent tout payer eux-mêmes sans intervention de la mutuelle ou du CPAS.

Le 'Code 207' indique les centres fermés ou CPAS qui est en charge du paiement des frais médicaux.

DONNEES MEDICALES

- **Nombre de consultations par patient**

Table 21: Nombre de consultations par patient - Anvers

Nombre de consultations	Nombre de patients
1	580
2	246
3 à 5	279
6 à 10	89
Plus de 10	40

En 2005, un total de 3432 consultations ont été donnés auprès de 1234 patients différents.

- **Nombre de consultations par mois**

Table 22: Nombre de consultations par mois – Anvers

Mois	Nombre
Janvier	297
Février	264
Mars	268
Avril	281
Mai	293
Juin	270
Juillet	248
Août	322
Septembre	312
Octobre	277
Novembre	335
Décembre	265

- **Motif de contact au niveau social**

Table 23: Motif de contact au niveau social - Anvers

Raison	Nombre	%
Accès aux soins de santé	889	58.8
Ecoute/soutien	72	4.7
Aide juridique	69	4.5
Aide matérielle	15	0.9
Problèmes avec une facture d'hôpital	44	2.9
Référence médecin généraliste	200	13.2
Divers	222	14.6

Nous essayons systématiquement d'envoyer tout le monde chez le médecin généraliste avec une carte santé ou une carte SIS.

- **Renvoi vers les médecins généralistes**

Table 24: Renvoi vers les médecins généralistes - Anvers

Forme de paiement	Nombre	%
Code 207 centre fermé ou CPAS	1	0.5
Mutuelle en ordre	72	35.5
Aide médicale urgente	127	63.5

Le renvoi dans le cadre de l'aide médicale urgente n'est réalisé qu'après que nous ayons vérifié qu'il y a une prise en charge claire du CPAS, et ceci pour plus d'une consultation.

Le renvoi vers les médecins généralistes dans le cadre du Code '207' centre fermé reste très difficile pour ces raisons: les centres fermés ne fournissent presque jamais une prise en charge pour plus d'une consultation.

- **Diagnostics posés**

Table 25: Pathologies et diagnostics – Anvers

Diagnostics posés	Nombre	%
Ostéo-articulaire	365	11.7
Gastro-entérologie	300	9.6
Dermatologie	298	9.5
Pneumologie	275	8.8
Gynécologie	438	14
Cardiovasculaire	254	8.1
ORL	147	4.7
Uro-génitale	255	8.1
Général	139	4.4
Endocrinologie	129	4.1
Dentistes	115	3.6
Psychologie	83	2.6
Neurologie	88	2.8
Médication	26	0.8
Ophtalmologie	71	2.2
Certificats	50	1.6
Divers	86	2.7

Les plaintes les plus fréquentes sont de nature gynécologique, viennent ensuite les problèmes ostéo-articulaire: douleurs musculaires articulaires, maux de dos et traumatismes. Plusieurs plaintes peuvent être enregistrées par patient.

SUIVI

- **Avis spécialisés**

15.9 % des patients pour lesquels un diagnostic a été posé ont été aiguillés vers un spécialiste.

Table 26: Prise en charge des avis spécialisés

Prise en charge	Nombre	%
MSF	9	1.7
AMU	400	79.5
C207 CPAS	19	3.7
C207 Centre fermé	64	12.7
Patient	7	1.3
Mutuelle	4	0.7

- **Examens complémentaires**

Chez 11.9 % des patients pour lesquels un diagnostic a été posé, un examen complémentaire a été demandé.

Table 27: Prise en charge des examens complémentaires

Prise en charge	Nombre	%
MSF	22	5.9
AMU	261	71.1
C207 CPAS	16	4.3
C207 Centre fermé	55	14.9
Patient	8	2.1
Mutuelle	5	1.3

- **Médication**

Table 28: Prise en charge des médicaments

Prise en charge	Nombre	%
MSF	30	2.7
AMU	297	27
C207 CPAS	21	1.9
C207 Centre fermé	66	6.1
Patient	85	7.7
Mutuelle	5	0.4
PSF	592	54

AUTRES REFERENCES

Table 29: Autres références - Anvers

Références	Nombre	%
Kind en gezin	35	17.8
VRGT	73	37.2
Helpcenter	35	17.8
Psy	18	9.1
Free clinic	4	2
Labyrinth	27	13.7
Andere	4	2

L'aiguillage vers Kind en Gezin a lieu principalement dans le cadre d'un accompagnement de grossesse tandis, celui vers le VRGT dans le cadre d'un dépistage de la tuberculose. Nous aiguillons vers le Helpcenter pour des problèmes en lien avec la sexualité. Labyrinth est un centre d'avortement dans l'un des hôpitaux d'Anvers.

Annexe 2: Chiffres détaillés pour Bruxelles

NOMBRE DE VISITEURS

Au cours de l'année 2005, nous avons examiné 2394 personnes, 1846 (54%) d'entre elles se présentaient pour la première fois.

Nous avons une capacité de \pm 20 personnes par permanence mais le nombre de personnes attendant à la porte est souvent plus élevé.

Table 30: Nombre de visiteurs Bruxelles

Unité mobile	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Nombre de visiteurs	237	397	520	760	860	947	1073
Nombre de nouveau patients	237	-	-	-	700	776	869
Nombre de consultations	532	820	1100	-	1800	2000	2418

Rue d'Artois	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de visiteurs	285	370	489	1735	2485	2098	2180	2511	2450	2394
Nombre de nouveau patients	285	247	406	1461	1978	1614	1728	2043	1989	1846
Nombre de consultations	806	1116	1620	3750	5296	3947	4156	4884	4683	4337

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nous décrivons ci-dessous le profil des 2394 personnes (visiteurs anciens ou nouveaux) qui sont venues consulter en 2005.

- **Age et sexe**

Les proportions en ce qui concerne l'âge sont comparables avec celles des années précédentes. Nous constatons bien un nombre plus élevé d'hommes.

Table 29: Age et sexe des patients à Bruxelles

Age	Hommes	%	Femmes	%	TOTAL	%
< 1 an	9	0,5	9	0,5	18	1
1 - 4 ans	41	1,7	39	1,6	80	3,3
5 - 14 ans	78	3,2	63	2,6	141	5,8
15 - 19 ans	27	1,1	52	2,1	79	3,2
20 - 29 ans	353	14,7	273	11,5	626	26,1
30 - 39 ans	474	19,7	297	12,5	771	32,1
40 - 49 ans	231	9,6	177	7,3	408	16,9
50 - 59 ans	99	4,1	84	3,5	183	7,6
> 60 ans	40	1,6	44	2	84	3,6
TOTAL	1352	56,1	1042	43,9	2394	

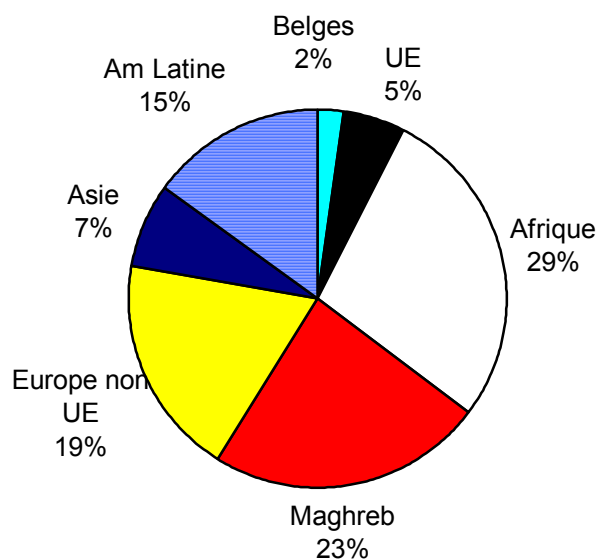
- **Nationalité**

En 2005 le nombre de Belges a légèrement augmenté mais proportionnellement ce nombre reste relativement stable (2,1%).

Nous avons compté 105 nationalités différentes. Les nationalités principales sont plus ou moins les mêmes qu'en 2005: Marocains (16,6%), Brésiliens (9%), Roumains (11,3%), Congolais (8,4%), Algériens (6%),... Ces 5 nationalités représentent 51,3% de nos visiteurs.

Les Polonais, Camerounais, Equatoriens et Guinéens représentent encore 16,8% de nos patients.

Graphique 2: Nombre de patients par nationalité - Bruxelles



- **Lieu de résidence**

Le code postal est utilisé comme indicateur du lieu de résidence.

Table 32: Lieu de résidence - Bruxelles

Lieu de résidence	%
1000	15
1060	11
1070	16,5
1030	8,5
1080	8
1020	4,1
1210	3,5
1190	4
1050	4
Autres communes de Bruxelles *	5,5
Ailleurs qu'à Bruxelles	4,4
Sans-abri	6,3
Amis	5,5
Inconnu	2,3

* Les autres communes sont principalement Ixelles, Uccle, Koekelberg et Jette.

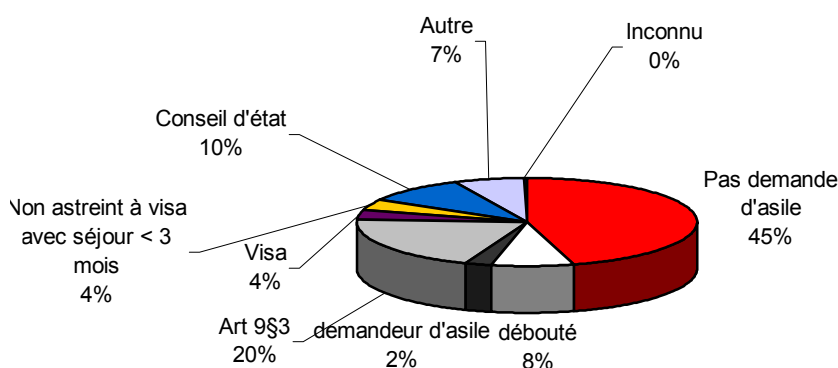
284 des visiteurs disent ne pas avoir de lieu de résidence fixe; où bien ils sont effectivement sans-abri (152) auquel cas ils dorment dans la rue, où bien ils logent chez des amis (132) et ils sont obligés de déménager fréquemment en fonction de la disponibilité de leurs amis ou autres connaissances.

Beaucoup de personnes hésitent visiblement à donner leur adresse par peur d'être expulsés.

- **Statut de séjour des patients non-Belges**

Ci-dessous, vous pouvez voir la répartition des différents statuts des patients non-Belges qui constituent 98% de nos visiteurs.

Graphique 3: Statut de séjour des patients non-Belges – Bruxelles



Les personnes ayant un statut légal sont soit ressortissant de l'UE, soit ont un statut de réfugié reconnu ou une carte d'étranger.

Les demandes de régularisation pour raisons humanitaires ou médicales (art9§3) ont encore augmenté par rapport à l'année dernière (20% versus 16%); ce sont essentiellement des personnes déboutées de la procédure d'asile ou qui n'ont jamais demandé l'asile. Leur seul recours est un séjour pour raisons humanitaires.

Le nombre de demandeurs d'asile est 12%, mais est partagé en demandeurs d'asile (2%) et procédure Conseil d'état.

4% sont considérées comme « touriste » car elles sont depuis moins de 3 mois en Belgique.

- **Durée de séjour en Belgique**

La durée de séjour en Belgique a été calculée à partir de la date d'arrivée.

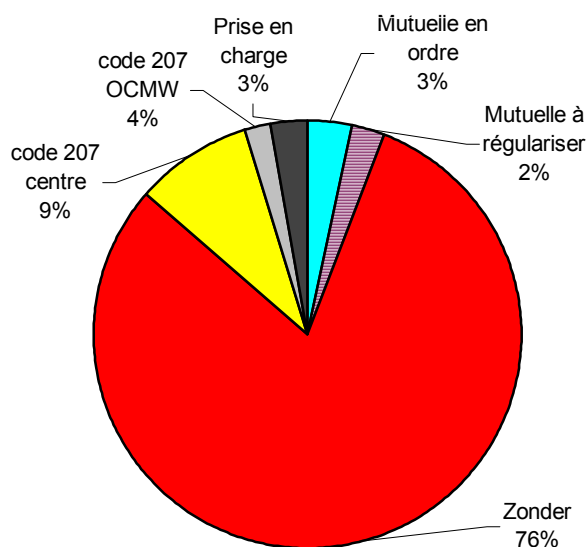
Table 33: Durée de séjour en Belgique - Bruxelles

Durée de séjour en Belgique	%
< de 3 mois	16
3 – 6 mois	12
6 – 11 mois	11
1 – 2 ans	33
3 – 4 ans	17
5 – 10 ans	7
> 10 ans	3

- **Accès aux soins de santé**

La couverture sociale est bien entendu étroitement liée au statut du patient. Plus de 70 % des consultants n'ont pas accès à une couverture sociale via un organisme assureur (mutuelle). Ce sont des personnes en situation illégale (déboutés et clandestins) mais aussi des Européens (séjour de moins de 3 mois ou n'ayant pas de séjour valable) et des porteurs de visa touristique.

Graphique 4: Couverture sociale des patients – Bruxelles



3% (80) des consultants sont en ordre de mutuelle ou ont une carte santé.

DONNEES MEDICALES

Durant l'année 2005, 4337 consultations psycho-médico-sociales ont été dispensées.

Le tableau ci-dessous reprend le nombre de consultations par patient :

81% des patients ne consultent qu'une ou deux fois par an, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'ils aient retrouvé un accès aux soins dans les structures existantes :

Table 34: Nombre de consultations par patient - Bruxelles

Nombre de consultations	Nombre de patients	%
1 consultation	1315	62
2 consultations	429	19
3 - 5 consultations	315	14
6 - 10 consultations	76	4
> 10 consultations	16	1

- **Motifs de prise de contact**

Les demandes auxquelles l'assistant social est confronté sont très diversifiées: demande d'accès aux soins de santé, aide socio-juridique dans le cadre d'une demande d'asile, demandes sociales couvrant différents domaines ou simplement demande d'écoute.

Pour une série de demandes, la personne est aiguillée vers des services sociaux spécialisés dans différents domaines.

La même personne peut présenter plusieurs demandes.

Table 35: Motif de la demande – Bruxelles (*)

Motif	Nombre	%
Accès aux soins de santé	778	78
Ecoute / soutien	40	4
Aide juridique	124	12,5
Aide matérielle	16	1,5
Problème de facture hospitalière	23	2,5
Divers	15	1,5

- **Diagnostics posés**

Les principaux motifs de contacts sont les plaintes ostéo-articulaires (douleurs musculaires, articulaires, douleurs du dos et traumatisme) et les problèmes gastro-entérologiques.

Table 36 Diagnostic posé - Bruxelles

Motifs de contact	Nombre	%
Ostéo-articulaire	458	11,5
Gastro-entérologie	441	11
Dermatologie	264	6,6
Certificats	310	7,8
ORL	276	7
Gynécologie	272	7
Pneumologie	224	5,6
Divers	176	4,5
Cardiologie	244	6
Psychopathologie	163	4
Médicaments	133	3,5
Uro-génital	259	6,5
Pb dentaires	185	4,5
Général	193	5
Neurologie	118	3
Ophtalmologie	112	3
Endocrinologie	140	3,5
TOTAL	3968*	

*Un même patient peut présenter plusieurs motifs de contact.

SUIVI

- **Avis spécialisés**

Suite à ces consultations, 947 avis spécialisés ont été demandés.

La prise en charge des consultations spécialisées est réalisée dans 62% des cas dans le cadre de l'aide médicale urgente soit directement via l'hôpital, soit via le CPAS. 14,5% sont pris en charge par un code 207 : CPAS (1,5 %) ou centre (13%). Les patients prennent en charge eux-mêmes dans 4%.

Les autres avis ont été pris en charge soit via la mutuelle des patients (1%) soit payé par MSF (2%), soit réalisés gratuitement par quelques spécialistes (cardiologue et dermatologue) partenaires du projet (3%).

- **Les examens complémentaires**

356 examens complémentaires ont été demandés, principalement des analyses biologiques et des radiographies.

23% ont été prise en charge dans le cadre de l'aide médicale urgente.

33% (biologie et radiographie du thorax) ont été réalisés gratuitement grâce à nos laboratoires partenaires et à la FARES.

8.4% ont été pris en charge par le code 207 CPAS (1,5%) ou centre (16%).

Les autres examens ont été pris en charge soit par MSF (26%), soit par le patient (1%) ou par la mutuelle (0,4%).

Le recours à notre laboratoire partenaire pour la biologie reste encore très important car il n'existe pas de réelle procédure d'urgence pour obtenir un réquisitoire pour réaliser des analyses biologiques ou tout autre examen complémentaire si ce n'est via le service d'urgence.

REFERENCES VERS D'AUTRES SERVICES MEDICO-SOCIAUX

- 30% de nos patients ont été référés vers un médecin généraliste ou une maison médicale soit dans le cadre de l'aide médicale urgente (98%), soit ils bénéficiaient de la mutuelle.
- 9% de nos patientes ont été orientées vers un planning familial pour une interruption de grossesse ou pour une consultation gynécologique.
- 8% femmes ont été orientées vers les consultations ONE pour un suivi de grossesse
- 15,4% ont été référés vers le service d'urgence
- 74 personnes ont nécessité une prise en charge psychologique dans un centre de santé mentale.

Annexe 3: Chiffres détaillés Liège

FREQUENTATION

Durant l'année 2005, 229 personnes ont été reçues, dont 121 (70%) se présentaient pour la première fois.

Pour 108 des patients, un dossier existait déjà. Ils s'étaient, en effet, déjà présentés, pour 91 patients en 2004, 51 en 2003, 29 en 2002, 20 en 2001, 5 en 2000, 1 en 1999, 1 en 1998 et 1 en 1996.

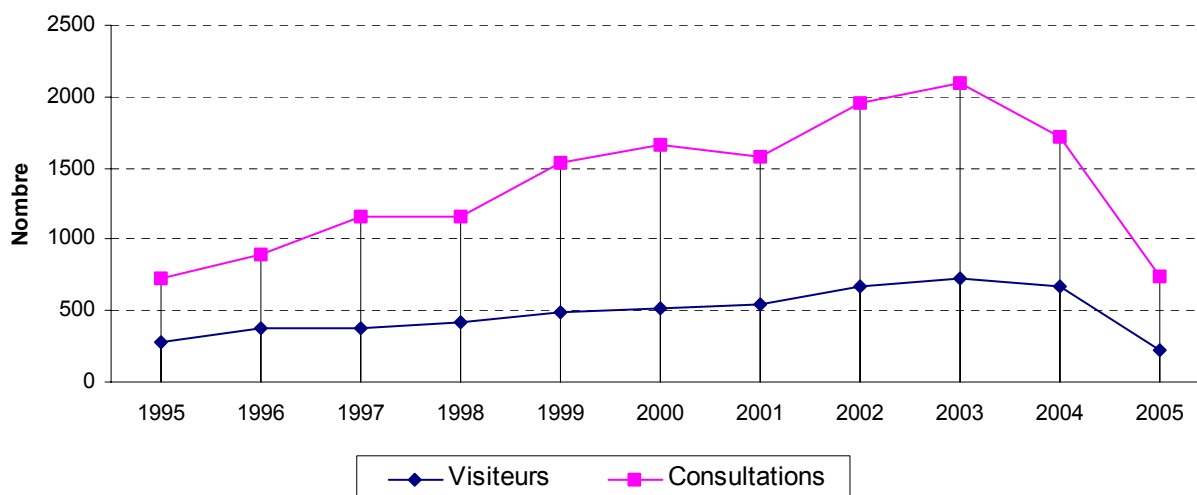
Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la fréquentation du centre depuis 1995.

Table 37: Fréquentation à Liège

Fréquentation	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de visiteurs	274	378	374	414	493	511	543	664	721	671	229
Nombre de nouveaux patients	274	295 78%	270 72%	271 65%	304 62%	323 63%	377 69%	456 69%	506 70%	425 63%	121 52%
Nombre de consultations	721	887	1156	1154	1534	1666	1583	1955	2096	1717	743

Du fait de l'ouverture, en mars 2004, du "Relais Santé", la fréquentation aux consultations a diminué à partir de 2004.

Graphique 5: Nombre de patients en consultation entre 1995 et 2005 - Liège



CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

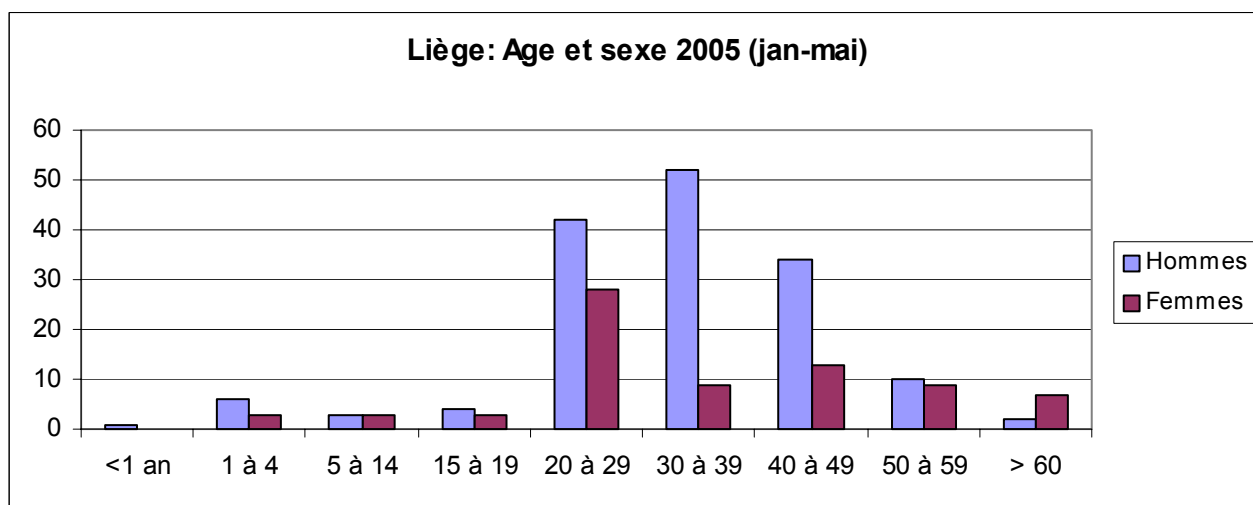
- **Age et sexe**

Il y a peu de changement dans la répartition en classes d'âge et en sexe. 67 % des visiteurs sont des hommes. Le gros des patients a entre 20 et 40 ans (62 % des visiteurs).

Table 38: Age et sexe des visiteurs - Liège

Age	Hommes	%	Femmes	%	TOTAL	%
< 1 an	1	0,5	0	0	1	0,5
1 - 4 ans	5	2	2	1	7	3
5 - 14 ans	4	1,7	4	2	8	3,4
15 - 19 ans	3	1,3	1	0,5	4	5,0
20 - 29 ans	39	17	28	12	67	31,1
30 - 39 ans	51	22	11	5	62	30,8
40 - 49 ans	36	16	12	5	48	14,1
50 - 59 ans	13	5,5	9	4	22	5,4
> 60 ans	2	1	8	3,5	10	2,9
TOTAL	157	67	75	33	229	

Graphique 6: Répartition des patients en classes d'âge et en fonction du sexe – Liège



- **Nationalité**

Les nationalités les plus fréquentes après la nationalité belge (17%) sont les nationalités congolaise (15%), algérienne (10,5%), marocaine (12,5%) et guinéenne (4%).

- **Lieu de résidence**

Nous avons pris le code postal comme référence.

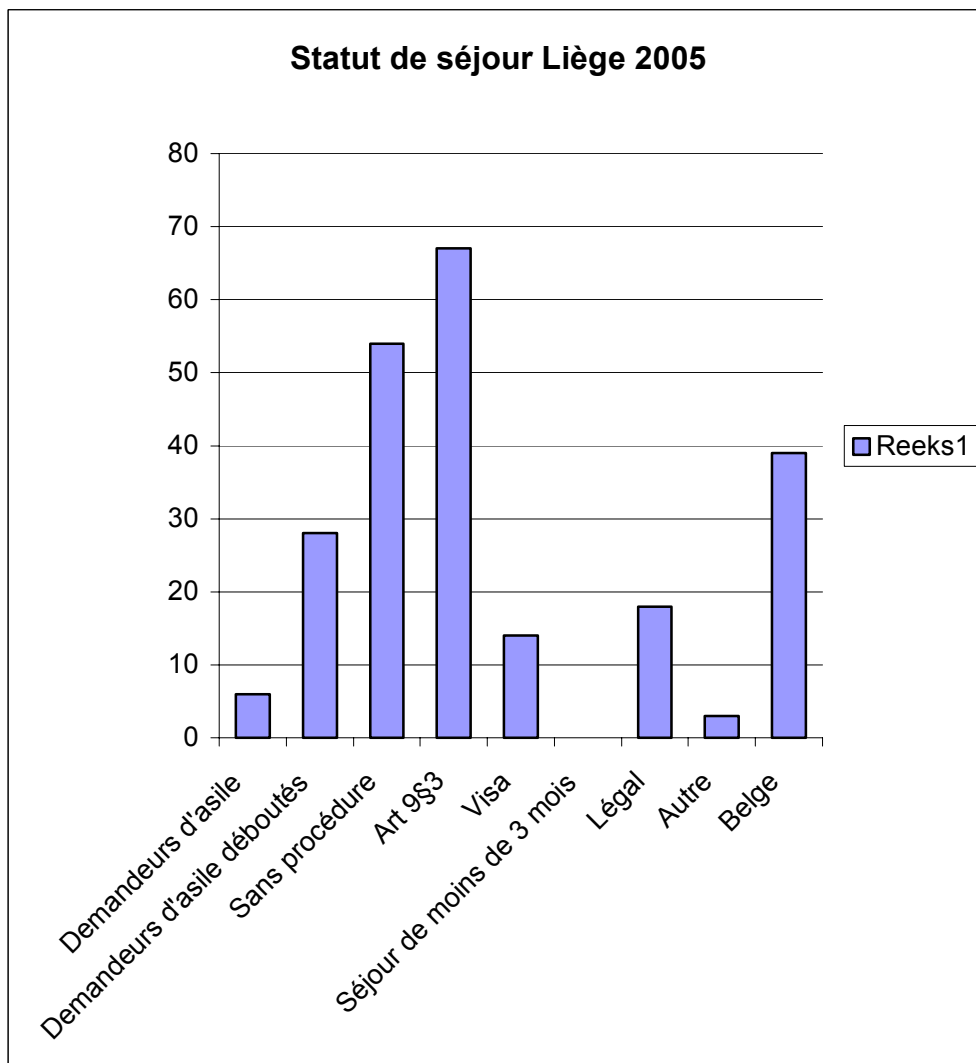
Table 39: Lieu de résidence des visiteurs - Liège

LIEU DE RESIDENCE	%
4000	53
4020	18
Autres communes de Liège (4030-31-32)	2,6
4040 – Herstal	3,4
4100 – Seraing	2,6
4430 – Ans	0,8
Autres communes de la province de Liège	2,6
Autres communes en dehors de la province de Liège	1,5
Pas de lieu de résidence fixe	12,5
Amis	3
Inconnu	0

- **Statuts des patients**

Les non-Belges représentent 90,6 % des visiteurs (653) et sont répartis comme suit:

Graphique 7: Statuts des patients - Liège



Les distinctions entre les différents statuts sont primordiales à établir car elles vont conditionner l'accès aux soins possible pour chaque personne.

Par rapport à l'année dernière, on remarque une forte augmentation des personnes en demande de régularisation par l'article 9§3 (29%, comparé à 9% en 2004). Le nombre de patients sans procédure diminue légèrement (23%, comparé à 31% in 2004). Les patients déboutés représentent, quant à eux, 12 % de notre population.

Nous constatons par contre une diminution du nombre de demandeurs d'asile (2%, comparé à 5 % en 2004).

Les personnes qui possédaient un visa représentent 6% du total des patients. 7% d'entre eux étaient en séjour légal en Belgique. Pour 39 personnes, nous ne disposons pas de ce type d'information.

- **Durée de séjour en Belgique**

La durée de séjour en Belgique a été calculée à partir de la date d'arrivée en Belgique. 190 visiteurs étaient non-Belges ; 24% d'entre eux étaient en Belgique depuis moins d'un an.

Table 40: Durée du séjour en Belgique - Liège

Durée de séjour	Nombre	%
< de 3 mois	15	8
3 – 6 mois	13	7
6 – 11 mois	17	9
1 – 2 ans	33	17
3 – 4 ans	48	25
5 – 10 ans	45	24
> de 10 ans	17	9
Inconnue	2	1

- **Accès aux soins de santé**

78% des visiteurs n'ont pas accès à une couverture sociale via un organisme assureur (mutuelle). Ce sont des personnes en situation illégale (déboutés ou clandestins) mais aussi des porteurs de visa touristique ou une prise en charge.

8 % des visiteurs ont une mutuelle. Il s'agit ici de Belges (39) et d'étrangers qui séjournent légalement sur le territoire (2).

13 % sont des demandeurs d'asile avec un code 207. Pour ceux-là le centre fermé ou le CPAS est compétent.

- **Revenu**

Parmi les patients venant à nos consultations, 146 n'ont aucune source de revenu, 36 sont au chômage ou sont couverts par un CPAS, 11 ont un revenu de remplacement (mutuelle, pension), 2 d'entre eux ont un travail.

Nous ne disposons pas de ce type d'information pour 34 personnes.

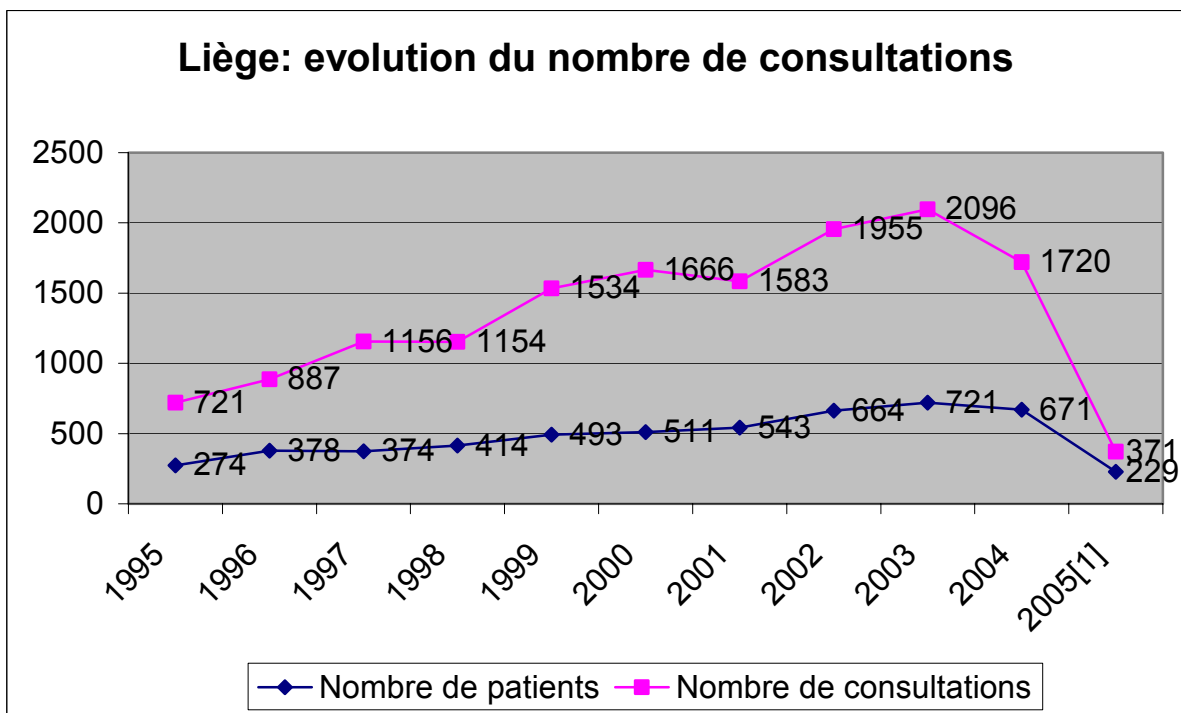
DONNEES MEDICALES

En 2005, nous avons réalisé 743 consultations socio-médicales pour 229 patients. (*Consultations médicales: 372, nombre de patients: 229*)

Table 41: Nombre de consultations par patient – Liège

Nombre de consultations	Nombre	%
1	171	71%
2	41	17 %
3 à 5	23	10 %
6 à 10	3	1,5%
Plus de 10	1	0,5%

Graphique 8: Nombre de consultations par mois – Liège



- **Motifs de prise de contact**

Sur l'ensemble des consultations, 371 ont nécessité une intervention particulière du travailleur social.

40 % (397) des demandes concernent l'introduction et le suivi des demandes de réquisitoires faites aux CPAS et centres d'accueil ainsi que l'introduction des demandes d'aide médicale urgente. Ce chiffre est relativement moins élevé qu'en 2004.

Table 42: Motifs de prise de contact - Liège

Motif	Nombre	%
Accès aux soins de santé	157	40%
Ecoute/soutien	5	1%
Aide juridique	7	1,5%
Aide administrative	125	31,5%
Aiguillage vers le Relais Santé	39	10%
Divers*	64	16%

*Sous divers se retrouvent: le secrétariat médical, la prise de rendez-vous, l'aiguillage d'un patient avec assurance maladie.

- **Diagnostics posés**

372 consultations médicales ont été réalisées et 300 diagnostics ont été posés. Les principaux motifs de contacts médicaux sont des problèmes dentaires, ORL, des plaintes digestives et ostéo-articulaires.

Table 43: Diagnostics - Liège

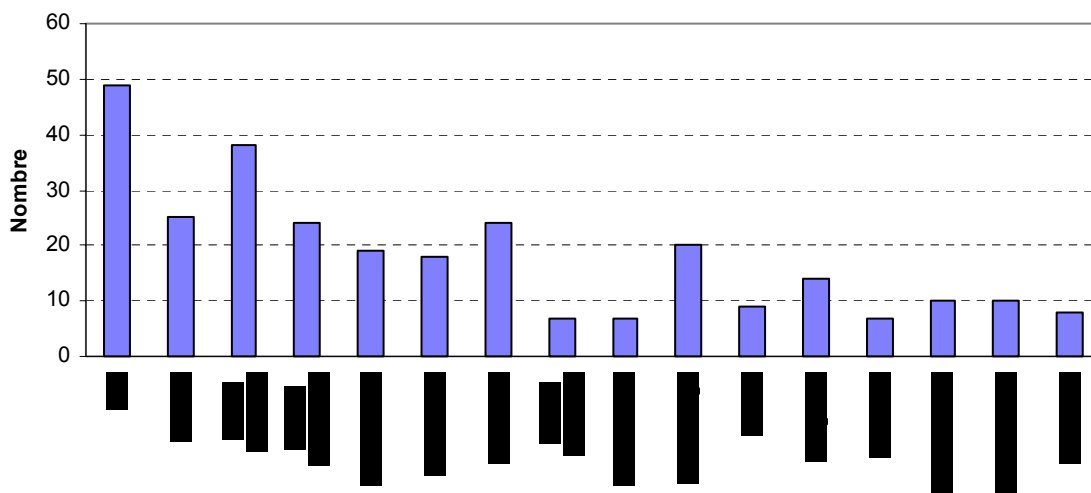
Diagnostics		%
ORL	49	16
Pb dentaires	25	8,3
Ostéo-articulaire	38	12
Gastro-entérologie	24	8
Dermatologie	19	6,3
Gynécologie	18	6
Psychopathologie	24	8
Cardio-vasculaire	7	2,3
Médicaments	7	2,3
Pneumologie	20	6,6
Général	9	3
Uro-génital	14	4,6
Certificats	7	2,3
Endocrinologie	10	3
Ophtalmologie	10	3
Neurologie	8	2,6
Divers	11	3,6
TOTAL	300*	

* Plusieurs diagnostiques par patient sont possibles. Pour certains patients, un diagnostic ne peut pas être directement posé.

La rubrique « certificats » reprend les demandes de certificats pour le travail, l'Office des Etrangers, incapacité de travail, certificat de bonne santé,...

La rubrique « médicaments » représente les personnes renvoyées de l'extérieur (ONE, hôpitaux,...) pour des médicaments ou qui ne peuvent pas prendre en charge financièrement leur traitement.

Graphique 9: Diagnostics – Liège



SUIVI

- **Avis spécialisés**

47 avis spécialisés ont été demandés après nos consultations.

Table 44: Répartition des avis spécialisés

Avis spécialisé	Nombre
Médecine interne	16
Cardiologie	8
Chirurgie générale	16
Orthopédie	18
Urologie	10
Pédiatrie	9
Gynécologie	71
Dentisterie	191
ORL	15
Dermatologie	17
Ophtalmologie	39
Psychiatrie	17
Kinésithérapie	10
Autres	8

64% sont pris en charge par le CPAS dans le cadre de l'aide médicale urgente, 15% par un code 207 centre.

14% sont réalisés gratuitement grâce essentiellement à la collaboration d'un cabinet dentaire et d'un centre de planning familial.

- **Examens complémentaires**

181 examens complémentaires ont été demandés, essentiellement des analyses de biologie clinique, des radiographies et des échographies.

5% sont réalisés gratuitement grâce à la collaboration d'un laboratoire et d'un service hospitalier de radiologie, 72% dans le cadre de l'aide médicale urgente et 16% sont pris en charge par un code 207.

- **Médicaments**

207 consultations nécessitaient un traitement médical. Dans la majorité des cas, les médicaments ont pu être donnés grâce à des échantillons (131). Dans une moindre mesure, MSF payait les médicaments (1), l'Aide Médicale Urgente (44), le CPAS ou le centre fermé compétent (13), la mutuelle (12) ou le patient lui-même (5).

REFERENCES VERS D'AUTRES SERVICES MEDICO-SOCIAUX

49 patients ont été référés vers un médecin généraliste, dont 33 dans le cadre de l'aide médicale urgente et 10 personnes en ordre de mutuelle.

5 patientes ont été orientées vers les services de l'ONE pour un suivi de grossesse, 2 patients vers un planning familial, 4 patients vers START pour un problème de toxicomanie.

Annexe 4: Témoignages de patients *

Témoignage de Marius, un Roumain de 50 ans

*En Belgique depuis 2003
Sans résidence légale*

Ce monsieur est arrivé en Belgique en juillet 2003 et il a immédiatement demandé l'asile. Le centre d'accueil de Bevingen, un centre d'accueil de Fedasil, lui a été attribué. Ce centre est responsable de la prise en charge de ses soins médicaux. Pendant le séjour de Marius au centre, le service médical a démarré un suivi médical à l'hôpital universitaire de Leuven. Après avoir vu sa demande d'asile refusée une seconde fois, Marius a dû introduire un recours devant le Conseil d'état. Il a alors quitté le centre, par crainte de se faire prendre. Il est allé s'installer chez des compatriotes.

C'est en octobre 2003 qu'il est venu pour la première fois à une consultation de Médecins Sans Frontières. Chaque mois, il doit se procurer un réquisitoire pour une prise de sang et un autre pour aller voir un spécialiste. Il doit prendre chaque jour des médicaments, pour lesquels il a également besoin d'une prise en charge. Il doit pouvoir consulter à tout moment un généraliste, car son état de santé peut s'aggraver brusquement à chaque instant. Le généraliste assure son suivi médical général et, si nécessaire, les examens complémentaires. Chaque procédure exige une prise en charge distincte, qu'il doit demander au centre d'accueil de Bevingen, toujours trois jours à l'avance. Il est impossible de les demander ultérieurement, pour des soins déjà dispensés.

Comme ce monsieur a dû mal à se faire comprendre – il parle le roumain - l'assistant social lui avait trouvé un généraliste roumain. Cette dame ne parlait toutefois que le français et ne pouvait donc pas se concerter avec le spécialiste néerlandophone de la Clinique universitaire de Leuven. Le dossier médical a donc été transféré à Saint-Pierre, à Bruxelles.

Lors du transfert du dossier, un assistant social et un médecin de MSF sont venus expliquer au généraliste roumain la procédure administrative à suivre.

Au bout d'une semaine, ce médecin nous a fait savoir que cela ne le gênait pas d'assurer le suivi médical de ce patient, mais qu'il ne voulait plus prendre en charge les aspects administratifs. Demander les réquisitoires prenait énormément de temps. Un compromis provisoire a été trouvé : le suivi médical est assuré par le généraliste roumain, mais c'est l'assistant social de MSF qui se charge de demander les prises en charge.

En pratique, voilà comment les choses se déroulent. Ce monsieur vient d'abord nous trouver, pour nous remettre les demandes. L'assistant social s'en occupe ensuite. Le monsieur revient ensuite chercher les prises en charge. Il peut alors aller chercher chez le pharmacien ses médicaments ou se rendre chez le spécialiste à l'hôpital.

Marius est atteint de la maladie de Reckingham et a parfois du mal à se déplacer. L'assistant social de notre projet suit son dossier administratif depuis fin 2003 parce que ceci demande trop de travail de la part du médecin généraliste.

* Les noms ont été modifiés pour préserver l'anonymat des patients.

Témoignage d'Antoinette, une Congolaise de 26 ans

*En Belgique depuis 2004
Sans résidence légale*

Antoinette a demandé l'asile dès son arrivée en Belgique. Elle s'est vue affectée à une ILA (une initiative locale d'accueil, organisée par le CPAS) de la province de Namur, responsable de ses soins médicaux. Après avoir vu sa demande d'asile refusée, elle a fait appel auprès du Conseil d'état. Elle a ensuite quitté l'ILA. Elle vit depuis dans une église, de ce que ses compatriotes lui apportent.

Quand elle est tombée malade, Antoinette ne savait pas où s'adresser. Une amie lui a parlé de MSF. Le médecin l'a examinée et a estimé qu'elle devait être référée à un **spécialiste gynécologue**.

L'assistant social a pris contact avec le dispatching de l'Office des étrangers pour savoir qui était compétent pour la prise en charge de ses frais médicaux. La jeune femme étant affectée à l'ILA de Namur, l'assistant social a alors pris contact avec ce service. L'ILA a toutefois **refusé** cette **prise en charge**, car la procédure de la jeune femme était arrivée à expiration (*Remarque, l'ILA reste pourtant compétente jusqu'à ce que le Conseil d'état statue*)

L'assistant social a envoyé une lettre accompagnée de la confirmation de l'Office des étrangers quant à la compétence de l'ILA. La lettre mentionnait également qu'un appel avait été interjeté devant le Conseil d'état.

Le conseil du CPAS a fait connaître par courrier sa décision, en ces termes : «Ce conseil du service social (...) a refusé de prendre en charge les frais médicaux de l'intéressée, car celle-ci avait volontairement quitté l'initiative d'accueil depuis....» Le CPAS contredisait ainsi l'information donnée par l'Office des étrangers.

L'assistant social a pris contact avec le responsable de l'ILA de Fedasil. Celui-ci a à nouveau confirmé la compétence du CPAS.

Une nouvelle demande de prise en charge a alors été introduite. Pas de réaction. Après un coup de téléphone à l'assistant social responsable du dossier, une attestation prouvant le caractère nécessaire et urgent des soins a été demandée (*remarque : jusqu'à ce que tombe la décision du Conseil d'état, le CPAS reste compétent pour tous les frais médicaux, et pas uniquement pour les soins «urgents»*)

Le dossier a dû une nouvelle fois passer devant le conseil du CPAS pour accord. Plusieurs semaines se sont écoulées, sans que nous ne recevions aucune nouvelle.

Nous avons ensuite reçu un courrier du Conseil du CPAS, indiquant que l'examen du dossier serait remis à une prochaine réunion. Le courrier invitait également la dame à «régulariser» sa situation en s'inscrivant à nouveau dans la commune. Le CPAS lui a demandé de se présenter pour expliquer sa situation sociale. Antoinette souhaitait cependant continuer à vivre là où elle s'était installée. Elle ne voulait pas redéménager, par crainte de se faire arrêter.

Nous avons pris à nouveau contact avec Fedasil et il est apparu clairement qu'il ne pouvait pas intervenir sur ce dossier.

Après six mois, les choses n'avaient guère évolué. Les soins médicaux étaient eux aussi en suspens. MSF s'est vue contrainte d'intervenir.

Témoignage de Saïda, une Algérienne de 26 ans

*En Belgique depuis 2004
Sans résidence légale*

Saïda est une jeune Algérienne. Une partie de sa famille, sa mère et ses frères, sont légalement domiciliés en Belgique. Elle s'est mariée en Belgique avec une personne elle aussi sans-papiers. Le jeune couple s'est installé chez la mère de Saïda, dans son petit appartement de Bruxelles. La mère touche une allocation du CPAS pour personne isolée, d'un montant de 625 euros.

Saïda tombe **enceinte**. Le couple n'a clairement pas les moyens de supporter les frais liés à cette grossesse. Ils décident donc de s'adresser au CPAS pour introduire une demande d'aide médicale urgente.

Dans le cadre de l'enquête sur les ressources, l'assistant social du CPAS interroge Saïda. Elle lui demande pourquoi elle est venue en Belgique et comment elle est tombée enceinte...

L'aide médicale urgente leur est finalement **refusée** car ils ne peuvent démontrer qu'ils ont des dettes. Le CPAS estime donc qu'ils ne sont pas dans le besoin et qu'ils peuvent assumer les coûts du suivi de la grossesse. (*Note : le coût d'un accouchement est de +/- 2300 euros, suivi non inclus*)

La mère de Saïda paie l'appartement avec sa petite allocation. Elle n'a pratiquement plus d'argent pour le reste. Le CPAS en était informé.

L'assistant social explique à Saïda qu'il lui reste la possibilité d'interjeter appel devant le tribunal du travail contre la décision du CPAS. Elle omet de lui dire qu'elle ne sera jamais fixée avant six mois.

À cinq mois de grossesse, Saïda se rend à une consultation de MSF car elle n'a pas les moyens de se faire suivre pendant sa grossesse. On lui fait immédiatement passer une visite de contrôle.

L'assistant social l'a par ailleurs aiguillée vers un service juridique pour qu'il l'aide à faire appel contre la décision du CPAS.

Nous avons appris entre-temps que le CPAS avait été condamné et que la jeune femme a eu droit à l'aide médicale urgente. Le lendemain, Saïda mettait au monde une petite fille

Témoignage de Rosa, une mère Equatorienne et de son fils de 8 ans

*En Belgique depuis 2003
Sans résidence légale*

Rosa vit en Belgique depuis un certain temps déjà. Elle vit seule avec ses cinq enfants et ses moyens sont extrêmement limités.

Son fils souffre d'un grave problème dentaire. Un médecin attaché à une maison médicale l'examine. Il doit subir une **opération dentaire**. Le centre a conclu un accord avec le CPAS, en vertu duquel le remboursement des frais médicaux est garanti. La date de l'opération est fixée par l'hôpital.

Rosa travaille comme aide-familiale et gardienne d'enfants dans une famille espagnole. Cela lui permet de se maintenir la tête hors de l'eau et de pourvoir aux besoins de ses enfants. Parfois, elle ne rentre pas chez elle avant 21 heures. Elle ne parle pratiquement pas le français.

L'assistante de la maison médicale lui conseille d'introduire une demande d'aide médicale urgente auprès du CPAS.

Elle a du mal à obtenir un premier rendez-vous. Elle appelle sans cesse mais ne parvient jamais à joindre le service. Après plusieurs tentatives, elle finit par obtenir un rendez-vous avec l'assistant social de son quartier. Comme elle travaille, elle peut difficilement s'absenter pour passer au CPAS pendant la journée. Elle ne veut pas risquer de perdre son emploi, car elle a toute une petite famille à sa charge.

Pendant ce temps-là, la maison médicale intervient heureusement en lui donnant gratuitement des anti-douleurs pour son fils.

Plusieurs semaines plus tard, après l'enquête sur les ressources réalisée par le CPAS, Rosa obtient une réponse positive. Elle doit s'adresser au bureau responsable de la délivrance des réquisitoires. Elle a besoin pour commencer d'une attestation pour le remboursement du généraliste qu'elle a consulté avec son fils. Il faut aussi une attestation du généraliste pour les médicaments et pour la consultation auprès d'un stomatologue spécialisé.

Comme il faut beaucoup de temps pour que tous les documents soient en ordre, le jeune garçon ne peut se faire opérer à la date prévue. Il doit donc retourner chez le généraliste. Il doit aussi recevoir des antibiotiques en plus des anti-douleurs, car il a développé une inflammation.

Rosa prend à nouveau rendez-vous pour faire opérer son fils à l'hôpital. La demande de prise en charge n'est cependant pas en ordre. Dans le CPAS dont ils dépendent, un réquisitoire spécial est nécessaire en cas d'hospitalisation. Une fois la demande introduite, le CPAS a trente jours pour statuer sur cette demande. Cette disposition spéciale n'a pas d'application pour les personnes en possession d'un document de séjour légal. Pour la deuxième fois, l'opération ne peut être réalisée à la date prévue et un troisième rendez-vous est pris.

L'opération a finalement lieu. L'assistant social de la maison de santé a parlé avec l'assistant social responsable de la prise en charge et l'a informé de la gravité de la situation.

Le jeune garçon peut finalement être opéré après sept semaines. Rosa a dû annuler trois fois le rendez-vous pour l'opération. Le problème s'est aggravé et le garçon a dû prendre des antibiotiques.

Témoignage de Andrew, homme Ghanéen de 36 ans.

*En Belgique depuis 2005
Sans séjour légal*

Andrew est arrivé en Belgique en avril 2005. Il a laissé sa femme et ses trois enfants au Ghana. Il y était cultivateur de noix de coco dans un petit village. Il est analphabète et parle l'anglais. En Belgique il survit grâce à la solidarité de quelques compatriotes et d'une église.

Le docteur constate chez lui **un diabète et une hypertension**. Notre assistante sociale le réfère vers le CPAS de son domicile pour une demande d'aide médicale urgente.

Deux semaines plus tard il revient en consultation. Le docteur demande une hospitalisation pour trois semaines comme son état de santé décline. Le CPAS délivre une prise en charge d'un mois pour les consultations et les médicaments à l'hôpital.

Andrew a beaucoup de peine à comprendre la procédure administrative. L'assistante de CPAS lui demande en plus une copie de son contrat de location, son passeport et une note d'électricité. Seulement, Andrew habite chez des amis et ne peut apporter ces documents. Il doit signer un document comme quoi il déclare sur l'honneur habiter à cette adresse.

Le mois de la prise en charge arrive à échéance. Il a une prochaine consultation à l'hôpital et ramène une prescription. Il a besoin des médicaments d'urgence. L'assistante sociale du projet essaie de contacter le CPAS. L'assistante sociale qui s'occupe de son dossier n'est pas présent. Ses collègues ne connaissent pas le dossier.

Dix jours plus tard notre assistante sociale parvient à toucher l'assistante compétente. Elle demande un passeport pour justifier son séjour illégal en Belgique (!). Andrew a seulement une copie de son acte de naissance. L'assistante lui demande de passer par l'ambassade pour demander un duplicata de son passeport.

Comme aucun des deux ne se comprennent, l'incompréhension et la méfiance augmentent. Notre assistante sociale décide d'accompagner Andrew au CPAS. Le contact s'établit difficilement. L'assistante reproche à Andrew de ne rien comprendre.

Notre assistante sociale contacte la responsable du service social du CPAS. Tout d'un coup aucun document ne doit plus être délivré. L'aide médicale urgente est acceptée pour trois mois.

Lors d'une consultation suivante le CPAS exige de quand-même soumettre une demande de prise en charge trois jours en avance. Ceci est possible pour Andrew uniquement s'il a d'avance pris un rendez-vous chez un spécialiste. Mais que doit-il faire lorsque c'est urgent? Lors de cette même consultation une erreur pratique est faite. L'assistante sociale inscrit un nom erroné sur la prise en charge. L'hôpital n'accepte pas le document. Notre assistante sociale intervient juste à temps. Il manque presque son rendez-vous. Sa confiance est à nouveau entamée.

Notre AS prend encore contact avec le CPAS. Ceci finisse par permettre qu'une prise en charge mensuelle soit établie pour le spécialiste endocrinologue. Pour les médicaments, le CPAS permet que nous demandons une prise en charge tous les trois mois. Pour le suivi par un médecin généraliste, le CPAS ne propose pas une solution périodique. S'il veut un rendez-vous avec un médecin généraliste il doit d'abord se rendre au CPAS pour un petit bon. Ainsi le médecin généraliste sait qu'il sera remboursé. Que fait-il lorsque c'est urgent? Que fait-il lorsqu'il a besoin des médicaments urgents. Tous les jours, il a besoin de sa dose d'insuline. Que fait-il s'il a besoin d'un rendez-vous urgent chez le médecin généraliste et qu'il ne peut pas se présenter au CPAS au moment fixé d'avance?

*Toute la procédure a pris **six mois**. Un mauvais suivi peut avoir de conséquences très graves pour la santé d'un patient diabétique.*

Annexe 5: Circulaire Ministre Dupont

SERVICE PUBLIC FEDERAL DE PROGRAMMATION INTEGRATION SOCIALE, LUTTE CONTRE LA
PAUVRETE ET ECONOMIE SOCIALE

14 JUILLET 2005

Circulaire. - Aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays

A Mesdames les Présidentes et Messieurs les Présidents des centres publics d'action sociale,
Madame la Présidente,
Monsieur le Président,

Par la présente circulaire, je voudrais apporter quelques précisions supplémentaires en ce qui concerne la réglementation relative à l'aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.

1. La loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale impose aux C.P.A.S. de fournir une aide médicale urgente aux étrangers indigents qui séjournent illégalement dans le pays.

Par souci de clarté, je voudrais rappeler que l'aide médicale urgente visée à l'article 57, § 2, alinéa 1er, 1°, de la loi du 8 juillet 1976 organique des C.P.A.S. (1), a trait à l'aide à caractère exclusivement médical et dont l'urgence est démontrée par une attestation médicale. (2) En d'autres termes, cette aide ne peut être une aide financière, la fourniture d'un logement ou une autre aide sociale individuelle en nature.

L'aide médicale urgente peut être fournie tant sous la forme de soins ambulatoires que dans un établissement de soins, visé à l'article 1er, 3°, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale. L'aide médicale urgente peut comprendre des soins de santé de nature tant préventive que curative (3). Seul le médecin est habilité à apprécier l'urgence de l'aide médicale.

2. Il apparaît toutefois dans la pratique que l'exercice concret de ce droit à une aide médicale urgente pose parfois problème en raison de l'incertitude de certains dispensateurs de soins au sujet des frais de cette aide.

La présente circulaire contient dès lors une série d'instruments en vue d'une meilleure application de la réglementation et dès lors un meilleur accès du groupe de personnes visé aux soins de santé.

3. Ainsi, je voudrais en premier lieu recommander l'utilisation d'une "carte médicale" comme bonne pratique.

Les C.P.A.S. et les dispensateurs de soins peuvent conclure des conventions générales afin de faciliter leurs relations réciproques. Un hôpital s'engagerait ainsi par exemple à dispenser les soins aux personnes pour lesquelles le centre devrait normalement intervenir et le C.P.A.S. s'engagerait en contrepartie à supporter les frais de ces soins. Par ailleurs, de nombreux C.P.A.S. appliquent le système de la carte médicale individuelle (4).

- Quand une carte médicale est-elle délivrée ?

Il existe en fait différentes formes de cartes médicales, qui sont dans une large mesure similaires. Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique (5) à tous les centres, mais de proposer un modèle utile aux centres qui n'utilisent pas encore régulièrement des cartes médicales.

La procédure de délivrance d'une carte médicale peut être résumée comme suit :

- dans une première phase, la personne concernée se présente (6) auprès du C.P.A.S. territorialement compétent (7) qui, sur la base de son enquête sociale, délivre un engagement de paiement en vue d'un premier examen médical relatif à l'aide médicale urgente demandée et aux médicaments prescrits dans ce cadre. Le médecin prouve ensuite le caractère urgent des soins au moyen d'une attestation médicale;

- afin d'éviter que l'intéressé qui se trouve dans une situation pathologique déterminée nécessitant divers traitements (ce qui doit être démontré par l'attestation d'aide médicale urgente délivrée par le dispensateur de soins) doive à chaque fois s'adresser d'abord au C.P.A.S., le système de la carte médicale est utilisée dans une deuxième phase.

- Qu'est en réalité cette carte médicale ?

La carte médicale est délivrée par le C.P.A.S. à titre personnel à la personne nécessitant des soins, sur la base d'une attestation d'aide médicale urgente.

En délivrant cette carte, le C.P.A.S. se déclare compétent pour le remboursement et s'engage ainsi à l'égard du dispensateur de soins (hôpital, médecin, dentiste,...) à prendre en charge certains prestations médicales pendant une période déterminée (8).

La carte médicale donne à la personne nécessitant des soins et au dispensateur de soins qui respecte les conditions de la carte la garantie que les frais des soins médicaux dispensés seront pris en charge par le C.P.A.S. dans un délai raisonnable. Elle permet ainsi d'éviter des discussions avec les dispensateurs de soins au sujet des frais à payer puisque la carte médicale est d'emblée claire à ce sujet. La carte médicale peut également comporter des instructions précises en ce qui concerne le délai dans lequel et la manière dont le dispensateur de soins sera averti, afin de permettre au centre de respecter le délai de 45 jours prévu à l'article 9 de la loi du 2 avril 1965 en vue du remboursement par l'autorité fédérale. La carte médicale précise en outre le délai et les modalités pour la transmission de la facture au centre (9).

Je voudrais dès lors rappeler explicitement l'appel lancé le 6 juillet 2000 (10) par le Ministre des Affaires sociales de l'époque aux gestionnaires des hôpitaux privés, afin d'avertir le C.P.A.S. aussi vite que possible après l'admission ou le traitement. Comme le fait remarquer le ministre, "en principe, les hôpitaux savent rapidement si une personne en traitement est en règle ou non avec la mutualité et est indigente et quel C.P.A.S. est compétent pour lui fournir une aide". Le C.P.A.S. peut ainsi prendre une décision dans le délai imposé de 45 jours, sur la base de son enquête sociale, et informer à son tour l'Etat au sujet de cette aide, en vue d'une récupération.

Grâce à la carte médicale, l'étranger concerné peut consulter le dispensateur de soins sans devoir à chaque fois s'adresser d'abord au C.P.A.S. pour obtenir son accord au sujet de la consultation. La carte médicale allège également la charge administrative pour le centre qui ne doit donc pas donner son accord pour chaque traitement médical afin que les frais puissent être pris en charge.

- Que se passe-t-il en cas de déménagement ?

La compétence du C.P.A.S. à l'égard des étrangers concernés peut rapidement changer. La durée de validité de la carte médicale est dès lors souvent limitée à trois mois maximum. L'Etat fédéral garantit en tout état de cause le remboursement des frais médicaux urgents pour une seule et même série de traitements au C.P.A.S. qui était compétent pour l'intéressé au moment de la délivrance de la carte médicale, et ce pour la durée totale de validité (trois mois maximum) de cette carte, même si la personne concernée a entre-temps déménagé vers une autre commune ou qu'un autre centre est devenu compétent.

4. Un autre élément important de la problématique de l'aide médicale urgente est le remboursement rapide des frais. D'une part, par le C.P.A.S. compétent au dispensateur de soins; d'autre part, par l'Etat fédéral au C.P.A.S. qui est intervenu.

En ce qui concerne le premier aspect, je voudrais souligner que le centre public d'action sociale compétent ne peut attendre le remboursement par l'Etat pour indemniser lui-même le dispensateur de soins. Le centre secourant doit en effet d'abord avoir reconnu lui-même l'indigence de la personne concernée au moyen de l'enquête sociale et avoir payé les frais, avant de pouvoir récupérer ces frais auprès de l'Etat.

En ce qui concerne le deuxième aspect, je voudrais signaler que la procédure de remboursement pour l'obtention des subventions de l'Etat a été standardisée et automatisée autant que possible en vue d'accélérer et d'uniformiser les remboursements. Des formulaires standard ont été créés à cet effet. Ces formulaires doivent être utilisés pour toutes les formes d'aide - y compris l'aide médicale et pharmaceutique urgente - pour laquelle une subvention de l'Etat est demandée dans le cadre de la loi du 2 avril 1965. Je voudrais par ailleurs faire remarquer que la procédure de remboursement a déjà été adaptée et simplifiée à plusieurs reprises. Ainsi, au 1er mars 2005 (11), les attestations d'aide médicale urgente ne doivent plus être envoyées à l'Etat mais doivent simplement être conservées au C.P.A.S. en vue d'une inspection; une décision concernant l'aide médicale urgente pour une personne qui séjourne illégalement dans le Royaume peut dorénavant être envoyée à l'Etat pour une période d'un an maximum, au lieu d'un mois auparavant, ce qui facilite également l'utilisation d'une carte médicale.

5. Une dernière amélioration a trait à une extension éventuelle de l'aide médicale urgente à l'admission dans un hôpital psychiatrique. Dans l'état actuel de la législation et conformément à l'article 1er, 3°, alinéa 2, de la loi précitée du 2 avril 1965, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas considérés comme des établissements de soins en vue du remboursement des frais aux centres publics d'action sociale.

Les frais d'admission ou de séjour dans ce type d'établissement ne peuvent aujourd'hui être récupérés auprès de l'Etat en tant que frais de soins, mais uniquement comme frais d'assistance, limités au montant du revenu d'intégration. Je plaide dès lors en faveur d'une modification de la loi précitée du 2 avril 1965, afin d'intégrer les hôpitaux psychiatriques dans la notion "établissement de soins". J'ai donc l'intention de déposer un projet de loi dans ce sens. Cette initiative aura en effet comme conséquence que les frais liés au traitement d'une personne indigente dans un hôpital psychiatrique seront à l'avenir supportés par l'Etat en tant que frais de soins.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Ministre de l'Intégration sociale,

C. DUPONT

Note

(1) « Par dérogation aux autres dispositions de la présente loi, la mission du centre public d'action sociale se limite à l'octroi de l'aide médicale urgente, à l'égard d'un étranger qui séjourne illégalement dans le Royaume. »

(2) Cette attestation d'aide médicale urgente est exigée par prestation médicale et/ou pharmaceutique ou par série de traitements (résultant d'un seul et même fait).

(3) Cf. arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'action sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume (M.B. 31 décembre 1996), modifié par l'arrêté royal du 13 janvier 2003 (M.B. 17 janvier 2003).

(4) Les notions de « réquisitoire » ou « créance » se rencontrent également fréquemment pour désigner cet engagement de paiement du C.P.A.S.

(5) La carte médicale permet de constater l'aide sociale fournie à une personne indigente et cette constatation doit rendre chaque C.P.A.S. autonome.

(6) Cela vise la personne qui a la possibilité de se présenter d'abord auprès du C.P.A.S.

(7) La circulaire du 9 juillet 2002 concernant la réglementation de la compétence pour l'aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume soulignait déjà que la règle générale de compétence de l'article 1er, alinéa 1er, 1°, de la loi du 2 avril 1965 est applicable. Ainsi, le "séjour habituel" de la personne concernée est prépondérant, et non pas son adresse d'inscription. Pour sa demande d'aide, l'intéressé doit donc s'adresser au C.P.A.S. de la commune où il séjourne habituellement. Ce "séjour habituel" exclut donc un séjour fortuit dans une commune, de même que le cas où une personne séjournerait intentionnellement dans une commune pour y obtenir une aide. Sur la base de l'enquête sociale, le C.P.A.S. fera le nécessaire le cas échéant afin que les soins médicaux urgents soient dispensés.

(8) Il peut être mentionné sur la carte médicale pour quels dispensateurs de soins, pour quelles prestations et pour quels médicaments elle est applicable. Dans de nombreux cas, la carte a une durée de validité de trois mois. En cas de renouvellement éventuel d'une carte médicale, le C.P.A.S. vérifiera à chaque fois s'il est encore compétent pour la personne concernée et si celle-ci a encore droit à cette aide.

(9) En fonction de l'article 12 de la loi précitée du 2 avril 1965.

(10) Circulaire du 6 juillet 2000 du Ministre des Affaires sociales concernant le remboursement des frais hospitaliers.

(11) Circulaire du 1ermars 2005 concernant l'aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume - attestation d'urgence.

Annexe 6: A.R. Aide Médicale Urgente

12 Décembre 1996

Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.

(M.B. du 31/12/1996)

Vu la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, notamment l'article 57, §2, alinéa 2, remplacé par la loi du 15 juillet 1996;
Vu l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de la population, notamment l'article 6, §2 ;
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances donné le 21 juin 1996 ;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 22 juillet 1996 ;
Vu l'accord du Conseil d'Etat ;
Sur la proposition de notre Ministre de la Santé publique et de Notre Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale,
Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er.

L'aide médicale urgente, visée à l'article 57, §2, alinéa 1er de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale concerne l'aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical. Cette aide ne peut être une aide financière, un logement ou une autre aide sociale en nature.

L'aide médicale urgente peut être prestée, tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins, comme visé à l'article 1er, 3°, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

L'aide médicale urgente peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative.

Article 2.

Les frais de l'aide médicale urgente sont remboursés par l'Etat au centre public d'aide sociale , à condition que celui-ci fournisse un certificat médical attestant l'urgence des prestations effectuées.

Sans préjudice des dispositions de l'article 3, le remboursement des frais d'aide médicale urgente, est limité à l'aide qui revêt un caractère exclusivement médical.

L'aide financière, le logement ou d'autres aides sociales en nature n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement.

Article 3.

Les frais d'aide médicale urgente sont remboursés dans les limites déterminés à l'article 11, §1er, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

Article 4.

Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données qui figurent sur les attestations médicales introduites par les centres publics d'aide sociale ou qui peuvent être déduites de celles-ci, seront traitées de manière confidentielle et ne peuvent être utilisées à d'autres fins que le remboursement.

Article 5.

L'article 6, §2, alinéa 3, de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de la population est abrogé.

Article 6.

Le présent arrêté entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur de l'article 65 de la loi du 15 juillet 1996 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire , le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale.

Article 7.

Notre Ministre de la Santé publique et Notre Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.