



# Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé : vers une harmonisation ?

Cécile Daron, septembre 2019



## Table des matières

Introduction et objectifs.....	7
Méthodologie de l'enquête quantitative .....	13
Résultats de l'enquête quantitative .....	14
Questions générales.....	14
Cabinet médical ou personnel soignant au sein des CPAS.....	14
Les maisons médicales .....	15
Les médecins-conseil.....	17
Lignes de conduite du CPAS .....	19
L'aide médicale en général.....	20
Conclusion pour l'aide médicale en général .....	22
Politique en médecine générale.....	24
Décisions de prise en charge.....	24
Durée de la décision d'octroi.....	25
Politique pour les usagers .....	25
Les cartes médicales et les cartes santé.....	27
Durée de délivrance de la carte médicale ou de santé.....	28
Les réquisitoires en médecine générale.....	28
Résumé des cartes santé, médicales ou réquisitoires en médecine générale.....	30
Spécificités de la carte médicale ou de santé par les CPAS.....	30
Convention et agréments avec les médecins généralistes .....	32
Liste de médecins généralistes.....	35
Conclusion sur la médecine générale.....	37
Les frais pharmaceutiques.....	37
Fonctionnement du CPAS.....	38
Politique générale de prise en charge.....	39
Liste de médicaments D .....	40
Résumé des cartes santé, réquisitoires ou bons pharmaceutiques.....	42
Durée de la prise en charge.....	44
Politique par rapport aux bénéficiaires (AMU, PMR, maladies chroniques) .....	44
Parcours du patient .....	44
Pharmacies de la région ou de la commune .....	45
Conventions et agréments avec les pharmacies .....	46
Liste de pharmaciens.....	48
Conclusion sur l'aide pharmaceutique.....	48

Médecine par des spécialistes.....	49
Procédures.....	49
Durée d’octroi de l’aide en médecine spécialisée.....	50
Prise en charge des frais pour les personnes assurées .....	51
Prise en charge des frais pour les personnes non-assurées.....	51
Précision sur la prise en charge en médecine spécialisée.....	51
Réquisitoires pour les spécialistes.....	51
Cartes médicales ou cartes santé en médecine spécialisée.....	52
Résumé des cartes santé ou des réquisitoires pour la médecine spécialisée.....	53
Types de soins pris en charges .....	54
Conclusion pour les soins des spécialistes .....	55
Les hôpitaux IRIS et non-IRIS .....	55
Choix d’hôpital.....	56
Personnes assurées et hospitalisations.....	57
Conditions de prise en charge .....	58
Personnes non assurées et hospitalisations.....	58
Les suppléments d’honoraires .....	58
L’aide médicale urgente et MédiPrima .....	59
Les frais de mutuelles.....	59
Questions sur l’harmonisation des pratiques .....	61
Permettre l’accès à tous les médecins de la région .....	61
Une carte santé ou une carte médicale automatique pour certains bénéficiaires.....	62
Une convention commune avec tous les médecins généralistes .....	64
Que mettre dans une convention commune à chaque CPAS ?.....	66
Convention commune avec l’entièreté des pharmacies de Bruxelles .....	67
Que devrait figurer dans les conventions avec les pharmacies ? .....	69
Conclusion enquête quantitative .....	70
Recherche participative : méthodologie .....	73
Les membres présents des différents CPAS du groupe 1.....	75
Les récits du groupe 1 .....	75
Récit 1 : « Continuité des soins » .....	75
Récit 2 : « Difficulté de contrôle et secret médical » .....	77
Explication du graphique 1.....	80
Définitions .....	80
Couleurs.....	80
Contrôle vs aide sociale : repris dans les quatre carrés du graphique.....	80

Fonctionnement institutionnel et collectivité.....	81
Transfert de missions du Fédéral vers les CPAS.....	81
Manque de communication entre les acteurs.....	81
Différence des contrôles de l'inspection.....	82
Consignes du SPP IS peu claires.....	82
Fonctionnement individuel et collectivité.....	82
Subjectivité des acteurs : Comité et assistant social.....	82
Lignes de conduite du CPAS.....	82
Ordonnances des médecins sans date de fin.....	83
Vigilance des médecins et pharmaciens.....	83
Usager et fonctionnement institutionnel.....	83
MédiPrima et hôpitaux.....	83
Lourdeurs administratives et divergences de procédures entre CPAS.....	84
Libre choix du patient.....	84
Fraudes : le résultat d'une rigidité du système.....	85
Intervention de l'utilisateur pour payer ses médicaments.....	85
Numéro BIS en double.....	85
Partenaires et relais-santé.....	86
Usager et fonctionnement individuel.....	86
Délais pour octroyer l'aide.....	86
Précarité linguistique et culturelle et dédale administratif.....	86
Différentiel de politique entre CPAS : découragement de l'utilisateur.....	86
Recommandations du groupe 1.....	87
Adressés à tous les CPAS.....	87
Pour renforcer les partenariats.....	88
Au niveau de l'administration fédérale et des CAS/CSSS.....	88
Les membres de la recherche participative groupe 2.....	89
Les récits du groupe 2.....	89
Récit 1 : « Parcours du combattant ».....	89
Récit 2 : « Inégalité des traitements ».....	91
Explication du graphique 2.....	94
L'utilisateur (cadrant 1).....	94
Des fantômes administrativement parlant : invisibilité du système.....	94
Des possibilités existent.....	94
Le bagage de la vie.....	95
La pauvreté devrait être quelque chose de marginal.....	95

L'Assistant social au cœur du système (cadrant 2) .....	95
La déontologie et l'assistante sociale .....	95
Manque de transparence et d'équité .....	95
Inégalité de traitement.....	95
La charge de travail .....	96
Difficulté à suivre tous les dossiers : burn-out.....	96
Le vieil « assistant social ».....	96
La culture comme frein .....	97
La cellule AMU (cadrant 2) .....	97
Un gain de temps et des connections .....	97
Les attestations d'AMU .....	97
Les cartes santé ou médicales, et MédiPrima .....	97
Les réquisitoires étendus à l'avance.....	98
La facturation des hôpitaux.....	98
Le CPAS comme entité (cadrant 3).....	98
Parcellisation des services .....	98
RI au taux isolé, accès aux droits.....	99
Délocalisation des services.....	99
Open-space et réunions d'équipe .....	99
Mise en place de lignes de conduite .....	100
Cellule Rom bruxelloise .....	100
Communication entre CPAS .....	101
Le CPAS et l'utilisateur (cadrant 4) .....	101
AS en chef.....	101
Le cadre réglementaire et les lourdeurs administratives.....	101
Subjectivité dans l'institution.....	101
Le CPAS et les prestataires de soins (cadrant 5) .....	102
L'urgence médicale et les attestations AMU.....	102
Les coordinations sociales .....	102
Médicaments sur fonds propres .....	102
La responsabilité des médecins.....	102
MédiPrima.....	102
L'utilisateur et les prestataires de soins (cadrant 6).....	103
Mutuelle .....	103
Déontologie médicale .....	103
Les prestataires de soins (cadrant 7).....	103

Hospitalisations IRIS et non IRIS .....	103
Suppléments d'honoraires .....	103
Réglementations, politiques et contrôles du ministère .....	103
Le terrain comme acteur de décision.....	104
Charge administrative .....	104
Décalage entre CPAS et Fedasil .....	105
Délivrance des médicaments et certificats .....	105
Recommandations du groupe 2 .....	105
Contraintes de l'harmonisation : pas de nivellement vers le bas ! .....	105
Propositions.....	106
Conclusion enquête qualitative.....	107
Conclusion générale .....	109
Lexique .....	112
Textes légaux.....	112
Bibliographie.....	113

# Introduction et objectifs

Cette étude, commanditée par la Fédération des CPAS Bruxellois et financée par la COCOM, poursuit plusieurs objectifs. L'ambition première du rapport est de faire **un état des lieux** des pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé. Celles-ci étant très diverses, il s'est avéré important de mettre à jour une cartographie des mesures entreprises par les uns et les autres (qu'il s'agisse de bonnes pratiques ou de pratiques plus discutables) ainsi que les motifs sous-jacents, par le biais d'une enquête quantitative. Le rapport tente de mesurer les tendances et les choix respectifs de chaque CPAS ainsi que leur motivation. Cette cartographie constitue un premier pas vers un objectif d'harmonisation des pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé. Pouvoir proposer des hypothèses de recherche sur une harmonisation nécessiterait d'établir avec soin les actions menées par les CPAS en termes de soins de santé et la manière avec laquelle elles sont instaurées au sein de l'institution publique.

Le second objectif vise à mettre en évidence **les difficultés rencontrées dans des situations concrètes**. Pour ce faire, une recherche participative a été développée avec des employés du CPAS, occupant diverses positions hiérarchiques tout en gardant un regard axé sur le terrain et la pratique. Cette recherche participative a pour but de mettre en évidence les éventuelles difficultés des CPAS face à des situations concrètes qu'ils vivent, au quotidien. Ces barrières d'accès aux soins de santé pour certains de leurs bénéficiaires entraînent un besoin d'harmonisation des pratiques en la matière.

En effet, les pratiques des CPAS sont différentes voire divergentes, et ceci, en raison du principe d'autonomie locale, qui leur permet de mettre en place des politiques adaptées à leurs publics respectifs. Le cadre réglementaire provient, notamment, des articles 1, 57 et 60 de leur Loi Organique du 7 juillet 1976<sup>1</sup> :

- « toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Il est créé des centres publics d'action sociale qui, dans les conditions déterminées par la présente loi, ont pour mission d'assurer cette aide » ;

- « les CPAS ont pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive » ;

- « l'intervention du centre est, s'il est nécessaire précédée d'une enquête sociale, se terminant par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face ».

Le CPAS reste un grand méconnu institutionnel malheureusement trop peu enseigné. Quelques mots sur son processus décisionnel. En principe, il appartient au Conseil de l'action sociale de prendre l'ensemble des décisions y compris les décisions d'aide. Le Conseil a une compétence générale. Il existe aussi au sein du CPAS un bureau permanent (BP) qui a essentiellement pour mission légale l'expédition des affaires courantes mais auquel le Conseil peut déléguer d'autres compétences dont celle des aides aux personnes. La délégation peut également avoir lieu au Comité spécial dont la création est facultative. Dès lors, en fonction de l'organisation du CPAS, une décision d'aide pourrait être examinée par le Conseil, le BP ou un Comité spécial. Pour les aides individuelles, généralement et très souvent à Bruxelles, c'est le Comité spécial du service social (CSSS)<sup>2</sup> qui s'en charge.

---

<sup>1</sup> Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale, M.B. du 05/08/1976, p. 9876. Err. : M.B. du 26/11/1976, p. 15027.

<sup>2</sup> M-C. THOMAES-LODEFIER, *Fonctionnement des CPAS*.

Le principe d'autonomie permet aux CPAS de tenir compte des spécificités locales, les communes bruxelloises sont composées d'habitants tantôt jeunes, tantôt âgés, aisés, plus précarisés, issus de l'immigration ou autochtones, etc. Notons notamment que le croissant pauvre de la Région de Bruxelles-Capitale comprend des communes avec peu de revenu, un haut taux d'immigration et taux de chômage plus élevé :

- « Les secteurs où les revenus médians sont les plus bas sont situés en grande partie au niveau du “croissant pauvre” »<sup>3</sup>.
- De plus, « certaines communes hébergent une population très mobile, régulièrement recomposée suite aux mouvements migratoires importants (comme Saint-Josse-ten-Noode), et d'autres, une population nettement plus stable (comme Watermael-Boitsfort). De manière générale, les quartiers centraux (pentagone et première couronne) de la Région sont souvent caractérisés par une intensité migratoire plus marquée, notamment les quartiers du “croissant pauvre” »<sup>4</sup>. La population bruxelloise est internationale : 35% de la population bruxelloise n'avaient pas la nationalité belge en 2017, contre 8% en Flandre et 10% en Wallonie<sup>5</sup>.
- En outre, « en 2017, le taux de chômage administratif des jeunes bruxellois (moins de 25 ans) est en moyenne de 24 % (...) Il varie de 18 % à Woluwe-Saint-Pierre à 30 % à Molenbeek-Saint-Jean »<sup>6</sup>. Par ailleurs, « le taux de personnes bénéficiant du statut BIM est plus important dans certaines communes du croissant pauvre par rapport aux communes du sud-ouest<sup>7</sup> ». De plus, à Bruxelles, 25% des Bruxellois ont rapporté que leur état de santé n'était pas satisfaisant<sup>8</sup>.
- De plus, la Région de Bruxelles-Capitale est soumise à une forte croissance démographique<sup>9</sup>, composée d'un public plutôt jeune (excepté une flagrante représentativité des plus de 80 ans).
- Enfin, Bruxelles vit dans le contexte d'un profond mal-logement des Bruxellois. Les logements insalubres et surpeuplés sont forts nombreux<sup>10</sup>. Le nombre de personnes sans-abri a augmenté considérablement entre 2017 et 2018<sup>11</sup>.

Cette conjoncture et l'ensemble de tous ces facteurs ont une influence sur la santé. La précarité engendre une moins bonne santé, mais l'inverse est vrai aussi. Sans santé, pas de dignité, sans dignité, pas de santé. Cette fragmentation entre communes est visible mais ne signifie pas que les CPAS de l'autre versant, du Sud-Ouest de Bruxelles, ne rencontre pas pareilles situations précaires. Tous les CPAS sont confrontés à des publics précarisés, qui finissent souvent par passer leurs portes en dernier recours, lorsque plus rien d'autre ne s'offre à eux. Cette précarisation s'accroît d'ailleurs avec le temps : le CPAS est amené à aider ce public précarisé au moyen d'une palette d'outils, dont ceux leur garantissant un accès à la dignité humaine et notamment à la santé.

---

<sup>3</sup> Baromètre social 2018, Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-capitale, 2018, p19.

<sup>4</sup> Ibidem, p.11.

<sup>5</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, « Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? », Observatoire de la Santé et du Social, avril 2018, p6 et 7.

<sup>6</sup> Ibidem, p.39.

<sup>7</sup> Ibidem, p.28. « Il ressort très clairement que ce pourcentage (i.e de statut BIM) est particulièrement élevé au niveau du « croissant pauvre ».

<sup>8</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, op.cit., p.8.

<sup>9</sup> « Perspectives démographiques 2016-2060. Population et ménages », Bureau Fédéral du Plan et SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie, mars 2018, p.2.

<sup>10</sup> « Le Baromètre du logement », Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat, RBDH, mai 2019. Lien : [http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/rbdh\\_barometre\\_du\\_logement.pdf](http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/rbdh_barometre_du_logement.pdf)

<sup>11</sup> Cinquième édition du dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale, La Strada, mai 2019, <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/publications-la-strada/393-cinquieme-edition-du-denombrement-des-personnes-sans-abri-et-mal-logees-en-rbc>

Bien que le principe d'autonomie guide les CPAS, ceux-ci sont confrontés à un cadre réglementaire très strict, notamment pour dégager des budgets relatifs aux soins de santé, par exemple en ce qui concerne l'enquête sociale. Selon la Circulaire Ministérielle du 25 mars 2010<sup>12</sup>, il « *appartient au CPAS d'apprécier par quels moyens il peut établir la situation d'indigence du demandeur (exemples : visites à domicile, contacts avec des associations ou intervenants extérieurs,...)* » et « *le CPAS peut effectuer son enquête selon les moyens qu'il juge appropriés* ». Ce cadre législatif est tantôt contraignant dans la mesure où les contrôles du ministère s'avèrent sévères si l'enquête sociale ne remplit pas les critères prévus par la Circulaire, et tantôt souple, puisqu'il laisse une large marge d'appréciation au CPAS.

Le troisième objectif de cette enquête est également de montrer que *cette autonomie des CPAS met parfois à mal les usagers « mobiles »*, ceux-ci se déplaçant d'une commune à l'autre, eu égard à la divergence des systèmes d'aide en matière de soins de santé. Un bénéficiaire d'une aide dans un CPAS et qui déménage, n'aura pas forcément les mêmes aides dans un autre CPAS. Les pratiques sont aussi une barrière d'accès aux soins de santé pour certains usagers, ces derniers devant tout réapprendre lorsqu'ils sont aidés par un nouveau CPAS, qui, dans la plupart des cas, donne au bénéficiaire une réponse différente à sa situation particulière. L'état d'indigence d'une personne n'a pas de réponse unique, n'est pas fixe dans le temps, n'est pas évalué de la même manière par tous les CPAS. Mêlé au fait de ne pas oser passer la porte du CPAS<sup>13</sup>, la tendance est de repousser les soins à une date ultérieure<sup>14</sup>, voire à ne pas se faire soigner, surtout notamment eu égard à l'importance des frais médicaux demandés. La « mobilité » des usagers des CPAS est importante, notamment en raison du mal logement, très vif à Bruxelles (logements insalubres, surpeuplés)<sup>15</sup>.

Cette complexité des démarches à entreprendre affecte également les médecins, ces derniers n'étant pas toujours informés des procédures à suivre. Médecins du Monde l'explique bien : « *En plus des nombreuses inégalités de traitement que cela génère, les prestataires de soins et les bénéficiaires sont très peu armés pour faire face à cette complexité. Cela mène donc naturellement à de l'exclusion, des ruptures dans les prises en charge, une forme de banalisation de la complexité et une certaine violence institutionnelle latente pour un public déjà largement précarisé de son parcours* »<sup>16</sup>. En outre, les associations de médecins expriment leur désarroi par rapport au cadre réglementaire. Médecins du Monde explique que « *au niveau de l'enquête sociale, la liberté d'appréciation laissée à chaque CPAS mène à des situations d'inégalité sur le territoire belge et est source d'insécurité pour les demandeurs car il n'y a pas de visibilité sur les critères utilisés pour évaluer la situation* »<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Voy. A.R. 01.12.2013 relatif aux conditions minimales de l'enquête sociale établie conformément à l'article 9bis de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS (M.B. 14.3.2014) et circulaire du 14.3.2014 portant sur les conditions minimales exigées dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l'intégration sociale et dans le cadre de l'aide sociale accordée par les CPAS et remboursée par l'Etat conformément aux dispositions de la loi du 2.4.1965 et Circulaire du 25.10.2010 sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995.

<sup>13</sup> Médecins du Monde, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, INAMI, Wolters Kluwer Belgium SA, 2014, p.53.

<sup>14</sup> M. ENGLERT, S. LUYTEN, D. FELE, D. MAZINA, S. MISSINE, « Baromètre Sociale, Rapport sur l'état de la pauvreté 2018 », 2018, p.48 : « D'après l'Enquête de Santé 2013, près d'un quart des ménages bruxellois (23 %) déclaraient avoir reporté des soins de santé pour raisons financières ».

<sup>15</sup> M-L. DE KEERSMAEKER, « Observatoire des loyers de la Région de Bruxelles-Capitale. Enquête 2017 », SLRB-BGHM, p63 : au sujet de la mobilité des bruxellois, « 30% des locataires invoquent (...) des motifs liés à leur insatisfaction par rapport à leur logement ou à l'environnement de leur logement. ». Lien : <http://slrb.brussels/sites/website/files/pages/slrbs-obsloyer-enquete2017-fr-web.pdf>.

<sup>16</sup> *Livre vert sur l'accès aux soins de santé en Belgique*, op.cit., p.66.

<sup>17</sup> *Livre vert sur l'accès aux soins de santé en Belgique*, op.cit., p.54.

Cependant, ce principe d'autonomie permet aux CPAS de faire appel à leurs propres ressources, pour ne pas dire ingéniosités, afin de créer des services qui s'adaptent aux besoins de leurs publics. À titre exemplatif, nous pouvons citer la mise à disposition, par un CPAS, d'un cabinet médical ouvert 5 jours sur 7 pour les bénéficiaires de l'aide sociale, attaché à la maison de repos du CPAS. Un autre CPAS a mis en place une carte médicale pour les personnes à mobilité réduite, pour qu'ils n'aient pas à se déplacer trop souvent au CPAS quand les autres, mis sur un pied d'égalité, doivent revenir chercher leur carte santé tous les 3 mois. Notons aussi que dans certains CPAS, les médecins généralistes peuvent octroyer des réquisitoires à leurs patients émargeant au CPAS, afin de leur permettre de se rendre chez un spécialiste immédiatement en cas de besoin, sans devoir repasser par le CPAS. Pour mémoire, un réquisitoire est un engagement de prise en charge par un CPAS délivré préalablement à l'hospitalisation ou à une consultation. Nous verrons dans ce rapport que les exemples sont multiples. Du point de vue des chiffres, en 2018, 13.321 personnes ont bénéficié d'une Aide Médicale Urgente (AMU) en Région de Bruxelles-Capitale, pour un montant de 40.715.667,41 € et 15.739 d'une aide médicale pour un montant de 45.509.303,64 €<sup>18</sup>. Ceci montre à quel point l'aide des CPAS est d'une grande importance.

Les différences de pratiques entre CPAS ne sont pas les seuls enjeux. Derrière cette idée d'harmonisation se pose également la question de la simplification administrative pour les CPAS :

- On peut donner comme exemple un CPAS qui fonctionnait encore récemment par réquisitoire pour tous les soins. Ayant identifié que cette procédure était très chronophage pour ses équipes, il a mis en place une carte santé, couvrant les frais tant médicaux que pharmaceutiques à l'attention de tous ses usagers suite à une demande et un passage au Comité spécial d'aide sociale.
- Concernant l'octroi d'une aide basée sur l'état d'indigence de la personne, certains CPAS délivrent une carte médicale à tous les bénéficiaires du revenu d'intégration (RI) ou du aide équivalente à ce revenu (ERI) nécessitant des soins.

Un autre enjeu est celui des coûts pour les CPAS. En tant qu'entité publique, les budgets utilisés pour l'aide médicale et l'aide médicale urgente, en ce compris l'aide pharmaceutique, doivent être dégagés à bon escient, qu'ils soient remboursés par l'Etat Fédéral<sup>19</sup> ou pris en charge sur fonds propres par le CPAS<sup>20</sup>. Chaque CPAS dispose d'un budget alloué compte tenu de sa taille, mais certains CPAS dégagent des budgets assimilés à d'autres actions que l'aide médicale qui ont un effet sur la santé. C'est le cas de la mise en place des coordinations sociales, lorsqu'elles s'emparent d'un sujet sur les soins de santé. À cet égard, nous pouvons citer à titre de bonnes pratique l'étude par un CPAS avec sa coordination sociale du syndrome de Diogène<sup>21</sup>. D'autres CPAS ont travaillé sur la consommation abusive de médicaments, l'isolement ou encore l'alimentation.

---

<sup>18</sup> SPP IS, données au 9 avril 2019. Remarque : ces montants représentent le remboursement des soins par l'Etat Fédéral, et non la totalité des frais engagés par les CPAS, notamment sur fonds propres.

<sup>19</sup> Voy. Document d'information « Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995 », SPP IS, mise à jour 2019 disponible sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (thème>aide médicale>aide médicale urgente>document).

<sup>20</sup> Notamment la liste de médicaments D (catégorie non-remboursée par l'INAMI) qui sont pris en charge sur fonds propres par les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale, établie par la Fédération des CPAS Bruxellois en partenariat avec l'Union des Pharmaciens de Bruxelles (UPB) et la Fédération des Associations de Médecins Généraliste de Bruxelles (FAMGB) : [www.medicamentsd.brussels](http://www.medicamentsd.brussels) (remarque : certains CPAS prennent en charges sur fonds propres plus de médicaments que cette liste).

<sup>21</sup> Le syndrome de Diogène est une forme de trouble comportemental associant une tendance à l'accumulation d'objets (la syllogomanie), une négligence de l'hygiène corporelle et domestique et, le plus souvent, un isolement

La question du budget et des soins de santé est également liée au recours à la deuxième ligne plus coûteux pour les CPAS. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) notait à ce sujet que « *ne traiter une pathologie qu'au moment où elle devient une urgence est une attitude qui non seulement met la vie du patient en danger, mais représente un coût plus élevé pour les systèmes de soins* »<sup>22</sup>. La prévention doit être renforcée tant par les CPAS que par les acteurs associatifs et institutionnels (mutuelles, etc.) travaillant de concert avec ce dernier pour la première ligne de soins. Plus qu'une question de budget, ici, c'est la personne qui est au cœur du processus, puisque l'on sait que se faire soigner en première ligne évite des pathologies plus lourdes à prendre en charge par des spécialistes (la deuxième ligne). Avoir un médecin de famille est également une gageure de bonne santé, permettant un suivi rapproché avec le patient (notamment par l'ouverture d'un DMG<sup>23</sup>, comme demandé par certains CPAS). Le choix du médecin généraliste reviendra plusieurs fois dans cette enquête, plusieurs CPAS mettent tout en œuvre pour que ce libre choix soit respecté. Afin de garantir le libre choix du médecin généraliste, certains CPAS ne font pas de convention ni d'agrément avec les médecins généralistes. D'autres CPAS, quant à eux, travaillent avec plus de 12 maisons médicales pour renforcer cette proximité. Enfin, certains CPAS renforcent les contacts entre le CPAS et les médecins généralistes par le biais de conventions ou d'agréments, ce qui constitue une autre approche permettant un rapprochement entre acteurs autour du patient, voire une simplification administrative.

Last but not least, cette étude questionne l'harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des CPAS. C'est une demande de nombreux acteurs, à commencer par la COCOM<sup>24</sup>, qui finance cette étude, et les CPAS eux-mêmes (par la Fédération des CPAS Bruxellois, commanditaire). Ensuite, la problématique est aussi mise en lumière par la FAMGB<sup>25</sup>, et le milieu associatif (Médecins Du Monde<sup>26</sup>, les différentes associations de première ligne compétentes pour l'aide aux sans-abris<sup>27</sup>, etc.). Ces acteurs attendent des réponses rapides, dénonçant un travail administratif épuisant pour ouvrir les droits des patients, un parcours chaotique tant pour les médecins que pour les usagers des CPAS (cartes médicales différentes, couvrant des durées discordantes, processus variés pour l'aide médicale ou pour l'aide médicale urgente<sup>28</sup>, etc.). « *Nous avons donc une multitude de CPAS avec une multitude de pratiques, ce qui amène énormément de discriminations et d'iniquité de traitement* »<sup>29</sup>.

Enfin, il y a lieu d'insister sur le fait que cette étude ne reflète que des fonctionnements et des politiques des CPAS, abstraction faite du témoignage de bénéficiaires. En conséquence, les paramètres

---

social prononcé sans la moindre nécessité de se plaindre de cette situation. Voy. Document d'information : <https://www.syndrome-diogene.fr>.

<sup>22</sup> D. DOBERFROIT, M. DAUVRIN, I. KEYGNAERT, A. DESOMER, B. KERSTENS, C. CAMBERLIN, J. GYSEN, V. LORANT, I. DERLUYN, « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Reports 257Bs, p.8 et A. LIEVEN, J-P. CLOSON, M-C. CLOSON, I. HEYMANS, R. LAGASSE, E. MENDES, DA COSTA, C. MOUREAUX, I. ROCH, « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE reports 85B, p.149.

<sup>23</sup> Dossier Médical Global (DMG). Le DMG rassemble toutes les informations médicales concernant le patient. Il contribue à une meilleure connaissance de l'historique et de l'ensemble des soins de santé donnés et ainsi à une prise en charge optimale. Mutualité Chrétienne, le DMG. Voy. <https://www.mc.be/la-mc/soins-sante-remboursements/dmg>.

<sup>24</sup> « Arrêté ministériel déterminant le subventionnement de l'ASBL BRULOCALIS – Fédération des C.P.A.S Bruxellois pour l'année 2018 », COCOM, 19 juillet 2018.

<sup>25</sup> Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois, « Le droit à la santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale », FAMGB, Livre blanc, mise à jour 2015.

<sup>26</sup> *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, op.cit.*, p.134.

<sup>27</sup> La Strada, *Livre blanc du secteur sans-abris*, scrutin 2019 et législature 19-24.

<sup>28</sup> Notamment : différentes Attestations D'Aide Médicale Urgente entre les CPAS, à remplir par les médecins.

<sup>29</sup> *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, op.cit.*, p.134.

d'accessibilité aux soins de santé, de qualité des soins, de satisfactions ou de mécontentement, de difficultés des usagers à comprendre les pratiques des CPAS (en cas de déménagement, notamment) n'a presque pas été étudiée ici, sauf dans le volet 2 de l'enquête, qualitative, mais sur base, donc, des réalités vécues par les employés des CPAS eux-mêmes (assistants sociaux, chefs de service, coordinateurs, etc.). La parole des usagers pourrait et mériterait de faire l'objet d'une prochaine étude essentiellement basée sur les patients et les experts du vécu. Indispensable pour mettre en lumière les problématiques liées à l'accès aux soins de santé par le biais des CPAS, celle-ci a néanmoins été mise en lumière par le secteur associatif<sup>30</sup>.

Enfin, notons qu'un **Comité d'accompagnement scientifique** a été mis en place, regroupant une professeur et une stagiaire de l'ULB, respectivement **Madame Céline Mahieu et Madame Elena Ezakharova**, une sociologue de l'ULiège, **Madame Marie-Thérèse Casman**, un professeur de l'UMons, **Monsieur Willy Lahaye** et un conseiller de la Fédération des CPAS Bruxellois, **Monsieur Christian Lejour**. Pour le volet qualitatif, ont participé : la Secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales, **Madame Fanny Dubois**, en tant qu'animatrice, et deux rapporteurs, une stagiaire à l'ULB – Ecole de santé publique - **Madame Elena Ezakharova** et un stagiaire au sein de Solidaritas, **Monsieur Maxime Mori**.

Plusieurs réunions ont été organisées avec le comité d'accompagnement, avant l'étude, au cours de l'enquête et par la suite pour la rédaction du rapport.

Dans ce rapport, nous utilisons plusieurs abréviations. C'est pourquoi un lexique est repris à la fin.



---

<sup>30</sup> *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, op.cit.*

# Méthodologie de l'enquête quantitative

Le volet 1 de l'enquête s'est déroulé par questionnaire sur internet entre le 15 septembre et le 8 octobre 2018. **18 CPAS sur 19 ont répondu à l'enquête**, ce qui donne une robustesse aux données, ainsi qu'une large représentativité. Le CPAS qui n'a pas répondu était en sous-effectif, et n'a pas pu dégager le temps nécessaire. Répondre aux questions durait environ 60 minutes. Environ 90 questions étaient posées, mais tous les CPAS n'étaient pas concernés par toutes les questions. Préalablement à l'envoi du questionnaire informatisé, il a été testé auprès de 3 CPAS qui ont pu répondre à l'enquête et donner leurs commentaires. La reformulation de questions a été effectuée selon leurs remarques.

**Les réponses au questionnaire sont anonymes.** Les CPAS ne sont pas cités dans l'enquête, sauf lorsqu'il y a une réelle plus-value à mentionner quel CPAS travaille de tel ou tel manière dans le rapport.

Une personne du comité d'accompagnement a répondu à l'enquête électronique avant envoi et envoyé ses commentaires pour des modifications, qui ont été intégrées.

**Les statuts professionnels des personnes ayant répondu à l'enquête sont variés, ce qui peut engendrer un biais dans les réponses, bien que souvent, le questionnaire ait circulé dans le CPAS et été aux mains de plusieurs personnes spécialisées dans leurs domaines.** Parmi les répondants ayant signé l'encodage, nous retrouvons 8 responsables du service social, 3 responsables du secteur des soins médicaux, 1 infirmière en santé communautaire, 1 responsable du service facturation assistance, 1 juriste aux affaires sociales, 1 agent administratif, 2 coordinateurs et 1 Secrétaire temporaire.

**Des contacts téléphoniques ont été effectués**, après la clôture du questionnaire, avec certains CPAS ayant répondu à l'enquête pour pouvoir compléter l'un ou l'autre point ou demander une précision lorsque quelque chose n'était pas clair ou contradictoire dans les réponses. En outre, **le rapport a été présenté au Groupe de suivi soins de santé<sup>31</sup> de la Fédération des CPAS Bruxellois**, afin que les membres donnent des précisions sur certains points du rapport ou effectuent des corrections, au mois d'avril 2019.

---

<sup>31</sup> Ce groupe se réunit régulièrement pour aborder des questions sur la santé, afin de faire circuler l'information, de regrouper les vécus et expérience et de donner des réponses, juridiques ou autres, aux problèmes rencontrés par les CPAS. Il est organisé par la Fédération des CPAS Bruxellois.

# Résultats de l'enquête quantitative

## Questions générales

Dans cette partie, nous avons voulu poser des questions d'ordres générales aux CPAS, afin de développer une première approche de leurs pratiques.

### Cabinet médical ou personnel soignant au sein des CPAS

Une première question posée était de savoir combien de CPAS disposaient d'un cabinet médical. En effet, les CPAS choisissent cette options pour deux raisons : **toucher les publics plus facilement et diminuer la charge administrative tant des médecins que des CPAS**. D'une part, parce que le CPAS peut proposer directement un prestataire de soins aux personnes qui sont les plus éloignées des soins de santé (elles n'ont pas de médecin de famille, par exemple). D'autre part, parce que cette opportunité des CPAS peut leur permettre d'aller plus vite dans le traitement des demandes, le personnel soignant de ces cabinets médicaux étant tout de suite au fait des procédures à suivre du CPAS (papiers à remplir, attestations à donner, diagnostique, etc.) pour que le soin soit donné, et que la personne puisse également obtenir le plus rapidement possible les médicaments qui y sont liés.

Il s'avère que **3 CPAS ont un cabinet médical ou du personnel soignant attaché à leurs CPAS, hors maisons de repos**. La grande majorité (15 CPAS) n'en dispose pas.

Un des CPAS dispose d'un cabinet médical intégré dans l'administration centrale et composé de trois médecins et d'une infirmière. L'assistante sociale s'occupe d'établir un premier contact avec le bénéficiaire qui passe la porte du CPAS. Elle renvoie les patients vers le cabinet médical tout en leur expliquant qu'ils peuvent choisir de garder le médecin généraliste auquel ils sont attachés et se rendre dans son propre cabinet médical, où qu'il soit dans la région bruxelloise, si le Comité marque son accord (il le fait la plupart du temps, mais beaucoup d'usagers choisissent de se rendre au cabinet médical). Le centre médical est ouvert 5 jours sur 7.

Un autre CPAS dispose d'un cabinet médical. Les patients sont renvoyés en premier lieu vers celui-ci. Les médecins du cabinet médical analysent les demandes de soins et envoient leur rapport pour décision au CPAS (Comité Spécial du Service Social (CSSS) / Conseil de l'Action Sociale (CAS)) et pour validation de l'octroi d'une carte santé ou d'un réquisitoire en fonction des besoins. Le dispensaire est ouvert tous les matins de la semaine.

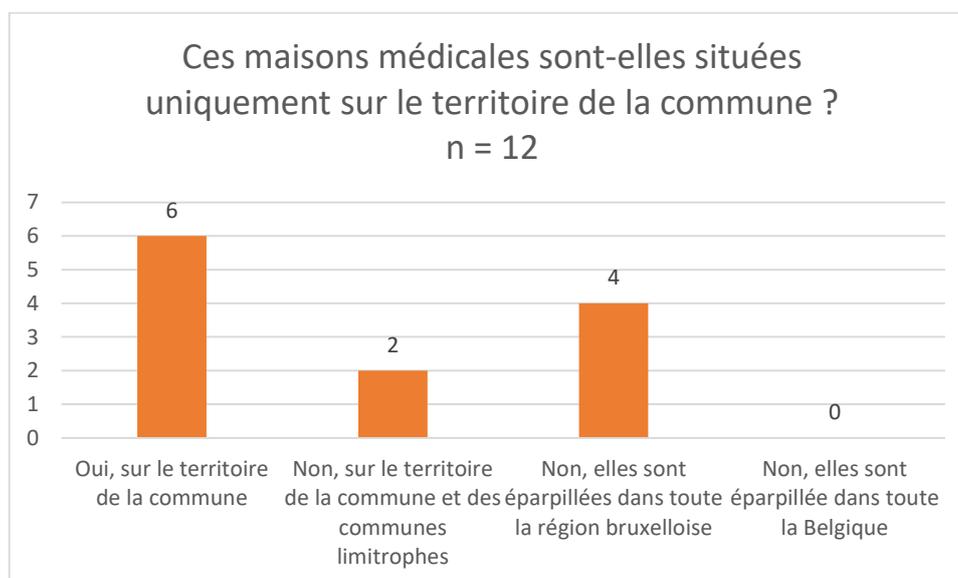
Enfin, un CPAS dispose d'un cabinet médical ouvert 6 jours sur 7, avec des médecins généralistes et des spécialistes (kiné, gynécologues, pédiatres, dentistes, etc.). Les patients peuvent choisir de s'y rendre ou non. Il est cependant spécifié que la procédure est plus simple lorsqu'ils passent par le cabinet médical du CPAS parce que le médecin sait bien quels papiers il faut remplir pour l'assistante sociale, et la coopération est plus simple entre le CPAS et le médecin.

Il y a lieu de constater que les procédures des CPAS envers leurs cabinets médicaux respectifs divergent. Premièrement par rapport à **l'obligation ou non de se tourner vers le médecin attitré** de ce cabinet pour certains usagers et pour ouvrir le droit à l'aide médicale ou l'aide médicale urgente (1 CPAS procède ainsi). Deuxièmement par rapport aux **heures d'ouvertures**. Troisièmement par rapport **aux prestataires de soins** qui y sont attachés (certains juste avec des médecins généralistes, et d'autres avec tout une série de spécialistes). **Précisons également qu'il n'y a pas de lien entre avoir un cabinet médical et être un CPAS d'une commune plus pauvre relativement aux autres de la région. Il n'y a pas de corrélation non plus entre la taille du CPAS et le fait d'avoir un cabinet médical** (deux des CPAS sont de taille moyenne par rapport au nombre de bénéficiaires, et un de petite taille).

## Les maisons médicales

Les maisons médicales sont souvent citées comme exemple pour le suivi des patients, tant elles peuvent se consacrer à une continuité du soin dans la durée, tant elles peuvent proposer divers services (médecins et spécialistes, mais aussi assistants sociaux, etc.)<sup>32</sup> et, enfin, tant elles sont à même de réaliser un « raccord » aux droits plus large de leurs patients, qui sont d'ailleurs majoritairement des personnes plus vulnérables et précarisées par rapport à la moyenne<sup>33</sup>. En effet, les maisons médicales réalisent un travail multidisciplinaire important<sup>34</sup>, et s'ancrent dans un quartier au plus proche des habitants. C'est pourquoi nous avons tentés de mesurer les accords de coopération entre les CPAS et les maisons médicales. A noter que nous n'avons pas fait de distinction entre les maisons médicales à l'acte ou au forfait.

**12 CPAS bruxellois travaillent avec des maisons médicales, 6 ne le font pas.** Parmi les CPAS qui travaillent avec des maisons médicales, 4 travaillent avec 1 à 3 maisons médicales, 2 entre 4 et 7, 2 entre 8 et 12 et 4 avec plus de 12. **Au plus le CPAS est grand, au plus, assez logiquement, il travaille avec un grand nombre de maisons médicales.** On peut poser l'hypothèse que les plus grands CPAS ont les moyens de travailler en partenariat avec celles-ci, plus que les petits CPAS. Par contre, il n'y a **pas de corrélation entre le fait de travailler avec beaucoup de maisons médicales et le territoire** où elles sont situées : les maisons médicales sont situées sur le territoire de la commune pour 6 CPAS ; 2 CPAS travaillent avec des maisons médicales sur la commune et dans les communes limitrophes et 4 précisent qu'elles sont éparpillées dans toute la Région bruxelloise. Aucun CPAS ne travaille avec des maisons médicales hors de la Région.



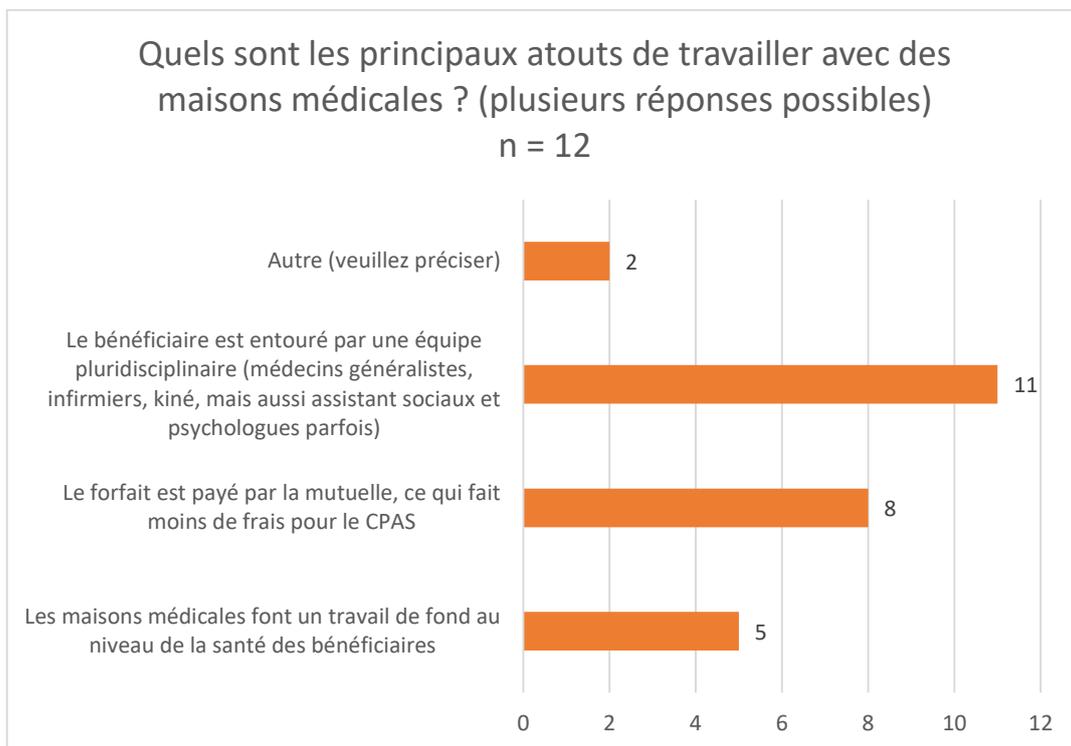
Parmi les atouts de travailler avec les maisons médicales, les CPAS pointent majoritairement le fait que « le bénéficiaire est entouré par une équipe pluridisciplinaire (médecins généraliste, infirmiers, kiné, mais aussi assistants sociaux et psychologues parfois) » : 11 CPAS sur 12. En outre, 8 CPAS précisent que « le forfait est payé par la Mutuelle, ce qui fait moins de frais pour le CPAS ». 5 CPAS expliquent que « les maisons médicales font un travail de fonds au niveau de la santé des bénéficiaires ». 2 CPAS

<sup>32</sup> P. DRIELSMA, J. MOREL, « Les critères du concept « Vers l'Unité pour la santé » appliqués en Belgique aux Maisons médicales », *Education for Health*, Volume 20, issue 2, 2007 p4.

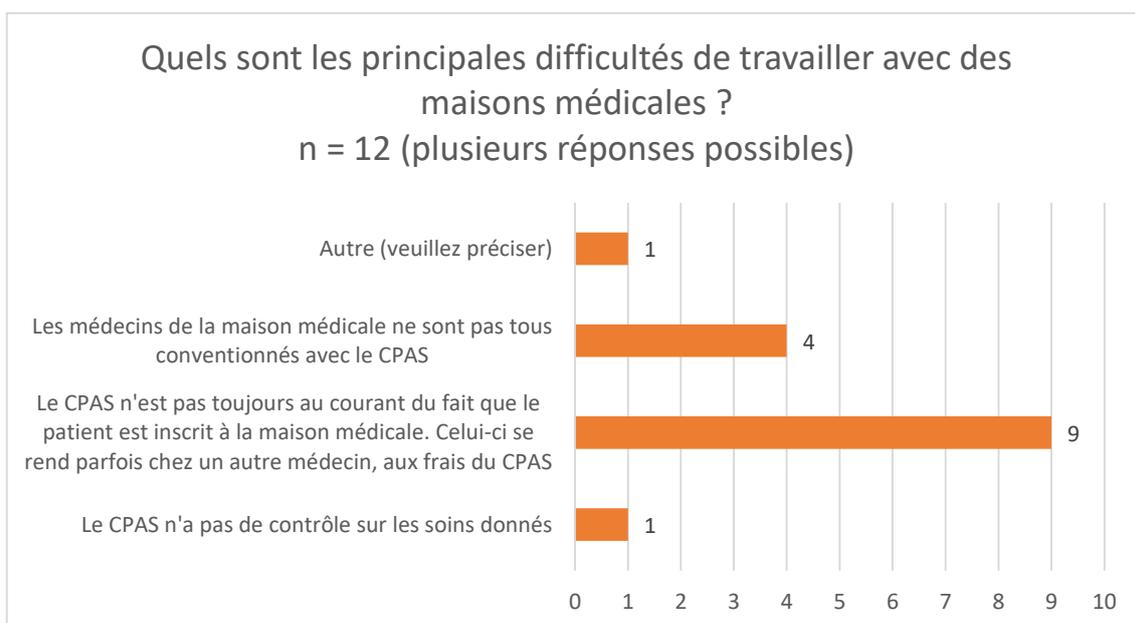
<sup>33</sup> « Les maisons médicales à Bruxelles, à propos de l'accessibilité », Fédération bruxelloise des maisons médicales, p3, <https://www.maisonmedicale.org/Les-maisons-medicales-a-Bruxelles-3602.html>

<sup>34</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, op. cit., p9.

précisent qu'un atout est la « *proximité du domicile de l'ayant droit* » ou la « *moindre charge administrative* » pour le CPAS.



Parmi les désavantages de travailler avec les maisons médicales, 9 CPAS pointent le fait que « *le CPAS n'est pas toujours au courant du fait que le patient est inscrit à la maison médicale. Celui-ci se rend parfois chez un autre médecin, aux frais du CPAS* ». Un CPAS va dans ce sens en précisant que « *le patient n'est pas toujours bien informé du règlement de la maison médicale, notamment en ce qu'il limite le libre choix du prestataire de soins* ». Un CPAS estime qu'il « *n'a pas de contrôle sur les soins donnés* », ce qui est un désavantage. 4 CPAS précisent que « *la maison médicale n'est pas toujours conventionnée avec le CPAS* », ce qui pose problème.



A noter que les CPAS peuvent toujours vérifier dans la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale pour savoir si le patient est affilié ou non à une maison médicale. Il n'est cependant pas spécifié le nom et l'adresse de celle-ci, ce qui ne facilite pas la tâche des CPAS puisqu'ils ne savent pas vers où renvoyer le patient. De plus, il faut que la BCSS soit mise à jour, ce qui n'est pas toujours le cas.

## Les médecins-conseil

L'enquête a pu révéler le recours ou non par les CPAS à un médecin-conseil. Pour préciser la question, nous avons défini ce que nous entendions par médecin-conseil. Il s'agit « *d'une personne du corps médical pouvant analyser ou donner un avis au CPAS sur les soins donnés par un autre médecin, pour évaluer le diagnostic en toute confidentialité et en partenariat avec cet autre médecin qui a fourni les soins ou la prescription de médicaments. Dans ce cas-ci, il ne s'agit pas du médecin-conseil de la mutuelle* »<sup>35</sup>.

La volonté ici était de mettre en lumière les éventuels problèmes des CPAS à octroyer l'aide médicale (ou AMU<sup>36</sup>) pour un soin donné, donc un certain financement, étant donné un diagnostic pour lesquels ils auraient un doute ou auraient besoin d'un avis médical. Ce n'est pas de la mission du CPAS de juger si tel ou tel acte médical est nécessaire, mais bien au prestataire de soins. Néanmoins, le CPAS fournissant l'aide matérielle et préventive est parfois en droit de demander un avis car il n'a pas les compétences ni la légitimité pour analyser la nécessité de la demande. La question a aussi été posée puisque depuis quelques années déjà, il y a une volonté des CPAS à engager un médecin-conseil au sein de la Fédération des CPAS Bruxellois, afin justement de remplir cette tâche pour tous les CPAS de la région. La pertinence de cette demande est donc analysée également.

### **Seuls 4 CPAS ont recours à un médecin-conseil. La grande majorité des CPAS n'utilise pas cet outil.**

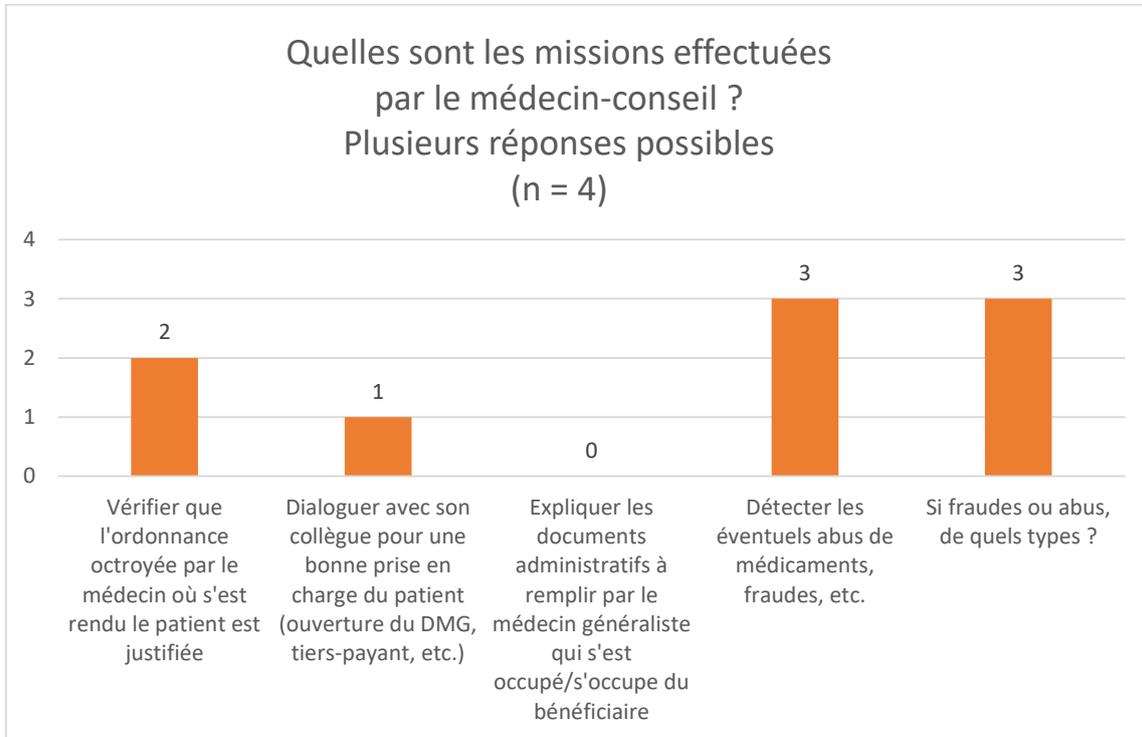
Parmi ceux qui y ont recours, 2 précisent que c'est le médecin-conseil de leur cabinet médical. L'un a recours au médecin-conseil tous les jours où leur cabinet médical est ouvert. En effet, c'est en passant par le cabinet médical de ce CPAS que le patient peut se voir octroyer un réquisitoire ou une carte médicale. C'est donc un passage obligé. Ils peuvent ensuite choisir leur médecin dans un deuxième temps. Un autre CPAS utilise l'avis du médecin du cabinet médical comme deuxième conseil, entre 1 à 3 fois par an. Pour un autre, qui n'a pas de cabinet médical, c'est un médecin extérieur au CPAS qui est consulté 1 à 3 fois par an. Enfin, un CPAS a recours au médecin-conseil de la maison de repos uniquement et peu fréquemment (1 à 3 fois par an).

---

<sup>35</sup> Le médecin conseil vérifie également les certificats médicaux de longue durée.

<sup>36</sup> Aide Médicale Urgente.

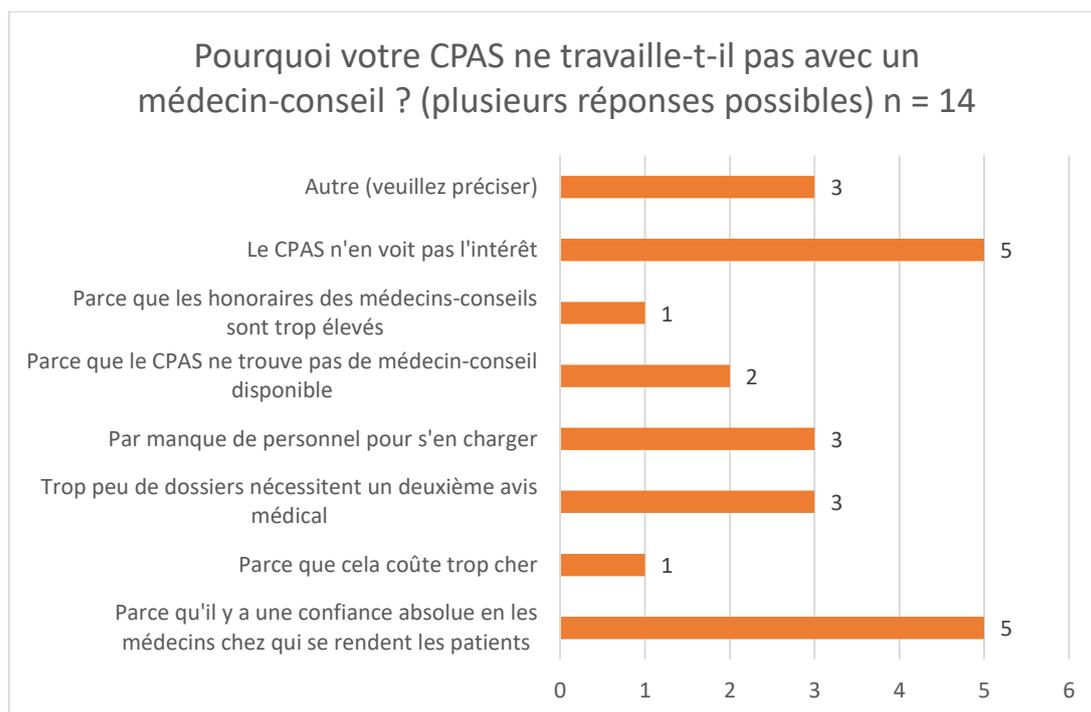
Il a été demandé aux CPAS ayant recours à un médecin-conseil quelles étaient ses missions. 3 CPAS expliquent que le but est de « détecter un éventuel abus de médicaments, une fraude, etc. ». 2 CPAS expliquent que c'est « pour vérifier que l'ordonnance octroyée par le médecin où s'est rendu le patient est justifiée ». Un CPAS précise que « c'est pour dialoguer avec son collègue pour une bonne prise en charge du patient (ouverture du DMG, tiers-payant, etc.) ».



Pour ce qui est des fraudes, un CPAS précise qu'il s'agit d'éventuelles « surconsommations de médicaments, abus de visites médicales et fraude social à l'emploi ». Un autre CPAS parle de la « délivrance de médicaments de confort pour les AMU » et le troisième CPAS « de certificats médicaux d'incapacité de travail non justifiés ».

Pour ce qui est des désavantages de travailler avec un médecin-conseil, 2 CPAS expliquent que « le CPAS fait un contrôle d'un médecin par un autre médecin, ce qui est parfois mal perçu ». Un CPAS estime que « le recours au médecin-conseil coûte cher ». Pour 1 CPAS, « il n'y a pas de désavantages ».

La grande majorité des CPAS ne font pas appel à un médecin-conseil et les raisons sont multiples.



5 CPAS « n'en voient pas l'intérêt » et un autre CPAS exprime le fait que « la question ne s'est jamais posée », probablement puisqu'ils ne remettent jamais en question l'avis du médecin. D'ailleurs, 5 CPAS expliquent que « il y a une confiance absolue en les médecins chez qui se rendent les patients ». 2 CPAS estiment que « trop peu de dossiers nécessitent un deuxième avis médical », la charge administrative d'implémentation étant probablement supérieure à l'effet escompté. 3 autres CPAS disent avoir « trop peu de personnel pour s'en charger ». 1 CPAS estime que « les honoraires des médecins-conseils sont trop élevés », tout comme un autre pour qui « cela coûte trop cher ».

Pour ce qui est des autres raisons, un CPAS précise : « nous n'avons pas encore relevé le besoin d'en faire appel. Pour notre personnel Art60§7, nous faisons appel à notre médecin-conseil de la médecine travail. Mais rien pour les bénéficiaires du service médical et pharmaceutique ». Un autre explique que « si nécessaire, nous demandons un second avis auprès d'un médecin spécialiste du réseau IRIS<sup>37</sup> ». Un autre CPAS précise que « la question ne s'est jamais posée ». C'est aussi la notion de contrôle qui pose problème, les médecins conventionnés avec certains CPAS n'ont pas envie ni de contrôler ni d'être contrôlés. D'ailleurs, **la majorité des CPAS ont souligné le fait qu'ils ne trouvent pas de médecins-conseil, ils ont cherché un temps, mais personne ne se présente pour effectuer une telle fonction.**

Ceci est à remettre donc en perspective avec l'intérêt de demander qu'un médecin-conseil soit engagé au sein de la Fédération des CPAS Bruxellois. La plupart des CPAS n'ont visiblement pas besoin de conseil médical et fonctionnent en collaboration avec les prestataires de soins, sans qu'un deuxième avis soit nécessaire.

## Lignes de conduite du CPAS

**12 CPAS disposent d'un document officiel reprenant les lignes de conduite de la politique générale en matière de soins de santé, 6 n'en disposent pas.** Cette question a été posée afin de voir si, en interne, les CPAS s'étaient déjà positionnés sur des aspects liés aux soins de santé, et sur des directives

<sup>37</sup> Réseau des hôpitaux publics bruxellois.

à donner à leurs équipes. Une prochaine étape, qui n'a pas été réalisée dans cette étude, serait d'analyser ces documents et d'y voir des points de comparaison, similarités ou oppositions.

## L'aide médicale en général

Un des axes de l'enquête était de savoir « de façon générale » qui avait droit à l'aide médicale du CPAS, tant aux frais médicaux que pharmaceutiques, par catégories de bénéficiaires. Les octrois d'aides médicales dépendent de l'enquête sociale et de l'état d'indigence, comme la loi le prévoit, et la situation de la personne au moment de l'acte de la demande d'aide est analysée sous tous les angles afin de donner une réponse appropriée du CPAS à l'utilisateur. En effet, selon la loi organique du 8 juillet 1976<sup>38</sup> dans son article §1 et §2, « (...) **le centre public d'action sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive (...). Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique** » et « *Par dérogation aux autres dispositions de la présente loi, la mission du centre public d'action sociale se limite à : 1° l'octroi de l'aide médicale urgente, à l'égard d'un étranger qui séjourne illégalement dans le Royaume (...)* ». De plus, selon la circulaire du 25 mars 2010, « **il appartient au CPAS d'apprécier par quels moyens il peut établir la situation d'indigence du demandeur (exemples : visites à domicile, contacts avec des associations ou intervenants extérieurs, etc.)** »<sup>39</sup>.

Pour plus de précisions, nous avons laissé un champ libre, que les CPAS ont largement complété et donc voici les informations qui y ressortent (4 CPAS n'ont pas répondu à cette question) :

- **La moitié des CPAS expliquent que tout se fait par une évaluation de la demande de l'utilisateur (9 CPAS) :** « *La situation d'indigence est constatée à un moment donné par l'enquête sociale, peu importe si c'est un bénéficiaire du RI ou s'il a un autre niveau de revenus* », ou encore, l'aide est octroyée à « *toute personne dont le budget ne permet plus la prise en charge des frais médicaux ou/et pharmaceutiques. Une personne qui a des revenus mais qui présente des problèmes d'endettement peut y avoir droit* ». Un autre CPAS explique que « *tout autre personne pour laquelle l'enquête socio-économique démontre une nécessité (poids des dépenses médico-pharmaceutiques dans le budget du ménage) peut avoir droit à l'aide médicale* ».
- Pour certains CPAS, un calcul *spécifique* est effectué :
  - Un CPAS calcule **le montant du disponible par personne** (ressources moins coûts fixes, selon un échéancier budgétaire) qui ne peut excéder 400 € pour pouvoir bénéficier de l'aide médicale (tant pour les médecins généralistes, que pour les spécialistes et l'aide pharmaceutique).
  - Un CPAS explique que « **les personnes ayant des ressources inférieures à 1,5 fois le montant du revenu d'intégration** » ont droit à l'aide médicale.
  - Deux CPAS calculent **un coefficient économique journalier (ressources moins loyer, charges, etc. divisé par le nombre de personnes dans le ménage et par 30)**.
  - Un CPAS précise que l'aide médicale est octroyée en critères pour les personnes dont le montant des revenus ne dépasse pas **le montant du revenu d'intégration de leur catégorie** : maximum de la catégorie avec charge de famille divisé par deux fois le taux cohabitant, plus 10%, plus les allocations familiales (ou les prestations familiale

---

<sup>38</sup> Loi organique du 7 juillet 1976, *op. cit.*

<sup>39</sup> « Circulaire sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 », 25 mars 2010, SPP IS. Voy : <https://www.mis.be/sites/default/files/documents/Circulaire%20Enquete%20Sociale.pdf>

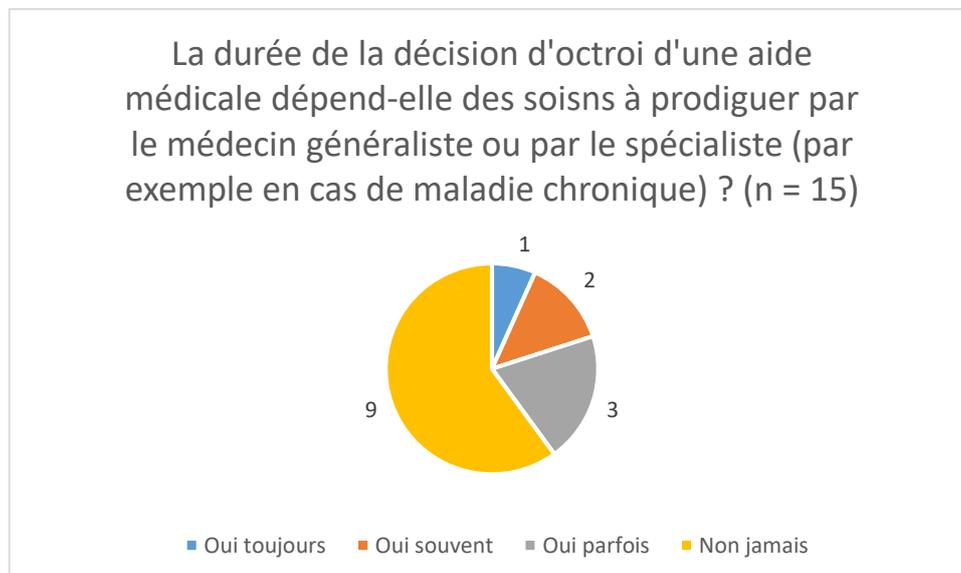
garanties<sup>40</sup>, selon les cas). Néanmoins, toute personne qui ne répond pas aux critères peut, moyennant un accord du Comité, obtenir une aide médicale.

**Ainsi, tous les CPAS font un calcul pour déterminer l'octroi de l'aide mais 5 CPAS en font un assez différent et systématique. Cela ne veut pas dire qu'ils ne font pas aussi une politique plus souple, selon l'enquête sociale, qui démontrerait que les ressources sont suffisantes mais que les coûts restent beaucoup trop élevés pour ce public.**

En outre, certaines personnes ont droit à l'aide médicale assez souvent (cela ne veut pas dire automatiquement) dans certains CPAS<sup>41</sup> :

- « **Les personnes bénéficiaires du RI ou du ERI** » (10 CPAS)
- « **Les personnes ayant des ressources inférieures ou égales à 110% du montant du RI** » (7 CPAS)
- « **Les personnes ayant des ressources ne dépassant pas un certain montant calculé sur la moyenne économique journalière du ménage (ressources moins loyer, etc. divisé par le nombre de personnes dans le ménage)** » (6 CPAS)

Quant à la durée de la décision d'octroi elle-même, la question a été de savoir si elle dépend des soins prodigués par le spécialiste ou le médecin généraliste (par exemple en cas de maladie chronique). La question a été posée dans le but de voir si le personnel des CPAS tenait compte de l'avis médical pour la durée de la décision d'octroi. Il est de notre avis que les CPAS ne sont pas amènes de savoir quelle est l'urgence, voire la nécessité du soin, sauf quand ils travaillent avec un médecin-conseil. Un contrôle de la pathologie n'entre pas dans les compétences d'un CPAS, mais est bien liée aux partenariats avec les prestataires de soins.



Ainsi, pour la majorité des CPAS, la durée de la décision d'octroi ne dépend « jamais » des soins prodigués (9 CPAS). Un CPAS précise qu'il s'agit d'une décision de principe d'un an. Pour 3 CPAS, elle dépend « parfois » des soins prodigués. Un de ces CPAS précise que la carte de santé est délivrée pour un an, tandis que la durée des soins chez des spécialistes dépend plutôt du type de soins (durée en

<sup>40</sup> Il s'agit d'un régime résiduaire pour les enfants qui ne peuvent bénéficier d'allocations familiales dans le cadre d'un régime belge ou étranger. En d'autres termes, ce sont des allocations familiales, qui sont, moyennant plusieurs conditions strictes, accordées aux familles qui ne peuvent bénéficier d'aucunes autres allocations familiales en Belgique, à l'étranger ou par le biais d'une institution internationale.

<sup>41</sup> Question à choix-multiples, plusieurs réponses possibles.

fonction du certificat médical ou de la prescription). 2 CPAS ont répondu que cela dépendait « souvent » des soins prodigués et « toujours » pour 1 seul CPAS, mais ce sont les CPAS qui disposent d'un cabinet médical et donc d'un médecin attaché au CPAS pouvant dire son avis sur la pathologie. 3 CPAS n'ont pas répondu à la question.

## Conclusion pour l'aide médicale en général

Dans ce chapitre, nous avons pu nous rendre compte de la diversité des pratiques des CPAS pour **l'accès aux soins de santé dans les grandes lignes, tant pour l'accès à l'aide médicale (générale et spécialisée) que pharmaceutique.**

Un premier point est le fait ou non d'avoir **un cabinet médical à disposition**. Seuls trois CPAS en disposent, et il semblerait que cela procure une certaine efficacité dans le traitement des demandes, puisque les médecins de ces cabinets médicaux sont au courant des papiers à fournir à l'assistante sociale, et à remplir. Cela pose cependant des questions en termes de libre choix du médecin. A noter que la plupart des patients semblent intéressés par passer par ces cabinets médicaux des CPAS, puisqu'ils sont ouverts régulièrement et attachés à l'administration centrale (avec une intensité variable). Les patients n'ont pas toujours de médecin de famille.

**Le passage par une maison médicale est bénéfique pour la majorité des CPAS, bien qu'il reste des questions pratiques à résoudre.** Pour la plupart des CPAS, le problème le plus récurrent est que le patient n'est pas toujours au fait de savoir qu'il doit toujours se rendre à cette maison médicale et ne peut pas se rendre chez un autre médecin, puisqu'il a signé un document d'agrément. L'information et la communication de cette information à l'AS est parfois manquante, et si elle le renvoie vers un autre médecin les frais sont à charges du CPAS. En effet, la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) permet au CPAS de voir si l'usager est attaché à une maison médicale mais ne précise pas laquelle. De plus, la BCSS n'est pas toujours à jour.

Un autre point à relever est que les CPAS font souvent des conventions avec ces maisons médicales, et renvoient leurs usagers parfois automatiquement à celles-ci. Pour ce qui est des conventions avec les maisons médicales, il aurait également été intéressant de savoir s'il s'agit de maisons médicales agréées par la COCOF ou non et s'ils pratiquent des prix réduits spécifiquement grâce à ces conventions ou d'emblée.

Il est à souligner que la taille du CPAS n'a aucun rapport vis-à-vis du fait de renvoyer vers des maisons médicales de la commune ou des communes limitrophes, ou de toute la région en entier. Par contre, au plus le territoire de la commune est grand, au plus grand est le CPAS, au plus ils travaillent avec des maisons médicales.

Le recours à un médecin-conseil est souvent lié au fait d'avoir un cabinet médical à disposition, puisque deux CPAS sur trois ayant un cabinet médical ont recours à l'avis de ces médecins. Toutefois, les CPAS sont très peu nombreux à recourir à un médecin-conseil. En outre, aucun CPAS ne fait appel à un médecin-conseil hors de leurs réseaux, sauf un CPAS qui demande parfois la vérification de la situation médicale par un médecin du réseau IRIS. Pourtant, **certains CPAS pointent le fait qu'ils ne trouvent pas de partenaire médecin, ou que ce processus coûte trop cher, et laissent donc la porte ouverte à une certaine volonté d'y recourir dans le futur.** Un frein important est aussi le contrôle qui serait fait d'un médecin par un autre médecin. Ceci s'avère délicat à mettre en place, tant pour trouver un médecin voulant faire ce travail, que pour les autres médecins qui se trouveraient contrôlés dans leurs décisions.

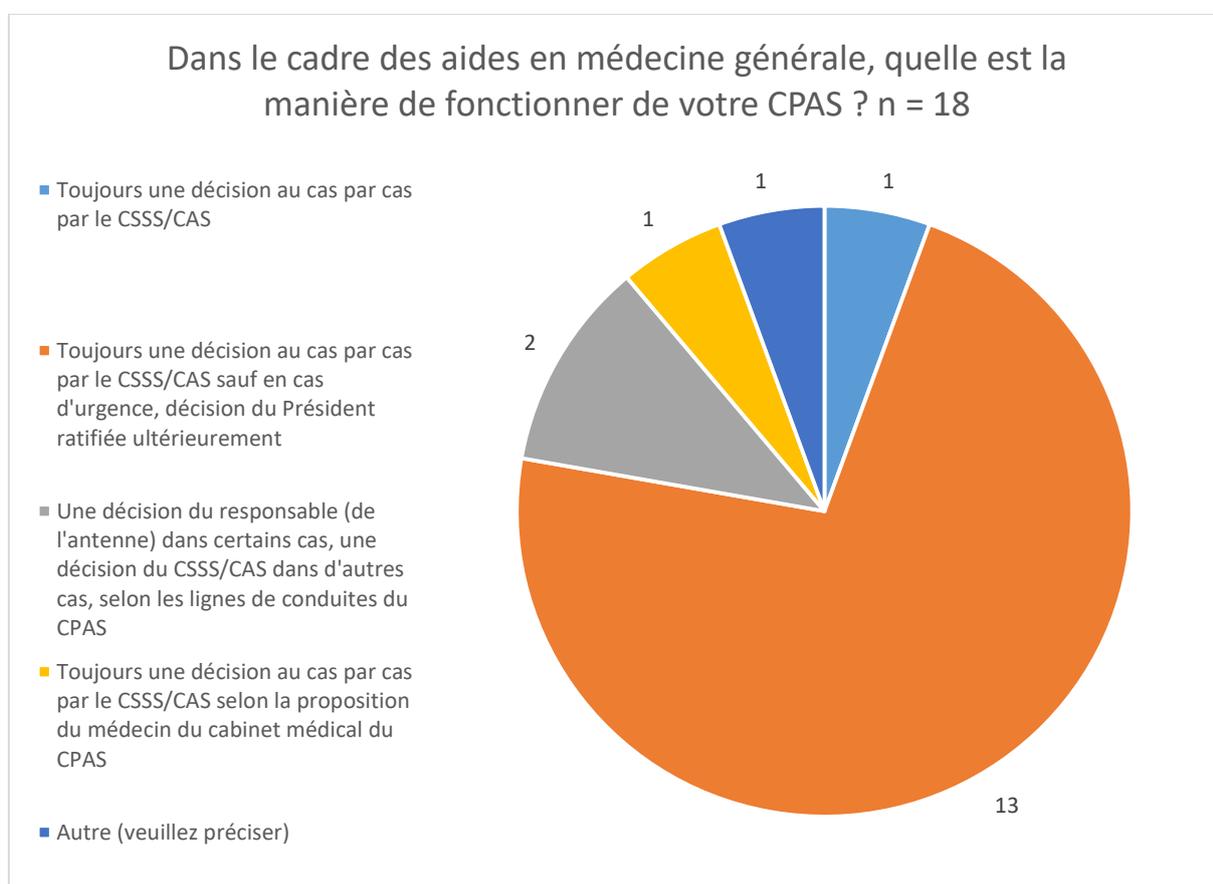
Pour ce qui est de l'octroi de l'aide, il est à souligner que **la moitié des CPAS octroient l'aide médicale aux personnes disposant du RI ou du ERI automatiquement**. Tous les CPAS réalisent un calcul sur les dépenses et recettes du ménage pour ouvrir le droit et évaluer l'état de besoin, mais certains CPAS en font un bien spécifique (basé sur le loyer, les charges, un plafond, un coefficient, etc.). Il pourrait être intéressant de voir si ce calcul inclut d'office les personnes disposant uniquement du RI ou du ERI. Une autre question serait de savoir si l'ouverture du droit se fait pour les RI et ERI au taux isolé ou aussi au taux cohabitant.

## Politique en médecine générale

La médecine générale concerne les soins prestés par les médecins généralistes. Ce chapitre est consacré à ceux-ci. Les médecins généralistes font partie de la première ligne de soins. A Bruxelles, le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste est de 2,9 par an et de 3,9 dans l'ensemble de la Belgique, pour chaque groupe d'âge en 2017 (la population bruxelloise étant plus jeune que dans le reste du pays, il y a lieu de constater que l'âge n'a aucun effet ici)<sup>42</sup>. L'accès aux soins des médecins généralistes est donc primordial. D'une part, cela permet de soigner des patients pour qui le report de soins en médecine de deuxième ligne pourra être source d'un aggravement de la maladie<sup>43</sup>. D'autre part, le recours à la deuxième ligne coûte plus cher pour les CPAS<sup>44</sup>. En outre, 19,6% des revenus les plus bas des bruxellois ont reporté des soins pour raisons financières en 2013, contre 2,4% du quatrième quintile et 1,4% pour les 20% des revenus les plus élevés<sup>45</sup>.

## Décisions de prise en charge

Un premier point d'attention a été de voir comment l'aide du CPAS était octroyée et passait devant le Comité. L'idée sous-jacente à cette question était de voir la rapidité de réponse du CPAS à un cas



<sup>42</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p28.

<sup>43</sup> « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Reports 257Bs, p8 et « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE reports 85B, p149.

<sup>44</sup> « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Reports 257Bs, p8 et « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE reports 85B, p149.

<sup>45</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p31.

bien spécifique, notamment s'il existe ou non une possibilité de dérogation du passage préalable au Comité en cas d'urgence.

Dans leur mode de fonctionnement, **la majorité des CPAS, pour la médecine générale, procèdent par « une décision au cas par cas, toujours, par le CSSS/CAS ; sauf en cas d'urgence où il faut passer par une décision du Président qui est ratifiée ultérieurement » (13 CPAS)**. Un CPAS fonctionne « toujours par une décision au cas par cas par le CSSS/CAS ». Pour un autre, c'est toujours « une décision au cas par cas par le CSSS/CAS selon la proposition du médecin du cabinet médical du CPAS ». 2 CPAS expliquent que c'est « une décision du responsable (de l'antenne) dans certains cas et une décision de CSSS/CAS dans d'autres cas, selon les lignes de conduite du CPAS ». En effet, l'un dispose de 10 antennes réparties sur le territoire de la commune, afin d'être au plus proche des citoyens, l'autre dispose d'une antenne en plus de l'administration centrale. 1 CPAS précise que l'aide médicale est « attribuée aux personnes disposant du RI ou ERI, et pour toutes les autres décisions, cela se fait au cas par cas par une commission spéciale, sauf en cas d'urgence où c'est une décision du Président, ratifiée ultérieurement ».

Le passage par le Président en cas d'urgence semble la norme, mais il y a lieu de se demander quelle est la définition d' « urgence » dans ce cas, la question n'ayant pas été posée. Il y a aussi des CPAS qui peuvent délivrer l'aide assez automatiquement en suivant des règles de conduite bien établies, et dans les antennes. Cela signifie que si le demandeur entre dans les critères, il peut se voir octroyer un réquisitoire ou une carte médicale/santé avec passage au Comité dans un deuxième temps. Pour un CPAS ayant un cabinet médical, en cas de demande de soins, le patient est directement envoyé chez le médecin du cabinet, qui, lui, pourra faire la demande de réquisitoire ou de carte santé/médicale au Comité. Le patient est donc soigné avant la demande au Comité s'il y a besoin d'aide en médecine générale. Un accord du Comité est nécessaire pour toute autre demande, notamment vers les spécialistes. Dès lors, il semblerait que les réponses aux demandes de soins en médecine générale soient effectuées le plus rapidement possible par les CPAS, surtout si « une urgence » est constatée.

## Durée de la décision d'octroi

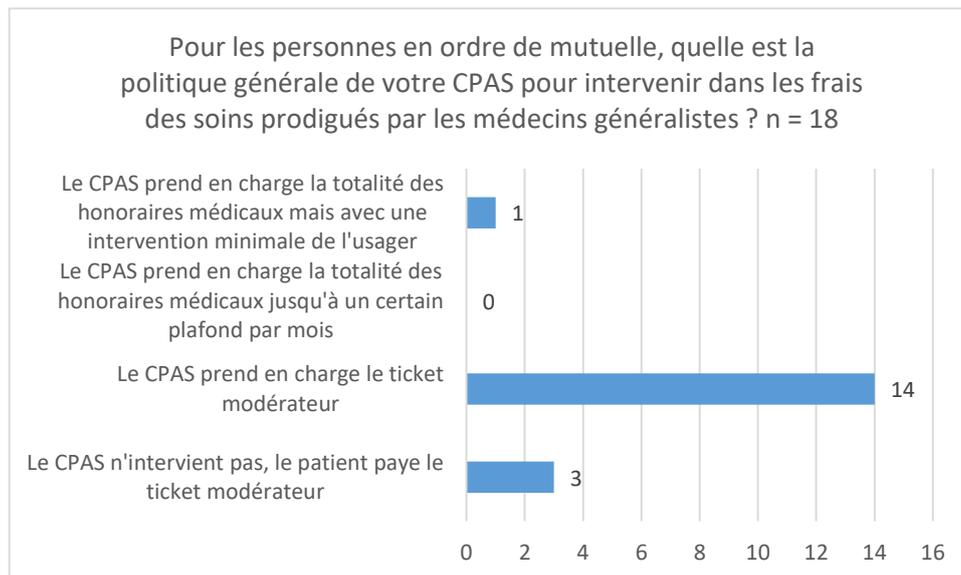
**La durée de la décision d'octroi est le plus souvent d'un an en médecine générale (14 CPAS)**. Elle est nettement moins souvent de 6 mois (1 CPAS) ou de 3 mois (2 CPAS). Un CPAS ayant répondu « autre » explique que c'est entre 6 mois et 1 an.

## Politique pour les usagers

Nous avons interrogé les CPAS sur leurs pratiques pour les soins prodigués en médecine générale aux personnes en ordre de mutuelle puis aux personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle, pour voir s'il y avait une différence de politique pour ces deux types de publics. Pour rappel, la mutuelle intervient pour une partie des frais médicaux des personnes en ordre de mutuelle. L'autre partie, nommée ticket modérateur, est à charge du patient ou du CPAS selon sa politique. Pour les personnes qui n'ont pas de mutuelle, la totalité du montant est à payer (ticket modérateur plus part Assurance Maladie Invalidité - AMI, c'est-à-dire le tarif INAMI).

## Patients en ordre de mutuelle

**Pour les personnes en ordre de mutuelle, la grande majorité des CPAS prennent en charge le ticket modérateur selon la politique générale du CPAS (14 CPAS).**



Un de ces CPAS conditionne le fait d'avoir une carte médicale et un autre CPAS précise qu'il prend en charge le ticket modérateur sauf dans le cas où il bénéficie d'une dérogation quant au choix du médecin généraliste. 3 CPAS qui prennent en charge le ticket modérateur ont une politique singulière. 2 calculent la moyenne économique journalière (MEJ) du ménage de la personne (solde des ressources après déduction du loyer et des factures mensuelles de gaz-électricité calculé par jour et divisé par le nombre de personnes dans le ménage). Si le coefficient obtenu est inférieur à un certain seuil et que la personne bénéficie du RI, il y a remboursement des frais médicaux. Si le coefficient est supérieur ou si la personne possède des ressources, il y a une décision au cas par cas en fonction de l'état de besoins. Le calcul est également effectué par un CPAS où le disponible (ressources moins charges/coûts fixes) ne peut excéder 400 euros sauf dérogations expresses de l'assistante sociale, ou qu'un calcul est effectué en fonction des allocations familiales perçues.

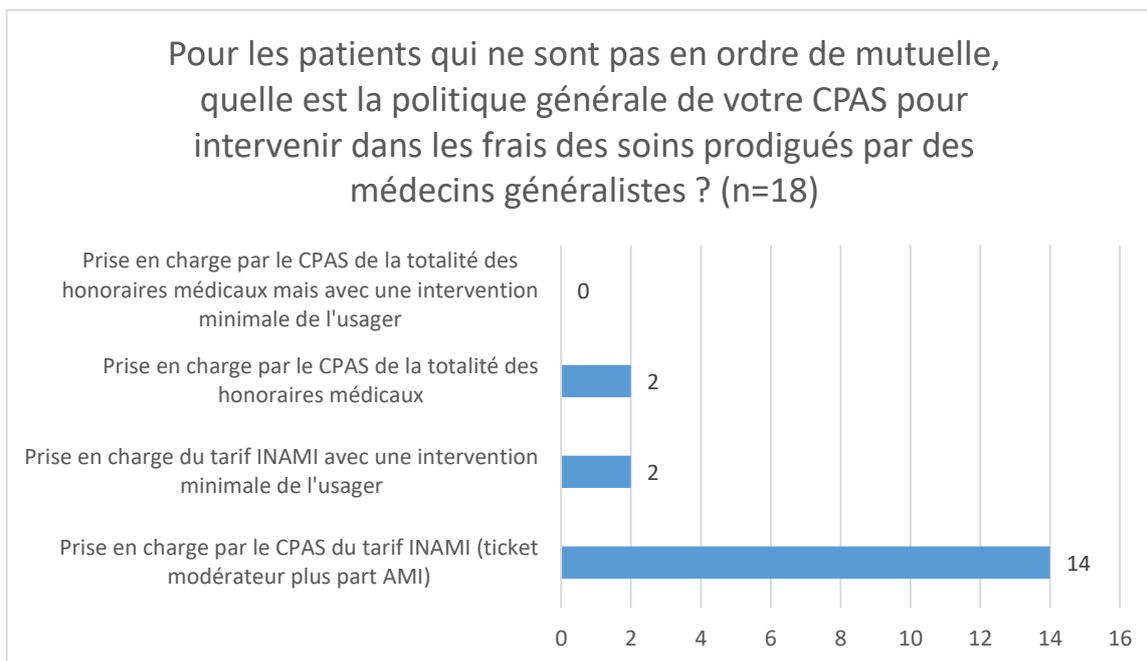
**Dans 3 autres CPAS, il n'y a pas d'intervention, le patient paie le ticket modérateur.** 1 seul CPAS prend en charge la totalité des honoraires médicaux mais avec une intervention minimale de l'utilisateur, **de 1 euro la consultation**, sauf cas particuliers (non précisés).

## Patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle

**Pour les patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle, les CPAS sont 16 à prendre en charge le tarif INAMI (ticket modérateur plus part AMI – Assurance Maladie Invalidité).** A noter que les deux de ces CPAS qui ont dit prendre en charge la totalité des honoraires médicaux le conditionne à ce que ce soit au tarif INAMI, ce qui revient donc au même (voir graphique ci-dessous). 2 CPAS prennent en charge le tarif INAMI mais avec une intervention minimale de l'utilisateur dans certains cas qu'ils ont spécifié :

- L'un précise que « Jusqu'à maintenant il n'y a pas une ligne de conduite, c'est le CSSS qui décide cas par cas ».
- L'autre calcule donc un coefficient économique, comme pour les personnes non-assurées. Si la personne obtient un score en dessous de celui-ci, le CPAS prend en charge le ticket modérateur plus la part AMI sans quote-part. S'il dépasse le plafond, le CPAS délaisse le ticket modérateur à l'utilisateur et une franchise sur les médicaments D de la liste de la Fédération des

CPAS<sup>46</sup>. Si le patient a des ressources, le CPAS fait une décision au cas par cas en fonction de l'état de besoin.



## Les cartes médicales et les cartes santé

Pour mieux expliquer comment la prise en charge des frais médicaux est réalisée par les CPAS, nous avons posé la question de l'utilisation de cartes médicales (couvrant uniquement les soins des médecins généralistes selon notre définition), des cartes santé (couvrant les frais pharmaceutiques et médicaux) et des réquisitoires.



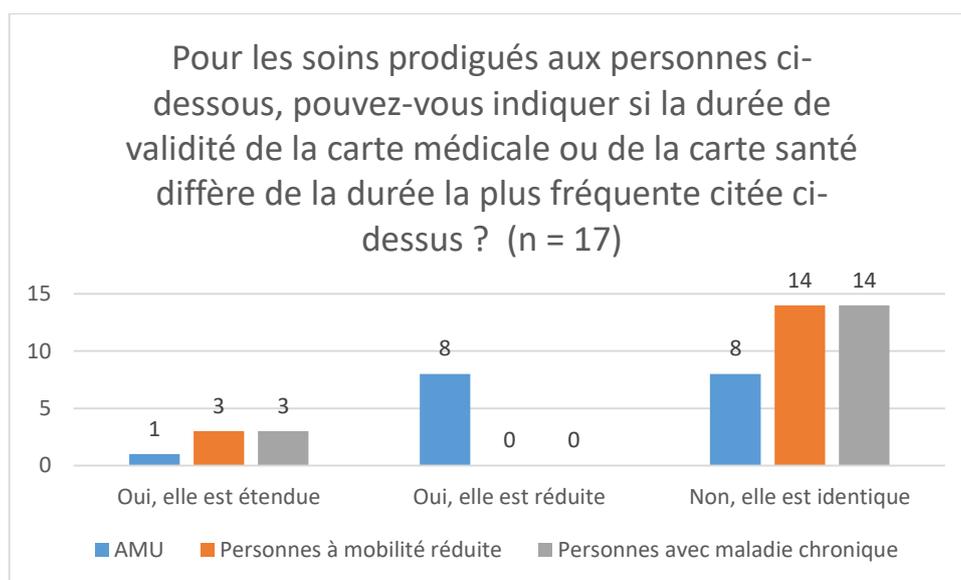
<sup>46</sup> Cette liste reprend les médicaments de catégorie D (non remboursés par l'INAMI) que tous les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ont décidé de prendre en charge : [www.medicamentd.brussels](http://www.medicamentd.brussels)

**14 des CPAS délivrent une carte santé** c'est-à-dire une carte qui couvre tant les frais médicaux des généralistes que pharmaceutiques. Pour un de ces CPAS, la carte santé n'est donnée qu'aux personnes ne sachant pas se déplacer jusqu'au CPAS (PMR). **4 CPAS délivrent une carte médicale (pour un CPAS, il y a délivrance soit de carte santé, soit de carte médicale, soit une carte pharmaceutique, selon les cas). Seul 1 CPAS ne délivre la plupart du temps ni carte santé, ni carte médicale mais bien des réquisitoires** (à part pour l'AMU dans MédiPrima). Parfois mais rarement, une carte santé est délivrée tout de même, surtout en cas de maladies chroniques.

## Durée de délivrance de la carte médicale ou de santé

Parmi les CPAS qui utilisent des cartes *santé ou carte médicale* c'est-à-dire 17 CPAS, elle est délivrée soit pour 3 mois le plus souvent (7 CPAS), soit pour 1 an (7 CPAS). 1 CPAS l'octroie le plus souvent pour 6 mois. Un CPAS marque un accord de principe quant à l'octroi de la prise en charge des soins médicaux pour une période de 1 an maximum. Néanmoins, dans le but d'assurer un suivi régulier des ayants droits, les cartes sont principalement émises pour une période de 3 mois, tout comme un autre où la décision est pour 1 an mais la carte est à prolonger tous les mois.

**En fonction des bénéficiaires, la carte santé ou médicale peut varier dans la durée.** Elle est réduite en temps pour les AMU pour 8 CPAS sur 17 et identique pour 8 CPAS. Pour 1 CPAS, elle est étendue pour les AMU. Pour les personnes à mobilité réduite, elle est étendue pour 3 CPAS sur 17 et identique pour 14 d'entre-eux. Pour les personnes avec maladies chroniques, elle est étendue pour 3 CPAS et identique pour les autres.



## Les réquisitoires en médecine générale

### 9 CPAS délivrent des réquisitoires

Certains CPAS délivrent également des réquisitoires pour les soins des médecins généralistes (9 CPAS). Les autres CPAS ne délivrent pas de réquisitoires.

**Il y a lieu de constater que les plus grands CPAS (en nombre de bénéficiaires) ne délivrent pas de réquisitoire, mais fonctionnent majoritairement par carte médicale ou de santé pour la médecine générale.**

### *Cas de figure pour l'octroi du réquisitoire*

**1 CPAS ne délivre que des réquisitoires et pas de carte médicale pour la médecine générale**, que ce soit pour un premier rendez-vous chez un médecin généraliste autant que pour les rendez-vous suivants. **C'est aussi le cas d'1 autre CPAS de la Région, sauf si le Comité fait une dérogation et octroie une carte médicale : le CSSS le fait pour les personnes ne sachant pas se déplacer (PMR)**. Ils reçoivent des cartes médicales pour n'importe quel médecin généraliste de Belgique, pour autant qu'il soit conventionné avec le CPAS ou accepte de l'être.

3 CPAS font un réquisitoire pour un premier rendez-vous chez un médecin généraliste, dont l'un d'eux octroie un réquisitoire vraiment ponctuellement, par exemple lorsque le médecin de famille est en congé.

1 CPAS procède par réquisitoires *« si l'octroi du CPAS se limite à la consultation chez un médecin généraliste (et que la décision ne permet d'avoir accès à ce qui est "inclus" dans la carte) »*. Il s'agit donc d'une décision en fonction de la nécessité du soin prodigué.

2 CPAS font des réquisitoires pour *« des rendez-vous avec des médecins généralistes qui ne sont pas conventionnés avec le CPAS »*, tout comme 1 autre CPAS, qui fait des réquisitoires pour tous *« les prestataires ne figurant pas sur la carte médicale (médecin de garde ou autre) »*.

### *Par types de bénéficiaires*

**Au niveau des tendances par groupe de bénéficiaires, les CPAS ont plus souvent recours aux réquisitoires pour les personnes en séjour illégal.** En effet, les CPAS utilisant des réquisitoires précisent généralement qu'ils le font aussi pour le public particulier des AMU.

Dans un CPAS, tout dépend de l'Etat d'indigence : une carte santé ou un réquisitoire ponctuel peut être octroyé pour la médecine générale.

Un CPAS octroie des réquisitoires pour les hospitalisations dans le réseau HIS (le réseau des Hôpitaux IRIS Sud)<sup>47</sup>, pour les hospitalisations IRIS et les consultations IRIS, pour les hospitalisations et les consultations non IRIS. Pour les personnes entrant dans le cadre de MédiPrima, un réquisitoire est aussi octroyé, bien que la carte médicale soit également d'application (informatisée), pour que la même politique s'adresse à tous les usagers (passage par le CPAS obligatoire avant la consultation), mais cette politique est en train d'être rediscutée au sein du CPAS étant donné qu'elle demande un suivi administratif important et que MédiPrima peut soulager ce travail administratif.

### *Procédure de délivrance du réquisitoire*

Toujours parmi ces CPAS qui octroient des réquisitoires pour la médecine généraliste, il est délivré par différents acteurs (plusieurs réponses possibles). Par l'AS pour 1 CPAS. L'accueil s'en charge pour 3 CPAS (la plupart du temps, l'accueil rédige le document, mais qui doit être signé par le Président et Secrétaire dans la semaine). Pour 1 CPAS c'est le responsable ou une autre délégation, notamment en cas d'urgence. Pour les autres, c'est soit le *« guichet réquisitoire du CPAS »*, soit le *« Service Frais médicaux et placements (FMP) »*, soit le *« support opérationnel »* du CPAS ou encore *« l'AS après signature du Secrétaire ou du Président »*. Il n'y a donc pas de délégation dans ce dernier CPAS, le Président ou le Secrétaire doivent signer le document, ce qui laisse présager une période d'attente assez longue de l'utilisateur.

---

<sup>47</sup> Etterbeek-Ixelles, Bracops, Molière et Etterbeek-Baron-Lambert.

## Résumé des cartes santé, médicales ou réquisitoires en médecine générale

Tableau 1 : Carte santé (CS), carte médicale (CM) ou réquisitoires (R) pour les médecins généralistes (MG)				
CPAS	Carte santé (CS)	Carte médicale (CM)	Réquisitoire (R)	Remarque
<i>Anderlecht</i>	x			
<i>Auderghem</i>			x	R pouvant couvrir plusieurs prestations qui s'apparente à une CM
<i>Berchem-Sainte-Agathe</i>	x		x	CS pour les PMR, R sinon
<i>Ville de Bruxelles</i>	x			
<i>Etterbeek</i>		x	x	R si la demande se limite à une consultation chez un MG (et pas de CM)
<i>Evere</i>		x		
<i>Forest</i>	x			CS électronique (site web avec accès privé)
<i>Ixelles</i>	x		x	R pour les hospitalisations ou consultations IRIS et non-IRIS ou pour les AMU
<i>Jette</i>	x			
<i>Koekelberg</i>	x			
<i>Molenbeek-Saint-Jean</i>	x			
<i>Saint-Josse-ten-Noode</i>	x		x	R pour les MG non-conventionnés
<i>Saint-Gilles</i>		x		
<i>Schaerbeek</i>	x		x	R pour un premier rdv chez un MG et pour les MG non-conventionnés
<i>Uccle</i>	x			
<i>Watermael-Boitsfort</i>	x		x	R ponctuellement lorsque MG en congé ou pour un premier rdv chez un MG
<i>Woluwe-Saint-Lambert</i>	x		x	R si consultation en urgence
<i>Woluwe-Saint-Pierre</i>	x	x	x	R pour tout ce qui n'est pas repris dans la CM ou CS ou pour un premier rdv chez un MG, ou pour tous les prestataires ne figurant pas sur la CS ou CM
<b>TOTAL</b>	14	4	9	

### Spécificités de la carte médicale ou de santé par les CPAS

Sur la carte médicale ou la carte santé des CPAS, est représenté à chaque fois un ou deux, voire trois médecins généralistes et le plus souvent un pharmacien, chez qui la personne peut se rendre. Parfois, un kinésithérapeute est également repris sur la carte ou d'autres spécialistes<sup>48</sup>. Ce sont le plus souvent des médecins conventionnés avec le CPAS qui sont repris sur les cartes médicales ou de santé, mais pas toujours.

Voici quelques exemples de spécificité des cartes santé ou médicales par les CPAS.

- Un seul CPAS délivre une carte santé électronique. Les médecins et les pharmaciens ont accès à un site internet. Ils peuvent directement voir si les soins sont couverts par le CPAS. Il s'agit d'un site internet avec un accès privé. Le site est mis à jour chaque semaine avec des nouvelles inscriptions

<sup>48</sup> Voir la partie « Médecine par des spécialistes » page 49.

des bénéficiaires de l'aide médicale, après qu'ils se soient présentés, qu'ils soient effectivement couverts, et après chaque CAS. Chaque membre du ménage est repris individuellement sur le site. Le site ne reprend que le nom des personnes et ne reprend aucune autre information à caractère privé. Grâce au site internet, le bénéficiaire peut se rendre directement à la pharmacie après avoir vu son médecin généraliste. La carte santé peut être octroyée à toute personne qui dispose de revenus inférieurs ou égaux à 150% du RI.

- Il n'y a qu'un seul CPAS pour qui l'octroi de la carte médicale nécessite l'avis du médecin-conseil du cabinet médical. En effet, les patients peuvent se rendre chez n'importe quel médecin de la liste du CPAS (6 médecins y sont référenciés), comprenant des généralistes sur la commune, mais doivent d'abord passer par le médecin du cabinet médical pour le premier rendez-vous. S'ils veulent se rendre chez un médecin généraliste hors de la commune, il faut l'accord du Comité.
- Dans un des CPAS, l'assistant social propose une carte santé qui est validée par un chef d'antenne si c'est dans les critères d'octroi et si c'est hors critères, cela remonte au CSSS. Par exemple, si l'usager demande à être suivi par un médecin hors de la commune, cela ne rentre pas dans les critères, le CSSS doit prendre une décision. Dans les critères on retrouve l'état de besoin (le budget du ménage de l'ayant droit). Si toutes les conditions sont remplies<sup>49</sup>, l'assistante sociale fera une demande de carte santé qui couvrira des décisions de prises en charge des frais de médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, en fonction du besoin de l'ayant droit, notamment (également des frais de soins de spécialistes). Si les conditions ne sont pas remplies, le CPAS analysera la demande au cas par cas.
- Dans un autre CPAS, la carte médicale est octroyée pour les personnes en séjour légal, pour les consultations dans le réseau HIS et pour les médecins agréés par le CPAS. Comme précisé ci-avant, ce CPAS calcule la moyenne économique journalière (ressources moins charges et loyer divisé par 31 et le nombre de personnes dans le ménage) pour décider de l'octroi de la carte médicale. En fonction du résultat, la personne a droit à la carte médicale ou non. Toutefois, une certaine souplesse est de mise : si la personne a un coefficient élevé, elle peut parfois avoir une carte médicale en cas de frais médicaux très importants par rapport aux revenus, par exemple.
- Dans un autre CPAS, si la personne le demande, la carte médicale est octroyée, d'office aux bénéficiaires du RI et ERI et aux usagers qui disposent de 10% en plus du RI ou ERI de leur catégorie. Les autres demandes doivent passer au Comité. La carte médicale de CPAS est valable pour n'importe quel médecin généraliste, qu'il fasse partie de leur cabinet médical ou non.
- Pour un autre CPAS, si une personne dépasse de 10% le RI, elle n'aura pas forcément une carte santé. Le CPAS analysera la demande au cas par cas. Dans ce cas, il ne payera pas forcément 0 euros chez le médecin, mais bien une partie. Si la personne possède, par contre, la carte santé, alors ce sera gratuit.
- Un autre CPAS calcule le disponible (ressources moins coûts fixes), qui ne peut excéder 400 euros pour avoir l'aide médicale en médecine générale, sauf dérogation demandée par l'assistante sociale au CSSS.
- Un autre CPAS octroie une carte médicale à ses bénéficiaires en fonction du revenu disponible. Il est calculé selon la différence entre les ressources de l'usager et ses charges (qui peuvent couvrir différents items). Puis, ils comparent avec le montant des frais médicaux demandés et octroient la carte médicale au cas par cas. Le disponible sert à évaluer le besoin de la personne. Le calcul du disponible sert plus d'appréciation pour le dossier que de véritable référence.
- Dans un CPAS disposant d'un cabinet médical, ni les médecins du cabinet médical ni les médecins conventionnés ne sont habilités à octroyer une carte médicale. La décision appartient toujours au

---

<sup>49</sup> Attention : pour les personnes en séjour illégal sur le territoire, il y a plus de conditions à remplir (notamment disposer d'une attestation AMU, etc.).

CSSS. Les patients peuvent se rendre chez un médecin conventionné par le CPAS et, par-là, bénéficier, si l'enquête révèle la situation d'indigence, d'une carte santé. S'ils se rendent chez un médecin non-conventionné, ce sera toujours un réquisitoire ou un bon (et passage obligé par le CPAS, toujours).

- Pour un CPAS, la carte médicale est octroyée d'office pour les bénéficiaires du RI ou ERI (pour les médecins généralistes, les dentistes, et la pharmacie), et pour les autres au cas-par-cas.

## Convention et agréments avec les médecins généralistes

### *CPAS qui font des agréments ou des conventions*

Nous avons abordé la question des conventions, agréments éventuellement effectués entre les médecins généralistes et les CPAS. Les définitions qui étaient données aux répondants au questionnaire étaient les suivantes :

- **Les conventions** sont des contrats signés par le médecin généraliste et le CPAS dans lesquels les règles générales applicables aux deux parties sont détaillées (délais de paiement, utilisation du DMG, liste de médicaments D, etc.).
- **Les agréments** prennent la forme d'un document nominatif avec le nom du médecin généraliste signé par le Secrétaire et Président du CPAS. Ils comportent aussi les lignes de conduite à respecter par le médecin généraliste et le CPAS.
- **Un document d'information** est seulement l'explication de la pratique du CPAS au médecin généraliste et n'est pas signé par les parties.

Notons que Médecin du Monde explique dans son Livre vert sur l'accès aux soins de santé<sup>50</sup> qu'il arrive que certains CPAS ne laissent *que* les médecins conventionnés avec le CPAS remplir les attestations d'aide médicale urgente, ce qui pose problème si l'utilisateur se rend chez un autre prestataire de soins que celui proposé par le CPAS. Dans ce cas, le patient doit retourner vers le médecin conventionné, et n'est même pas sûr d'être remboursé de la consultation avec le précédent médecin. D'un autre côté, un médecin témoigne du fait que les conventions sont utiles pour fixer quelques règles dans cette même recherche<sup>51</sup>.

Nous tentons dans ce chapitre de mesurer s'il vaut mieux faire une convention ou un agrément avec le plus de médecins possible, ou bien pas de conventions ou d'agréments du tout, afin de garantir le libre choix de son prestataire de soins. Enfin, il est intéressant de voir quelles sont les difficultés que rencontrent les CPAS pour établir ces conventions ou agréments.

**7 CPAS font des conventions avec les médecins généralistes. 6 CPAS font des agréments avec les médecins généralistes. Ce sont donc 13 CPAS qui formalisent leur travail avec les médecins généralistes.** Ce sont majoritairement les CPAS du Sud de Bruxelles, les communes les plus riches, qui ne font pas de convention ou d'agrément. 1 de ces CPAS ne fait plus de conventions avec les médecins généralistes depuis quelques années, mais le faisait auparavant et elles restent d'application. Ils envoient cependant le règlement du CPAS aux nouveaux médecins, afin de les informer de la procédure. Ce règlement ne doit pas être signé par le médecin, mais l'est par le Président et le Secrétaire et s'apparente donc à un agrément. 1 de ces CPAS ne fait des conventions qu'avec les deux médecins de son cabinet médical. Pour 1 CPAS, l'agrément est signé qu'avec les médecins généralistes du cabinet médical du CPAS. **Les 5 autres CPAS ne font ni agréments ni conventions.**

---

<sup>50</sup> « Le livre vert sur l'accès aux soins en Belgique », *op.cit.*, p55.

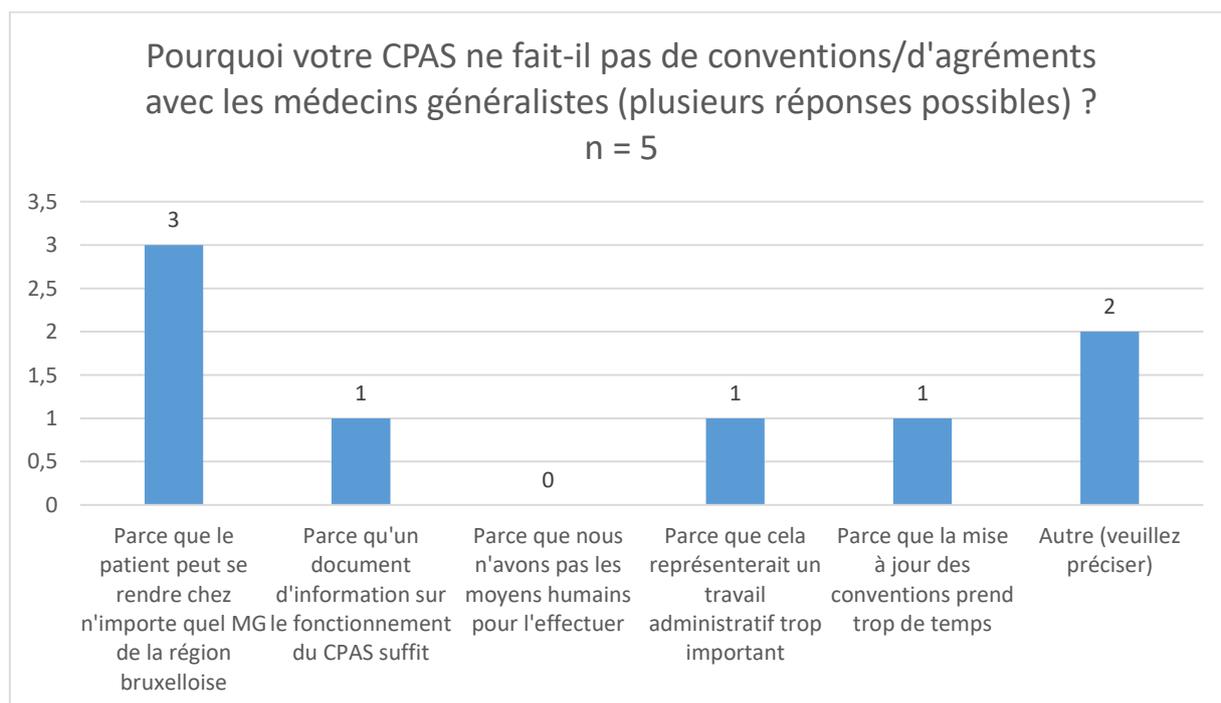
<sup>51</sup> « Le livre vert sur l'accès aux soins en Belgique », *op.cit.*, p58

### Le nombre de médecins conventionnés

Il y aurait environ 1.093 conventions ou agréments signés entre un CPAS bruxellois et un médecin généraliste (un médecin généraliste peut avoir signé une convention avec un ou plusieurs CPAS) à Bruxelles. Ce chiffre est très important, bien que, comme nous le répétons, un médecin peut avoir signé des conventions avec plusieurs CPAS. A titre informatif, selon l'Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse (IBSA), il y avait 1.554 médecins généralistes agréés en 2016 en Région Bruxelloise<sup>52</sup>. Notons que les CPAS laissent cependant toujours le choix pour les bénéficiaires de se rendre vers des médecins non-conventionnés ou agrémentés.

### Raisons de ne pas faire d'agrément ou de conventions

Les raisons de ne pas faire de conventions ou d'agrément avec les médecins généralistes sont diverses et variées. La première raison évoquée est le fait que « le patient peut se rendre chez n'importe quel médecin généraliste de la région bruxelloise » (3 des 5 CPAS ne faisant pas de conventions). Un CPAS estime que « un document d'information sur le fonctionnement du CPAS suffit ». Un autre explique que « cela représenterait un travail administratif trop important » et parce que « la mise à jour des conventions/agréments prend trop de temps ». Un autre CPAS précise que « le choix du médecin incombe au patient et le CPAS veut respecter le libre choix », ce qui est conforme à un autre qui note que « l'usager peut se rendre chez tout médecin généraliste (même s'il faut parfois une décision spécifique pour "étendre" la délivrance de la carte d'accès à ce médecin) ».



### Etendue des conventions et agréments

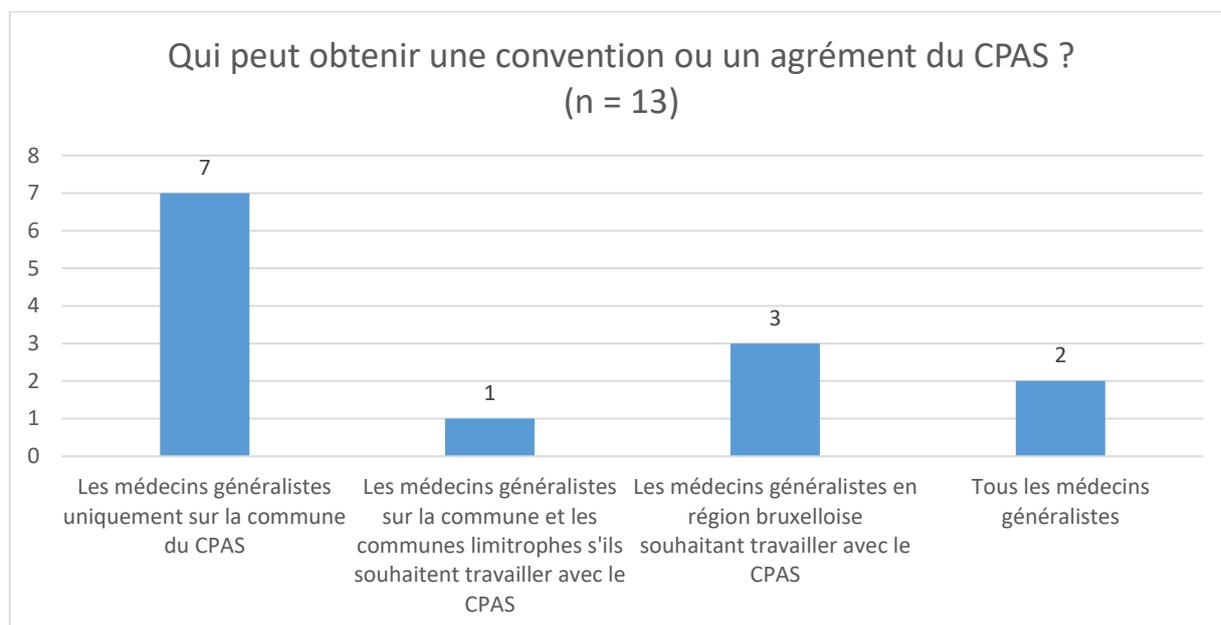
Pour ce qui est des conventions et des agréments, parmi les CPAS qui en délivrent ou qui en signent, 7 sur 13 CPAS le font avec « des médecins généralistes uniquement sur la commune du CPAS ». Pour 3 CPAS, ce sont « les médecins généralistes de la Région bruxelloise souhaitant travailler avec le CPAS ». Pour 1 CPAS, ce sont « les médecins généralistes sur la commune et les communes limitrophes s'ils souhaitent travailler avec le CPAS ». 2 CPAS font des conventions avec « tout médecin généraliste » de

<sup>52</sup> Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse (IBSA), selon la source, 2019. Voy. : <http://ibsa.brussels/chiffres/le-saviez-vous/combien-de-medecins-generalistes-agrees-sont-etablis-dans-la-region-de-bruxelles-capitale#.XN60XEK8SUK>

la région. Il n'y a pas de lien avec la taille du CPAS et le fait de recourir à une convention ou un agrément. Aucune corrélation avec les caractéristiques socioéconomiques de la population et le CPAS n'entre en compte non plus. Attention, ce n'est d'ailleurs pas parce que la majorité des CPAS ne conventionnent que des médecins de la commune que ces mêmes CPAS ne permettent pas de nombreuses dérogation à leurs bénéficiaires pour pouvoir suivre leur médecin de famille, qui serait situé hors de la commune.

A noter que certains CPAS réunissent les médecins généralistes dans le cadre des coordinations sociales mais la majorité ne le font pas (6 CPAS sur 18 et 2 CPAS n'ont pas obtenu l'information pour répondre à la question).

11 CPAS donnent des documents d'information aux médecins généralistes, 7 ne le font pas, qu'ils fassent ou non des agréments ou conventions.



### Les difficultés à faire des conventions ou agréments

Le questionnaire s'intéressait également aux éventuelles difficultés à établir des conventions ou des agréments avec les médecins généralistes. L'enquête le révèle assez bien.

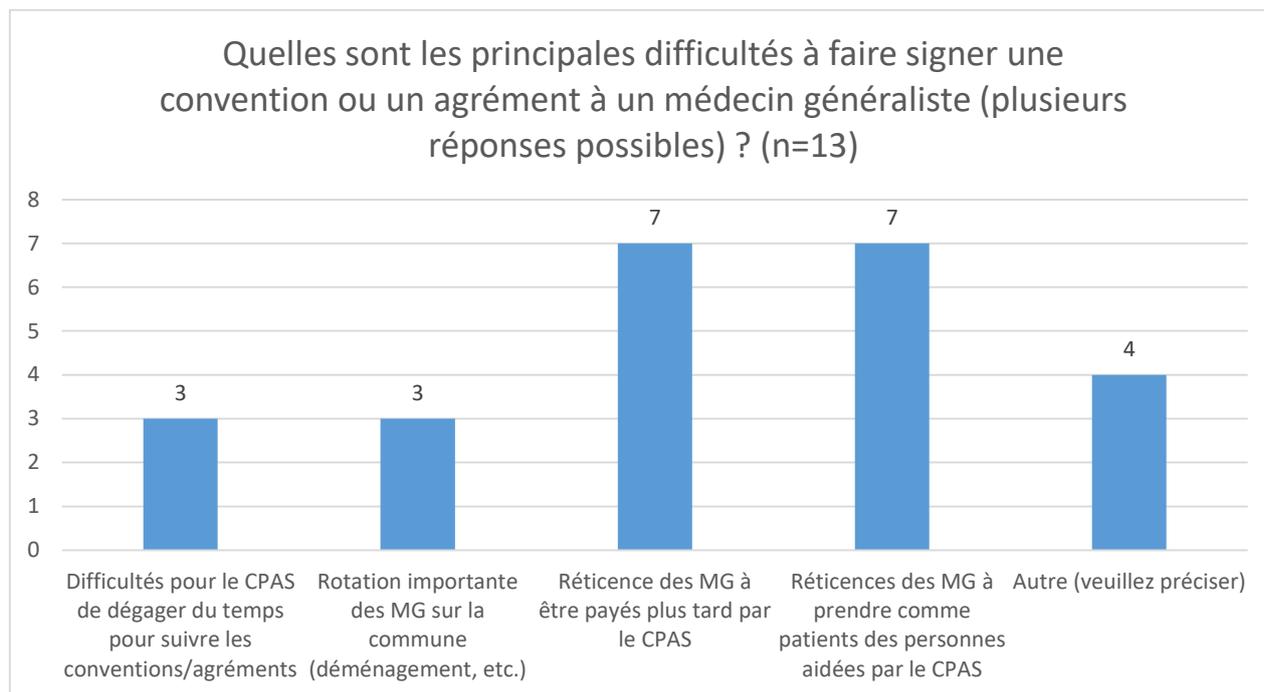
**7 CPAS qui font une convention ou un agrément estiment que « il y a des réticences des médecins généralistes à être payés plus tard par le CPAS », 7 pointent « les réticences des médecins généralistes à prendre comme patients des personnes aidées par le CPAS ».**

3 CPAS estiment que « la rotation importante des médecins généralistes sur la commune » est une des principales difficultés à faire signer des conventions ou agréments. 3 précisent que la difficulté vient du CPAS à « dégager du temps pour suivre les conventions et agréments »<sup>53</sup> au fil du temps. 1 CPAS affirme que cela demande « trop de suivi administratif ». 1 CPAS explique que « les médecins généralistes estiment avoir déjà un nombre élevés de patients ».

1 CPAS explique que « c'est en générale le médecin lui-même qui demande la convention » et qu'il n'y a donc aucun problème apparent. 1 autre CPAS précise qu'« il n'y a pas de difficulté puisque ce sont

<sup>53</sup> Par suivi, nous entendons vérifier que le médecin généraliste pratique toujours à la même adresse, mise à jour des conventions éventuellement en fonction de changement de politique du CPAS, etc.

les médecins travaillant dans leur cabinet médical qui ont signé une convention-un agrément (pour laisser le libre choix au patient de son médecin généraliste, à Bruxelles ou ailleurs) ».



### Rencontres avec les médecins généralistes

Au niveau du suivi et des contacts avec les médecins généralistes, les habitudes divergent entre CPAS. **7 CPAS organisent des rencontres avec les médecins généralistes** pour discuter des modalités de la convention ou de l'agrément de manière récurrente. 8 CPAS ne le font pas, les autres n'ont pas répondu à la question.

Lorsqu'ils organisent ces rencontres, elles se déroulent rarement. 1 fois par an pour 3 CPAS, 2 fois par an pour 1 CPAS, 3 fois par an pour 1 CPAS, et en cas de besoin (téléphone, email, rencontre ponctuelle, etc.) pour 1 autre.

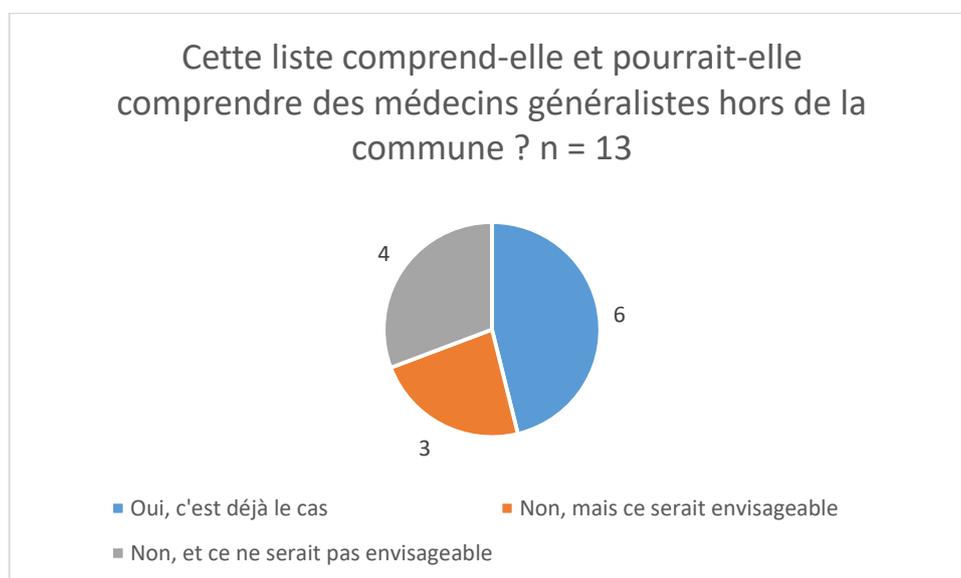
Pour l'ensemble de tous les CPAS, qu'ils aient ou non signé des conventions ou agréments, la visite des médecins généralistes n'est pas très fréquente. 6 CPAS visitent les médecins généralistes. 2 de ces CPAS ne font pas signer de conventions mais effectuent ces rencontres. Seules 4 CPAS effectuent des rencontres avec les médecins généralistes dans le cadre des coordinations sociales sur leurs territoires respectifs.

### Liste de médecins généralistes

**Convention, agrément ou non, les CPAS proposent assez fréquemment une liste de médecins généralistes aux usagers de leurs CPAS. 4 CPAS ne le font pas, en raison, principalement, du libre choix du bénéficiaire de son médecin généraliste.** Un des CPAS a bien une liste de médecins généralistes, mais ne la présente pas automatiquement. Elle est proposée uniquement si l'utilisateur ne sait pas chez quel médecin se rendre : le libre choix du médecin généraliste est toujours privilégié. Dans la liste d'un autre CPAS se retrouvent uniquement des 6 médecins généralistes de la commune avec lequel le CPAS travaille (plus les 2 médecins du cabinet médical). Si l'utilisateur a une carte médicale (octroyée après avoir vu le médecin du cabinet médical du CPAS), il peut se rendre chez un médecin généraliste de la commune. S'il veut se rendre chez un autre médecin de la commune, il faut une décision du Comité.

Parmi les CPAS qui proposent une liste de médecin à leurs bénéficiaires (13 CPAS), **100% donnent, logiquement, comme information, en plus du nom et prénom et téléphone, l'adresse du cabinet médical. 4 d'entre eux présentent la langue parlée par le médecin et 2 CPAS le genre. 1 CPAS présente à l'usager la disponibilité et le mode de paiement (acte/forfait).** Ces éléments sont importants à prendre en compte, puisque la culture peut jouer un rôle dans l'accès aux soins de santé, une femme ne voulant par exemple ne se rendre que dans un cabinet médical d'un médecin féminin, un homme d'un médecin masculin. La langue parlée est de toute évidence importante aussi, et peut être un frein à l'accès aux soins de santé. Il y a là peut-être un chantier à envisager pour conforter l'accès à ces informations aux usagers des CPAS qui ne le font pas, en soutien de bonnes pratiques de certains CPAS.

La liste comprend des médecins hors de la commune du CPAS pour 6 CPAS. 3 CPAS expliquent que « *ce n'est pas le cas, mais que ce pourrait être envisageable* ». Pour 4 CPAS « *ce n'est pas le cas et ce n'est pas envisageable* ». L'enquête ne permet pas de déterminer pourquoi ce ne serait pas envisageable, mais précisons juste que certains CPAS ne conventionnent que les médecins généralistes de leur commune mais permettent bénéficiaires de se rendre chez n'importe quel médecin de la région, par dérogation.



### *Parcours du bénéficiaire*

La plupart du temps (10 CPAS), lorsqu'une liste existe, le patient qui doit se rendre chez un autre médecin généraliste que celui référencié par le CPAS, en cas d'absence de ce dernier, doit repasser au CPAS. Pour 6 CPAS, il ne doit pas repasser par le CPAS et peut se rendre chez un autre médecin. Pour 1 CPAS, le médecin désigne directement un remplaçant. Dans 1 CPAS, un autre médecin (de substitution) est indiqué sur la carte médicale ou de santé du CPAS et il doit se rendre chez cet autre médecin. 1 CPAS explique que le remplacement officiel est prévu dès la prise de décision d'octroi. Si l'usager veut se rendre chez un autre médecin alors sa demande doit être soumise au Comité.

### *Pourquoi pas de liste de médecins généralistes ?*

5 CPAS ne proposent pas de liste de médecins généralistes. La raison principale est que « *le bénéficiaire peut se rendre chez n'importe quel médecin de la région bruxelloise* ». 1 CPAS précise cependant que « *le bénéficiaire doit dans la mesure du possible se rendre chez le médecin du cabinet médical du CPAS* ». 1 CPAS ne fait pas de liste parce que « *le CPAS n'en voit pas l'intérêt* ». 1 CPAS a inclus dans sa

liste les médecins généralistes de son cabinet médical, en plus des autres, pour laisser un libre choix au patient.

## Conclusion sur la médecine générale

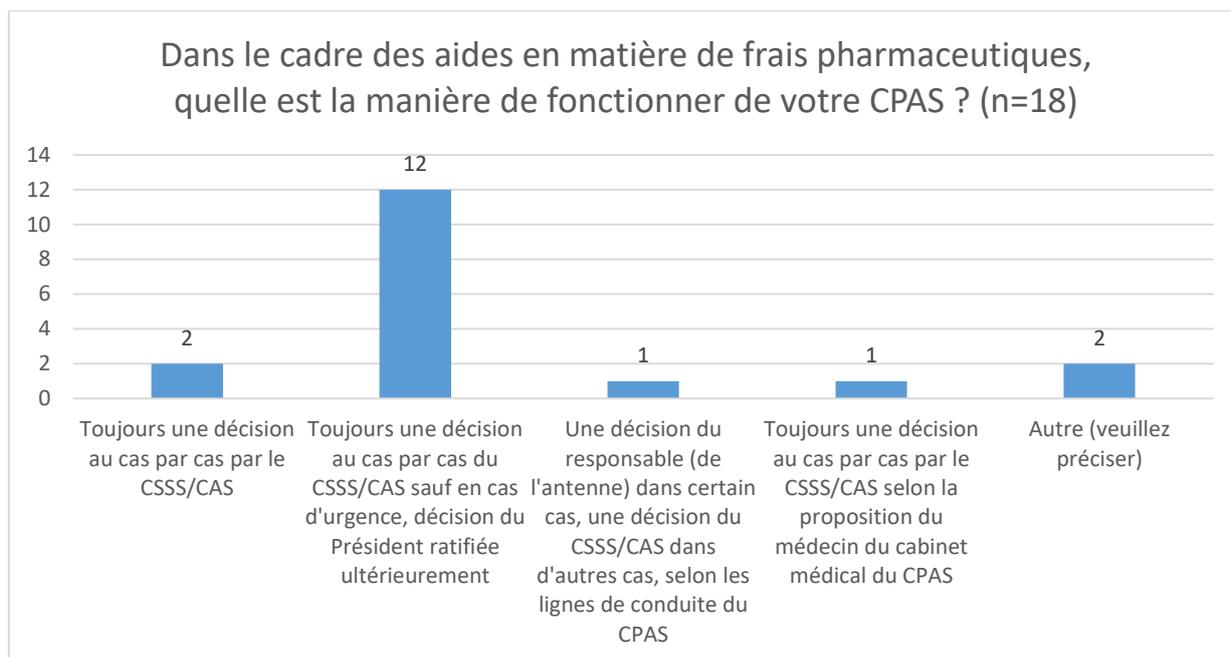
Les CPAS présentent des procédures différentes pour la médecine générale. Néanmoins, il est possible de représenter les tendances générales des CPAS.

- **La majorité d'entre eux procèdent toujours par une décision au cas par cas par le CSSS/CAS sauf en cas d'urgence, décision du Président ratifiée ultérieurement.** Ils sont également majoritaires à donner une durée de décision d'octroi de l'aide d'un an, mais avec quelques variables quant à la durée des cartes médicales et de santé (allant d'1 mois à 1 an).
- La grande majorité des CPAS, pour les personnes en ordre de mutuelle, **prennent en charge le ticket modérateur de leurs usagers, et pour les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle, le tarif INAMI (ticket modérateur plus part AMI).**
- **Tous les CPAS délivrent des cartes médicales ou de santé, en fonction de critères, sauf 1 CPAS.**
- **Il y a cependant de nombreuses différences par rapport aux critères d'octroi. Certains CPAS donnent la carte médicale ou de santé pour des personnes ayant des revenus inférieurs à x% du RI ou du ERI (allant de 0% à 150%). D'autres fonctionnent véritablement selon les lignes de conduite du CPAS et selon le dossier présenté au CSSS/CAS.** Enfin, les dépenses du ménage sont analysées en regard des revenus pour ouvrir le droit. La difficulté est de savoir à partir de quel moment les dépenses sont trop importantes par rapport aux revenus (appréciation de l'état de besoin).
- **Les plus gros CPAS de la région ne délivrent pas de réquisitoire,** contrairement aux autres, qui pour des raisons variées, en délivrent parfois (premier rendez-vous chez un médecin généraliste, médecin généraliste en vacances, médecin non-conventionné avec le CPAS, etc.).
- **Au niveau des conventions et agréments avec les médecins généralistes, il est à souligner que la grande majorité des CPAS en font.** Les conventions sont surtout effectuées par les plus gros CPAS de la région, les CPAS de taille moyenne ou plus petits préférant les agréments. Ceux qui n'en font pas mettent en avant le libre choix du patient pour son médecin généraliste et sont situés au Sud de Bruxelles, dans les communes les plus riches. Les plus gros CPAS n'ont pas fait signer de conventions pour leurs usagers à des médecins hors de la commune ou des communes limitrophes. Ceci ne signifie pas qu'une décision motivée peut permettre aux usagers qui le demandent de se rendre chez un autre médecin qui ne serait pas conventionné, mais l'usage est de renvoyer les patients vers ces médecins de proximité sauf dérogation : de nombreux CPAS font des dérogations pour permettre de rencontrer le choix du médecin généraliste de leur usager, même pour des cabinets médicaux qui ne sont pas situés dans la commune. **Il y aurait environ 1.093 conventions ou agréments signés entre un CPAS bruxellois et un médecin généraliste (un médecin généraliste peut avoir signé une convention avec un ou plusieurs CPAS) à Bruxelles.** Ce chiffre est très important, et nous pouvons d'ores et déjà lancer la piste d'une harmonisation de ces documents.
- **14 CPAS sur 18 proposent une liste de médecins généralistes à leurs bénéficiaires,** mais sans pour autant qu'elle soit limitative dans leur choix. Ils peuvent faire la demande d'aller vers un autre médecin, et, parfois, la liste est présentée juste à titre indicatif pour les personnes qui n'auraient pas de médecin de famille. 5 CPAS ne font pas de telle liste afin justement de laisser ce libre choix. 1 de ces CPAS propose une liste mais uniquement si la personne ne sait pas où se rendre.

## Les frais pharmaceutiques

Dans cette section, il est questions des frais pharmaceutiques et des modalités de remboursement de ceux-ci par les CPAS.

## Fonctionnement du CPAS



**Comme pour la médecine générale, la grande majorité des CPAS (12 CPAS) fonctionne toujours par « une décision au cas par cas du CSSS/CAS sauf en cas d'urgence, où la décision du Président est effective et ratifiée ultérieurement ».** 2 CPAS expliquent que c'est « toujours une décision du CSSS/CAS ». Pour deux CPAS, la procédure est fixée comme suit : « une décision du responsable (de l'antenne) dans certain cas, une décision du CSSS/CAS dans d'autres cas, selon les lignes de conduite du CPAS ». Un de ces CPAS dispose de 10 antennes et l'autre d'une antenne, en plus de l'administration centrale. Dans un des CPAS, c'est « toujours une décision au cas par cas par le CSSS/CAS selon la proposition du médecin du cabinet médical du CPAS ».

2 des CPAS précisent que cela dépend du type de médicaments. Certains sont délivrés par la carte santé. D'autres doivent faire l'objet d'une décision du Comité ou au Conseil. En cas d'urgence, le président ratifie. Un des CPAS fonctionne de la même manière que pour l'aide médicale en médecine générale : l'aide pharmaceutique est attribuée aux personnes disposant du RI ou ERI, et pour toutes les autres décisions, cela se fait au cas par cas par une commission spéciale, sauf en cas d'urgence où c'est une décision du Président, ratifiée ultérieurement.

## Politique générale de prise en charge

### Pour les personnes en ordre de mutuelle

Pour les personnes en ordre de mutuelle, quelle est la politique générale du CPAS pour l'intervention dans les frais pharmaceutiques ?

Politique de prise en charge des frais pharmaceutiques pour les personnes en ordre de mutuelle (TM = ticket modérateur)		
CPAS	Politique de prise en charge	Explications
<i>Anderlecht</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	0,50 euro par conditionnement
<i>Auderghem</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	0,50 euro par conditionnement
<i>Berchem-Sainte-Agathe</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	1 euro par conditionnement
<i>Ville de Bruxelles</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	1 euro par conditionnement peu importe le médicament (toutes catégories), sauf pour les personnes en séjour illégal, sans domicile fixe et les personnes vivant en maison d'accueil où c'est 0 euros.
<i>Etterbeek</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	Selon la moyenne économique journalière
<i>Evere</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	Intervention plafonnée à 25 euros par mois et par personne pour des médicaments pour lesquelles une intervention INAMI existe et ceux de la liste de médicaments D
<i>Forest</i>	TM	
<i>Ixelles</i>	TM	
<i>Jette</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	1 euro par conditionnement
<i>Koekelberg</i>	TM	
<i>Molenbeek-Saint-Jean</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	1,50 euro par conditionnement
<i>Saint-Josse-ten-Noode</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	0,50 euro par conditionnement
<i>Saint-Gilles</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	0,50 euro par conditionnement
<i>Schaerbeek</i>	TM	
<i>Uccle</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	Intervention de 10 % par médicament non pris en charge par le CPAS, par exemple hors liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois ou pour des produits spécifiques comme le lait pour nourrisson.
<i>Watermael-Boitsfort</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	0,50 euro par conditionnement
<i>Woluwe-Saint-Lambert</i>	TM	
<i>Woluwe-Saint-Pierre</i>	TM avec intervention de l'utilisateur	Cas par cas mais réclame systématiquement 20% du prix des médicaments sauf exception motivée en séance du Comité

**5 CPAS sur 18 prennent en charge le ticket modérateur sans intervention de l'utilisateur. 13 CPAS prennent en charge le ticket modérateur ou les frais pharmaceutiques mais avec une intervention de l'utilisateur.**

Cette intervention peut être fixée de prime abord, pour chaque boîte de médicament et pour tout type d'utilisateur. Certains utilisateurs peuvent ne rien payer (maisons d'accueil, sans-abri, personnes en séjour illégal, etc.)

2 CPAS ont des procédures un peu différentes, l'un basé sur un pourcentage à prendre en charge, l'autre sur la moyenne économique journalière.

- En effet, un CPAS prend en charge le ticket modérateur, sauf pour certains médicaments. Il y a intervention de **10 % par médicament non pris en charge par le CPAS**, par exemple hors liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois ou pour des produits spécifiques comme le lait pour nourrisson. Pour en bénéficier, la demande doit passer au Comité.
- Pour un autre, comme précisé ci-avant, tout dépend du coefficient économique calculé par le CPAS. Si **la moyenne économique journalière** est inférieure à 8,97, pas de franchise : l'utilisateur achète les médicaments à reprendre sur une feuille de la pharmacie à remettre au service facturation qui procède au remboursement mensuellement à terme échu. Si la moyenne économique est supérieure à 8,97 alors franchise de 11 euros à 165 EUR par mois par personne et même procédure par passage à la pharmacie puis au CPAS. Si les frais sont très élevés, les remboursements peuvent se faire plusieurs fois par mois. Si la personne ne sait pas avancer la somme, le CPAS avance les sous en espèce ou par délivrance d'un « bon de secours » (réquisitoire).

D'autres CPAS fonctionnent plus au cas par cas. Ils prennent en charge les frais pharmaceutiques avec une intervention de l'utilisateur variable en fonction de son état d'indigence. L'un d'entre eux précise qu'il « **réclame systématiquement 20% sauf exception motivée en séance du Comité** ». Cela peut monter à 50% mais cela peut être de 0% également, en fonction de l'enquête sociale.

Un CPAS a une procédure de « **carte pharmaceutique limitée à 25 euros par mois et par personne pour des médicaments pour lesquelles une intervention INAMI existe et ceux de la liste de médicaments D** ». Si l'assistante sociale justifie des dépenses plus importantes, la décision passe par le CSSS, qui valide.

### *Pour les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle*

4 CPAS prennent en charge le tarif INAMI pour les personnes qui ne sont pas affiliées à une mutuelle. 3 CPAS prennent en charge la totalité des frais pharmaceutiques sans aucune intervention de l'utilisateur, pour les patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle, ce qui revient au même puisqu'aucun CPAS ne prend en charge les suppléments d'honoraire dans les faits. **Ce sont donc 7 CPAS qui couvrent les frais pour les patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle sans demande d'intervention aux usagers.**

**11 CPAS prennent en charge la totalité des frais mais avec une intervention de l'utilisateur, qui est la même que pour les personnes en ordre de mutuelle** (voir ci-dessus). La seule différence entre ces deux catégories d'utilisateurs concerne les AMU et les personnes sans-abri, qui ne payent souvent pas les médicaments. Il y a aussi le cas par cas qui intervient, dans une série de dossiers. Par exemple, même si le coefficient économique calculé est élevé, le CPAS intervient tout de même dans la facture. Pour un autre CPAS, la même politique prévaut que pour les personnes assurées, c'est-à-dire que les patients ne payent rien sauf 10% des frais de médicaments D hors liste de la Fédération des CPAS Bruxellois.

## Liste de médicaments D

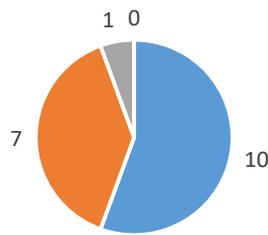
Outre les médicaments A, B, C, les CPAS remboursent tous les médicaments de la liste D établie par la Fédération des CPAS Bruxellois. Cette liste a été établie par la Fédération des CPAS Bruxellois, la Fédération des associations de Médecins Généralistes Bruxellois (FAMGB), et l'Union des Pharmaciens Bruxellois (UPB)<sup>54</sup> et reprend les médicaments non-remboursés par l'INAMI et pris en charge sur fonds propres par les CPAS, ce qui constitue une forme d'harmonisation des pratiques. **10 CPAS remboursent**

---

<sup>54</sup> Plus d'information sur : [www.medicamentsd.brussels](http://www.medicamentsd.brussels).

uniquement les médicaments D de cette liste. 7 remboursent plus de médicaments D que cette liste. Plus en avant, 1 CPAS rembourse les médicaments D de cette liste, sauf pour les AMU pour lesquels une liste moins longue est d'application<sup>55</sup>. Un autre CPAS rembourse les médicaments D pour les AMU suite à une demande spécifique au Comité. Ils reçoivent dans l'affirmative d'une prise en charge, un « bon pharmaceutique ».

Outre les médicaments A, B et C, le CPAS rembourse-t-il les médicaments D figurant sur la liste des médicaments D établie par la Fédération des CPAS Bruxellois ? (n=18)



- Oui, uniquement les médicaments D de cette liste
- Oui, mais des médicaments D ne figurant pas sur la liste également
- Oui, sauf pour certains bénéficiaires
- Non



<sup>55</sup> Un élargissement à tous les bénéficiaires est prévu dans la note de politique générale.

## Résumé des cartes santé, réquisitoires ou bons pharmaceutiques

Concernant la facturation des frais pharmaceutiques, les procédures sont variées dans les CPAS, elles dépendent du type de bénéficiaire.

Politique de prise en charge des frais pharmaceutiques					
CPAS	Carte santé (CS)	Carte pharmaceutique (CP)	Bon pharmaceutique (BP)	Réquisitoires (R)	Explication
<i>Anderlecht</i>	x		x	x	BP pour certains médicaments et spécialités qui doivent faire office d'une demande au Comité (exemple : vitamine et lait pour nourrisson)
<i>Auderghem</i>		x		x	
<i>Berchem-Sainte-Agathe</i>	x	x		x	CP uniquement pour les PMR, R pour les autres
<i>Ville de Bruxelles</i>	x	x		x	R pour les médicaments hors liste D et prestations non remboursées par l'INAMI, notamment ou pour les personnes ayant des revenus mais des frais médicaux importants
<i>Etterbeek</i>			x	x	BP pour les AMU et pour les personnes qui ne savent pas avancer la somme en pharmacie.
<i>Evere</i>		x			
<i>Forest</i>	x			x	R au cas par cas selon l'état de besoin, ou pour les personnes dont la CS n'est plus à jour
<i>Ixelles</i>	x		x	x	BP pour les personnes en séjour illégal ou non-assurables et les personnes qui n'ont pas les moyens d'avancer la somme en pharmacie. Pour les autres, achat par eux-mêmes à la pharmacie et annexe 30
<i>Jette</i>	x			x	Tous les bénéficiaires du RI ou du ERI perçoivent une carte santé
<i>Koekelberg</i>	x			x	BF pour ce qui n'est pas couvert par la CM (décision bien spécifique)
<i>Molenbeek-Saint-Jean</i>	x		x	x	BP pour ce qui n'est pas concerné par la CM, décisions spécifiques
<i>Saint-Josse-ten-Noode</i>	x			x	Réquisitoire pour les RDV chez un médecin non-conventionné avec le CPAS
<i>Saint-Gilles</i>		x	x		BP pour médicaments hors liste D, adjoint à la CM
<i>Schaerbeek</i>	x			x	Réquisitoire en fonction du type de médicament (liste de médicaments D ou non)
<i>Uccle</i>	x	x			Bénéficiaires avec 110% du RI ou ERI
<i>Watermael-Boitsfort</i>	x			x	R pour un premier rendez-vous chez un MG ou pour les AMU
<i>Woluwe-Saint-Lambert</i>	x		x	x	Réquisitoire en fonction du type de médicament (liste de médicaments D ou non)
<i>Woluwe-Saint-Pierre</i>	x	x	x	x	BP et R pour les personnes en séjour illégal et les personnes non-assurées et non-assurables, CS ou CP au cas par cas pour les autres
<b>TOTAL</b>	14	7	6	15	

Comme signalé précédemment, la plupart des CPAS octroient des cartes santé (14 CPAS), couvrant tant les frais médicaux des généralistes que pharmaceutiques.

Un CPAS délivre des cartes santé, des cartes pharmaceutiques et des réquisitoires. Ces derniers sont octroyés dans le cas où ce sont des médicaments hors de la liste D ou des prestations non remboursées par l'INAMI qui demandent une décision du Comité (par exemple pour les lunettes et les prothèses dentaires). Même chose pour 2 autres CPAS, où la carte santé couvre les frais pharmaceutiques et

médicaux, sauf certains médicaments et spécialités, qui doivent faire office d'une demande au Comité et pour lesquelles la personne reçoit un « bon pharmaceutique ». C'est le cas des vitamines et du lait pour nourrisson, notamment<sup>56</sup>.

1 CPAS octroie des cartes pharmaceutiques et également des bons pharmaceutiques dans le cas où ce sont des médicaments D hors liste de la Fédération des CPAS Bruxellois car dans ce cas, le patient doit retourner au CPAS après avoir vu le médecin pour avoir une dérogation par un accord du Comité. 5 CPAS délivrent des cartes santé mais parfois des réquisitoires également, au cas par cas, en fonction de l'état de besoin.

2 CPAS délivrent des cartes pharmaceutiques et des réquisitoires. Le premier délivre des cartes pharmaceutiques uniquement pour les personnes ayant du mal à se déplacer (PMR) et des réquisitoires pour toute autre personne. Un autre CPAS délivre des réquisitoires pour des cas ponctuels, quand la personne vient pour la première fois, par exemple, les autres bénéficiaires disposent d'une carte pharmaceutique.

1 CPAS délivre des bons pharmaceutiques ou des réquisitoires pour les personnes en séjour illégal et les personnes non assurées et non-assurables, et des cartes santé pour les autres, le plus souvent. La politique du cas par cas prévaut ou toutes les demandes passent par l'enquête sociale avec motifs de santé et état d'indigence, pour passer au CSSS pour décision. Une carte médicale peut être donnée ou une carte pharmaceutique, une carte santé ou un bon pharmaceutique/un réquisitoire, ou les deux, en fonction de la demande et de la situation d'indigence de la personne. Si la personne est BIM par exemple, elle recevra plutôt une carte pharmaceutique plutôt qu'une carte médicale car l'on estimera qu'elle peut payer le ticket modérateur.

1 CPAS délivre des « bons pharmaceutiques » pour les personnes en séjour illégal ou non-assurées et non-assurables à une mutuelle. Pour les personnes affiliées à une mutuelle et qui ont les moyens, le bénéficiaire achète les médicaments en pharmacie et demandent une « annexe 30 »<sup>57</sup> au pharmacien. Ils retournent alors au CPAS pour être remboursés des médicaments. Si la personne n'a pas les moyens d'avancer la somme, ils passent avant par le CPAS qui délivre un « bon pharmaceutique » où il est indiqué les médicaments pris en charge. Dans ce cas, le pharmacien délivre les médicaments et envoie la facture après au CPAS.

La situation est pratiquement la même dans un autre CPAS, qui délivre uniquement des « bons pharmaceutiques » (et des cartes médicales pour les soins par des médecins généralistes). Les « bons pharmaceutiques » sont octroyés aux personnes en séjour illégal (AMU) et aux personnes qui ne savent pas avancer la somme en pharmacie. Le CPAS vérifie si ce sont des médicaments INAMI et si le médicament fait partie de la liste de médicament D de la Fédération des CPAS Bruxellois. Si la personne entre dans les conditions et n'a pas les moyens d'acheter les médicaments, le CPAS délivre un « bon pharmaceutique » pour ce qui est à charge du CPAS. Pour tous les autres, la règle est que l'utilisateur achète les médicaments et le CPAS rembourse par après.

---

<sup>56</sup> Les personnes en ordre de mutuelle peuvent avoir le remboursement du lait pour nourrisson automatiquement s'ils ont la carte santé. Les AMU doivent demander un accord du Comité, et un « bon pharmaceutique ».

<sup>57</sup> Voy. le formulaire sur le site de l'INAMI :

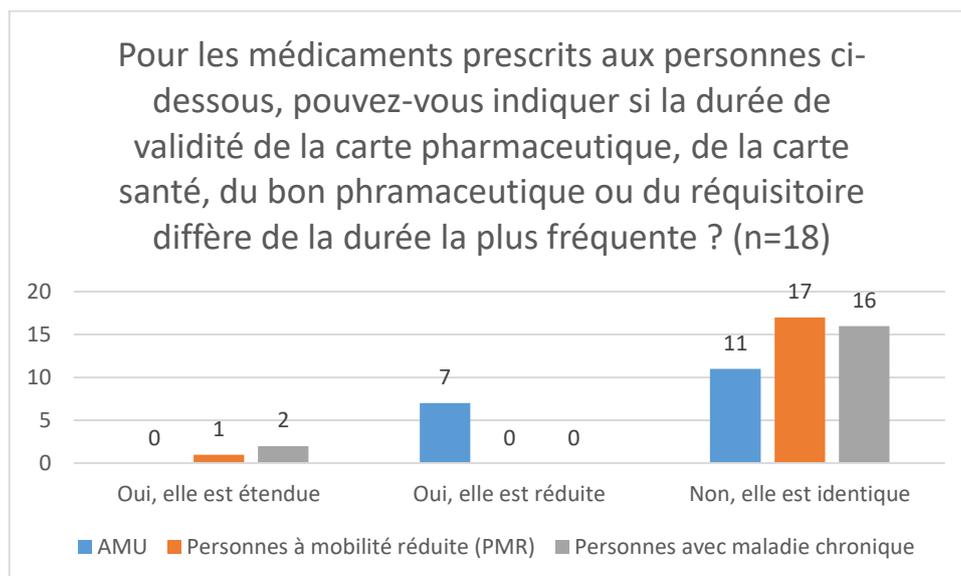
[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire\\_reglement20030728\\_annexe\\_30.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_reglement20030728_annexe_30.pdf)

## Durée de la prise en charge

**Les cartes santé sont le plus souvent délivrées pour 1 an** (12 CPAS). Les cartes pharmaceutiques sont octroyées en grande majorité pour 1 an (5 CPAS) ou 3 mois (3 CPAS), et moins souvent pour 6 mois (1 CPAS). Les réquisitoires ne valent que pour une seule délivrance (7 CPAS).

## Politique par rapport aux bénéficiaires (AMU, PMR, maladies chroniques)

Nous avons posé la question de savoir si la carte santé, pharmaceutique ou encore les bons pharmaceutiques ou les réquisitoires étaient étendus ou réduits pour certains bénéficiaires.



Pour les AMU, aucun CPAS n'indique que la carte est étendue en temps de validité. Par contre, elle est réduite pour ce public par 7 CPAS et identique pour 11 CPAS.

Pour les personnes à mobilité réduite, la durée d'octroi est identique pour 17 CPAS et étendue pour 1 CPAS. En effet, dans un CPAS, la carte santé vaut le plus souvent pour 1 an, étant donné qu'elle est délivrée pour les personnes ayant du mal à se déplacer, mais les personnes doivent se rendre au CPAS tous les 3 mois pour la revalidation de celle-ci. 1 CPAS n'a pas répondu à la question.

Pour les personnes avec maladies chroniques, elle est étendue pour 2 CPAS et identique pour 16 CPAS (1 CPAS n'a pas répondu à cette question).

Cependant, certains CPAS ont précisé qu'elle était, peu importe la pathologie, de 1 an pour tous, sauf pour les AMU ou c'est trois mois.

## Parcours du patient

Le patient doit se représenter au CPAS après la consultation chez un médecin généraliste ou un spécialiste avec les médicaments prescrits avant de retourner à la pharmacie pour 4 CPAS. Pour 7 CPAS, il ne doit *pas* repasser par le CPAS.

Pour les autres CPAS, cela dépend des cas :

Pour l'un, « les personnes ayant une carte médicale peuvent aller directement à la pharmacie, les autres doivent demander un bon pharmaceutique ». Il y a une liste de pharmacies agréées chez qui les

personnes doivent se rendre dans le cas où le CPAS donne un « bon pharmaceutique ». Ainsi, la pharmacie est au courant du fonctionnement des « bons pharmaceutiques » (la pharmacie se fait rembourser après avoir envoyé la facture au CPAS, etc.). Les « bons pharmaceutiques » sont les plus souvent octroyés aux personnes en séjour illégal et aux personnes sans-abri. Par contre, les patients qui ont les moyens d'avancer la somme et qui se font rembourser par après par le CPAS ont besoin d'une annexe 30, et, pour ce faire, ils peuvent se rendre à n'importe quelle pharmacie de Belgique.

C'est à peu près la même politique dans un autre CPAS, où le patient ne doit pas retourner au CPAS car ce dernier le rembourse à posteriori de l'achat de médicaments. Ceci, sauf dans le cadre des AMU, où le CPAS vérifie si les médicaments sont INAMI et/ou dans la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS ou s'il y a une décision d'octroi spécifique. Dans ce dernier cas, le CPAS délivre un bon de pharmacie. A noter que si la personne ne dispose pas de la somme nécessaire pour acheter les médicaments, elle doit passer d'abord par le CPAS dans tous les cas, afin d'obtenir une avance.

3 CPAS se basent notamment sur la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois. En effet, pour l'un, ils doivent repasser par le CPAS « *s'il s'agit de médicaments hors remboursement INAMI et de la liste des médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois* », et « *pour les personnes non-affiliées et non-affiliables, lorsqu'il s'agit de médicaments soumis à l'avis du médecin-conseil* ». A peu près le même son de cloche dans un autre, qui précise que « *si c'est une personne entrant dans les conditions de l'AMU ou équivalent, le patient doit passer par le CPAS pour obtenir le bon pharmaceutique. Pour les autres, ils peuvent se rendre à la pharmacie directement sauf s'il y a une demande de médicament hors INAMI ou hors liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois. Le CPAS inscrit dès lors qu'il y a "dérogation"* ». Dans un autre CPAS, le patient doit repasser au CPAS « *s'il n'a pas de carte pharmaceutique, si ce sont des médicaments prescrits non repris sur la dite carte, si ce sont des médicaments hors liste D de la Fédération des CPAS Bruxellois ou si les médicaments sont soumis à accord du médecin-conseil de la mutuelle* ».

1 CPAS précise que « *si c'est le médecin qui est repris sur la carte santé ou son remplaçant, alors il ne revient pas au CPAS pour les médicaments pris en charge par le CPAS (A, B, D de la liste de la Fédération)* ; dans le cas contraire, il doit revenir, et également si les médicaments ne sont pas dans la liste des médicaments » de la Fédération des CPAS Bruxellois.

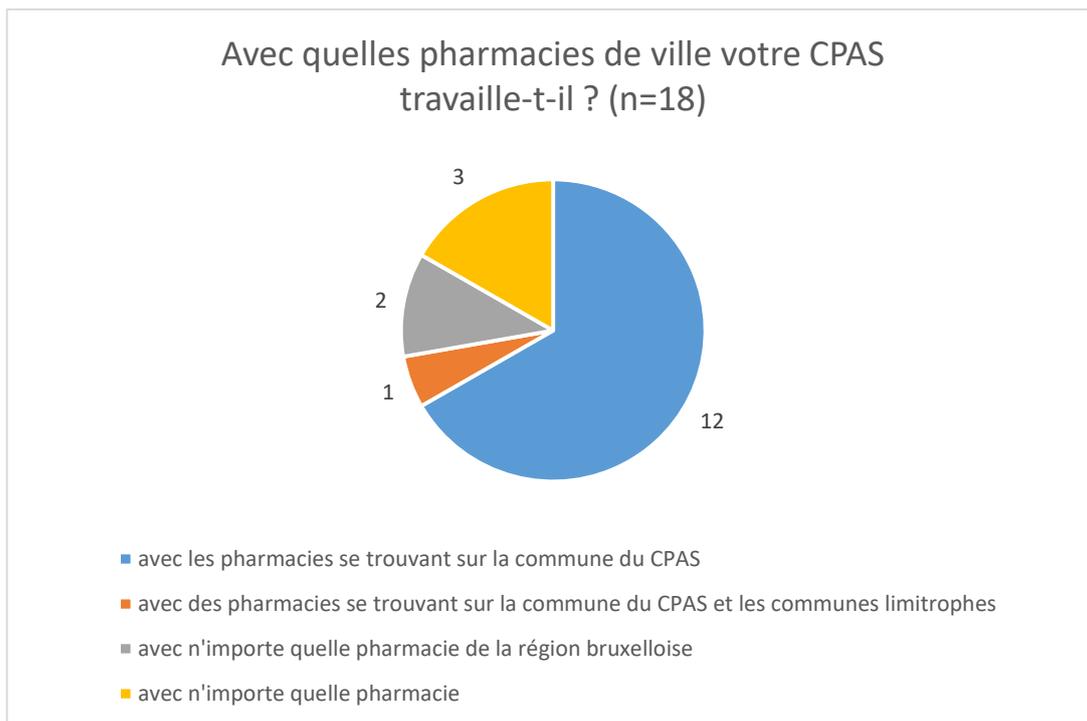
1 autre CPAS explique que le patient doit revenir au CPAS « *uniquement s'il s'agit d'un médicament qui n'est pas pris en charge par la carte santé* », ce qui est identique à un CPAS qui note que « *si c'est un médicament couvert par la carte santé, le patient peut se rendre directement à la pharmacie. Dans les cas contraires, il faut revenir au CPAS* ».

## Pharmacies de la région ou de la commune

**La majorité des CPAS travaillent avec les pharmacies se trouvant sur la commune du CPAS (12 CPAS).**

**1 CPAS** travaille avec les pharmacies se trouvant sur la commune du CPAS et les communes limitrophes.

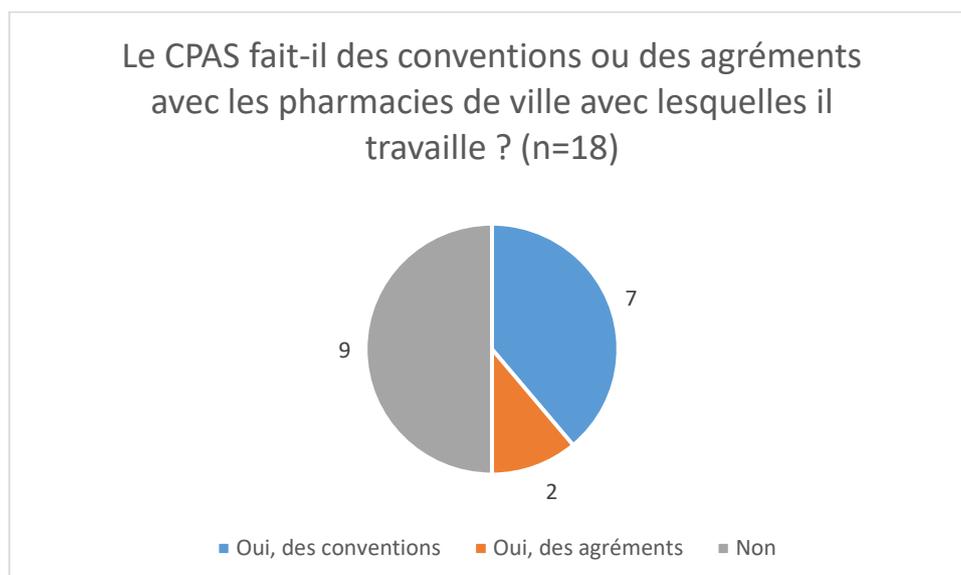
**2 CPAS** travaillent avec n'importe quelle pharmacie de la région bruxelloise. **3 CPAS** travaillent avec n'importe quelle pharmacie.



## Conventions et agréments avec les pharmacies

Tout comme pour la médecine générale, nous nous attardons ici sur la mise en place de conventions ou d'agréments avec les pharmacies. Elles peuvent fluidifier la charge administrative des CPAS (en organisant les délais de paiements, les tarifs, en informant sur les cartes santé, réquisitoires, bons pharmaceutiques, etc.), ou l'alourdir (en devant les mettre à jour, essentiellement), la question n'est pas tranchée. Elles se confrontent aussi au libre choix du prestataire de soins si l'utilisateur ne peut se rendre que dans une seule pharmacie.

Au total, 7 CPAS font des conventions et 2 CPAS fonctionnent avec des agréments. 9 CPAS ne font pas de conventions ou d'agréments avec les pharmacies.



Lorsque ces conventions ou agréments existent, ils sont faits majoritairement avec les pharmacies sur le territoire de la commune du CPAS (9 CPAS).

En outre, la moitié des CPAS font des documents d'informations aux pharmacies avec lesquelles ils travaillent, c'est-à-dire, un document non officiel et non signé par les parties, qui sert juste à donner les modalités des pratiques du CPAS.

### *Environ 322 pharmacies agréées ou conventionnées*

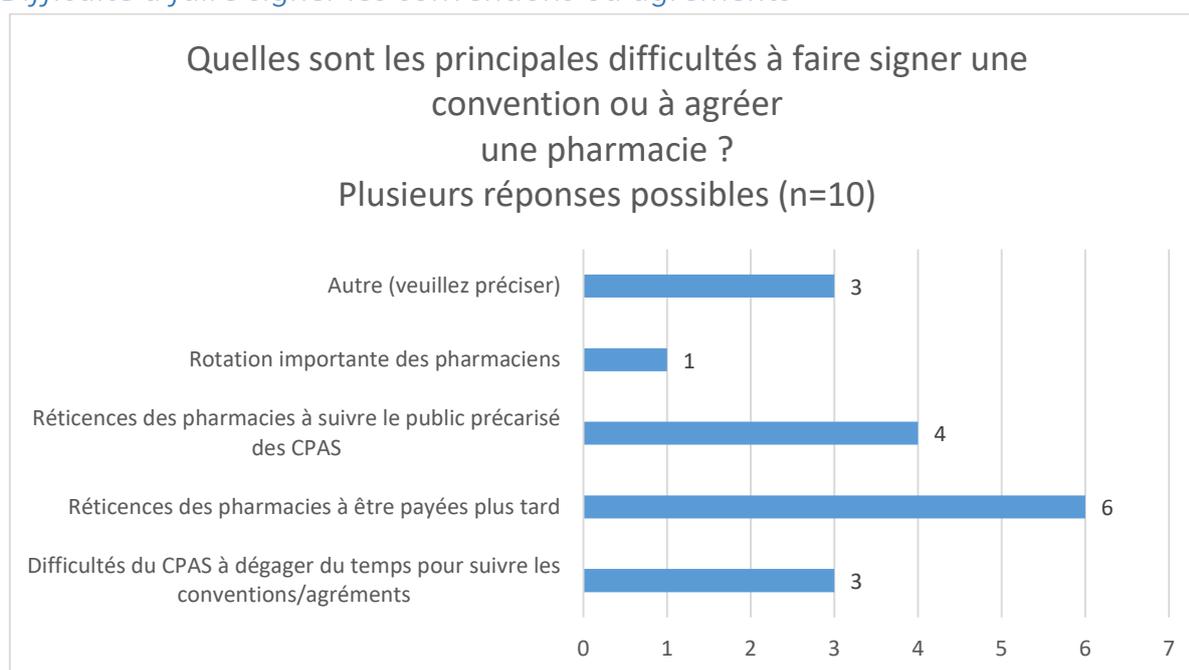
**Au total, ce ne sont pas moins de 322 pharmacies agréées ou conventionnées avec un CPAS sur le territoire de Bruxelles par 9 CPAS (elles peuvent être agréées ou conventionnées avec plusieurs CPAS différents). Pour information, la région bruxelloise compte environ 1.060 pharmacies<sup>58</sup>.**

### *Pourquoi pas de convention ou d'agrément ?*

Parmi les CPAS qui ne font pas de conventions ou d'agréments avec les pharmacies, les raisons évoquées sont principalement le fait que « *le CPAS n'y voit pas l'intérêt* » (3 CPAS). 2 CPAS précisent qu'il y a « *libre choix de la pharmacie en région bruxelloise et que donc, aucune convention ou agrément n'est nécessaire* ». La raison du libre choix de la pharmacie est mise en avant. Vient ensuite un autre argument qui est « *qu'un document d'information sur le fonctionnement du CPAS suffit* », pour 2 CPAS.

1 CPAS précise qu'il ne serait pas contre une convention ou un agrément, mais qu'il y a un blocage au niveau des pharmaciens : « *Malgré la volonté du CPAS, nous n'avons jamais pu obtenir un accord des pharmaciens* ». A noter que 1 CPAS est en train de mettre sur pied une convention. Un autre est également en cours de réflexion sur le sujet.

### *Difficulté à faire signer les conventions ou agréments*



6 CPAS estiment que l'une des difficultés rencontrées à faire signer une convention avec une pharmacie est la « *réticence de celle-ci à être payée plus tard* ». 4 précisent des réticences existant dans le chef des pharmacies de « *suivre un public précarisé* ». 3 expriment des « *difficultés du CPAS à dégager du temps pour suivre les conventions/agréments* ». 1 CPAS précise que la « *rotation importante des pharmaciens* » pose problème.

Deux des CPAS expliquent que les difficultés surviennent lorsqu'il y a un changement de pharmacien titulaire (i.e. celui de référence sur la carte médicale) et que celui-ci n'est pas avisé de leur

<sup>58</sup> Voy. : [https://www.pagesdor.be/entreprises/Bruxelles/q\\_pharmaciens/1/](https://www.pagesdor.be/entreprises/Bruxelles/q_pharmaciens/1/)

fonctionnement. Un CPAS fait part des « *craintes pour le respect de la vie privée des patients et du secret médical* » des pharmaciens comme barrière à l'établissement de conventions/agrèments. Par contre, un autre CPAS précise qu'il n'y a « *aucune difficulté puisque la demande émane elle-même du pharmacien* ».

## Liste de pharmaciens

**12 CPAS sur 18 proposent une liste de pharmaciens** à leurs bénéficiaires. Parmi ceux-ci, 8 CPAS précisent que l'usager peut se rendre dans une autre pharmacie que celle qu'il a choisie pendant les heures de fermeture de celle-ci (par exemple, le week-end) ; 4 CPAS ne le permettent pas.

## Conclusion sur l'aide pharmaceutique

**Seuls 5 CPAS ne font pas payer les médicaments à leurs usagers et prennent en charge le ticket modérateur pour les patients en ordre de mutuelle. Les autres font payer entre 0,5 euros et 1,5 euros les médicaments, voir un certain pourcentage par médicaments dans certains cas ou une intervention plafonnée.**

**3 CPAS prennent en charge la totalité des frais pharmaceutiques sans intervention de l'usager qui n'est pas en ordre de mutuelle.** Les autres CPAS prennent en charge majoritairement la totalité des frais mais avec une participation de l'usager, identique à celle pour les personnes en ordre de mutuelle, mais avec une certaine souplesse en fonction du budget de la personne.

**Tous les CPAS remboursent les frais de médicaments se trouvant dans la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois, et parfois plus, à deux exceptions près : un CPAS a une liste plus courte pour les AMU<sup>59</sup> et un CPAS ne les rembourse pour les AMU qu'après décision spéciale du Comité.**

**A part 2 CPAS, qui délivrent des cartes pharmaceutiques, 1 CPAS des bons pharmaceutiques et 1 autre CPAS une carte santé, tous les autres CPAS mêlent des systèmes différents :** cartes pharmaceutiques, bons pharmaceutiques, réquisitoires, cartes santé. La délivrance de ces outils dépend du type de bénéficiaire, de l'état de besoin, d'un échéancier budgétaire, etc.

Comme pour la médecine générale, les cartes santé sont le plus souvent délivrées pour 1 an (la décision).

**La plupart du temps, le patient doit retourner vers le CPAS après sa visite chez le médecin pour pouvoir se rendre à la pharmacie ensuite,** car le CPAS vérifie si ce sont des médicaments remboursés INAMI ou sur la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois. Dans certains CPAS utilisant la carte santé, le patient peut aller en pharmacie directement.

La majorité des CPAS permettent au patient de se rendre vers une pharmacie de la commune ou d'une commune limitrophe. **Seuls 5 CPAS proposent des pharmacies soit en Région de Bruxelles-Capitale, soit, même, couvrant toute la Belgique.**

**9 CPAS ont fait des agréments ou des conventions avec les pharmacies, la plupart du temps avec des officines sur le territoire de la commune.** Au total, pas moins de 322 pharmacies sont agréées ou conventionnées à Bruxelles, par *au moins* un CPAS. Les deux principaux problèmes auxquels sont confrontés les CPAS pour faire signer les conventions sont le fait que la pharmacie a des réticences d'être payée plus tard et/ou des réticences à suivre un public précarisé du CPAS.

---

<sup>59</sup> Un élargissement à tous les bénéficiaires est prévu dans la note de politique générale.

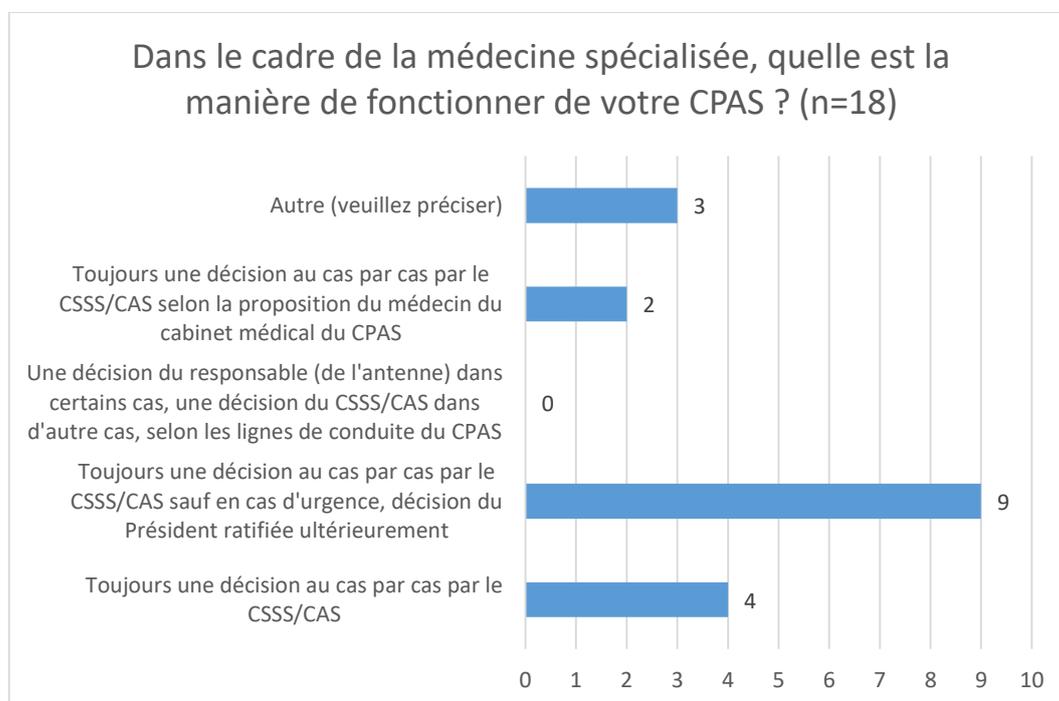
## Médecine par des spécialistes

Dans cette section, il est question de la médecine spécialisée essentiellement. Le but était de savoir si les procédures variaient entre CPAS et si les prestations des spécialistes étaient remboursées de la même manière par ceux-ci. En Région bruxelloise, l'offre et le recours à des spécialistes ou aux services d'urgence est supérieure par rapport aux autres régions<sup>60</sup>.

### Procédures

**Au niveau de la procédure des CPAS pour la médecine spécialisée, la moitié des CPAS fonctionnent « toujours par décision au cas par cas par le CSSS/CAS sauf en cas d'urgence, décision du Président ratifiée ultérieurement » (9 CPAS).** Pour 4 CPAS c'est « toujours une décision du CSSS/CAS » quoi qu'il arrive. Pour 2 CPAS c'est « toujours une décision au cas par cas par le CSSS/CAS selon la proposition du médecin du cabinet médical du CPAS ».

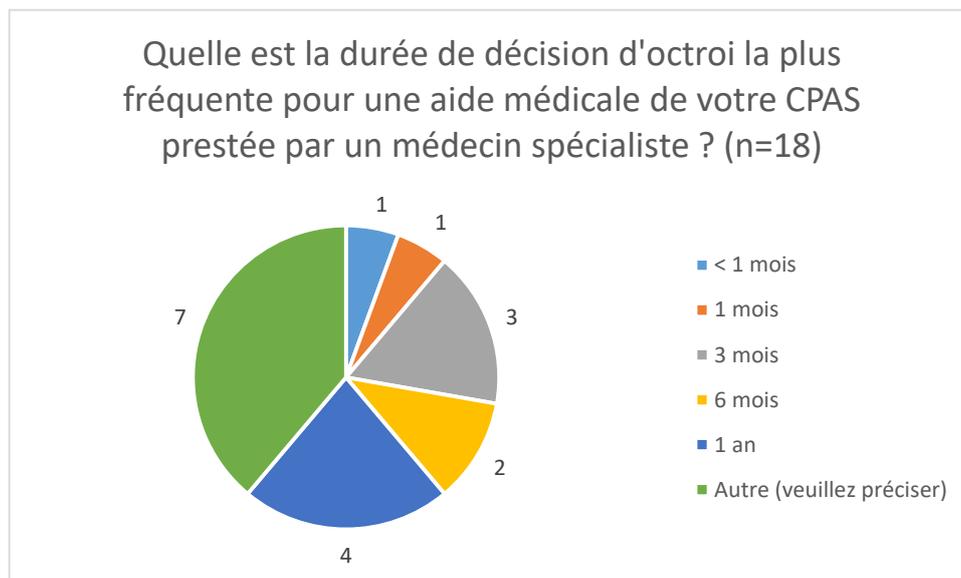
3 CPAS font une autre procédure : le premier note que « soit il s'agit d'un réquisitoire délivré par un médecin conventionné (uniquement pour consulter un médecin dans le réseau IRIS). Soit il s'agit d'un réquisitoire délivré par le CPAS pour une consultation dans le réseau IRIS et pour un liste de prestations indépendantes du réseau IRIS ». Le deuxième précise que « la carte de santé contient l'intervention du CPAS pour les spécialistes des hôpitaux bruxellois, dans la mesure où ils travaillent sur le taux INAMI. Exceptions : psychiatres et soins dentaires spécialisés ; décision prise au cas par cas par le Comité (avec possibilité de recouvrement) ». Le troisième explique que « le médecin généraliste, inscrit sur la carte médicale, délivre un réquisitoire de consultation spécialisée dans le réseau conventionné sauf pour les soins dentaires prothétiques et orthodontiques, les soins esthétiques et autres soins non-inscrits dans la nomenclature des soins de santé de l'INAMI ».



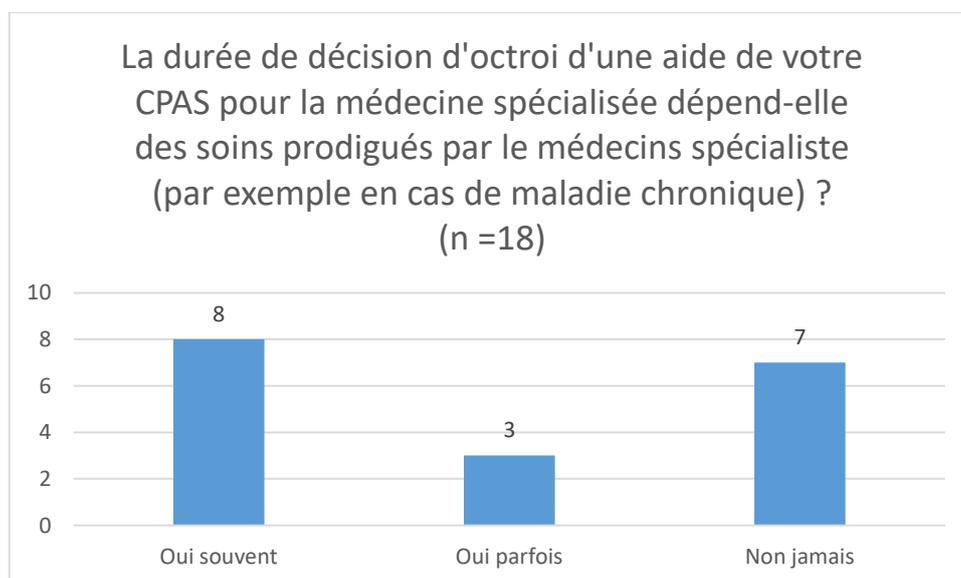
<sup>60</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p 35

## Durée d'octroi de l'aide en médecine spécialisée

A la question de savoir quelle est la durée d'octroi la plus fréquente pour une aide médicale du CPAS prestée par un médecin spécialiste, **la plupart des CPAS (7 CPAS) ont répondu que cela dépendait des cas et des soins prestés**. 2 CPAS expliquent que « cela dépend de la nécessité des soins ». 1 autre que « la durée d'octroi se fait à la prestation et est de trois mois pour les maladies chroniques ». 1 CPAS précise que « cela dépend du type de bénéficiaire. Si c'est un bénéficiaire du RI ou ERI, la durée d'octroi la plus fréquente est un an. Dans d'autre situation, la durée d'octroi est limitée à la durée pathologie ». Un autre précise explique qu'elle est « généralement d'un an mais peut être limitée à la durée du traitement ». Dans 1 CPAS, la durée d'octroi est à la prestation (réquisitoire). Pour les autres CPAS, les durées les plus fréquentes de décision d'octroi sont de 1 an (4 CPAS), 6 mois (2 CPAS), 3 mois (3 CPAS). Elle est de 1 mois ou moins pour 1 CPAS.



Pour 7 CPAS, la durée de décision d'octroi d'une aide du CPAS pour la médecine de spécialiste ne dépend pas des soins prodigués par le médecin (par exemple, en cas de maladie chronique). Elle en dépend « souvent » pour 8 CPAS et « parfois » pour 3 d'entre-eux.



## Prise en charge des frais pour les personnes assurées

Tous les CPAS (18 CPAS) prennent en charge le ticket modérateur pour les soins des spécialistes pour les personnes qui sont affiliées à une mutuelle.

## Prise en charge des frais pour les personnes non-assurées

Pour les personnes non-assurées, la majorité des CPAS (14 CPAS) prennent en charge le tarif INAMI (ticket modérateur et part AMI) et 4 CPAS prennent en charge la totalité des honoraires médicaux mais cela dépend tout de même des spécialités (par exemple, la dentisterie et l'orthodontie). Les 18 CPAS de l'étude prennent donc au minimum le tarif INAMI pour les personnes non-assurées.

## Précision sur la prise en charge en médecine spécialisée

1 CPAS précise que « les honoraires supplémentaires sont à charge du patient sauf s'il y a une décision spéciale du CSSS ». 2 CPAS expliquent qu'en plus de prendre le ticket modérateur (pour les personnes assurées) ou le tarif INAMI (pour les personnes non-assurées) pour les soins des spécialistes, ils prennent en charge « la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois ». La question n'a pas été précisée dans ce sens, mais il semblerait que au Comité pour un CPAS, et liste plus courte pour un autre).

Un CPAS explique que la prise en charge, tant pour les personnes assurées que non-assurées, dépend de la spécialité dont il est question. La ligne de conduite est « une décision au cas par cas. Y-a-t-une intervention de la mutuelle ? A-t-on reçu plusieurs devis (exemple pour les lunettes) ? La personne peut-elle prendre en charge une partie (exemple pour l'orthodontie ou prothèse dentaire) ? » Ce sont autant de questions qui doivent trouver réponse et qui déclineront la prise en charge du CPAS.

Un autre CPAS conditionne son intervention au calcul de la moyenne économique journalière, telle que pour la médecine générale (voir plus-haut). Un autre également octroie l'aide médicale si le disponible ne dépasse pas 400 euros (ressources moins charges/coûts fixes), sauf dérogation de l'assistante sociale et demande au CSSS, soit la même politique que pour la médecine générale.

1 CPAS précise que les soins sont « remboursés uniquement au tarif INAMI ».

## Réquisitoires pour les spécialistes

**17 CPAS sur 18 délivrent des réquisitoires pour l'aide médicale prestée par un médecin spécialiste. Seul 1 CPAS ne le fait pas et fait une carte santé comprenant les médecins spécialistes, pour autant qu'ils tarifient INAMI<sup>61</sup>.**

Pour 14 de ces CPAS, c'est le CPAS lui-même qui délivre le réquisitoire. **Dans 1 CPAS, le réquisitoire est délivré par « le médecin travaillant dans le cabinet médical du CPAS ».** Pour un autre, ce sont les **médecins généralistes qui travaillent avec le CPAS qui octroient les réquisitoires aux patients mais « en cas de dérogation quant au choix du médecin généraliste (inscrit sur la carte), c'est le CPAS qui délivre les réquisitoires nécessaires au patient ».** Le médecin généraliste inscrit sur la carte médicale délivre un réquisitoire de consultation spécialisée dans le réseau conventionné (par exemple : uniquement du réseau IRIS) sauf pour les soins dentaires prothétiques et orthodontiques, les soins esthétiques et autres soins non-inscrits dans la nomenclature des soins de santé de l'INAMI, où c'est le CPAS qui s'en charge.

---

<sup>61</sup> Attention, ce n'est pas pour autant le seul CPAS qui fait une carte santé dans laquelle sont repris des spécialistes.

**Un CPAS octroie parfois des réquisitoires, parfois c'est le médecin généraliste conventionné qui s'en occupe le plus souvent.** En effet, un ayant droit a besoin d'un réquisitoire pour se rendre auprès d'un médecin spécialiste. Ce réquisitoire peut être délivré soit par un médecin généraliste qui a une convention avec le Centre (et donc un accès à Sinchro pour créer le réquisitoire) ou par la cellule aide médicale du Centre. Pour le réseau hors IRIS, c'est la cellule qui délivrera le réquisitoire (et non un médecin, même s'il a une convention avec le CPAS). Dans tous les cas, pour avoir un réquisitoire, il faut être en possession d'une carte santé en ordre de validité.

**Dans 2 CPAS les réquisitoires sont faits sur base de la prescription du médecin** (qui précise le type de spécialiste à voir, la durée des soins nécessaires, etc.). Le CPAS couvre tous les spécialistes qui tarifient selon le calcul INAMI, et les consultations ou hospitalisations dans les réseaux IRIS et non IRIS.

**Pour 1 CPAS, des réquisitoires sont délivrés par le CPAS** « *pour les consultations des spécialistes dans ou hors hôpital et les hospitalisations* ».

Dans un autre, le réquisitoire est délivré « ***pour les soins qui ne sont pas couverts par la carte santé, notamment les autres prestations de spécialistes dans les hôpitaux IRIS que la dentisterie et la pédiatrie, le médecin généraliste.*** Par contre, dans les cas de figure suivants, c'est le CPAS qui délivre un réquisitoire : *consultation médecin spécialiste hors réseau IRIS, kinésithérapie au-delà de 18 séances, soins particuliers, prothèses, lunettes... ou hospitalisation non-urgente* ».

**Enfin, 1 CPAS précise que les médecins peuvent faire des réquisitoires, mais ils doivent uniquement renvoyer l'utilisateur vers des médecins conventionnés avec le CPAS ou vers les spécialistes du réseau IRIS** (ou par dérogation un autre hôpital si les soins ne sont pas prodigués dans le réseau IRIS). Parfois, le CPAS fait des réquisitoires, mais c'est plus rare.

## Cartes médicales ou cartes santé en médecine spécialisée

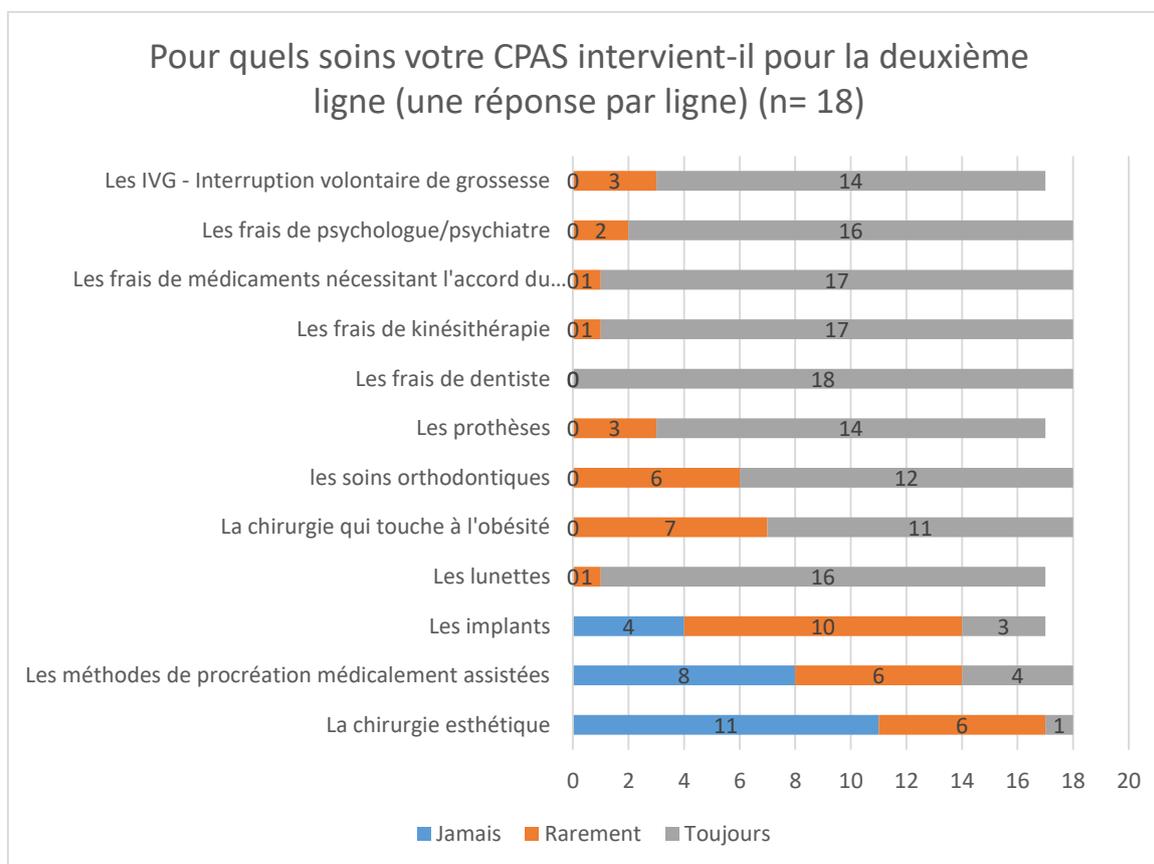
**11 CPAS délivrent des cartes santé pour les soins prodigués par des spécialistes.** Ainsi, ces cartes santé couvrent la médecine générale, spécialisée et pharmaceutique. Il ressort très clairement que les CPAS situés dans le croissant pauvre de Bruxelles ne permettent pas une carte santé avec des médecins spécialistes dessus. Pour rappel, 14 CPAS délivraient une carte santé couvrant la médecine générale et pharmaceutique. Ce sont donc 11 CPAS qui permettent également que cette carte couvre les spécialistes.

## Résumé des cartes santé ou des réquisitoires pour la médecine spécialisée

Politiques des CPAS en matière de soins des spécialistes			
CPAS	Carte santé (CS)	Réquisitoires (R)	Remarques
<i>Anderlecht</i>		x	
<i>Auderghem</i>		x	
<i>Berchem-Sainte-Agathe</i>	x	x	
<i>Ville de Bruxelles</i>		x	Les MG conventionnés peuvent faire des R ou le CPAS pour certains soins
<i>Etterbeek</i>		x	
<i>Evere</i>		x	Le MG conventionnés peut faire un R pour les consultations dans le réseau IRIS. Le CPAS établit des R pour le réseau IRIS, non-IRIS ou pour certaines prestations.
<i>Forest</i>		x	
<i>Ixelles</i>		x	
<i>Jette</i>	x	x	Les hospitalisations et les interventions « techniques » nécessitent un R. Pour le reste tout est dans la CS.
<i>Koekelberg</i>	x	x	R ou CS octroyée par les médecins travaillant dans le cabinet médical du CPAS
<i>Molenbeek-Saint-Jean</i>		x	Les MG conventionnés peuvent faire des R ou le CPAS pour certains soins
<i>Saint-Josse-ten-Noode</i>	x	x	CS pour les personnes passant par le cabinet médical
<i>Saint-Gilles</i>		x	
<i>Schaerbeek</i>	x	x	Le MG peut faire un R dans certains cas
<i>Uccle</i>	x		
<i>Watermael-Boitsfort</i>		x	
<i>Woluwe-Saint-Lambert</i>	x	x	
<i>Woluwe-Saint-Pierre</i>	x	x	
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	

## Types de soins pris en charges

**Point de vue des soins pris en compte pour une aide du CPAS, il y a peu de différence de politique par rapport aux pathologies remboursées.**



**Par exemple, on notera que 100% des CPAS (18 CPAS) prennent « toujours » en charge les frais de dentiste, 17 CPAS les frais de médicaments nécessitant l'accord du médecin-conseil, 16 CPAS les frais de lunettes, 17 CPAS les frais de kinésithérapie, 16 CPAS les frais de psychologie/psychiatre et 14 CPAS les prothèses.**

Par contre, il y a moins de consensus concernant d'autres soins et pathologie. Notons que 14 CPAS prennent « toujours » en charge les soins pour une IVG, 3 « rarement » et 0 « jamais ». De plus, 12 CPAS sur 18 prennent « toujours » en charge les frais de soins orthodontiques contre 6 CPAS « rarement » et aucun « jamais ». 11 CPAS prennent « toujours » en charge les frais de chirurgie touchant à l'obésité, contre 7 CPAS « rarement » et 0 « jamais ».

Toutefois, les implants ne sont que « parfois » pris en charge par 10 CPAS, alors que 3 CPAS les remboursent « toujours » et 4 « jamais ». Aussi, très peu de CPAS prennent en charge la chirurgie esthétique (1 « toujours » et 6 « rarement » contre 11 « jamais »). Un CPAS précise qu'il prend en charge ces frais lorsqu'ils sont dû à une maladie (exemple : un cancer). Enfin, 4 CPAS prennent « toujours » en charge les méthodes de procréation assistée, 6 CPAS « parfois » et 8 « jamais ».

Plus en avant, un CPAS précise que finalement, ces interventions sont uniquement faites pour des traitements médicalement nécessaires. Pour les prothèses et lunettes, une récupération peut être demandée. Un autre corrobore : « *S'agissant des soins orthodontiques et des prothèses, intervention en fonction des conditions de remboursement liées à l'âge* ».

Pour un CPAS, pour les frais des spécialistes, soit c'est le tarif INAMI qui est pris en charge (kinésithérapeutes, logopèdes, etc.) soit il y a un montant maximum pris en charge par le CPAS (exemple : psychologues).

Les CPAS n'ont pas eu facile à répondre à cette question, comme ils le précisent dans le champ des commentaires. Les termes « souvent » ou « parfois » étaient difficiles à cocher. Par exemple, un CPAS cite : « *"Souvent" pour lunettes et prothèses. Le CPAS intervient toujours pour les prestations remboursées en partie par l'INAMI (sauf orthodontie). Pour le reste, il faut une décision individuelle du Comité* ». Un autre : « *Les "rarement" sont plutôt des "parfois" si l'état de besoin est constaté* ».

A noter que dans un CPAS, un psychologue est sur place, employé par le CPAS depuis environ 3 ans. Celui-ci a pour mission principalement de diminuer les tensions entre usagers et assistants sociaux et de désengorger les assistant sociaux, qui sont parfois débordés et face à des usagers présentant des problèmes en lien avec la santé mentale. Le CPAS précise que la confidentialité et le secret professionnel sont strictement protégés.

## Conclusion pour les soins des spécialistes

Dans cette partie, les principales différences entre CPAS est le fait de permettre au médecin généraliste de faire des réquisitoires pour certains soins de spécialiste ou non. **Certains CPAS délivrent eux-mêmes les réquisitoires sous proposition du médecin, d'autres permettent au médecin généraliste de renvoyer directement la personne vers le spécialiste, mais sous condition** (médecin spécialiste conventionné, tarif INAMI, médecin repris sur la carte santé, hôpitaux IRIS uniquement, etc.).

**Notons également que tous les CPAS sauf 1 travaillent avec des réquisitoires.** La carte santé permet le recours à des soins des spécialistes pour 11 CPAS, lorsque ces spécialistes sont mentionnés dessus ou qu'une convention a été signée avec le médecin, mais certains soins n'échappent pas à l'avis du CPAS par réquisitoire.

**Il y a lieu de constater que le réseau IRIS permet l'ouverture du droit le plus souvent, contrairement aux hôpitaux privés qui demandent une dérogation du CPAS, sauf s'ils travaillent au tarif INAMI.**

En outre, la plupart des pathologies sont remboursées par tous les CPAS, mais ceux-ci précisent tout de même que l'état de besoin est analysé (exemple : la chirurgie esthétique n'est prise en charge que si elle est liée à une maladie).

## Les hôpitaux IRIS et non-IRIS

Jusqu'en 1996, le réseau des hôpitaux IRIS était historiquement dépendant des CPAS, qui les avaient créés au fil du temps (les communes d'Anderlecht, d'Etterbeek, d'Ixelles, de Saint-Gilles, de Schaerbeek et de la Ville de Bruxelles). C'est de fait l'ordonnance du 22 décembre 1995 de la Région de Bruxelles-Capitale organisant la loi sur les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) qui est à l'origine de la création de l'association faîtière dénommée « iris » et de l'autonomisation des hôpitaux publics. Ils sont composés du Centre hospitalier Universitaire Saint-Pierre, du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, des Hôpitaux IRIS Sud, de l'Institut Jules Bordet et de l'hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola<sup>62</sup>.

Deux conventions ont été réalisées entre les CPAS et le réseau IRIS, l'une en 1996 et l'autre en 1998. Ces conventions avaient pour objectif de régler l'accueil des patients usagers des CPAS, l'ouverture de leurs droits et l'accès aux soins, la couverture financière et la répartition territoriale. A ce jour, ces

---

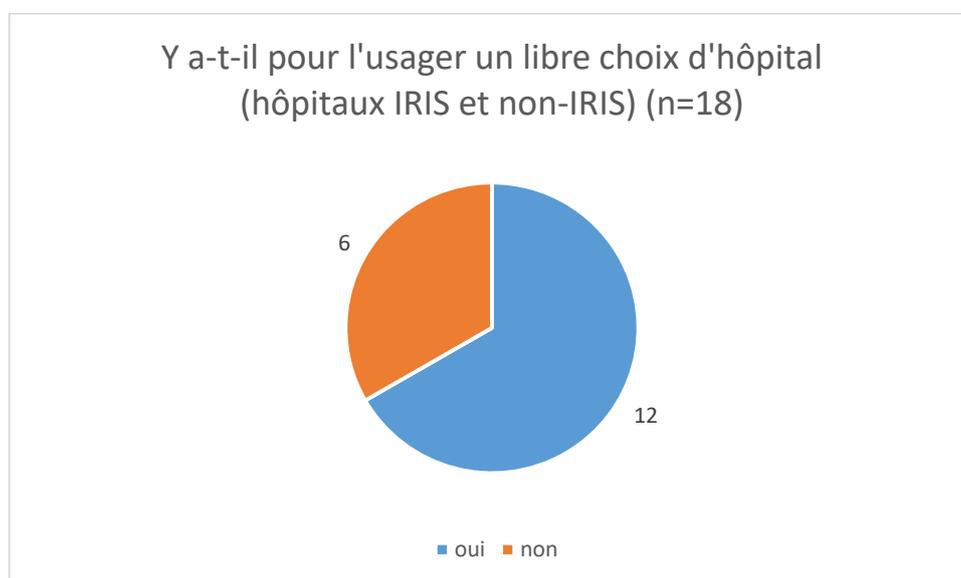
<sup>62</sup> Voy. le site du réseau IRIS : <https://www.iris-hopitaux.be/fr/le-reseau-iris>

conventions sont toujours d'application, sauf la dérogation par rapport aux prescrits en matière de compétences territoriales. Par ce lien historique et juridique indéniable, nous nous attardons dans ce chapitre sur l'existence de ce réseau, à savoir si les patients sont renvoyés vers IRIS le plus souvent, ou s'il existe des partenariats avec les autres hôpitaux.



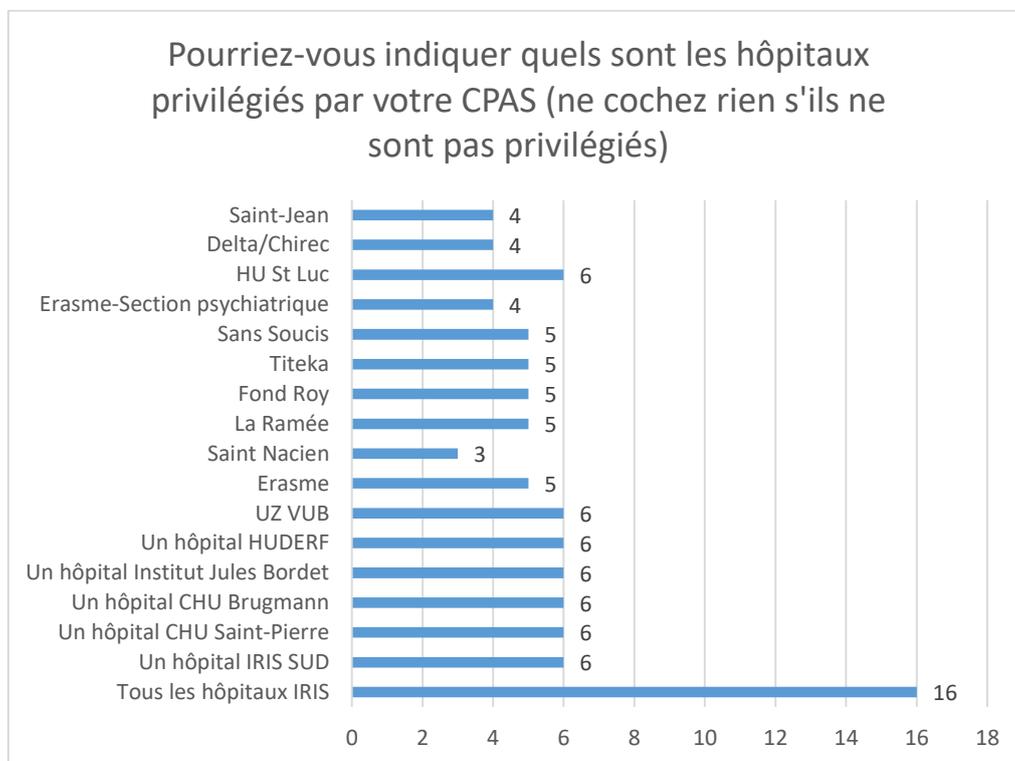
## Choix d'hôpital

Il a été demandé si le patient avait un libre choix d'hôpital lorsqu'il se présentait au CPAS. **12 CPAS offrent à leurs bénéficiaires un libre choix d'hôpital. 6 CPAS sur 18 limitent ce choix.**



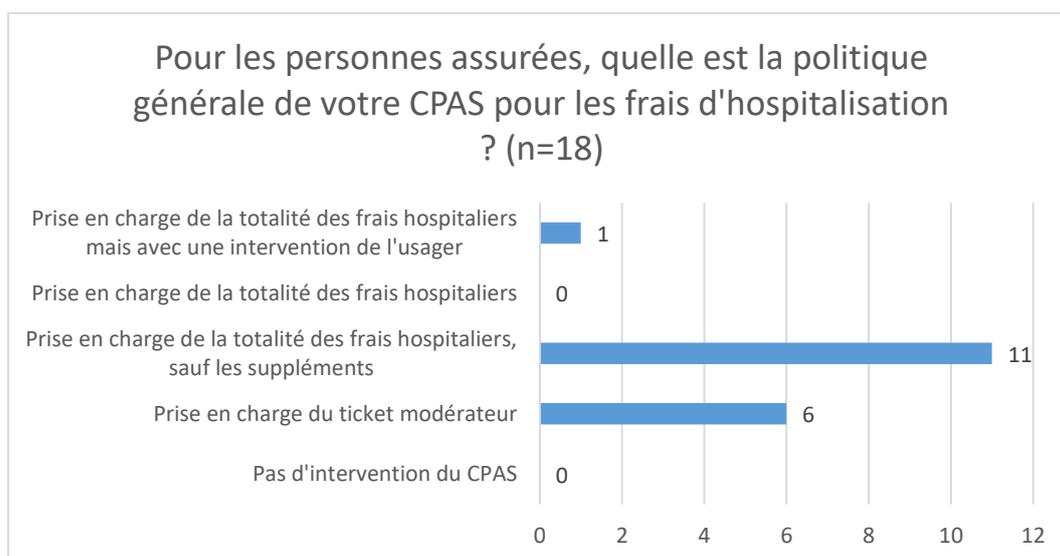
Nous avons posé la question de savoir, pour leurs bénéficiaires, quels hôpitaux étaient « privilégiés » suivant une longue liste de tous les hôpitaux de la Région. Le fait de « privilégier » un hôpital ne veut pas dire que les CPAS ne permettent pas à leurs patients de se rendre dans des hôpitaux non privilégiés mais bien qu'ils soient redirigés en priorité vers ceux-ci. Il y a donc bien libre choix du patient.

**Tous les hôpitaux IRIS sont « privilégiés » par 16 CPAS. 2 CPAS ne privilégient aucun hôpital en raison du libre choix du patient. 9 de ces 16 CPAS privilégient uniquement les hôpitaux IRIS, les autres ne privilégient d'autres hôpitaux également. Ces résultats sont à prendre avec précaution notamment par rapport au territoire où se trouve l'hôpital. L'hôpital est peut-être celui de la commune où se situe le CPAS, d'où son rapprochement avec celui-ci.**



## Personnes assurées et hospitalisations

**Pour les personnes assurées, 11 CPAS prennent en charge la totalité des frais hospitaliers, sauf les suppléments, 6 CPAS prennent en charge le ticket modérateur, ce qui revient au même. Un CPAS prend en charge la totalité des frais hospitaliers mais avec une intervention de l'utilisateur (et sauf les suppléments). Pour ce CPAS, en effet, calcule la moyenne économique journalière (MEJ). Si la personne perçoit le RI ou le ERI et est dans les conditions du MEJ (voir plus haut), tout est pris en**



compte sauf les suppléments. Si le MEJ est trop élevé, ils payent une quote-part qui correspond à la moitié de la moyenne économique journalière (solde des ressources après déduction du loyer et de la facture mensuelle de gaz-électricité calculé par jour).

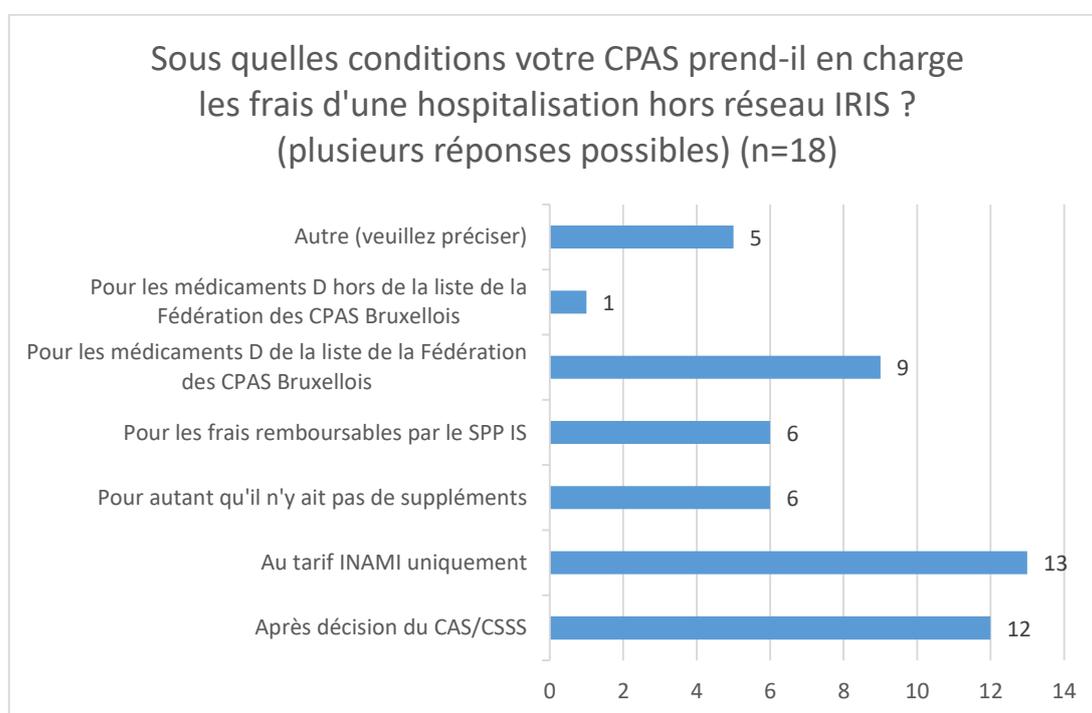
## Conditions de prise en charge

13 CPAS donne comme condition pour une prise en charge des frais d'une hospitalisation dans ou hors réseau IRIS « **le tarif INAMI uniquement** ». 12 CPAS expliquent qu'une des conditions est que « *une décision soit prise par le CAS/CSSS* ». 9 CPAS donnent comme condition supplémentaire que ce soit « *des médicaments D de la liste de la Fédération des CPAS Bruxellois* ». 6 CPAS notent que « *il ne doit pas y avoir de suppléments dans la facture* » et 6 CPAS précisent que cela doit être « *des frais remboursables par le SPP IS* ».

En outre, c'est la moitié des CPAS (9 des 18) qui ne prennent « jamais » les suppléments demandés pour une hospitalisation en charge, et l'autre moitié (9 CPAS) « parfois » (aucun « toujours »).

## Personnes non assurées et hospitalisations

**12 CPAS prennent en charge les frais d'une hospitalisation hors réseau IRIS « après décision du CAS/CSSS ».** 13 précisent que cela se fait « **uniquement au tarif INAMI** ». 9 CPAS notent que ce sont « *uniquement pour les médicaments D de la liste de la Fédération des CPAS Bruxellois* », 6 pour frais remboursables par le SPP IS, et 6 pour autant qu'il n'y ait pas de suppléments. Parmi les CPAS ayant complété la case « autres », il y a « *tous les coûts, à l'exception des frais divers* » ou encore « *tous les soins justifiés par un médecin* », « *libre choix de l'utilisateur de choisir son hôpital* » et enfin « *mêmes conditions que pour tous les autres* ».



## Les suppléments d'honoraires

**9 des CPAS prennent en charge « parfois » les suppléments dans les frais hospitaliers, les autres « jamais ».**

## L'aide médicale urgente et MédiPrima

MédiPrima est le système informatisé de traitement des demandes de soins pour les usagers des CPAS. Pour l'instant, le système est ouvert aux personnes non-assurées et non-assurables (essentiellement les personnes en séjour illégal) et se faisant soigner en milieu hospitalier. C'est la CAAMI qui rembourse le prestataire de soins automatiquement, sans transit par le CPAS. Le système devrait, à terme, s'ouvrir aux autres prestataires de soins (médecins généralistes, pharmacies, kinés, etc.) puis pour toute la population, assurée ou assurable également. Ce système est assez bien attendu par les CPAS, puisqu'il est facile d'accès pour voir si une couverture de prise en charge est déjà effective dans un autre CPAS. En termes administratif, le système est assez kafkaïen pour l'instant, parce que les CPAS doivent jongler avec deux systèmes différents, en fonction de si la personne entre dans les conditions de MédiPrima ou non (dans le cas contraire, ils doivent remplir des formulaires et les adresser au SPP IS pour un remboursement de l'Etat fédéral). Pour les hôpitaux, ils peuvent plus facilement voir si le patient est couvert et par quel CPAS. Ce système est également attendu par le milieu associatif, qui estime que « *ce projet implique un gain de temps administratif pour les CPAS* »<sup>63</sup>.

**Selon la présente étude, la durée de décision de principe dans MédiPrima la plus fréquente au sein des CPAS est de 3 mois (8 CPAS). Une autre grande part des CPAS ont des décisions de principe de 1 an (8 CPAS) le plus fréquemment. Pour 1 CPAS, la décision de principe est d'un mois le plus fréquemment. Pour un autre, les décisions de principe étaient de moins d'un mois la plupart du temps. Un CPAS n'a pas répondu à la question.**

Pour ce qui est des garanties de prises en charge dans MédiPrima de l'AMU la plus fréquente, elle équivaut à une durée de **3 mois pour la grande majorité (17 CPAS)**. Un CPAS met le plus souvent des garanties de prise en charge de 1 mois.

Pour 5 CPAS, les personnes avec une maladie chronique ont une durée de prise en charge plus longue.

## Les frais de mutuelles

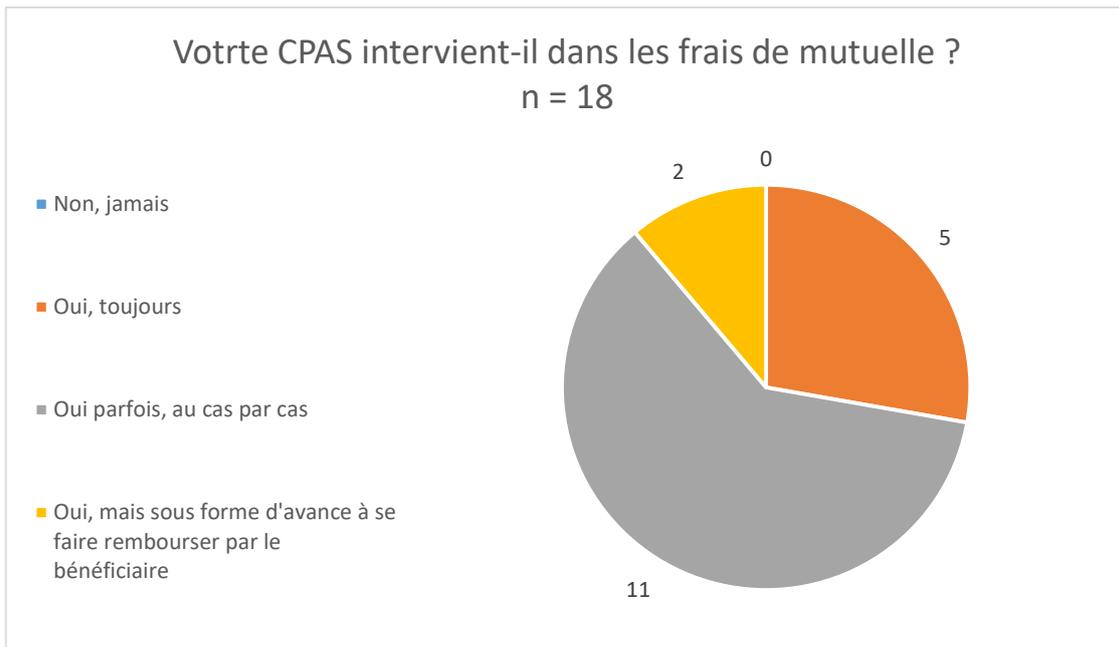
**Comme rappelé dans le mémorandum de la Fédération des CPAS Bruxellois de 2019<sup>64</sup>, « pour les indigents qui ne possèdent pas la nationalité belge et qui ne sont pas inscrits au registre de la population, l'Etat intervient dans les frais d'affiliation et de cotisations versées à un organisme assureur dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités ainsi que dans le cadre de l'assurance complémentaire » et « pour les bénéficiaires du RIS, l'Etat fédéral ne rembourse pas les frais liés au paiement des cotisations ni pour l'assurance obligatoire, ni pour l'assurance complémentaire, de même que pour les frais de régularisation ou encore les compléments de cotisations, surtout pour les (ex-) indépendants avec des arriérés de plus de 2 ans ».** Les CPAS font donc face à une charge tant administrative que financière pour la remise en ordre de mutuelle pour ces personnes, qui n'est pas prise en compte par l'Etat fédéral. C'est pourquoi nous avons posé la question du remboursement effectif des CPAS pour ces publics.

**11 CPAS sur 18 interviennent dans les frais de mutuelle « parfois, au cas par cas ». 2 CPAS le font « mais sous forme d'avance à se faire rembourser par le bénéficiaire ». 5 CPAS le font « toujours ».**

---

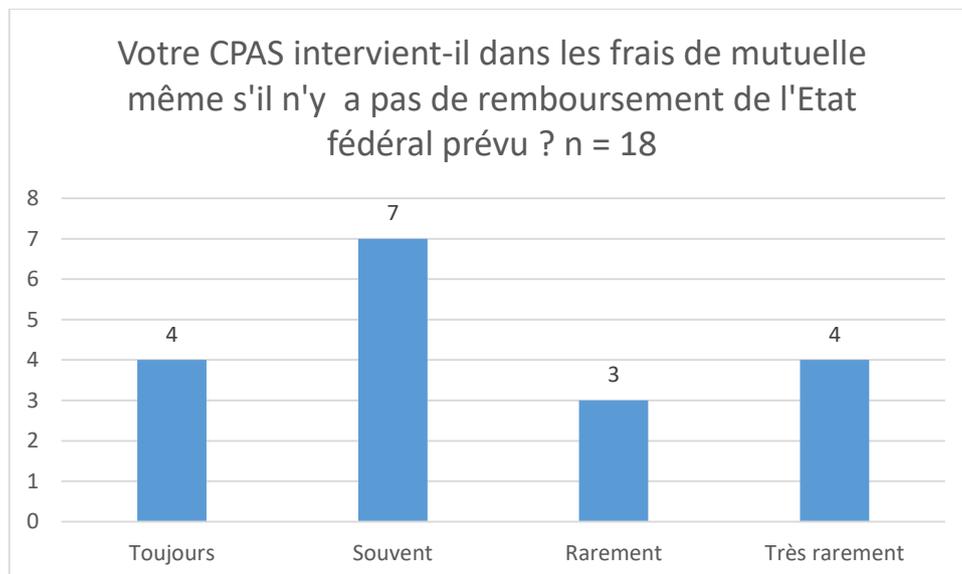
<sup>63</sup> « Le livre vert sur l'accès aux soins en Belgique », *op.cit.*, p68.

<sup>64</sup> « Mémorandum Fédéral 2019 », Fédération des CPAS Bruxellois, p 18.



Lorsqu'ils interviennent, 10 CPAS sur 18 le font « pour les cotisations ordinaires ; 16 CPAS sur 18 le font « pour les arriérés de cotisation ordinaire » ; 10 CPAS sur 18 « pour l'assurance complémentaire ». « Les arriérés de cotisation complémentaires » sont pris en charge par tous les CPAS sauf 4. 16 CPAS interviennent pour « les cotisations sociales des indépendants ». 1 seul CPAS intervient « pour la cotisation "zorgverzekering" ». 2 CPAS interviennent « pour les cotisations pour le fonds de réserve » et 2 CPAS « pour les cotisations pour l'assurance hospitalisation ».

**S'il n'y a pas de remboursement de l'Etat fédéral prévu pour les frais de mutuelle, 11 CPAS interviennent tout de même à « souvent » ou « toujours ». 3 ne le font que « rarement » et 4 « très rarement ».**

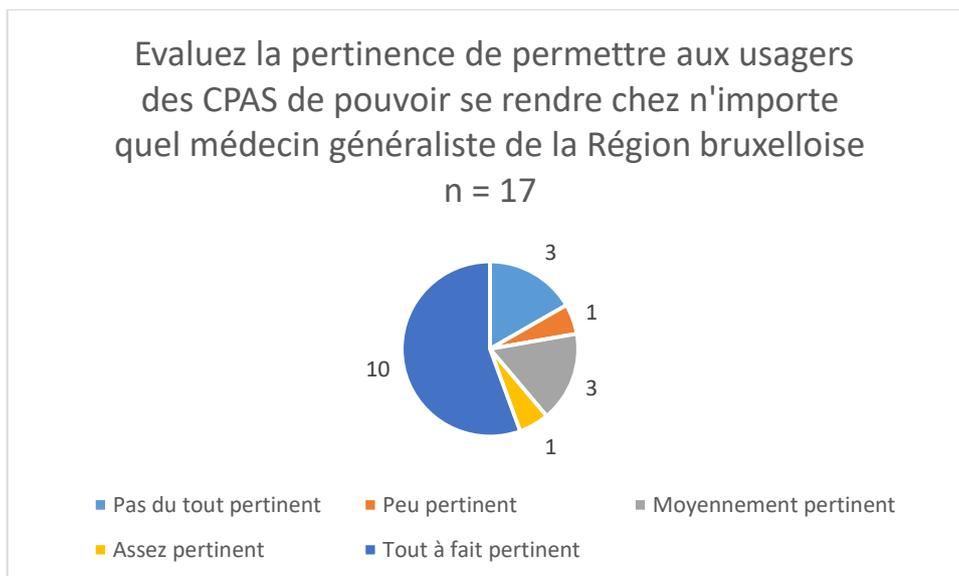


## Questions sur l'harmonisation des pratiques

Cette section est analysée de façon totalement anonyme, sans que le lecteur ne puisse voir de quel CPAS il s'agit, puisqu'il a été demandé aux personnes qui remplissent l'enquête de donner leur propre opinion sans qu'il soit diffusé. Une personne n'a pas désiré répondre à ces questions pour la raison qu'elles étaient d'ordres politiques.

### Permettre l'accès à tous les médecins de la région

La première question était d'évaluer la pertinence de permettre aux usagers des CPAS de pouvoir se rendre chez n'importe quel médecin généraliste de la Région bruxelloise.



10 CPAS estiment que c'est « *tout à fait pertinent* », 1 personne « *assez pertinent* » et 2 personnes « *moyennement pertinent* ». **C'est donc une majorité de personnes qui valident cette option pour un futur.** 3 personnes ont estimé que ce n'était « *pas du tout pertinent* » et 1 personne « *peu pertinent* ».

Lorsque l'on demande aux CPAS pourquoi ils répondent de cette manière, les personnes qui trouvent cela « *tout à fait pertinent* » expliquent que c'est « *l'importance du libre choix du patient* » (3 personnes), « *le respect de la liberté individuelle et l'autonomie* » (1 personne), la « *liberté de choisir son médecin : homme/femme, langue parlée, médecin connu depuis de nombreuses années, médecin de famille, proche du domicile, de l'école ou du travail* » (1 personne). Une autre personne corrobore et cite le « *libre choix du patient - ne pas devoir changer de médecin à chaque déménagement - avoir un médecin qui parle sa langue* ». Une autre confirme : « *La relation de confiance entre un patient et son/ses médecin(s) doit être conservée. De quel droit le CPAS casserait cette relation privilégiée qui tient toute son importance dans un suivi thérapeutique ? Idem pour les pharmacies et mutuelle. Le libre choix philosophique (du prestataire de soins) reste prescrit par la loi organique* ». Une autre personne explique que ce serait intéressant « *pour les personnes qui déménagent et qui ont déjà un lien avec un généraliste* » et que « *il est bon de pouvoir continuer à consulter leur médecin, il est important que tout le monde ait un médecin de famille (Dossier Médical Global)* ». Une personne trouvant l'idée « *assez pertinente* » explique : « *tant que le médecin applique le tarif INAMI, je ne vois pas pourquoi l'utilisateur ne pourrait pas se rendre auprès d'un médecin de son choix dans la Région bruxelloise* ».

Une personne qui trouve que l'idée est « *moyennement pertinente* » explique que l'on « *évite les déplacements. Il est utile d'avoir un médecin de famille de proximité* ». Un autre que c'est « *tout à fait pertinent pour une question d'accès aux soins mais peu pertinent pour l'aspect administratif* ».

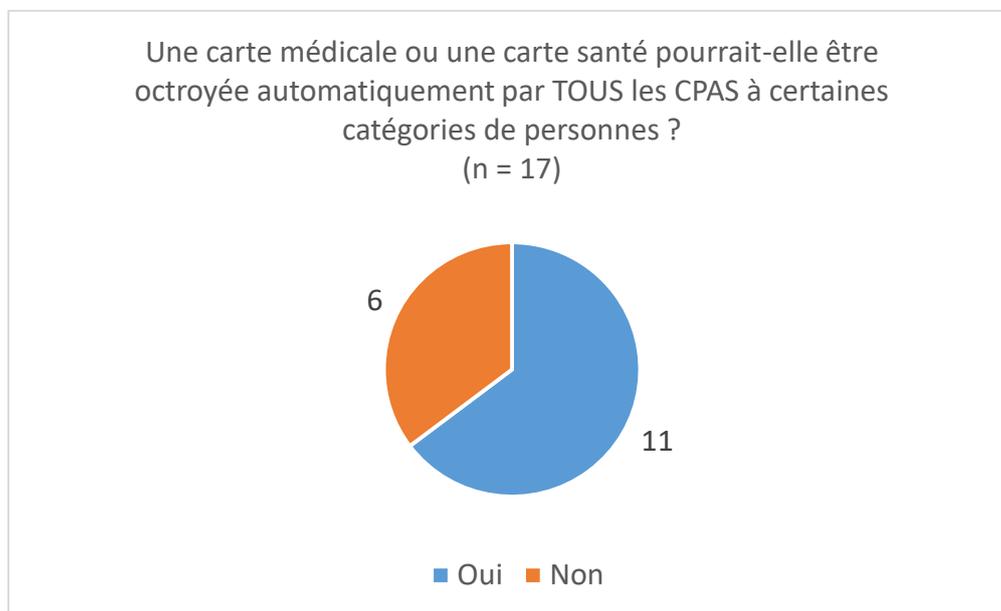
*Cependant, pour les travailleurs sociaux qui tentent de collaborer avec des généralistes dans certains cas, cela peut rendre la situation plus difficile si elle se trouve en dehors de la commune ».*

Les personnes qui estiment que ce n'est pas ou peu pertinent expliquent qu'ils « *ont une politique de santé de proximité* » ou encore qu'ils disposent « *d'un dispensaire avec un médecin généraliste, ouvert du lundi au vendredi durant toute l'année* ». Toujours parmi les personnes qui n'envisagent pas cette proposition, l'une estime que « *le CPAS dispose d'un grand nombre de médecins conventionnés et qu'à la simple demande du médecin, il est possible d'ajouter ce médecin à la liste (décision du CSSS)* ».

Lorsqu'on croise ces réponses avec le fait ou non de faire des conventions ou des agréments avec les médecins généralistes, les réponses sont intéressantes. 4 CPAS qui ne font ni conventions ni agréments trouvent l'idée « tout à fait pertinente » comme 1 CPAS qui font des conventions ou des agréments avec tous les médecins généralistes de la Région bruxelloise. Ce sont donc des CPAS qui laissent déjà un libre choix pour le patient. Toutefois, 1 CPAS qui trouve l'idée « tout à fait pertinente » ne font des conventions ou des agréments qu'avec les médecins de la commune ou des communes limitrophes, ce qui laisse présager une volonté d'avancer vers une plus vaste collaboration avec les médecins généralistes. 2 CPAS d'accord avec la proposition ne font de conventions qu'avec les médecins généralistes de leur commune et 2 avec les médecins des communes limitrophes ou de la région bruxelloise souhaitant travailler avec le CPAS.

## Une carte santé ou une carte médicale automatique pour certains bénéficiaires

**11 personnes ayant répondu à l'enquête estiment que « une carte médicale ou une carte santé pourrait être octroyée automatiquement par tous les CPAS à certaines catégories de personnes en particulier », 6 estiment que non.** Une personne n'a pas souhaité répondre à cette question.



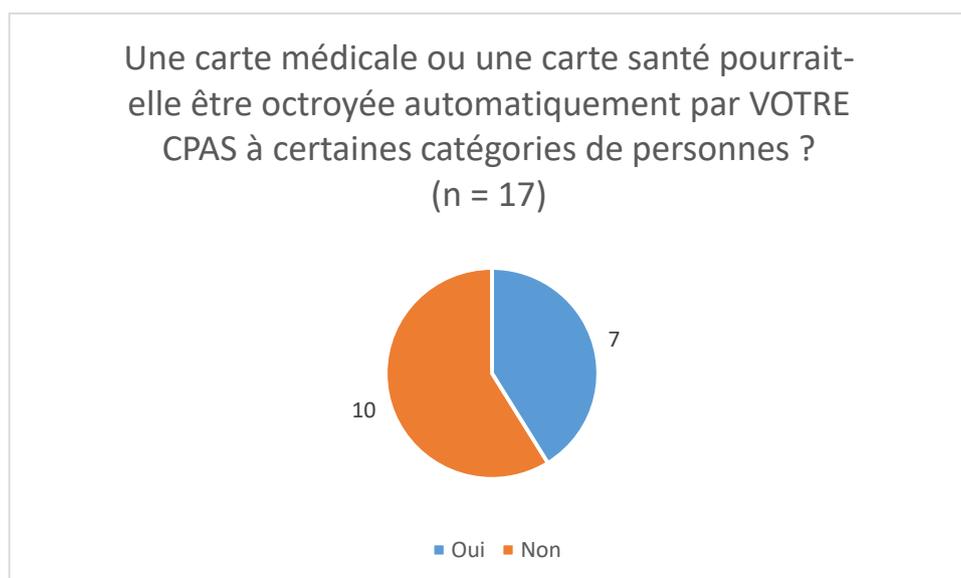
Les personnes qui ont répondu par l'affirmative à cette question voient principalement comme catégorie de bénéficiaires pouvant ouvrir le droit à une carte médicale « **les bénéficiaires du RI et ERI** » (3 personnes). Une personne explique cela doit être « *les bénéficiaires du RI ou ERI ou avec un plafond de 10% au-dessus du RI ou ERI* ». Ce plafond est également mentionné par une autre personne qui mentionne l'automatisme « *d'office à tous les bénéficiaires (E)RI et d'office à tous les bénéficiaires de prestations sociales (chômage, mutuelle, pension) mais plafonné (style 110% RI)* ». Une autre met le

plafond plus haut : la carte médicale doit être automatique « pour les personnes bénéficiant du RI ou ERI, pour les personnes dont les ressources sont inférieures ou égales à 150% du RI ». Une personne mentionne que cela doit être « des personnes bénéficiaires du RI/ERI en ordre de mutuelle pour une question de simplification administrative concernant l'accès à un besoin de première nécessité pour des personnes ayant peu de revenus ».

Parmi ceux qui ont répondu par l'affirmative mais en donnant des directives plus vagues, une personne donnerait automatiquement la carte pour les « personnes dont les ressources sont insuffisantes pour soins curatifs et préventifs (plafond de ressources) », mais sans mentionner quel serait ce plafond. Une autre personne ne mentionne pas non plus de barème mais estime que la carte devrait être offerte « aux personnes pour qui un état de besoin est constaté ». Une personne estime également que cela devrait être le cas « selon la nécessité, en prévention ». Enfin, une autre personne estime que la carte automatique devrait être octroyée « pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer ».

Pour les personnes ayant répondu non à cette question (6 personnes), un CPAS note « Le systématisme dans l'aide sociale nourrit des intérêts organisationnels des CPAS et non des usagers. A charge pour les CPAS de mettre les moyens en place pour répondre rapidement et efficacement à chaque situation qui se présente ; par une aide sociale ». L'une des personnes insiste sur la « nécessité des décisions au cas par cas » et un autre sur la plus-value de « l'enquête sociale au cas par cas ». Deux autres personnes corroborent : « individualisation de l'aide sociale et analyse au cas par cas - pas d'octroi automatique » et « Importance des décisions d'octroi au cas par cas afin d'éviter les automatismes. » C'est donc principalement la peur de la catégorisation des personnes qui secoue ces CPAS. Il est vrai qu'un automatisme pourrait aller à contre-courant de l'autonomie des CPAS à aider les personnes en fonction de l'état d'indigence, sauf si l'automatisme pour certains n'enlève pas le cas par cas pour les autres.

Par contre, lorsqu'on demande aux personnes si une carte médicale ou une carte santé pourrait être octroyée automatiquement par leur CPAS à certaines catégories de personnes en particulier, autres que celles déjà prévues par leur CPAS, les réponses sont plus mitigées. En effet, 7 personnes estiment que « oui », et 10 que « non ».



4 personnes avaient répondu « oui » à l'automatisme d'une carte médicale ou de santé pour tous les CPAS et ont conforté leurs choix vis-à-vis de l'octroi automatique d'une carte médicale ou de santé pour leur CPAS. L'un précise que ce devrait être « Pour les personnes qui ont des difficultés à se

déplacer. » Une autre personne estime que cela devrait se faire « d'office pour tous les bénéficiaires (E)RI et d'office à tous les bénéficiaires de prestations sociales (chômage, mutuelle, pension) mais plafonné (exemple : 110% RI) et ce en abolissant la notion de moyenne économique journalière ». Une autre propose que ce soit fait « si les frais médicaux sont importants et démontrés ou si le ménage a des dettes importantes ».

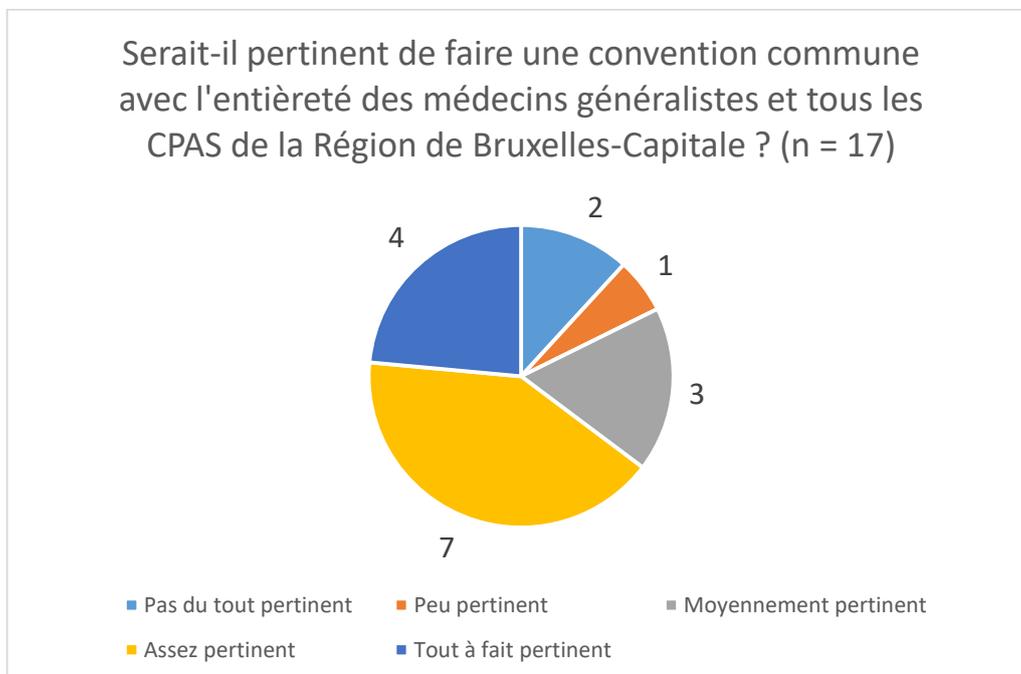
3 personnes qui estimaient que cela ne pouvait pas se faire pour l'entière des CPAS répondent par l'affirmative en ce qui concerne leur propre CPAS. L'une estime qu'une carte médicale ou une carte santé pourrait être octroyée automatiquement « aux illégaux non MédiPrima, ce que nous ne faisons pas à l'heure actuelle. Nous travaillons exclusivement sur base de réquisitoires pour eux ». Un autre affirme que cela pourrait être fait « Pour les personnes bénéficiant du RI et ce à titre préventif » et une autre « pour les malades chroniques ».

Les 3 personnes qui répondent « non » tant à l'échelle de la région qu'à l'échelle de leurs CPAS précisent qu'il y a « nécessité d'une enquête sociale au cas par cas » ou qu' « il peut y avoir des abus ».

Les personnes qui ont dit « oui » à l'échelle régionale et « non » en ce qui concerne leur CPAS précisent que « il faut une enquête sociale pour déterminer l'état de besoin », que « cela doit être vu au cas par cas ». Une personne estime que cela doit se faire pour tous les CPAS sinon il y a un risque certain : « Sans harmonisation des accès entre CPAS, risque de shopping, incompréhension du public... en fonction des systèmes mis en place par chaque CPAS ». Une personne reprecise que « c'est automatique pour les bénéficiaires du RI ou ERI mais que le restant doit se faire au cas par cas ».

## Une convention commune avec tous les médecins généralistes

Une autre piste analysée vers l'harmonisation des pratiques des CPAS serait de faire une convention commune avec l'entière des médecins généralistes de la Région.



**4 personnes estiment que l'idée est « tout à fait pertinente » et 7 personnes « assez pertinente » (11 tout à fait ou assez pertinente). 3 personnes la trouvent « moyennement pertinente ». Seules 3 personnes trouvent la question « pas du tout » ou « peu pertinente ».**

Parmi les répondants qui ont coché que c'était « *tout à fait pertinent* », les arguments sont que « *cela facilitera et harmonisera les pratiques de tout le monde* », qu'il y aurait une « *simplification des procédures et des tâches* » ou une « *simplification administrative pour les CPAS, les usagers et les médecins* ». Une personne pointe le fait que « *les médecins ont tous fait le serment d'Hippocrate* ».

Les personnes qui ont pointé que c'était une mesure « *assez pertinente* » estiment que la procédure serait avantageuse : « *afin que tous les CPAS travaillent de la même façon, cela éviterait beaucoup de confusion auprès des usagers qui souvent déménagent vers d'autres communes* ». Une autre personne précise que : « *Cela faciliterait le libre choix de médecin des ayants droit. Cela permettrait d'assurer la continuité du suivi en cas de déménagement* ». Mais tout de même avec ces balises : « *il faut que les accès à SINCRHO<sup>65</sup> soient possibles* » et que « *cela se fasse pour autant qu'un médecin référent soit renseigné* ». Autre élément avancé par un participant : il faut que ce soit fait « *à la condition que ce ne soit pas une convention à minima (pour avoir l'accord de tous) sinon cela ne servirait à rien si l'AS doit passer son temps à faire des rapports pour des dérogations pour prise en charge de ce qui n'est pas couvert par la convention* ». Une autre personne pointe encore que la mesure serait assez pertinente « *En cas de déménagement du demandeur - pas de nouvelle convention à faire signer, etc.* », et une autre corrobore pour que cela se fasse dans l'intérêt de « *la mobilité des personnes et dans les communes limitrophes* ». Enfin, une personne assez convaincue précise que « *actuellement, c'est impossible en raison des grandes différences entre les différents CPAS. Après un règlement harmonisé, cela pourrait donner plus de clarté aux médecins, ce qui est très positif* ».

Deux personnes ayant coché « *moyennement pertinent* » à cette question expliquent : « *Nous prônons la médecine de proximité et la collaboration avec les médecins. Nous les voyons souvent ainsi que les maisons médicales. Cette démarche risque de couper ces relations* » ou encore « *car notre dispensaire dispose déjà d'une liste de médecin sur le territoire. Nos bénéficiaires restent, en général, sur notre commune et privilégient la proximité* ».

Parmi les personnes trouvant l'idée « *peu pertinente* », les avis sont mitigés. Une personne note que le point positif serait « *une meilleure connaissance du fonctionnement CPAS par les médecins et une pratique homogénéisée au bénéfice des patients* ». Le point négatif serait la difficulté de « *accorder les pratiques de prises en charge des soins (point très discuté dans les CSSS) entre des situations sociales individuelles et des décideurs politiques tellement divers et variés* ». Les deux personnes ayant répondu que ce n'était pas du tout pertinent expliquent qu'ils prônent « *le libre choix du médecin généraliste* », ou que « *le public diffère d'une commune à l'autre* ».

Parmi les CPAS qui ont estimé l'idée « *tout à fait pertinente* » ou « *assez pertinente* », 2 CPAS ne font aucunes conventions ou agréments avec les médecins généralistes. 2 CPAS en font avec « *tous les médecins généralistes de Belgique* ». 4 CPAS en font avec « *les médecins généralistes de la Région bruxelloise souhaitant travailler avec le CPAS* ». Ils ont déjà des agréments et conventions assez étendues. Par contre, 3 CPAS ne font actuellement des conventions ou agréments qu'avec les « *médecins généralistes de la commune du CPAS* ». 3 CPAS estimant l'idée « *moyennement pertinente* » ne font des conventions ou agréments qu'avec « *les médecins généralistes de la commune du CPAS* ». On peut donc souligner la volonté d'ouvrir le champ à plus de médecins généralistes. Les 2 CPAS restant sont des CPAS trouvant la proposition « *peu pertinente* » ou également « *moyennement pertinente* », et ne font aucunes conventions ou agréments avec les médecins généralistes. On voit bien ici la dichotomie entre deux politiques et principes différents. Le premier est de vouloir conventionner l'ensemble des médecins généralistes de la région, le deuxième étant de ne pas vouloir de cette

---

<sup>65</sup> Plateforme de Suivi Informatisé des Créances Hospitalières

politique. Les deux idées se rejoignent car elles servent toutes les deux à permettre le libre choix du bénéficiaire de son médecin généraliste.

## Que mettre dans une convention commune à chaque CPAS ?

Nous avons demandé aux personnes répondant à l'enquête se qui devrait figurer sur une telle convention si elle était d'application.

**Les éléments devant figurer majoritairement sont les suivants (coché par plus de 70% par les personnes ayant répondu) :**

- Vérifier que le patient dispose d'un réquisitoire ou d'une carte médicale
- Prescrire les médicaments remboursés par l'INAMI
- Ouvrir un DMG<sup>66</sup>
- Prescrire des médicaments de catégorie D uniquement indiqué sur la liste de la Fédération des CPAS Bruxellois
- Appliquer le tiers payant
- Favoriser la prescription de médicaments génériques et sous forme de DCI (Dénomination Commune Internationale)
- Prescrire les médicaments les moins chers
- Le médecin généraliste doit renvoyer le patient vers le CPAS s'il n'a pas de carte médicale ou de réquisitoire si les soins ne sont pas urgents
- Possibilité de mettre fin à la convention moyennant préavis par le médecin généraliste ou le CPAS.

Les éléments suivants doivent figurer pour les CPAS dans une moindre mesure (entre 50 et 65% de cases cochées) :

- Possibilité de renvoyer le patient vers un hôpital mais uniquement du réseau IRIS
- Le médecin généraliste doit inscrire (sur le réquisitoire, la carte médicale, etc.) la possibilité d'une dérogation au médicament le moins cher dans certains cas pour certaines pathologies
- Le médecin généraliste doit conserver l'attestation d'aide médicale urgente
- Le médecin généraliste doit encourager des comportements de l'utilisateur pour un bien-être et une bonne santé
- Le médecin généraliste doit prévenir le CPAS en cas de suspicions d'abus de médicaments

Les éléments suivants ont été cochés par peu de CPAS (entre 20 et 45% de réponses)

- Possibilité de faire des réquisitoires mais uniquement avec les médecins spécialistes conventionnés avec le CPAS
- Le médecin généraliste doit renvoyer vers des activités du CPAS en lien avec la santé (groupes de parole, animations, stages pour enfants, etc.)

D'autres éléments ont été mentionnés par certains CPAS eux-mêmes (ne figurant pas dans les propositions du questionnaire) :

- Prise en charge de la première prestation dans le cadre de l'AMU (pour autant que la demande se fasse dans les 5 jours qui suivent cette première consultation).
- Etablir une procédure pour les conventions dans laquelle on demande aux médecins : de présenter le diplôme, certificat de bonne vie et mœurs, numéro d'agrément INAMI, langue(s) et lieu de consultation.

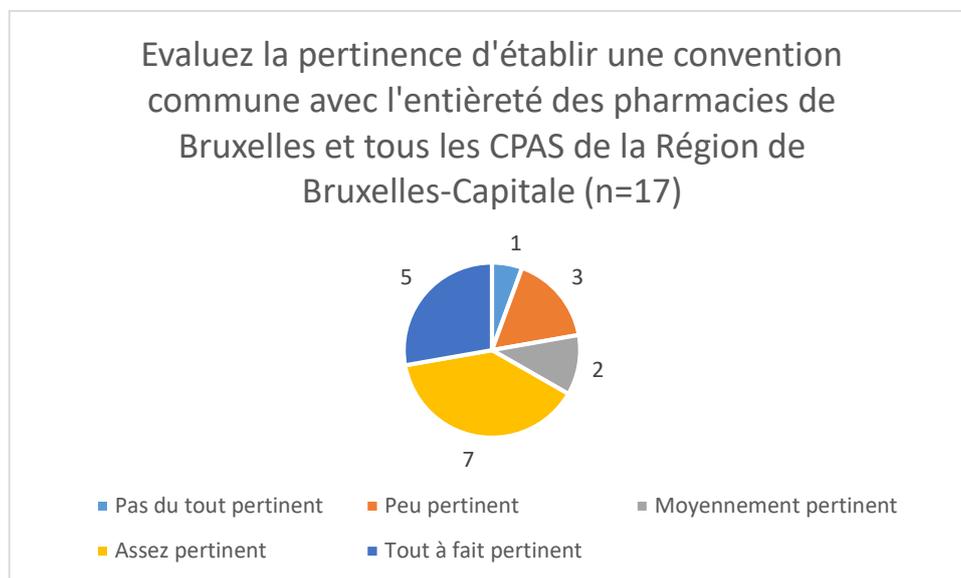
---

<sup>66</sup> Dossier Médical Global

- Intégrer une clause encadrant la pratique des certificats d'aptitude au travail et à la formation.
- Abus de médicaments : prévenir le CPAS non pas pour une "sanction" financière en ne remboursant plus mais en prévenant l'AS du danger pour l'utilisateur pour voir ce qui peut être mis en place.
- Procédure de communication s'il y a interruption anticipée de la validité de la carte ou du réquisitoire.

## Convention commune avec l'entière des pharmacies de Bruxelles

5 personnes estiment que cela serait « *tout à fait pertinent* » de mettre « *en place une convention commune avec l'entière des pharmacies bruxelloise et tous les CPAS de la Région de Bruxelles-capitale* », et 7 personnes « *assez pertinent* ». 4 personnes trouvent l'idée « *pas du tout* » (1 répondant) ou « *peu pertinente* » (3 répondants).



Une personne estimant la question comme tout à fait pertinente explique que cela permettra une « *simplification administrative pour les CPAS, les usagers et les pharmaciens* », et une autre que « *Cela facilitera et harmonisera les pratiques de tout le monde* ». Une autre personne parle aussi de « *simplification* ».

Parmi les personnes ayant noté la question comme « *assez pertinente* », une première personne explique que « *cela permet aux usagers de se rendre auprès des pharmaciens, sans devoir passer auprès du CPAS (sauf illégaux)* ». Un autre estime que ce serait « *plus réaliste qu'avec les médecins* ». Deux des personnes estimant la mesure comme « *assez pertinente* » mettent des conditions. L'une explique que cela doit être fait « *pour autant qu'il y ait, comme pour les médecins, une pharmacie de référence* », l'autre que « *ce ne doit pas être une convention à minima (pour avoir l'accord de tous) qui ne servirait à rien si l'AS doit passer son temps à faire des rapports pour des dérogations pour prise en charge de ce qui n'est pas couvert par la convention* ». Cette personne avait déjà précisé ceci pour la question sur une convention commune avec les médecins généraliste. Une autre personne pointe le fait qu'avec « *un règlement harmonisé, cela pourrait donner plus de clarté aux médecins, ce qui serait très positif* ».

La personne étant moyennement favorable à cette proposition estime qu'il y a un « *risque de tourisme pharmaceutique* ».

Deux des trois répondants affirmant que c'est « *peu pertinent* » expliquent qu'il n'y a « *pas d'utilité pour le demandeur d'aller à l'autre bout de la Région pour acheter les médicaments* », que c'est « *peu pertinent car les bénéficiaires ont l'habitude d'aller dans la pharmacie de leur quartier (relation de confiance)* ». Le troisième estime que « *le problème est qu'actuellement chaque CPAS a une politique de santé différente donc très difficile à gérer pour les pharmaciens* ». Le CPAS ayant répondu que ce n'était « *pas du tout pertinent* » explique que le CPAS vient de lancer un marché public pour travailler avec un groupe pharmaceutique.

4 CPAS trouvant l'idée « *tout à fait pertinente* » ne font actuellement aucunes conventions ou agréments avec les pharmacies, ce qui laisse la porte ouverte à une évolution dans ce sens, et 2 font déjà des conventions. 2 CPAS trouvant l'idée « *assez pertinente* » ne font ni conventions ou agréments avec les pharmacies, quand 4 en font déjà. A nouveau, la proposition semble intéresser ces CPAS qui ne le font pas, et renforcer la cohérence de l'idée par les CPAS qui ont déjà mis en place cette politique. Le CPAS trouvant l'idée « *moyennement pertinente* » fait déjà des conventions avec les pharmacies. 3 CPAS ne faisant aucun convention ou agrément trouvent l'idée « *pas du tout pertinente* », probablement puisqu'ils permettent à leurs patients de se rendre où ils veulent. 1 CPAS trouvant l'idée « *peu pertinente* » fait des agréments avec les pharmacies. Ce CPAS met en lumière le fait que les CPAS ont des politiques trop différentes pour se mettre d'accord sur une convention commune.



## Que devrait figurer dans les conventions avec les pharmacies ?

**Quant à savoir ce qui devrait figurer dans une telle convention si elle était mise en place, plus de 70% des personnes ont coché les éléments suivants :**

- Un rappel de donner au patient des médicaments génériques
- Un rappel de se référer à la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois
- Un délai pour l'envoi de la facture aux CPAS
- Un délai pour le CPAS de payer la facture
- Une nécessité de vérifier si la personne dispose d'un réquisitoire ou d'une carte santé
- Un rappel de prévenir le CPAS en cas d'abus suspecté de médicaments

Entre 55% et 65% des CPAS ont coché les éléments suivants :

- Une nécessité de vérifier que la personne s'est bien rendue à sa pharmacie de référence (ex : figurant sur la carte santé)
- Le prix à payer par conditionnement
- Une ristourne octroyée pour certains médicaments

Une personne précise qu'il faudrait une « *procédure de communication s'il y a interruption anticipée de la validité de la carte ou réquisitoire* ». Une autre personne propose aussi : « *concernant l'attestation AMU donnant lieu à la délivrance de médicaments, le pharmacien garde la copie de l'AMU et joint l'original à sa facture* ».

## Conclusion enquête quantitative

Un des premiers enseignements de cette enquête quantitative, et non des moindres, est qu'il existe une forme d'harmonisation des pratiques des CPAS en matière de soins de santé. En effet, ceux-ci prennent en charge le ticket modérateur leurs usagers en ordre de mutuelle et le tarif INAMI pour les autres. De plus, la plupart des CPAS prennent même en charge un montant plus large, notamment la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois, et, parfois, avec accord du Comité, des suppléments (exemple : le lait pour nourrisson). En outre, la majorité des CPAS ouvrent le droit directement pour les personnes disposant du RI ou du ERI, étant donné que ceux-ci disposent de revenus sous le seuil de pauvreté.

La grande différence entre CPAS est le mode de fonctionnement pour l'ouverture du droit à la prise en charge des soins de santé après enquête sociale. Elle se calque sur un échancier budgétaire pour certains, sur un calcul de coefficient économique pour d'autres, sur un seuil basé sur le disponible pour d'autres, tant pour la médecine générale que pour les médicaments et ceci sans, évidemment, contrevenir à l'enquête sociale, c'est-à-dire que des personnes ayant des revenus du travail peuvent avoir accès à l'aide si cette dernière montre un réel besoin pour la personne.

Un deuxième enseignement de l'enquête quantitative est que la majorité des CPAS octroient une carte médicale ou de santé (couvrant frais médicaux et pharmaceutiques) pour leurs bénéficiaires. Elle couvre les soins d'un médecin généraliste, d'un pharmacien parfois, et certains spécialistes dans quelque CPAS pour autant qu'ils tarifient selon le tarif INAMI et/ou soient conventionnés avec le CPAS. Certains CPAS disposent, plutôt que d'une carte santé, d'une carte pharmaceutique et d'autres utilisent des bons pharmaceutiques. De temps en temps, un réquisitoire est également octroyé en médecine générale, mais c'est souvent pour un premier rendez-vous chez un médecin ou pour un acte ponctuel. A noter que deux CPAS ne procèdent que par réquisitoires sauf pour les PMR et les malades chroniques. La durée de la décision d'octroi en médecine générale est le plus souvent de 1 an pour les CPAS, avec renouvellement de cartes santé ou médicale tous les mois ou tous les 3 mois.

Seuls trois CPAS font payer la consultation chez le médecin généraliste dans certains cas (1 euro pour tout le monde ou un certain montant fonction du disponible ou de la moyenne économique journalière) et, pour tous les autres, c'est gratuit (ticket modérateur ou part INAMI sans intervention de l'utilisateur). Par contre, pour les médicaments délivrés par les pharmacies, la majorité des CPAS font payer aux usagers un certain montant, variable (allant de 0,5 à 1,5 euros par boîte de conditionnement, ou un plafond remboursé par mois, un pourcentage de la facture, etc.). Cette pratique est liée au fait de conscientiser l'utilisateur que la prise en charge des soins n'est pas gratuite. Cependant, il y a là un chantier qui pourrait être réalisé par rapport à l'harmonisation des pratiques, tout en trouvant une alternative qui soit un nivellement vers le haut des droits des bénéficiaires (la gratuité serait privilégiée). Les usagers, passant d'une commune à une autre, ont des difficultés à comprendre les changements de politiques des CPAS.

Nous pouvons souligner que les divergences de pratiques entre CPAS sont nettement plus vives au sujet des frais pharmaceutiques par rapport au suivi des médecins généralistes. Certains font payer le prix des médicaments, d'autres non. Certains demandent à leurs bénéficiaires d'avancer la somme dans certains cas, d'autres non. Certains font des conventions avec les pharmacies, d'autres non. Certains permettent aux bénéficiaires de se rendre à n'importe quelle pharmacie et d'autres les contraignent à se rendre à la pharmacie indiquée sur la carte santé ou pharmaceutique. Certains utilisent tant une carte santé, que pharmaceutique ou des bons pharmaceutiques en fonction du type de bénéficiaire et de la demande qui est faite.

Un autre enseignement de l'enquête quantitative est que les CPAS ont souvent recours soit à des conventions, soit à des agréments ou à des documents d'information octroyés aux médecins généralistes. Il y a lieu de souligner que ces pratiques permettent de fluidifier la charge administrative pour le CPAS (le document regroupant la marche à suivre pour le médecin), tout en facilitant la tâche des médecins. Cependant, tous les CPAS permettent des dérogations pour le choix du médecin généraliste par le bénéficiaire : celui-ci peut se rendre chez un médecin non-conventionné, si le Comité parquage son accord. Il y a donc libre choix de son médecin généraliste. Des conventions et agréments sont aussi envoyés vers les pharmacies, pour qu'elles soient au fait de la procédure du CPAS (se référer à la carte santé, DCI, prix par conditionnement, délai d'envoi de la facture, etc.). Les personnes ayant répondu à l'enquête se montraient favorables à l'établissement de conventions communes à tous les CPAS, avec les médecins généralistes, et, dans une moindre mesure, avec les pharmacies. Il y aurait environ 1090 conventions signées avec un CPAS *bruxellois* et un médecin généraliste en Belgique (un médecin peut avoir signé des conventions avec plusieurs CPAS de la région). Le principal problème de faire signer des conventions, tant avec les médecins généralistes qu'avec les pharmaciens est la réticence de ces acteurs d'être payés plus tard par le CPAS.

Un nouvel enseignement de cette enquête est que tous les CPAS travaillent tant avec les hôpitaux IRIS qu'avec les hôpitaux privés, mais privilégient tout de même le passage par les hôpitaux publics. Cependant, le libre choix du patient est préservé par tous les CPAS, pour autant que le tarif appliqué par l'hôpital soit celui de l'INAMI, sans suppléments d'honoraires.

Une des divergences entre CPAS est le fait de permettre au médecin généraliste de faire des réquisitoires pour leurs patients, afin qu'ils puissent se rendre vers le spécialiste directement (pour autant que ce soit au tarif INAMI ou un spécialiste conventionné, par exemple). Ce sont les plus grands CPAS qui le permettent, il semblerait que ce soit plus compliqué à mettre en place dans les plus petits CPAS. Cette mesure pourrait être davantage étudiée, tant le parcours du patient s'en voit simplifié, tout comme la charge administrative des CPAS (délivrer un réquisitoire lors d'un nouveau rendez-vous suite à l'octroi de la carte médicale ou de santé).

Enfin, notons que les personnes ayant répondu à l'enquête sur des propositions par rapport à l'harmonisation des pratiques directement, semblaient sur la même longueur d'onde sur différents points. L'élément le plus parlant consiste en la mise en place d'une carte santé/médicale pour une certaine catégorie de bénéficiaire. Ils ont relevé surtout cet automatisme pour les bénéficiaires du RI ou du ERI et parfois des catégories plus larges (150% du RI), tout en précisant que cet automatisme ne devra pas être un frein d'accès pour les autres bénéficiaires, qui seraient juste au-dessus des conditions ou, surtout, pour lesquels l'enquête sociale aurait démontré un véritable besoin d'aide également.

Pour conclure, si l'enquête révèle des différences entre CPAS dans la manière de fonctionner, il y a pourtant une ligne de conduite commune et une possibilité d'aller vers une harmonisation des pratiques. En premier lieu, les cartes médicales et pharmaceutiques identiques pour tous pourraient être étudiées, à partir du moment où les CPAS se mettent d'accord sur les conditions d'octroi de celles-ci. Ensuite, des conventions communes tant avec les médecins généralistes qu'avec les pharmaciens paraissent possibles à mettre en places, moyennant des critères indispensables à regrouper (vérifier si le patient dispose d'une carte médicale, renvoyer la facture dans un certain délai, tarifier INAMI, faire payer au tiers-payant, etc.). Enfin, des conventions avec les hôpitaux publics IRIS existent (voir celles

de 1996 et 1998), mais elles pourraient être élargies aux hôpitaux privés, s'ils ne font payer que le tarif INAMI sans suppléments d'honoraires (ceux-ci ne sont pas pris en charge par la totalité des CPAS). Les hôpitaux privés semblent, selon nos informations, favorables à la mise en place d'une convention avec les CPAS de la région (GIBBIS, en particulier). Les CPAS nous informent vouloir aller dans ce sens. Un enjeu crucial à ce propos sera la détermination de la compétence territoriale des CPAS, consacrée par la loi du 2 avril 1965<sup>67</sup> mais proposant une dérogation dans les conventions avec le réseau IRIS (qui n'est plus appliquée par la totalité des CPAS et hôpitaux signataires).



---

<sup>67</sup> Voy. le site du SPP IS : <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/loi-du-2-avril-1965-relative-la-prise-en-charge-des-secours-accordes-par-les-cpas>

## Recherche participative : méthodologie

La recherche participative s'est déroulée avec deux groupes différents pendant à chaque fois une journée et demie. Les participants ont été choisis pour représenter à la fois les petits et les grands CPAS. Au total, ce sont 6 CPAS qui ont travaillé dans l'un des groupes et 8 dans l'autre groupe, soit 14 représentés sur 19. La méthode s'est essentiellement basée sur le livre « La méthode d'analyse en groupe » de Van Campenhoudt, Chaumont et Franssen<sup>68</sup>. Bien que la méthode propose de consacrer à la recherche trois jours en moyenne, nous n'avons pas pu rassembler les participants des CPAS pour une aussi longue période, les employés des CPAS étant fortement sollicités, quelles que soient leurs fonctions.

Le même comité d'accompagnement que celui de l'enquête quantitative (Mesdames C. Mahieu et Ezakharova de l'ULB, Madame Casman de l'ULg et Monsieur Lahaye de l'UMons) a suivi le travail de bout en bout, jusqu'à la rédaction du rapport et de ses conclusions. Pour la recherche participative en elle-même, l'animatrice était Fanny Dubois, Secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales. Les chercheurs étaient Mesdames Cécile Daron (Fédération des CPAS Bruxellois) et Elena Zakharova (stagiaire à l'ULB- Ecole de Santé publique) et Monsieur Maxime Mori (Stagiaire chez Solidaris).

La première journée de chaque groupe a, à chaque fois, commencée par une présentation de chacun par un tour de table. Les chercheurs et l'animatrice ont ensuite expliqué leurs rôles. La thématique des journées était « *les barrières d'accès aux soins de santé pour les usagers des CPAS en raison d'une non-harmonisation des pratiques et politiques des 19 CPAS bruxellois* ». Durant les deux jours, l'animatrice était garante de la bonne attitude du groupe en regard des règles déontologiques, veillait à ce que chacun puisse s'exprimer de façon totalement anonyme (ni les noms des participants, ni le CPAS auquel ils sont attachés ne se reflèteront dans le rapport ou ne pourraient être devinés étant donné les interventions), faisait « régner un sentiment de justice entre les participants »<sup>69</sup>. Les règles élémentaires étaient : de rester sur les faits et rien que les faits (analyse factuelle), de ne pas « attaquer un participant », de « participer à l'entièreté de la journée » et de « ne pas marteler un discours ou une tendance provenant de son institution »<sup>70</sup> (CPAS). Les chercheurs étaient « la mémoire de la journée », responsables du contenu. Pendant la première journée, ils ont pris note mais ne sont pas intervenus sur les propos des participants, sauf si le discours n'était pas suffisamment clair pour la prise de note. De telle manière, il s'agissait d'une analyse dite « par le bas », c'est-à-dire que les chercheurs ne tentent pas de faire valider une ou plusieurs hypothèses, mais bien de laisser le groupe être le « co-producteur de connaissances sur leurs propres expériences »<sup>71</sup> et mener à leurs propres (hypo)thèses et propositions en regard de la thématique de recherche.

Les participants ont tous signé un papier de confidentialité. Tout ce qui était dit pendant ces journées et demie ne pouvait pas sortir des murs. Par ailleurs, il leur a été demandé d'enregistrer les échanges, pour faciliter le travail schématisé des chercheurs pour la deuxième matinée de travail. Seuls les récits choisis ont été retranscrits tels quels, un résumé des échanges a primé pour le reste dans ce document.

---

<sup>68</sup> L. VA N CAMPENHOUDT, J-M. CHAUMONT, A. FRANSSSEN, « La méthode d'analyse en groupe. Application aux phénomènes sociaux », édition DUNOD, Paris, 2005.

<sup>69</sup> *Ibidem*

<sup>70</sup> *Ibidem*

<sup>71</sup> *Ibidem*

L'animatrice a également rappelé quelques règles telles que « le principe du consensus »<sup>72</sup> (l'accord fondé sur des arguments est recherché mais il ne s'agit pas de se mettre d'accord sur une interprétation unique mais bien sur une formulation des désaccords au sein du groupe) et « le principe de liberté et d'égalité des participants »<sup>73</sup> (les positions hiérarchiques des uns et des autres n'ont pas d'incidence puisque tout le monde est mis sur un pied d'égalité).

Ensuite, les chercheurs ont expliqué que le travail se basera sur des récits pour avancer dans l'analyse. Les récits que devaient proposer les participants devaient porter sur le thème de la recherche, sur une histoire vraie vécue par ce participant, qui s'est déroulée dans une certaine durée, avec des événements et plusieurs acteurs.

Après un tour de table des récits, des plaidoiries ont devancé le vote, pour chaque groupe. Ensuite, les deux récits qui avaient obtenu le plus de voix ont été à nouveau racontés par leur narrateur respectif, de façon plus approfondie, et les participants ont pu poser leurs questions et réagir à la situation et aux problèmes qui émergeaient de l'histoire racontée. Les discussions sur les accords et désaccords ou sur des suggestions ont été vives dans les deux groupes. Les chercheurs ont expliqué qu'ils compileraient les réactions des participants au fur et à mesure afin d'en faire un schéma des oppositions et des convergences, qui leur sera présenté.

Lors de la deuxième matinée de travail, le schéma présenté, les participants ont pu le valider ou non, le modifier, rajouter des items, en retirer ou en changer, etc. Pour ce faire, ils ont été scindés en petits groupes de travail. Les participants ont été amenés à faire des propositions de résolution des problèmes évoqués par le schéma ainsi corrigé. À chaque fois les groupes devaient discuter de toutes les cases du schéma, et faire leurs propositions de modifications. Les propositions ont été ensuite discutées avec les chercheurs et l'ensemble du groupe. Cette fois, les chercheurs ont pu commenter les éléments donnés par les participants, et renforcer leurs dires par des apports théoriques mais toujours en les confrontant au groupe afin de ne pas imposer de point de vue ou d'hypothèses préconçues.

Enfin, les membres ont disposé d'un mois pour valider chacun des deux rapports distincts, par email. Les corrections demandées par ceux-ci ont été effectuées par les rapporteurs/chercheurs.

Le texte ci-dessous tentera de faire l'illustration des propos tenus lors de ces journées, et d'expliquer chacune des cases des graphiques. Au préalable, le lecteur trouvera la retranscription fidèle des récits analysés par les groupes.

---

<sup>72</sup> *Ibidem*

<sup>73</sup> *Ibidem*

# Les membres présents des différents CPAS du groupe 1

Le premier groupe de la recherche participative était composé de 8 personnes provenant de CPAS différents et ayant des fonctions différentes :

- Une coordinatrice et référente santé
- Un responsable division sociale
- Une assistante à la cellule « frais médicaux »
- Une assistante sociale responsable AMU
- Un responsable de service des réquisitoires et de MédiPrima
- Un responsable de la cellule médicale
- Un assistant social de première ligne
- Une personne chargée de « projets santé »

Le groupe était assisté par une animatrice, Fanny Dubois et deux rapporteurs/chercheurs, Cécile Daron et Maxime Mori.

## Les récits du groupe 1

Deux récits ont été sélectionnés par les participants, qui sont reproduits tels quels ci-dessus après enregistrement.

### Récit 1 : « Continuité des soins »

*« Il y avait une occupation de sans-papiers sur notre commune, dans un ancien home, avec 60 personnes et sur les 60 il y en a 40 qui sont venu demander une aide médicale urgente (AMU). J'ai dû le faire au pied levé car on était en période de vacances, on n'était que deux pour le faire, et ce n'était pas mon rôle mais il fallait le faire. On fixe une permanence pour qu'ils puissent faire leurs demandes.*

*Et donc, il y a une des dames qui vient faire une demande d'AMU. Pour retrouver la personne dans la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) on a très facile car on a des cartes médicales qu'ils ont gardées, qui ne sont plus valables mais qui ont été faites par d'autres CPAS ce qui permet plus facilement de les trouver dans la BCSS, parce qu'il y en a qui n'ont pas de carte et alors parfois on rame pour trouver la personne. Et donc elle vient faire une demande, et je fais une consultation de la Banque Carrefour et je me rends compte qu'elle a encore une carte active dans un autre CPAS. Donc, je me souviens quand même qu'il ne faut pas de chevauchement de deux cartes (car je vous rappelle quand même que j'étais rouillée mais à la cinquième demande ça a été beaucoup mieux). Et donc, problème : joindre les autres CPAS par les numéros de téléphone qu'on peut trouver sur les sites internet respectifs. Problème de trouver sur le site, s'il y a un service qui s'occupe des frais médicaux ou bien si c'est les AS ou bien si c'est le numéro général... donc déjà ça prend un peu de temps de chipoter sur le site internet, et là, je fais tous les numéros et on ne me répond pas.*

*Donc, petite défaillance du coup en interne, je téléphone au service qui s'occupe des frais médicaux, et j'explique que j'ai une carte active et une nouvelle demande et leur dis : « tu n'as pas le numéro de téléphone du CPAS machin que je puisse leur demander de couper la carte médicale ? » Réponse : « Non, c'est l'AS qui doit faire cela ». Je téléphone au service social de première ligne. « J'ai une nouvelle demande, il faut que j'arrête la carte : à qui tu téléphones dans ce cas-là quand tu as une AMU ? » Réponse : « Je ne sais pas, moi j'envoie la personne à ce CPAS pour qu'elle demande que l'on coupe la*

carte ». Je dis « tu ne téléphones pas ? Mais il y a une liste ! »<sup>74</sup> Et réponse « De quelle liste tu parles !? » Merci le turnover dans les CPAS. Là-dessus je fouille dans mes archives, et je retombe sur une liste des contacts AMU qui avait été faite par la Fédération des CPAS. Bonheur, le numéro est toujours attribué ; bonheur la personne qui est sur la liste y travaille toujours donc on me répond ; et bonheur je tombe sur un CPAS qui ne doit pas encore faire passer le rapport par le Comité pour stopper la carte. Donc elle me dit qu'il n'y a pas de problème, elle arrête la ligne tout de suite. Problème réglé. MédiPrima est fini je peux recommencer.

Donc, ce que je demande à la personne, c'est qu'elle vienne avec un premier CAMU (Certificat d'aide Médicale Urgente). Ils viennent d'arriver dans cette commune : « où est-ce qu'il va falloir aller chercher le certificat d'aide médicale urgente ? » L'hôpital X n'est pas très content de voir débarquer tous nos usagers sans avoir de prises en charges, donc du coup je me dis tant pis, j'envoie tout le monde à la maison médicale X. Ils prennent les personnes, même si c'est une maison médicale qui travaille au forfait. Ils prennent les AMU donc j'ai quand même mes certificats d'aide médicale urgente pour introduire les dossiers. Pour ces personnes, le problème c'est qu'ils arrivent dans une commune et qu'ils leurs faut un certificat et pour ça qu'un médecin les reçoivent. Quand ils ont leur certificat, on fait une enquête sociale relativement rapide, car une visite dans le bâtiment ça allait assez vite.

Et puis le dossier passe au Comité : état de besoin, attestation AMU. Cette fois-ci je ne fais pas pour les trois mois, je limite pour la durée d'occupation, du jour où ils ont fait la demande jusqu'à la fin de l'occupation prévue. Avec une « prière » pour que je ne doive pas tout prolonger après cette date prévue. Donc, nous, on octroie dans IRIS, et après ils vont au service frais médicaux et placements. La dame revient, « oui mais en fait je suis déjà suivie » - car elle a une pathologie assez importante - « chez un médecin dans un centre dans une autre commune ». Il faut déjà trouver le nom du centre, car l'explication n'est pas claire et le service « frais médicaux » ne peut pas le faire comme ça. Donc je vais devoir refaire un rapport pour demander l'élargissement pour cette maison médicale là. En temps normal, il aurait fallu renvoyer la personne dans cette maison médicale pour qu'elle fasse une attestation d'aide médicale urgente, disant qu'elle veut garder ce médecin et ne pas changer. Mais j'ai déjà l'info de l'état de besoin donc je vais plus vite. Elle avait un accord au premier abord pour aller dans IRIS, mais elle n'avait pas vraiment besoin d'y aller puisque tout son suivi était par un médecin dans cette autre commune. Encore heureux que je le fasse dans la semaine. Et bol aussi, puisque c'est une occupation, le Comité était un peu plus « cool » que d'habitude. Dans d'autres dossiers, ils vont peut-être regarder plus attentivement et dire « pourquoi elle doit aller dans cette autre commune alors qu'en plus elle a des problèmes à se déplacer ? » Donc en temps normal, c'est un rapport d'élargissement à faire. Pour les personnes c'est encore de l'attente.

Pour les médicaments, ils doivent avancer les sous mais en cas d'aide médicale urgente ce n'est pas faisable. Donc, ils vont chez le médecin qui prescrit les médicaments, puis se rendent à la pharmacie pour avoir le prix des médicaments, ils reviennent chez nous, on se connecte sur le site INAMI pour voir si c'est des médicaments remboursables ou non. À l'époque on n'avait pas encore décidé que l'on prenait la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS en charge, donc on ne prenait en charge que le tarif INAMI. Maintenant, si le médicament n'est pas remboursé par l'INAMI, l'AS doit faire un rapport au Comité pour demander la prise en charge sur fonds propres de ces médicaments-là et de plus en plus le Comité dit oui, mais avant c'était plus compliqué et exceptionnel. Mais rebelote rapport ! Mais avant, c'était, par exemple, sur les 6 médicaments prescrits tu peux en acheter 4 et je vais te donner soit les sous, soit ici un bon de secours pour la pharmacie à côté duquel tu es hébergé, mais pour les autres médicaments, je dois demander l'accord du Comité. Cela nécessite encore un autre

---

<sup>74</sup> La liste se trouve sur le site de Brulocalis, reprenant tant les personnes de contact de la BCSS que de MédiPrima : [https://www.brulocalis.brussels/fr/Publications/documents.html?doc\\_id=214&vID=238](https://www.brulocalis.brussels/fr/Publications/documents.html?doc_id=214&vID=238)

*rapport, ou bien, vu que le Secrétaire était absent à ce moment-là, parfois, c'est moi qui donnais un bon de secours d'urgence pour les dossiers. Pour un AS de première ligne, c'est une charge de travail pour une personne qui à priori doit aller chez le médecin et prendre ses médicaments. Est-ce que je dois, en plus me casser les pieds pour faire un rapport pour tel médecin, puis fouiller parmi les prix des médicaments, puis voir si les médicaments sont remboursés ou non et refaire un rapport si les médicaments ne sont pas INAMI ?*

*Et puis après, pour les gens, l'occupation a fini comme prévu. Ils sont partis à la date prévue. On a juste dû faire des accords de retrait. 40 à faire quand-même, mais assez tranquille, si on avait dû faire les prolongations ça aurait été plus difficile. Mais la dame a dû refaire tout le même chemin avec un autre CPAS puisqu'elle avait déménagé. Tout ça pour avoir l'aide médicale urgente, qu'elle puisse rester dans cette fameuse maison médicale, et demander que ses médicaments soient remboursés. Nous, on les remboursait mais quid dans cet autre CPAS ? Vu ces sans-papiers qui tournent, à chaque fois, tous les mois ou tous les 2 mois, il faut tout recommencer si leur lieu d'hébergement change. Et rebelote. »*

## Récit 2 : « Difficulté de contrôle et secret médical »

*« C'était le cas d'une dame qui avait des troubles mentaux. En fait je suis en charge de la cellule médicale et de la facturation, vérifications, etc. Normalement quand une facturation d'une pharmacie arrive, je regarde un peu dans les grandes lignes s'il n'y a pas d'anormalités pour la prescription de médicaments. Mais pour les personnes qui sont en séjour légal on ne reçoit pas la prescription, que la facture, puisque la prescription part à la mutuelle. Donc, je constate qu'il y a 8 feuilles pour une seule personne (cette dame), dans la facture, beaucoup d'antidépresseurs étaient prescrits sur des pages et des pages. Je me dis qu'il est probable que la pharmacie se soit trompée car elle me met à chaque fois la même date pour toutes les prescriptions dans la facture. Toujours la même date. Ce n'est pas normal. J'appelle le pharmacien et il me dit que non, il a tout délivré le même jour. Je demande une copie des ordonnances. Je vais voir le Président et je lui demande l'autorisation pour ouvrir une enquête. Il me dit qu'il faut plus d'éléments. Je contacte l'AS pour savoir si elle est au courant, si c'est une maladie grave, etc. Cette dame est assistée par sa sœur et par sa mère. L'une des deux est l'administrateur de bien de cette dame.*

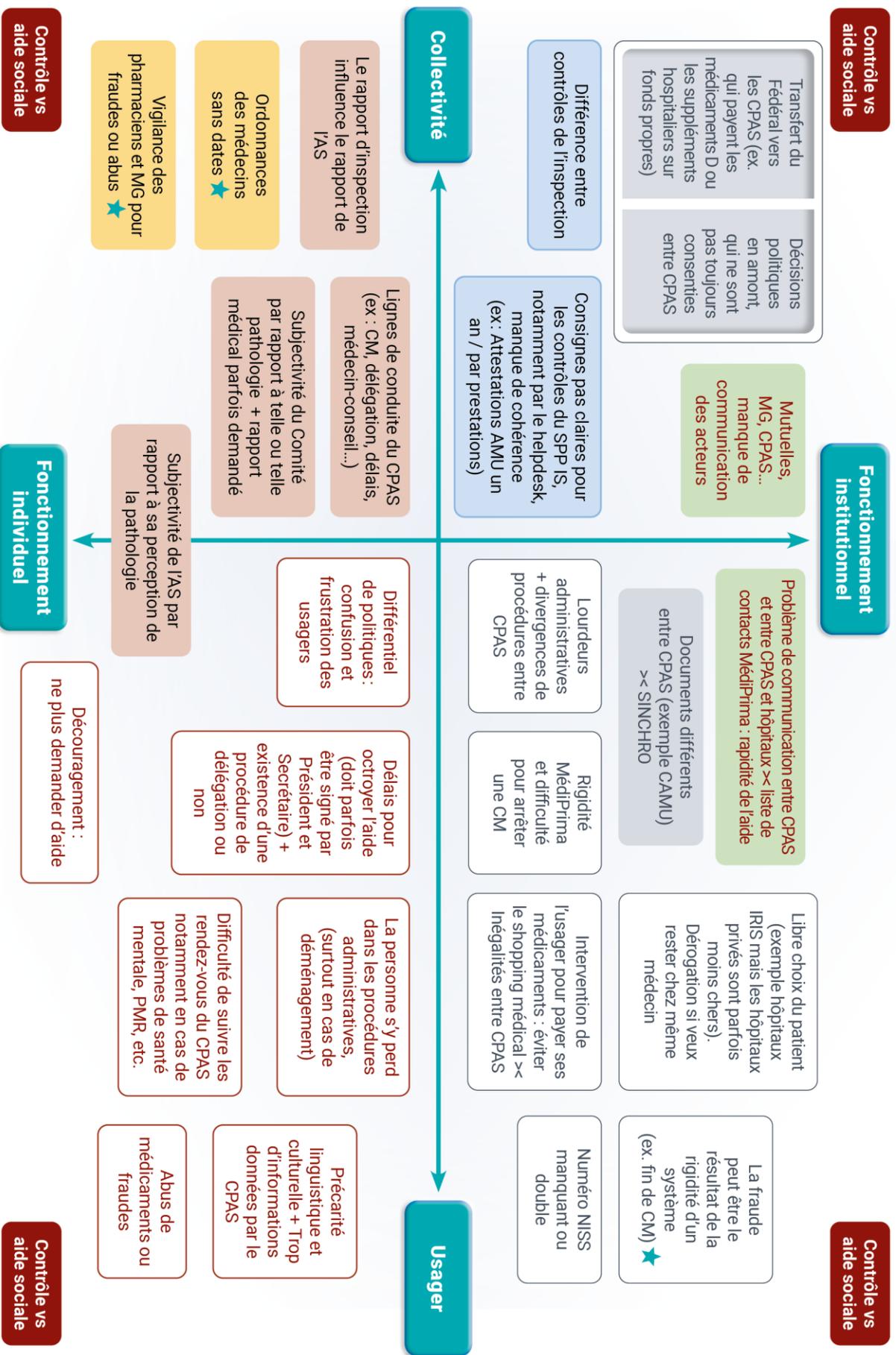
*Donc, je vois qu'il y a un problème. Je constate en plus que son aide serait supprimée huit jours plus tard. Et certaines prescriptions étaient délivrées le même jour que la suppression de l'aide du CPAS. C'est suspect. Donc, avec ces éléments-là, je retourne vers le Président, qui me dit qu'on va la convoquer pour une audition au prochain Comité. Je suis convoquée aussi pour présenter toutes les inquiétudes autour de cette facture. La dame ne vient pas. Sa sœur nous dit qu'elle ne peut pas venir (elle envoie un mail), elle a un certificat, elle est malade. Le président n'a pas aimé : il demande la copie du certificat car elle est convoquée officiellement par lettre. Pas de certificat. Donc, le Président demande à ce que j'appelle les médecins. Je leur demande s'ils ont bien prescrit ces médicaments et si la signature est bien la-leurs, etc. Ils disent oui pour certaines prescriptions, mais d'autres ils disent que ça semble être des copies. Les trois médecins auxquels on a fait appel sont les trois médecins renseignés sur la carte médicale donc on ne peut pas contester ce côté-là : elle a le droit de se rendre chez eux.*

*Au rendez-vous suivant, c'est la sœur qui se présente, mais elle semblait stressée. Elle explique que l'on juge une personne qui a des problèmes mentaux, etc. Elle dit qu'elle propose de laisser tomber et de payer le pharmacien elle-même. Mais nous n'étions pas contents. Donc on a porté plainte contre la pharmacie et, pas de plainte contre les médecins, mais une lettre à l'hôpital pour les informer que ce n'est pas normal qu'elle ne puisse pas avoir un suivi par mois. Je suis revenue trois mois en arrière pour les factures et pour les trois mois il y avait toujours un abus de médicaments énorme. On a accusé la pharmacie de non-assistance en personne en danger parce que tous ces médicaments sont prescrits ou*

*bien il y a un trafic entre cette pharmacie et la patiente. La sœur a expliqué que vu que la dame savait que sa carte médicale du CPAS allait être supprimée quelques jours après, elle a décidé de se faire un stock de médicaments. Cela nous confirme qu'il y a un problème d'abus au niveau du bénéficiaire et de négligence médicale.*

*Pour les cas suspects comme cela, on a décidé de modifier la décision. À partir de maintenant, la partie pharmacie est supprimée de la carte médicale pour ces personnes pour lesquelles il y a un doute, la carte ne couvre pas les frais pharmaceutiques, ils doivent venir prendre un réquisitoire. Il y a eu des cas où des personnes prenaient tellement de médicaments qu'elles devaient se faire hospitaliser pour avoir un sevrage. Mais il y a aussi des médicaments que les personnes peuvent envoyer dans leurs pays. Il y a aussi un problème avec les ordonnances sur lesquelles il n'y a pas de date de fin. L'INAMI nous a confirmé que c'était valable, mais comment voulez-vous que l'on contrôle ? »*

# SCHÉMA GROUPE 1 : Barrières à l'accès aux soins de santé une harmonisation est-elle envisageable/souhaitable ?



# Explication du graphique 1

Ce graphique tel que présenté ci-dessus est celui validé par le groupe de recherche participative 1.

**Deux pôles au schéma** : l'utilisateur à droite, le collectif à gauche ; le fonctionnement institutionnel en haut, le fonctionnement individuel en-dessous.

## Définitions

- Usager : la personne qui se rend au CPAS pour faire une demande d'aide.
- La collectivité : groupe de personnes que réunissent un intérêt commun, une organisation commune ou des sentiments communs, ou habitant un même lieu, un même pays.
- Fonctionnement institutionnel : ensemble de règles s'adressant à une personne privée ou morale ou à une collectivité, cadre réglementaire, politique. Du cadre réglementaire, légal, vers l'ensemble des normes s'adressant à un individu ou à une collectivité de façon imposée ou légitimée indirectement.
- Fonctionnement individuel : caractère de ce qui est fait par une personne ou un petit groupe de personnes en regard d'une règle bien définie ou assez vaste ou personnelle.

## Couleurs

- En gris foncé : les paramètres qui viennent de décisions réglementaires ou législatives, de l'État fédéral ou des Régions, et sur lesquelles le CPAS n'a pas d'emprise.
- En vert : les paramètres qui incluent d'autres acteurs que les CPAS et à qui ces derniers demandent une meilleure collaboration et communication.
- En bleu : ce qui a trait au SPP IS et aux procédures de contrôles des CPAS.
- En orange : tout ce qui est en relation avec le fonctionnement même du CPAS.
- En jaune : tout ce qui est en relation avec les prestataires de soins.
- En rouge sur fonds blanc : les éléments qui touchent directement l'utilisateur dans sa capacité à réagir avec le système mis en place.

## Contrôle vs aide sociale : repris dans les quatre carrés du graphique

**Dans l'ensemble des quatre parties du graphique, on retrouve la double casquette du CPAS entre contrôle et aide sociale.** Le CPAS est un acteur politique qui doit gérer contrôle et soutien social à la fois, ce qui a été épinglé par les acteurs comme un frein à l'accès aux soins de santé. Ceci se reflète dans les deux récits.

**La résultante du 2<sup>ème</sup> récit a fait que le CPAS a réduit sa politique de santé dans un sens plus coercitif.**

En effet, pour les personnes pour qui un abus est suspecté, ils doivent venir chercher un réquisitoire, alors que les autres bénéficient d'une carte santé couvrant les frais pharmaceutiques également. Cela fait primer une double politique (soit réquisitoire, soit carte santé) au sein du CPAS, et certains participants se sont demandés comment est évaluée la situation entre quelqu'un qui a droit à la carte pharmaceutique et quelqu'un qui n'a droit qu'aux réquisitoires (sur quelles bases, sur quelles lignes de conduite, etc.). Cette double casquette des CPAS est difficile à gérer selon les participants. La narratrice du 2<sup>ème</sup> récit précise que c'est en concertation avec les médecins et les pharmaciens qu'une restriction (réquisitoire) est opérée, lorsque le médecin explique qu'il y a possibilité d'abus et danger pour la personne. Cependant, certaines personnes ont exprimé le fait qu'il y avait **une trop grande subjectivité** par rapport à ces personnes suspectées d'abus. Un participant émet même l'hypothèse

que ceci n'est juste qu'un moyen pour le CPAS de limiter ses dépenses financières. Dans tous les cas, les personnes étaient d'accord pour dire que ce n'est pas au CPAS de vérifier qu'il y a un problème médicamenteux mais aux médecins et pharmaciens. Même si le 2<sup>ème</sup> récit part d'une bonne intention qui est d'aider la personne à ne pas faire d'abus médicamenteux, il y a des spécialistes du secteur médical qui règlent les problèmes d'assuétude, dont c'est le métier, et qui sont plus à même de contrôler ces abus.

Dans le 1<sup>er</sup> récit, toujours en lien avec le contrôle et l'aide sociale, on perçoit également que les dossiers passent **plus facilement au Comité puisqu'ils ont trait à une occupation temporaire de sans-papiers**. Les CPAS précisent que ce sont des situations "connues", "répétitives", pour lesquelles les Comités se montrent assez souples (plus « cool »). Le contrôle est donc relativement plus faible pour ce type de bénéficiaires.

Par rapport au contrôle et à l'aide sociale toujours, **aucun des 8 CPAS présents dans le groupe de recherche participative ne vérifie les ordonnances des médecins avec l'avis d'un médecin-conseil, mais à regret**. C'est une des politiques qu'ils aimeraient mettre en place. En effet, le fait d'utiliser leurs propres perceptions pour accepter ou non les soins, laisse présager **un libre arbitre assez important, au niveau de l'AS (fonctionnement individuel) tant par rapport au collectif (dans son rapport au Comité), que par rapport à l'usager (dans le lien qu'elle a avec lui et le retour qu'elle lui fait sur l'acceptation des soins), en lien avec la collectivité (qui paye les frais médicaux, soit la commune ou l'État fédéral)**.

## Fonctionnement institutionnel et collectivité

### Transfert de missions du Fédéral vers les CPAS

**Dans ce qui appartient au cadre comprenant le fonctionnement institutionnel et la collectivité**, les personnes ont souligné, dans le plus haut degré de fonctionnement institutionnel et collectif, le **transfert du Fédéral vers les CPAS de certaines missions qu'ils doivent assumer sur fonds propres** (exemple : les médicaments D et les suppléments hospitaliers). Tout ce qui n'est pas pris en charge par l'INAMI retombe dans les mains des CPAS, et par-là des communes. Il s'agit d'un véritable frein à l'accès à la santé, surtout pour les médicaments D qui ne sont pas dans la liste de la Fédération des CPAS Bruxellois pour les médicaments délivrés dans les hôpitaux. Certains CPAS ne les remboursent pas, et « *les usagers arrivent avec des factures de 300 euros. Ce sont pourtant des médicaments et du petit matériel indispensable* ». Une autre des influences de l'État fédéral sur les CPAS concerne les missions qui leur sont conférées, qui viennent d'en haut et qui ne sont pas toujours consenties par les CPAS (par exemple la mise en place de MédiPrima, voir 1<sup>er</sup> récit).

### Manque de communication entre les acteurs

Une demande des acteurs est **une meilleure collaboration avec les prestataires de soins (médecins généralistes, spécialistes, etc.) ainsi qu'avec les mutuelles et les pharmacies**. Ceci se révèle essentiel au niveau du fonctionnement institutionnel, et devrait donc être **légiférée, normalisée, ordonnancée** d'une manière ou d'une autre. Il faut laisser place à ces échanges, selon les participants, et encadrer l'accès aux soins de santé. Cette meilleure collaboration est discutée par rapport au 2<sup>ème</sup> récit, où l'on voit que la personne en charge du dossier fait en sorte de comprendre la facturation des médicaments et l'abus éventuel, et, pour ce faire, a des échanges importants avec les médecins et le pharmacien. Cependant, la personne en charge du dossier mène son enquête par rapport à un abus de médicament dont elle n'est pas censée connaître la nécessité des soins, ce qui mène à une certaine subjectivité, qui pourrait être mieux cadrée.

Par rapport au 1<sup>er</sup> récit, la maison médicale accepte l'arrivée des personnes sans droits de séjour pour leurs donner des certificats AMU, et la poursuite des soins pour la dame en question peut se faire avec une autre maison médicale que celle sur le territoire de la commune, sans avoir à repasser par le Comité pour une nouvelle décision. Il y a là une collaboration plus fluide entre les prestataires de soins et le CPAS.

## Différence des contrôles de l'inspection

Les acteurs ont également souligné **la différence entre les contrôles de tel ou tel CPAS par l'inspection** (1<sup>er</sup> récit). L'exemple le plus clair provient de MédiPrima où certains CPAS ne peuvent délivrer des attestations AMU que pour une seule prestation, quand d'autres peuvent en couvrir plusieurs (et la décision peut couvrir le temps d'une année, par exemple).

## Consignes du SPP IS peu claires

Un acteur a également pointé l'exemple d' « *un mail envoyé le lundi au helpdesk du SPP IS sur une question, avec réponse le même jour, mais lorsque la même question était envoyée deux jours plus tard, une autre réponse arrivait, contradictoire* », ce que les autres participants ont approuvé. **Il y a demande de renforcer la cohérence au sein du helpdesk du SPP IS.**

## Fonctionnement individuel et collectivité

### Subjectivité des acteurs : Comité et assistant social

Dans cette catégorie de fonctionnements plus individuels, on a les **deux pôles et rôles clés des CPAS qui sont le Comité, comme entité, et l'assistant social, comme individu. Il est pointé à ce sujet la subjectivité tant de l'un comme de l'autre face à certaines pathologies** (exemple : le sida, la logopédie, les prothèses...). « *Un AS pourrait faire passer un dossier qu'un autre AS bloquerait d'emblée. Un Comité pourrait ne pas accepter le soin d'une certaine pathologie sans en motiver vivement le choix. Un conseiller se base parfois sur sa propre expérience pour accepter ou non la prise en charge du soin* ». Cette idée de subjectivité entre à la fois dans la case fonctionnement individuel et collectif, et fonctionnement individuel et usager. Ceci, puisque le frein de l'AS pour certaines pathologies peut faire qu'elle ne les présente pas au Comité. En même temps, l'autre frein peut être qu'il donne une forme de jugement sur l'usager, dans sa relation même avec ce dernier. Cette idée a émergé du 1<sup>er</sup> récit, puisque le narrateur expliquait que, puisqu'il s'agissait d'une occupation temporaire de sans-papiers, le Comité était plus « cool » qu'à l'habitude, les dossiers pouvant avancer plus rapidement, notamment pour la demande d'une continuité de soins par une maison médicale hors de la commune.

## Lignes de conduite du CPAS

Quant au Comité et sa part de subjectivité, cette dernière se passe en regard des lignes de conduite également, qui font partie de ce même cadre de collectivité, et de fonctionnement individuel. **Les lignes de conduite sont censées diriger la prise de décision du Comité, puisque c'est lui qui les met en place et qui s'y réfère et ont un caractère plus institutionnel, mais le Comité garde tout de même le dernier mot** (caractère de fonctionnement individuel). On voit là la caractéristique du « cas par cas » qui prévaut dans les CPAS.

À cela s'ajoute le fait que certains CPAS demandent **un rapport médical du médecin pour expliquer que la pathologie nécessite tel soin et tel médicament. Ces rapports sont plus ou moins précis, mais posent la question à nouveau de la place du CPAS par rapport aux prescrits médicaux**, puisque c'est le Comité qui finit par trancher sur la décision. Si le rapport médical n'est pas assez complet, la

personne pourrait se voir refuser tel ou tel soin. Ceci nous ramène également à une iniquité entre CPAS, puisque certains d'entre-eux ne demandent jamais de rapport et suivent les prescrits du médecin automatiquement, estimant ne pas être armés pour le faire (par un médecin-conseil, par exemple). Une personne précise : « *Qui pourrait arbitrer au sein du Comité, le tout en respectant les lignes de conduite ? Où est la limite ? Car il y a quand même le secret médical qui est mis en avant ; d'où la question du médecin-conseil, qui pourrait prendre une décision. De médecin à médecin le contact passerait mieux* ».

Dans les lignes de conduite des CPAS, certains participants ont pointé **comme frein d'accès à la santé le fait, dans le 1<sup>er</sup> récit, de devoir se rendre à la pharmacie pour demander le prix des médicaments avant de repasser par le CPAS ou d'avancer la somme.**

## Ordonnances des médecins sans date de fin

Au niveau du fonctionnement individuel et du collectif toujours, les acteurs ont pointé **les ordonnances de médicaments de médecins sans date de fin**. Ceci leur pose un problème pour les contrôles de médicaments octroyés par la pharmacie (2<sup>ème</sup> récit), bien que cela soit autorisé par l'INAMI. Pour certains produits pharmaceutiques, les participants estiment que c'est légitime (exemple : la pilule contraceptive), mais pour d'autres, il faudrait un plus grand contrôle (exemple : Dafalgan, anxiolytiques), pour ne pas nuire à la personne. En fonction du type de suivi, les médecins devraient être conscientisés à mettre une date sur le certificat.

## Vigilance des médecins et pharmaciens

Il y a également une demande qui émane du terrain qui est de **renforcer la vigilance des pharmaciens et médecins contre, justement, les abus de médicaments** (récit 2). Les personnes ont véritablement insisté sur ce point : ils ne sont pas juges pour savoir si tel ou tel médicament est indispensable ou non. Ainsi, les médecins devraient ouvrir des DMG plus fréquemment et discuter entre eux pour éviter tout abus, dans le souci de bien-être de la personne. Il a été clairement dit que certains cas d'abus se voyaient au service facturation mais que cela ne devrait pas être repris dans les compétences des CPAS qui devraient faire confiance à toute prescription de médecin et toute délivrance de pharmacien.

Certains participants ont noté que les pharmacies appelaient parfois le médecin pour demander s'il fallait effectivement tout délivrer ou si une partie seulement des médicaments pouvait être délivrée. Ces pratiques sont plus logiques et respectent le secret professionnel médical. Certaines personnes estiment qu'éplucher les factures (récit 2) relève du privé, et ne devrait pas faire partie des prérogatives des CPAS, notamment sur le type de médicaments prescrits. Parfois, le pharmacien appelle le médecin lorsqu'il a suspicion d'abus. Dans d'autres CPAS, le pharmacien contacte l'AS du CPAS. Cependant, la surcharge de travail des médecins face à leurs bénéficiaires a été mentionnée : les médecins ne peuvent pas voir tous les patients toutes les semaines donc ils prescrivent pour plusieurs mois.

## Usager et fonctionnement institutionnel

### MédiPrima et hôpitaux

**Du côté de l'usager cette fois, et du fonctionnement institutionnel, on retrouve les problèmes des CPAS entre-eux et entre CPAS et hôpitaux, surtout dans le cadre de MédiPrima** (récit 1). Certains hôpitaux ont des services différents qui traitent les factures et qui ne sont pas toujours au fait de MédiPrima. Et puis, même au sein de certains CPAS, les AS ne savent pas toujours gérer le logiciel. La

difficulté vient surtout des cartes médicales à faire arrêter par un CPAS lorsqu'un autre CPAS devient compétent (récit 1).

Cet élément a été tempéré par deux des participants qui ont expliqué que la liste de personnes ressources de MédiPrima établie par la Fédération des CPAS Bruxellois<sup>75</sup> est d'une grande aide, pour savoir toucher immédiatement la personne. Cela permet de désactiver les cartes médicales s'il y a un changement de CPAS et donc de compétence. Pourtant, certains CPAS expliquent à leurs usagers qu'ils doivent retourner vers le CPAS précédemment compétent pour lui demander de désactiver la carte tellement ils n'arrivent pas à joindre le service concerné. Ceci mène à une perte de temps pour le bénéficiaire comme à une incompréhension. Un membre cite « *Ce n'est pas eux qui doivent connaître le logiciel MédiPrima, c'est nous !* ».

Il y a un manque de communication de « **Qui fait quoi** » tant au sein des hôpitaux qu'au sein des CPAS. Il manque un répertoire de personnes ressources ; certains hôpitaux ont créé des cellules qui gèrent MédiPrima mais qui ne sont pas toujours en communication avec les autres cellules. Un répertoire de personnes ressources devrait être mis sur le site internet du CPAS. « *Les hôpitaux sont des grosses machines, mais qui dépendent de nous* », selon un participant.

## Lourdeurs administratives et divergences de procédures entre CPAS

**Un autre point lié à l'usager et au fonctionnement institutionnel touche aux lourdeurs administratives.** Elles ont été pointées du doigt, puisqu'il a été mis en lumière dans l'enquête quantitative que les CPAS octroyaient tantôt une carte médicale, tantôt un réquisitoire, tantôt une carte pharmaceutique, et que le tout était difficile à expliquer au bénéficiaire et était dû à des décisions politiques et à l'autonomie des CPAS, historiques.

Ces lourdeurs administratives rejoignent le cadran « usager/fonctionnement individuel », car elles perdent l'usager dans des pratiques divergentes. L'exemple le plus frappant est un individu qui a droit à la carte médicale automatiquement parce qu'il perçoit le RI et qui déménage dans un CPAS qui fait du « cas par cas ». Le dossier doit être ré-ouvert et la demande doit recommencer sans certitude d'avoir accès à la carte médicale. **L'usager se sent dépourvu des droits qu'il avait obtenus dans l'autre commune.**

Par rapport au fonctionnement institutionnel et usager est aussi survenu **le manque de clarté dans les formulaires d'attestation d'aide médicale urgente, qui divergent d'un CPAS à l'autre, tout comme les réquisitoires, les cartes médicales, etc.** Les réquisitoires dans SINCRHO<sup>76</sup> ont le même lay-out et c'est un exemple de bonne pratique, mais tous les CPAS n'ont pas un accès à ce logiciel (et sont en attente du new-SINCRHO). MédiPrima est censé évoluer aussi bien que SINCRHO, et on retrouve des points positifs dans ce logiciel aussi. Il est plus simple de retrouver les personnes qui ont déjà été intégrées dans MédiPrima par un autre CPAS, par exemple.

## Libre choix du patient

**Le libre choix du patient pour son prestataire de soins a été mis en avant plusieurs fois,** les personnes présentes expliquant qu'elles laissent toujours le bénéficiaire choisir son médecin (récit 1), mais qu'une liste de médecins conventionnés était souvent proposée, pour faciliter le travail du CPAS. Les

---

<sup>75</sup> Voir la dernière mise à jour (2014) :

[https://www.brulocalis.brussels/documents/documents/cpas/contact\\_bcscs.pdf](https://www.brulocalis.brussels/documents/documents/cpas/contact_bcscs.pdf)

<sup>76</sup> Système Informatisé des Créances Hospitalières.

participants étaient cependant d'avis de laisser ouvert ce choix, **pour autant que ce soit des médecins qui travaillent au tarif INAMI. Même les hôpitaux privés, pour autant qu'ils tarifient INAMI, devraient être acceptés, et ce n'est pas toujours le cas par les CPAS.**

Il y a des CPAS qui ne font pas de conventions avec les médecins généralistes, d'autres qui en font. Certains participants estiment qu'**il est plus simple d'avoir une liste de médecins conventionnés pour qu'ils connaissent la procédure.** Il est très important que la liste de médecins présentée aux usagers mentionne la langue parlée par le médecin. Parfois, c'est la maison médicale qui est conventionnée. Parfois, ce sont des conventions seulement avec tous les médecins du territoire de la commune, parfois c'est plus large. D'autres ont une liste qu'ils ne montrent uniquement si le patient ne sait pas où aller, mais laissent sinon le libre choix total du médecin dans toute la Belgique. Ces derniers se montrent contre l'établissement de toute forme de conventions avec les médecins.

## Fraudes : le résultat d'une rigidité du système

Par rapport au fonctionnement institutionnel et à l'utilisateur toujours, **la question de la fraude peut être vue, par certains bénéficiaires, non comme une logique à caractère pénal - une fraude comme une revente de médicaments à des fins financières - mais bien comme une façon de détourner le système.** Dans le 2<sup>ème</sup> récit, la personne était à ses derniers jours de validité de la carte médicale, et a pu se faire une réserve de médicaments dans le but de ne pas être à court par la suite. Cet élément n'était par contre pas évoqué par tous les participants, qui voyaient dans ce récit une façon de contourner la procédure à des fins d'abus. Cet élément de fraude en relation avec le système est à mettre, selon les participants, en lumière avec la vigilance des pharmaciens et médecins généralistes pour les fraudes et abus et avec les ordonnances sans date de fin vues au cadran « fonctionnement individuel et collectivité ».

En effet, une meilleure communication entre les prestataires de soins pourrait éviter des situations de fraudes.

Parfois, être trop rigide pousse le bénéficiaire, lorsqu'il sait que sa carte médicale va prendre fin par exemple, à acheter plus de médicaments, mais du coup, c'est **la vigilance du médecin et du pharmacien qui devrait être travaillée plus en amont avec le soutien d'un DMG ou tout autre système comprenant des spécialistes, pour éviter un blocage au niveau de l'accès aux soins de santé.**

## Intervention de l'utilisateur pour payer ses médicaments

L'intervention de l'utilisateur pour payer ses médicaments a été montrée comme une manière de conscientiser les bénéficiaires que les médicaments ne sont pas gratuits, et qu'il faut donc une participation financière afin de leur faire se rendre compte que cela coûte de l'argent en provenance de l'État fédéral ou du CPAS. Cependant, cette idée n'était pas poursuivie par tous les participants ; **certains CPAS laissant la gratuité totale des médicaments comme ligne de conduite. Les participants estiment que cela relève d'une inégalité de traitement entre les usagers des CPAS, entre ceux qui font payer et les autres.** Certaines personnes ont estimé que mettre un prix aux médicaments alourdit le système pour les pharmacies, qui doivent déduire de la facture ce qui a été payé.

## Numéro BIS en double

La question du numéro BIS en double (personne ayant donné deux noms différents, par exemple) était relevée par deux personnes comme aspect bloquant de MédiPrima, deux cartes médicales courent parfois pour une même personne, avec la difficulté de la retrouver dans le système.

## Partenaires et relais-santé

Par rapport à l'usager et l'institutionnel, le groupe estime qu'il faut **faire des relais partenaires-santé, renforcer les coordinations sociales en rapport avec le médical, afin de mieux développer la communication entre les sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins généralistes, etc., pour se rapprocher du patient.**

## Usager et fonctionnement individuel

### Délais pour octroyer l'aide

**Concernant l'usager et le fonctionnement individuel**, les participants marquent comme freins les délais pour octroyer l'aide. En effet, dans deux CPAS présents, l'usager doit faire une demande d'aide qui doit être signée par le Président et le Secrétaire même en cas d'urgence. Il n'y a pas de bons de secours valables, et **pas de système de délégation**. Or, la décision peut prendre entre une et trois semaines. Certaines personnes ont réagi en expliquant que chez eux, une délégation peut signer la demande (de réquisitoire ou de carte médicale), pour que cela passe ensuite au Comité. Comme autre divergence de fonctionnement entre CPAS, **deux personnes expliquaient que tous les bénéficiaires du RI et du ERI se voient octroyer une carte médicale s'ils la demandent**. Il y a là une forme d'harmonisation, qui va, cette fois, dans le sens d'un levé de freins des CPAS pour l'accès aux soins de santé.

### Précarité linguistique et culturelle et dédale administratif

Parmi les barrières d'accès, les participants ont également relevé **la précarité linguistique et culturelle** et le fait que le CPAS donne beaucoup d'informations aux bénéficiaires, qui divergent d'une commune à l'autre, et qui **les perdent complètement dans le dédale administratif**. L'AS a parfois des difficultés à expliquer le fonctionnement du CPAS à l'usager en raison de la langue parlée par le bénéficiaire et du manque de traducteur. Parfois, c'est le mode de fonctionnement culturel qui entre en jeu, l'AS étant confrontée à des usagers avec d'autres perceptions que lui (par exemple, le bénéficiaire ne veut se rendre que chez un médecin ayant le même sexe que lui). En outre, par rapport au 2<sup>ème</sup> récit, un participant a émis des réserves sur le cas de fraude en notant qu'une personne ayant des soucis de santé mentale ne peut pas, précisément, toujours se rendre à des rendez-vous proposés par le CPAS. C'est également le cas pour les personnes à mobilité réduite, et d'autres pathologies, qui rendent compliqué le passage de l'usager au CPAS. Dans le cas où la personne ne peut pas se déplacer, une personne précise que le CPAS envoie par fax le réquisitoire à l'hôpital. Parfois, l'AS de la maison médicale envoie le fax. Ce sont des situations exceptionnelles, **l'AS doit un peu « bricoler » pour que la personne ait accès aux soins**. Il faut une certaine souplesse de l'AS, qui apporte les documents sur place, au domicile.

### Différentiel de politique entre CPAS : découragement de l'usager

**Certaines personnes avaient une carte médicale dans un CPAS mais doivent tout recommencer lorsqu'elles déménagent, sans certitude d'avoir les mêmes droits**. D'une part, cela les décourage pour demander de l'aide, alors que l'on sait déjà que pousser les portes du CPAS n'est pas toujours simple. D'autre part, la personne s'y perd dans ces procédures administratives, et c'est un frein d'accès à la santé. De plus, il y a de plus en plus de salariés qui viennent faire des demandes de prise en charge énergie, alimentation, santé, etc. : on assiste véritablement à une précarisation importante de la population.

# Recommandations du groupe 1

Les membres du groupe ont été amenés, sur base des deux récits et du graphique modifié et complété par leurs soins, à donner leurs recommandations par rapport à un accès aux soins de santé et une harmonisation des pratiques et politiques en la matière. Les membres se sont mis d'accord sur les points suivants, tout en estimant que l'harmonisation doit se faire par un nivellement vers le haut des droits des bénéficiaires.

## Adressés à tous les CPAS

1. **Juste équilibre entre l'aide et le contrôle** : que l'utilisateur soit traité de manière équitable où qu'il soit.
2. **Après l'état de besoin démontré, accès aux soins de base automatique pour tous** (médecins généralistes, spécialistes tels que les cardiologues, etc.). Les membres sont d'avis que le « cas par cas » doit rester, mais qu'un certain automatisme doit être mis en place, par exemple pour les bénéficiaires du RI ou ERI. Par contre, les membres ne se sont pas mis d'accord sur un calcul à réaliser, comme le font les CPAS, pour déterminer l'octroi de l'aide médicale automatiquement, expliquant que cela reste du domaine de l'autonomie du CPAS. Peu importe si c'est sur base d'un budget ou sur base de l'aide sociale, mais il faut que l'accès aux soins de base s'applique aux 19 CPAS.
3. **Faire une liste de suppléments des hôpitaux qui sont pris en charge sur fonds propres automatiquement par les CPAS** (exemple : le thermomètre, etc.).
4. **En cas de déménagement, prise en charge aux conditions de l'ancien CPAS le temps que la personne puisse s'habituer aux procédures du nouveau CPAS** (pas d'interruption des soins, par exemple si un CPAS prend en charge les frais de psychologues, et s'il faut l'accord du Comité du nouveau CPAS, entre les deux, la personne peut continuer à aller chez le psychologue). Même si la personne a un refus après, du deuxième CPAS, elle a une période pour s'habituer à la nouvelle procédure.
5. **Liste de « qui fait quoi » des CPAS** (pas le helpdesk mais bien les AS, les services facturation, etc.) sur un site internet mis à jour. Cela évite la lourdeur administrative et les démarches inutiles par les AS.
6. **Des documents d'information aux usagers**, avec des images, des schémas, les heures d'ouverture, etc.
7. **Harmoniser les documents administratifs** (même attestation AMU, réquisitoires, cartes médicales - et leurs couleurs -, etc.) **et les mettre sur un site internet.**
8. **Même procédure d'arrêt de la carte médicale de MédiPrima pour tous les CPAS.** Dans certains CPAS, il faut attendre l'accord du Comité, dans d'autre cela peut se faire tout de suite.
9. **Ouvrir l'aide à tous les hôpitaux IRIS et non IRIS, pour autant que ce soit au tarif INAMI.**
10. **Informers les travailleurs sociaux des nouvelles procédures** mises en place par le ministère, car ils sont perdus par moment.
11. **Mettre des médecins spécialistes sur les cartes médicales/santé délivrées aux usagers** (pour les CPAS qui ne le font pas) : élargir la carte médicale à tous les soins liés à la consultation.
12. **Harmoniser les délais de délivrance des réquisitoires** (le plus rapide possible).
13. **Une délégation pour la signature du réquisitoire ou de la carte médicale dans tous les CPAS.**

## Pour renforcer les partenariats

14. **Outil informatique commun vu par les médecins généralistes, les pharmaciens et les CPAS**, avec la décision de prise en charge, sur base de la carte ID. Permettrait un suivi médical de la personne, un dialogue entre médecins, entre médecins et pharmaciens, et une prise d'acte par le CPAS.
15. **Des lieux de rencontre entre les travailleurs des CPAS** (entre les AS de première ligne, entre les services facturation, entre les cellules AMU, etc.)
16. **Un médecin-conseil dans le CPAS**, qui pourrait travailler avec plusieurs CPAS à la fois. Ceci, afin de diminuer la part de subjectivité de l'AS et du Comité, par exemple lorsqu'il demande un rapport médical. Le médecin-conseil pourrait donner son accord pour telle ou telle chose, sans dévoiler le secret médical. De médecin à médecin c'est le même langage, ils peuvent se comprendre, lorsque l'AS n'est pas formé pour comprendre les prescrits d'un médecin (exemple : chirurgie plastique et non esthétique).

## Au niveau de l'administration fédérale et des CAS/CSSS

17. **Rencontres entre représentants des CPAS et service d'inspection, pour renforcer la cohérence.**
18. **Harmoniser les contrôles du SPP IS et les enquêtes sociales.** Faire venir le SPP IS sur le terrain et les faire former les AS et autres services sur les mêmes consignes.

# Les membres de la recherche participative

## groupe 2

Le groupe était composé des personnes ayant les fonctions suivantes :

- Un assistant social dans le département action sociale
- Deux assistants sociaux au service social général
- Une assistante sociale dans la cellule-personnes séjours illégaux
- Un coordinateur adjoint au CPAS
- Un responsable service soins de santé et placement pour les seniors et cartes médicales

6 CPAS étaient représentés dans ce deuxième groupe de recherche participative.

## Les récits du groupe 2

Deux récits ont été sélectionnés par les participants, qui sont reproduits tels quels ci-dessus après enregistrement.

### Récit 1 : « Parcours du combattant »

*« Cette petite dame qui s'est présentée d'abord à l'accueil du CPAS pour demander un rendez-vous. Cette dame n'était pas toute seule, elle était accompagnée de deux amies. Bon, je ne sais pas si c'était véritablement ses amies, elles étaient aussi de nationalité roumaine, et c'était des femmes qui étaient fort copines et qui habitaient toutes dans ce même sous-sol. Donc, elle prend un rendez-vous, on lui met un rendez-vous x temps après avec moi. Mais, avant ce rendez-vous, l'accueil qui vient, avec des gros sabots : "attention, tu vas recevoir une famille méga importante". Donc, on m'explique, grosso-modo, avec plein de préjugés : nationalité roumaine, des voleurs, des machins... Je me dis : "ok super, ça va être super". Madame avait rendez-vous, madame ne vient pas. Donc, nous on avait pour consigne de rappeler la personne si elle ne venait pas au rendez-vous, sauf que la personne elle n'avait pas de numéro de téléphone, pas d'adresse. Donc, tant-pis. Moi j'avais laissé le dossier en suspens. Mon week-end passe, et la semaine qui suit, madame qui vient, comme cela, en plein milieu de la journée. "Bonjour j'avais rendez-vous, je viens au rendez-vous..." Un rendez-vous qui n'était pas du tout à ce moment-là en fait. Mais bon, tant pis, j'accepte de la recevoir, puisque vu que c'était très compliqué, je me dis autant sauter sur l'occasion parce que sinon cette dame je ne la reverrai jamais. Elle est venue avec ses deux copines. En soi, ces deux copines avaient aussi rendez-vous le vendredi passé et n'étaient pas venues non plus donc elles sont venues toutes les trois en même temps. Elles venaient toutes les trois pour moi. J'ai reçu ces dames l'une après l'autre, mais il y avait une de ces dames qui parlait français, donc fatalement je l'ai prise comme traductrice pour aider cette petite dame que j'ai choisie pour mon récit. Sinon, pas de traducteur, je ne savais pas comment faire pour l'aider. Donc, elle vient, elle m'explique qu'elle a 9 enfants, qu'elle vit ici. Au début elle me dit gare du Nord, donc je me dis "pas de soucis : compétence ok". Donc elle commence à m'expliquer que quatre enfants sont en Roumanie, qu'elle est ici avec les plus petits. Les grands seraient avec sa famille roumaine. Là-dessus, je n'ai jamais eu confirmation. Donc, elle commence à m'expliquer qu'elle est malade, que la toute petite dernière est malade. Et elle m'apporte un flot de factures, genre les factures qui traînent dans les tiroirs. Je me dis "mon dieu, qu'est-ce que c'est". Là, je me dis, période hivernale : est-ce qu'elle dort tout le temps à la gare du Nord ? Donc cette dame qui traduisait disait "non, non, je l'accueille parfois chez moi". C'est où chez toi ? Je connaissais assez bien l'appartement car j'avais déjà été. Donc, je me dis "Oulalala : elle, 5 enfants, elle, 3, l'autre 4. Donc, ça fait beaucoup de monde dans ce sous-sol, de deux pièces.*

*C'était rikiki". Les enfants, pas du tout scolarisés, ils n'ont jamais été à l'école en Belgique. Cette dame avait déjà eu un titre de séjour provisoire, puisqu'europpéenne, elle est arrivée en se disant sûrement qu'elle allait travailler. Malheureusement, il n'y a rien qui a été abouti. Donc, elle s'est retrouvée sans papier. Je savais qu'elle était en Belgique depuis déjà plusieurs temps puisqu'elle avait déjà fait sa demande dans un autre CPAS et était déjà aidée dans cet autre CPAS, qui apparemment lui fermait souvent la porte au nez. On m'a raconté que souvent la dame se pointait à l'accueil du CPAS comme elle a fait chez nous, sauf que ce CPAS a dit "non, merci, il faut prendre rendez-vous". Donc, cette petite dame vraiment démunie. Moi, je lui explique vraiment toutes les contraintes administratives, ce qu'il va falloir remplir. Je savais déjà qu'il allait falloir faire un réquisitoire pour du lait, etc. J'avais tout bien expliqué. Je pensais qu'elle avait bien compris. J'avais conclu qu'il ne fallait pas faire de visite à domicile car pour moi elle habitait à la gare du Nord dans son dossier. Ça ne servait à rien de noter une adresse, c'était quand même une situation très compliquée. La chose qui m'interpellaait aussi c'était les enfants qui n'étaient pas scolarisés. Madame voulait les scolariser. Comme elle ne parlait pas le français, elle voulait apprendre le français aussi, donc j'avais entamé les démarches pour l'aider par rapport à ça... et puis il y avait cette petite dernière qui était complètement malade. Donc, interpellation sur : Est-ce que Madame fait souvent la manche avec cette petite fille, pour que cette petite fille soit si souvent malade en hiver ? Visiblement oui. Pour moi, il y avait un rôle de conscientisation en disant que c'est interdit. Malheureusement, elle ne m'a pas écouté. Lors de mes visites à domicile, je la voyais souvent avec sa petite fille dans la rue. Bon, moi, je préviens, je ne peux pas faire grand-chose à ce niveau-là. Il s'avère que lorsque j'ai fait la visite à domicile de l'autre dame qui l'accompagnait, puisque c'était trois dossiers en même temps, elle était là. Donc, j'ai pu voir les réelles conditions dans lesquelles elle vivait. C'était une réelle catastrophe. Là c'était des lits partout, des matelas, des sacs... une catastrophe. Donc, pour trouver un logement ça va être une catastrophe, mais bon, sans logement... il faut d'abord scolariser les enfants puisque Madame a toujours ses 5 enfants sur le dos. Le papa, assez inexistant. Je l'ai vu en tout et pour tout deux fois. C'est le papa qui ne parle pas, qui s'énerve sur cette femme tout le temps. Je ne sais pas pourquoi, puisqu'ils parlaient roumain. Et cette petite fille de 9 mois qui n'arrêtait pas de pleurer parce que ses parents s'engueulaient. Là, tu mets plusieurs casquettes : psy, assistante sociale, tout en fait. Donc, là je ne savais pas quoi faire. J'avais encore rappelé à Madame qu'il fallait me rapporter les AMU. Donc, ce que j'avais fait, quand c'est compliqué comme cela, c'est de pré-remplir les attestations d'aide médicale urgente, avec les bonnes dates, le nom de la personne, sa date de naissance, et l'adresse, etc. Car, généralement, les médecins, ils ne mettent pas toutes les infos. Je complète tout, je donne tout à Madame pour la maison médicale la plus proche où elle devait aller. J'attends, j'attends, pas de nouvelles. J'arrivais de temps en temps à rentrer en contact avec elle via sa traductrice, qui en soi était bénéficiaire. Donc, pour moi c'était déjà difficile : tu es en train de donner des infos à cette dame, alors que tu ne sais même pas si elles sont vraiment copines. Tant pis, c'est un risque à prendre, c'est la seule manière d'aider cette dame. Roumanie, c'est la catastrophe pour trouver un traducteur chez nous. Il n'y en a même pas en fait. Du coup, pas de nouvelles. Mais un jour, je lui ai pris la main, je lui ai dit on y va parce que tu as besoin de ces attestations, sans quoi tu n'auras pas l'AMU. Parce que, à chaque fois, elle revenait, « et la petite elle est malade, et il faut du lait, etc. ». Je sais, je sais ! Donc, enfin on arrive à négocier avec la maison médicale qui ne voulait pas les accepter parce que Madame avait perdu son acte de naissance, etc., elle n'avait même pas la preuve que c'était ses propres enfants. Il y en avait un qui n'était même pas déclaré. Tu es au courant que si la police vient, ils te prennent cet enfant, on ne sait même pas que c'est le tien ? Ça c'était une autre démarche à faire par la suite, qui n'a pas été réalisée. Donc, j'ai enfin ses AMU. Je les prends avec moi pour être sûr. Entre temps, je suis allée négocier à la pharmacie parce que Madame n'avait pas de lait. Le médecin n'était pas au courant, parce que c'est la dame à l'accueil de la maison médicale qui a bien voulu signer les 7 AMU (1 AMU par personne dont les enfants). Chance, sans voir un médecin, ça va plus vite. Puis, je vais négocier corps et âme à la pharmacie pour avoir du lait pour la petite, car la petite*

était en plus bien malade à ce moment-là, elle avait la diarrhée, etc. donc il fallait des choses bien spécifiques. La pharmacie, au début, pas d'accord, ce que je comprends ! Pas de carte santé, pas de réquisitoire, on ne sait même pas s'il y aura quelque chose. Donc, au début la pharmacie dit non. Puis je négocie, je me présente correctement, on essaye de tirer en longueur. Ils acceptent de donner du lait. Mais ils ont pris mon nom, mon prénom et le lendemain je devais revenir avec le réquisitoire. Aller faire un réquisitoire pour du lait bébé sans carte santé active, pour le lendemain dans un CPAS... chaud ! Ce qui bloquait aussi, c'était la carte santé toujours active dans l'autre CPAS. Généralement, ce que l'on demande, c'est que la personne aille elle-même dans l'autre CPAS dire qu'elle est partie de chez eux et demander une attestation de fin d'aide. Sinon, nous, on voit très bien dans le système MédiPrima que ce n'est pas retiré et que cela bloque. Donc, j'ai beau envoyer mon dossier, ça bloquera toujours. Là, je n'ai même pas demandé à cette dame de le faire, j'ai fait une sorte d'assistantat, ce qui me plait pas du tout, je ne suis pas dans l'assistantat. Mais j'ai pris moi-même contact avec cet autre CPAS qui a mis aussi des plombs à retirer la carte santé, parce qu'il faut avoir le CPAS en ligne, il faut avoir la bonne assistante sociale, je vous dis c'était pendant la période hivernale donc il y avait les fêtes, les congés. Enfin, j'ai réussi, j'ai pu faire passer la carte santé. Je devais régler aussi d'autres choses. Cette dame n'avait pas de vêtements, n'avait rien à manger. Sa copine l'acceptait une fois sur quatre pour dormir, donc, en attendant, je me cassais la tête avec le Samusocial en plein hiver pour avoir une famille de 7 personnes à héberger. C'est énorme. Donc, je n'avais pas que le médical à régler. Et en particulier cette petite qui n'arrêtait pas de tomber malade. Et l'hôpital qui me téléphonait en disant "est-ce que cette dame s'occupe bien de ses enfants ? On ne préviendrait pas le SAJ ?". Moi, non, pas du tout prête à appeler le SAJ. Cette dame s'occupait bien de cette petite fille. Il y avait une situation de danger dans le sens où c'était l'hiver, qu'elle faisait la manche avec, mais, tout l'amour de cette petite fille on ne pouvait pas lui retirer. Mais carte santé, lait bébé, machin, vêtements, poussette... La réelle difficulté c'était tout cet aspect collaboration autant avec les services de traduction, qu'avec les hôpitaux, les pharmacies, pour enfin délivrer une carte santé, qui a eue lieu deux mois plus tard. Sans compter que dans notre CPAS, on ouvre le droit pour un an, et on délivre les cartes tous les trois mois, donc tous les trois mois la personne reçoit la carte chez elle. Mais Madame n'avait pas de chez-elle ! Elle n'avait pas de numéro de téléphone. Je ne savais pas la prévenir quand la carte santé était prête. Un jour, j'ai vu qu'elle était venue la chercher, puis j'ai plus eu de contact avec elle. Je ne l'ai plus revue. Elle a coupé les liens avec nous, je pense qu'elle commençait à avoir peur du fait que les hôpitaux ont commencé à lui parler du SAJ et tout. Elle a pris ses cliques et ses claques et est partie je ne sais où. C'est dommage, car j'avais réussi à créer une véritable confiance avec elle. Elle voulait être reçue par personne d'autre que moi au CPAS. J'ai pu arriver à la pharmacie le lendemain, en allant avec le dossier signé par le Comité du soir, directement d'un service à l'autre du CPAS pour que tous les agents fassent le réquisitoire devant mes yeux. En principe ça se passe pas comme cela, ça mets beaucoup plus de temps, ce n'est pas l'AS qui fait ça ! ».

## Récit 2 : « Inégalité des traitements »

« On est quand même une grande structure en tant que CPAS avec pas mal d'AS. La commune on l'a divisée en secteurs géographiques. Chaque secteur, il y a 7, 8, 9 AS et un responsable de secteur. C'est le responsable qui corrige le dossier. Il n'y avait pas encore de cellule AMU et tout était géré par les responsables de secteur. Et d'abord on s'est rendu compte que, déjà, d'un superviseur à l'autre, il y avait des différences entre les corrections, les explications et tout cela. Et d'un autre côté, par exemple, pour l'AMU, souvent, le rapport nous nous contentions d'accorder une carte médicale et c'était un bête copié-collé du rapport et de la situation de la personne pendant 2 ou 3 ans auparavant. Le rapport ne changeait pas alors que les situations, forcément, elles évoluent. Et d'un autre côté, on s'est rendu

*compte aussi qu'au niveau de l'octroi des aides il y avait des différences entre les différents AS. Il y avait même parfois des refus en matière de carte médicale pour une personne qui bénéficiait du RI au taux isolé. Et là, à un moment donné, de nouveau, les responsables de services ont dit "bon voilà, ce n'est pas possible". La dignité humaine avec un RI au taux isolé, c'est impossible d'assumer le paiement de loyer, gaz et électricité et tout ce qui s'en suit. Ce qu'on a fait, dans un premier temps, c'est de mettre en place, en interne, des lignes de conduite pour essayer d'avoir d'une sorte d'égalité de traitement. Ça ne veut pas dire que les lignes de conduite, il faut les appliquer tels quels. Chaque situation est différente, il y a toujours l'enquête de la demande, et donc, on n'est pas obligé de les suivre à 100%. Mais pour certaines choses comme le RI taux isolé, etc. oui. Mais il peut quand même y avoir des propositions hors lignes de conduite. Donc, c'est une première chose qu'on a mise en place, et deuxièmement pour résoudre les problèmes d'AMU, on a mis en place la cellule d'AMU. C'était à l'époque le responsable de service et moi-même qui nous sommes mis ensemble pour réfléchir à comment on va procéder. Nous avons prévu un système où on fixe un premier rendez-vous, on refixe un rendez-vous automatiquement trois mois plus loin, avec le même AS, pour justement essayer de créer de la confiance et tout ce qui s'en suit, et un meilleur suivi. On a mis en place le fait que les AS de la cellule doivent toutes les deux, trois semaines aller visiter tout ce qui existe comme institutions sur la commune et même plus large, sur Bruxelles, pour voir ce qui existe comme réseau social, pour pouvoir réorienter les gens, et assurer un meilleur suivi. Maintenant la cellule tourne assez bien. Assez vite, on s'est rendu compte qu'il y avait un meilleur suivi au niveau des cartes santé et de MédiPrima. Mais tout ce qui est hors MédiPrima et carte médicale, les interventions sur fonds propres, là, cela dépendait encore vraiment d'un AS à l'autre. Alors, ce que nous avons essayé de faire, c'est de se mettre ensemble pour voir si là aussi nous pouvions nous mettre d'accord sur des lignes de conduite. Le problème, c'est que nous ne sommes pas parvenus à trouver un accord lui et moi. Car moi je pars du principe qu'au niveau médical, je ne vois pas comment on pourrait refuser quoi que ce soit. Et donc il y a cette inégalité au niveau des octrois des aides, déjà en interne, et aussi au niveau plus large : pourquoi est-ce qu'une personne qui vit dans une commune et pas dans la nôtre pourrait avoir telle ou telle aide ou avoir une aide chez nous et pas dans une autre commune ? Au CPAS, tout ce qui est liste de médicament D, il y a un accord du Comité nécessaire pour les AMU, par exemple ».*



## Explication du graphique 2

Le schéma ci-dessous a été validé par le deuxième groupe de recherche participative. Il est composé de quatre acteurs : les CPAS, les usagers, les prestataires de soins et les politiques/réglementations.

Dans le schéma :

- **Les politiques et réglementations** encerclent les trois autres acteurs de par leur position hiérarchique. Leurs décisions influent directement sur chacun des prestataires de soins, des usagers et des CPAS. Ils mettent en place des outils et les moyens nécessaires à leurs fonctionnements. Ils ont des grilles de lecture en provenance du haut. Ils ne sont pas sur le terrain mais prennent des décisions et analysent les problématiques pour trouver des solutions structurelles.
- **Les CPAS** sont des acteurs politiques également, au service des citoyens. Ils ont des relations, en matière de soins de santé, avec les prestataires de soins et leurs usagers. Dans le CPAS se retrouve l'assistant social (AS) en première ligne, et, parfois, dans certains CPAS, la « cellule AMU », traitant des dossiers pour les personnes en séjour illégal sur le territoire.
- **Les prestataires de soins** sont à la fois les médecins généralistes, les hôpitaux, les spécialistes, les maisons médicales, etc. Ils travaillent directement avec les CPAS et sont en première ou deuxième ligne de soins avec les usagers.
- **Les usagers** comprennent toutes personnes qui, à un moment donné, a besoin de l'aide d'un CPAS pour ouvrir son droit à l'aide médicale ou l'aide médicale urgente.

## L'utilisateur (cadrant 1)

### Des fantômes administrativement parlant : invisibilité du système

Un premier facteur concernant les usagers et mis en avant par un des participants est l'**incapacité structurelle à régulariser le droit de séjour**. Ces personnes roumaines, européennes, sont en fait **invisibles du système** (1<sup>er</sup> récit). Ils sont souvent non-régularisables. Or, « *qui dit pas de papier, dit pas de logement, pas de travail, pas de scolarisation* ». Nous sommes devant des « **fantômes administrativement parlant** ». Dans le récit 1, il y a « *l'assistante sociale têtue, obstinée* ».

Les participants ont noté la situation d'urgence et le comportement de l'assistante sociale : « *elle va de l'avant, droit au but : permettre aux gens de se soigner. De plus, elle fait face aux collègues de l'accueil qui viennent avec leurs préjugés* ». Ce sont des perceptions différentes de ce genre de situations et les commentaires sont malheureux. Ces personnes sans papier se cachent. S'ils arrivent au CPAS, c'est qu'ils ne peuvent plus faire autrement. Toutefois, ils ne sont **pas structurés**. Comment leur faire comprendre qu'il faut suivre les rendez-vous, aller dans telle maison médicale, etc. ?

### Des possibilités existent

Cela dit, ceci est tempéré par un participant qui exprime le fait que ces personnes ont pourtant des ressources. « *Il arrive que des situations se régularisent, même si c'est un parcours de fou. Cela prend parfois des années avant qu'ils aient des papiers, un emploi. Cependant, le système de Sécurité Sociale est extrêmement bien développé en Belgique. Les familles européennes se heurtent à beaucoup de choses, mais l'Aide Médicale Urgente (AMU) est un droit fondamental. Les roumains, les polonais ou personnes des pays de l'Est sont des corps de métier dans la construction, etc. et peuvent trouver un emploi stable et pas forcément précaire. Ce n'est pas impossible* ».

## Le bagage de la vie

En outre, toujours en rapport avec le récit 1, les participants ont souligné la difficulté des jugements et des croyances des personnes elles-mêmes : « **le bagage de la vie** ». Ce sont des personnes avec une certaine culture, une certaine formation, une certaine croyance. Quelle est leur capacité pour s'en sortir eux-mêmes ? Ce sont des barrières. « *C'est quoi la vie ? C'est mendier ? Est-ce que la situation en Belgique est mieux que celle en Roumanie ? Nous ne savons pas. Il y a un bagage de la vie à prendre en compte dans chaque situation* ».

## La pauvreté devrait être quelque chose de marginal

Un participant rappelle, tant vis-à-vis du récit 1 que du récit 2, que le travail du CPAS est de faire en sorte que la personne quitte le CPAS le plus vite possible, et qu'il sorte de cette situation de précarité : « *Les personnes qui viennent chez nous, n'ont pas envie de venir, ni d'y rester. La précarité devrait être quelque chose de marginal et pas quelque chose de structurel* ».

## L'Assistant social au cœur du système (cadran 2)

Le cadre 2 est central puisqu'il est au cœur du système et inclus tant les usagers, que les prestataires de soins ainsi que les CPAS. Le tout chapeauté par les réglementations et le politique. En son sein, on retrouve l'assistante sociale, qui est en communication avec tous ces acteurs, et la « cellule AMU » lorsqu'elle existe dans le CPAS.

## La déontologie et l'assistante sociale

Un participant a rappelé que les AS ont **des techniques de travail, une déontologie**. Ce sont des techniciens, mais aussi des humains. Il y a le cadre fondamental de l'article 1 de la loi de 1976. Cela se rapporte à la Constitution, aux Droits de l'Homme. L'AS a comme objectif d'utiliser la palette d'outils dont il dispose pour permettre à la personne de vivre dans la dignité mais il y a aussi le fait du comportement de l'AS, avec ses défauts en tant qu'humain, **la subjectivité humaine**. Concernant le récit 1, deux personnes ont souligné qu'il y a le principe de base, accorder l'AMU, mais l'AS peut freiner le parcours si la personne ne vient pas aux rendez-vous, ou ne répond pas aux questions et ne donne pas son âge, son téléphone, son adresse, par un manque de collaboration pour **l'enquête sociale**. Cela résulte d'un frein pour l'AS. Un participant précise : « *Même si je ne veux pas être un administratif et que je veux être social, parfois je ne peux pas* ».

## Manque de transparence et d'équité

Les participants ont relevé le fait qu'il y a un **manque de transparence et d'équité**. L'AS ne peut pas accorder la même chose à tout le monde. L'enquête sociale doit faire état de cas concrets d'état de besoin, de précarité. La discrimination est pourtant partout. Exemple : tel hôpital ne va pas accueillir une personne de la même manière que tel autre hôpital. Ce manque de transparence et d'équité paraît dans le récit 1, dans le sens où l'AS en question ne réagira pas de la même manière que tout autre AS, mais aussi dans le récit 2 où l'on voit bien la difficulté des deux responsables à se mettre d'accord sur les lignes de conduite à mettre en place au sein même du CPAS.

## Inégalité de traitement

Les participants étaient tous d'accord pour souligner le fait que chacun ne traite pas les dossiers de la même manière, il y a une **inégalité de traitement au sein du CPAS** (2<sup>ème</sup> récit). Un participant explique qu'il a connu des AS qui refusaient d'acter une demande. C'est illégal. Certaines AS refusaient par exemple de prendre en charge des dettes personnelles. L'AS ne veut pas s'attarder sur ces

thématiques, qui cachent souvent des problèmes plus conséquents derrière. Dans ce cas précis, il y a eu un rappel de cette obligation dans le service par la hiérarchie. Le participant explique que l'inégalité de traitement est partout, mais qu'il faut garder en tête le principe fondamental de « *neutralité bienveillante* ».

Un participant explique également, en rapport avec le 2<sup>ème</sup> récit, qu'il y a beaucoup d'inégalités entre CPAS. Il y a des personnes qui **ne veulent pas déménager**, car ils disent que le CPAS de l'autre commune va refuser l'aide. Ils peuvent aussi mentir et dire qu'ils n'ont pas déménagé pour garder leurs droits, mais l'enquête sociale les rattrape.

Un participant note que beaucoup de personnes ne sont **pas au courant de leurs droits de recours**. De nombreux AS n'expliquent pas les droits de recours aux usagers lorsqu'ils signent l'acte de la demande. Cette pratique est illégale.

## La charge de travail

Un autre point souligné par une personne est que la charge de travail des AS est importante. « *Il est impossible, quand on a 18 visites à domicile par semaine, d'être aussi bien à la première visite qu'à la dernière* ». Les AS sont fatigués et moins attentifs. Ce sont des **facteurs individuels qui ont des répercussions sur le travail** (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> récit). Les participants étaient d'accord pour dire que tout le monde est humain et que cela influe sur le raccord aux droits de la personne.

Les participants ont aussi relevé la problématique de la **barrière de la langue** et du manque de traducteurs pour traiter les dossiers, ce qui était bien expliqué dans le 1<sup>er</sup> récit.

## Difficulté à suivre tous les dossiers : burn-out

Un autre participant parle de **burn-out au sein des équipes, et de la tentation de minimiser le dossier, parce qu'un dossier en plus, ce sont des dossiers en plus**. Le PIIS (Projet individualisé d'intégration sociale), par exemple, est venu complexifier le tout. Mais le fond du fond, c'est qu'ils n'ont pas le cadre institutionnel et organisationnel pour exercer le métier convenablement. Lorsque les AS sont débordés, ils n'ont plus de recul. Le PIIS alourdit la charge de travail mais peut permettre de faire un travail de qualité sur une certaine trajectoire de vie. Il est possible de faire un **PIIS santé** pour dispenser une personne de chercher de l'emploi ou de faire une formation, en ajoutant des clauses dans le document. Il est possible d'importer des PIIS des autres CPAS, c'est un côté positif, cela crée du lien entre les CPAS et l'utilisateur. Cependant, ce n'est pas toujours possible.

## Le vieil « assistant social »

Concernant le 1<sup>er</sup> récit, les participants ont mis en lumière l'idée du « **vieil assistant social** ». Une personne explique : « *Depuis que j'ai fait mes études et maintenant, j'ai l'impression que le métier d'AS est devenu beaucoup plus administratif. On est passé en quelques années de l'État providence à un État social actif. Il faut répondre à l'article premier de la loi sur les CPAS (loi organique du 6 juillet 1976). Oser aller à la rencontre du cadre, de cette lourdeur administrative, de faire tout ce chemin, c'est impossible de faire cela avec tous les dossiers, mais c'est faire de l'AS à l'ancienne. C'est lié à la formation et la structure. Ce n'est pas lié à la motivation de l'individu. Les AS actuels sont aussi très bien, mais ils doivent connaître beaucoup plus et faire face à beaucoup plus de structure et d'administration ainsi qu'à une législation beaucoup plus compliquée. Il y a moins d'espace pour rentrer dans le lien, aller dans l'humain* ». Il ne faut pas voir tout en négatif, l'AS a quand même la possibilité d'aller au bout du dossier, note un participant. Il est toujours possible de trouver des manières de communiquer, de rappeler la personne, lorsqu'elle dispose d'un téléphone, par exemple (1<sup>er</sup> récit).

Un participant pointe une difficulté supplémentaire : « *comment leur faire comprendre qu'ils doivent signer une procuration dans le cadre du Maximum À Facturer (MAF) ? Au-delà d'une certaine somme que le CPAS paye pour eux, c'est normal que le CPAS récupère, mais les usagers ne comprennent pas toujours* ».

## La culture comme frein

**L'aspect culturel** est une autre barrière d'accès. Le choc de culture est notifié par plusieurs participants. Par exemple, un AS est de telle origine, l'usager d'une autre, il y aura des blocages dans le dossier. « *C'est caché mais c'est vicieux* », note un participant. Parfois, ça vient du bénéficiaire, parfois de l'AS. Et d'ajouter : « *Un usager m'a déjà traité de raciste parce que je donnais un refus. Parfois, il y a des passe-droits aussi : à se demander pourquoi un dossier passe plus vite qu'un autre lors de la demande au Comité* ».

Dans certains CPAS aussi, si la personne possède une voiture, pas de carte santé, ce sont des lignes de conduite très rigides, qui sont à bannir, selon un participant, en regard du 2<sup>ème</sup> récit.

## La cellule AMU (cadrant 2)

### Un gain de temps et des connections

**La cellule AMU est également centrale** dans le graphique, puisqu'elle doit gérer les dossiers au sein du CPAS, pour les usagers, avec les prestataires de soins, dans le cadre de la réglementation/politique mise en place.

Un participant réagit au 2<sup>ème</sup> récit en notant l'importance d'avoir une cellule AMU spécialisée dans ce domaine, car cela comporte des compétences et des connaissances spécifiques. Il y a l'AMU mais aussi l'aspect de la guidance : l'AS, dans le 1<sup>er</sup> récit, a réussi à avoir une relation de confiance et c'est un énorme travail. **Pour les CPAS n'ayant pas de cellule AMU, les AS doivent tout faire, et c'est une perte de temps importante. Quand il y a une cellule AMU en place dans le CPAS, une série de tâches peuvent être déléguées.**

Il y a également la question de pouvoir renvoyer les personnes vers les associations qui gèrent le même type de public et de demandes. Une cellule AMU peut aider à faire ces connexions. Visiblement, le 2<sup>ème</sup> récit montre qu'**il est possible de se mettre d'accord sur la mise en place d'une cellule AMU au sein d'un CPAS du point de vue des lignes de conduite, mais cela va dépendre de la taille du CPAS et de ses financements.**

## Les attestations d'AMU

Par rapport au 1<sup>er</sup> récit, les acteurs ont également souligné la spécificité de l'AS dans ce cas-ci de **pré-compléter les attestations d'AMU** pour être sûr qu'il n'y ait pas d'erreur. Tous les CPAS ne le font pas. La personne ayant raconté le récit explique que quand c'était complété par les médecins, il y avait des erreurs. Quand c'est une prolongation, la date est très importante, et ils se trompent souvent. Le CPAS les appelle régulièrement à ce sujet en leur demandant si le CPAS peut changer la date sur l'attestation, et la plupart des médecins répondent par l'affirmative. Du coup, l'AS a pris le pli de les compléter à l'avance. Cela permet également un gain de temps non négligeable. Cependant, les autres participants ont expliqué ne pas fonctionner de cette manière, et se sont demandé la légalité de procéder ainsi.

## Les cartes santé ou médicales, et MédiPrima

Certains membres du groupe de travail se sont rendu compte durant la discussion que les **attestations d'AMU changent d'un CPAS à l'autre**. Par exemple, le numéro BISS ou NISS ne figure pas toujours, ni

le pays d'origine, ni le numéro de passeport. De plus, les **cartes santé AMU diffèrent dans le délai** d'un CPAS à l'autre (certains pour trois mois, d'autres pour un mois). L'un d'entre eux note que cela engendre des contraintes importantes par rapport à l'informatisation du travail social. Il y a quelques années, il y avait des cartes cartons, maintenant, ils exigent une photo, etc. et quand, dans un CPAS, la validité de la carte santé est plus longue, c'est mieux. Par exemple, pour un rendez-vous chez les spécialistes, il y a des délais d'attente importants, qui peuvent être plus longs que le délai de la carte médicale.

## Les réquisitoires étendus à l'avance

Par rapport au 1<sup>er</sup> récit, un AS présent à la réunion explique qu'**il fait des réquisitoires en prévoyant la totalité des frais au Conseil à l'avance, tous les médicaments sur fonds propres aussi, afin que les usagers ne doivent pas retourner au CPAS**. Tout ce qui est en lien avec la maladie est déjà décrit et prévu. Un autre participant réplique que le rapport doit justifier cette demande, et qu'il ne faut pas anticiper le besoin à l'avance. Le participant qui fait cette pratique de tout cocher sur le réquisitoire explique qu'il prévoit cela pour ne pas avoir une charge administrative en plus. L'autre participant estime que ce sont des frais importants pour le CPAS, et donc que **cela doit être bien motivé**.

Une autre personne précise faire des réquisitoires par rendez-vous. Cela permet un suivi, un échange avec la personne. Toutefois, cela dépend de la maladie, **si c'est une maladie chronique, la plupart des membres du groupe font des réquisitoires qui couvrent une période plus longue**. Il y a l'accord de principe fait par le rapport de l'AS, mais ensuite, il faut que le côté pratique suive avec tous les soins liés à la maladie.

**Notons qu'il y a une segmentation entre services dans un des CPAS qui freine assez fortement la pratique interne pour ce genre de pratiques du fait que pour certaines pathologies, il faille passer par le service réquisitoire. Pour les autres pathologies non-reprises dans les lignes de conduite, l'antenne se charge de donner une carte médicale**. Ceci mène à la réflexion du 2<sup>ème</sup> récit sur les lignes de conduite à mettre en place, mais aussi sur le 1<sup>er</sup> récit qui reflète du parcours du combattant de l'AS pour contourner le parcours légal de l'octroi des réquisitoires requis.

## La facturation des hôpitaux

Concernant le 2<sup>ème</sup> récit, un membre du groupe pointe que l'AMU coûte cher, et si cela passe sous fonds propres, c'est un coût énorme, surtout pour des **facturations des hôpitaux**. **Donc, il peut comprendre que l'État fédéral contrôle davantage mais l'AMU est un droit fondamental**. Même pour une carte santé, il faut demander des attestations de revenus. Sans cela, le CPAS ne donne pas le droit. L'enquête sociale effectuée par l'hôpital est aussi cruciale, car elle permet un gain de temps pour l'AS du CPAS. De meilleures collaborations avec les hôpitaux seraient bénéfiques.

## Le CPAS comme entité (cadrant 3)

### Parcellisation des services

Par rapport au 2<sup>ème</sup> récit, les participants se sont mis d'accord sur le fait que dans chaque CPAS, il y a construction de **services spécialisés** parce que la hiérarchie se rend compte qu'il y a des différences de fonctionnement. **Mettre en place des lignes de conduite a aidé en termes d'homogénéisation des pratiques**, selon la majorité des participants. C'est aussi un gain en termes de suivis, les personnes ne sont plus juste un numéro.

Plusieurs personnes évoquent cependant le **danger d'une parcellisation des services**. Cela crée des tensions. Le but de la scission entre plusieurs services (facturation, réquisitoires, aide médicale, etc.)

est de décharger les services, mais cela crée **une dislocation dans le traitement des demandes**. Les services se parlent peu et seuls les AS de première ligne connaissent le fond du dossier (1<sup>er</sup> récit).

Cette parcellisation des services a largement préoccupé les membres du groupe. Dans le CPAS d'un participant, le débat a concerné **le service réquisitoire**. Selon lui, c'est un service saturé, qui traite de façon anormalement longue les demandes. Ce sont pourtant des demandes urgentes. Le service réquisitoire doit souvent faire appel à la police, à cause de violence de la part des usagers. C'est du personnel très administratif et ils demandent beaucoup de justificatifs médicaux. Les AS peuvent demander un accord de principe au Comité, et la demande est validée, puis le service réquisitoire délivre celui-ci pour que les soins soient dispensés dans tel ou tel hôpital ou pour tel soin paramédical. Pour le reste, le médecin traitant peut délivrer un réquisitoire uniquement pour les médecins inscrits sur la carte médicale. Pour les autres, la personne doit aller au service réquisitoire, saturé et loin géographiquement de l'antenne pour les usagers et donc, de leurs quartiers de vie. Cela pose de gros problèmes, non seulement en termes de perte de temps (les déplacements) qu'en énergie (regrouper tous les papiers administratifs demandés, etc.). Il s'agit ici essentiellement de lignes de conduite du CPAS (2<sup>ème</sup> récit).

## RI au taux isolé, accès aux droits

Tous les participants estiment que, quand on parle de dignité humaine, **il faut coupler RI au taux isolé et carte santé. Ceci étant donné que le RI au taux isolé se trouve sous le seuil de pauvreté**. Avec un RI au taux isolé, une personne ne s'en sort pas à Bruxelles. Un loyer, des charges, gaz, électricité, impossibilité de payer ses soins de santé. Un participant estime que pour les personnes qui ont le taux ménage, et des enfants majeurs, avec des allocations familiales, ils peuvent recevoir énormément d'argent et donc ne pas bénéficier de carte médicale. **Ceci a trait à l'homogénéité des pratiques et lignes de conduite des CPAS** (2<sup>ème</sup> récit).

## Délocalisation des services

Un participant explique que le fait que les services soient **délocalisés au niveau géographique** peut poser problème. Il y a les antennes, les hôpitaux conventionnés ou non, le siège social, une liste de maisons médicales et une liste de médecins généralistes, plus une base de données sur le paramédical, de dentistes, de psy, etc. Il faut renvoyer la personne en fonction de ses besoins vers tel ou tel endroit. Cela peut générer des inégalités. Il est intéressant de créer différents services, mais alors il faut que ces services soient efficaces et puissent répondre dans l'urgence. **Ceci relève de la question des services spécialisés et de la continuité des soins**.

En outre, les différentes antennes n'ont pas les mêmes problématiques à gérer. **Sur l'espace d'une commune, les différences sont parfois énormes d'un quartier à l'autre en termes de statuts socio-économiques des usagers, d'âges, de culture, etc.**

## Open-space et réunions d'équipe

Toujours par rapport au 2<sup>ème</sup> récit, un participant explique qu'avant il n'y avait pas de turnover, et tous les collègues faisaient toute leur carrière au sein du CPAS. Mais l'équipe s'est élargie. **Il y a eu un agrandissement de ce CPAS. Avant, ils travaillaient sur une sorte de plateau et les nouveaux collègues étaient tout de suite intégrés**. Il y a eu une augmentation des demandes, le service s'est élargi, les AS sont maintenant dans des bureaux séparés. Avant, tout le monde était sur un plateau mais, au fur et à mesure, l'intégration s'est faite moins facilement, les « vieux AS » avaient moins de temps pour l'écolage des nouveaux collègues. Maintenant, il y a un turnover qui apparaît avec des

burn-out. L'open-space permet de répondre aux problèmes engendré par la parcellisation des services, comme vu précédemment.

En réponse, un membre explique que dans un des CPAS, il y a une réunion préparatoire avant le Comité Spécial. Un jeudi sur deux, la matinée, ce CPAS réunit tous les AS avec le Président, le Secrétaire et la responsable de service, et tous les dossiers sont examinés un par un. Dans une farde blanche, il y a tous les dossiers où il n'y a pas besoin de débats. Pour tous les autres, les dossiers sont débattus. Parfois, on voit des choses assez aberrantes. L'AS refuse dans son dossier, mais le Comité décide d'octroyer l'aide. Cela n'arrive pas souvent mais cela arrive. En matière de soins médicaux, les refus sont cependant très rares. Le débat collectif est important et cela permet de garantir une certaine objectivité de la prise de décision, et une **homogénéité de traitement. Les visions différentes peuvent être confrontées, c'est un processus plus démocratique.** Cependant, ce CPAS a de plus en plus de dossiers, donc cela devient plus difficile à mettre en place.

La majorité des participants explique que le fait de travailler en **open-space permet un partage, une discussion.** C'est important. Grâce à cela, ils arrivent à faire une harmonisation sur les dossiers entre AS de la même cellule. Ils réfléchissent ensemble en donnant leurs points de vue.

Dans un autre CPAS, une personne explique que tous les lundis matin, ils font une réunion d'équipe qui commence par un cas pratique. Ils peuvent vraiment en discuter. « *Cela permet une certaine objectivité entre un AS qui est là depuis 15 ans et un AS depuis 2 ans, réciproquement* ».

Tous les participants estiment que le cas par cas et la supervision en réunion sont importants, hormis une participante qui explique que dans son CPAS, ils ont essayé de mettre cela en place, mais sans réussite, même si les AS se parlent entre-eux.

## Mise en place de lignes de conduite

Un participant rapporte qu'il y avait trop de différences entre les AS. Son CPAS a voulu mettre en place une ligne de conduite (2<sup>ème</sup> récit) pour une carte médicale unique pour les aides médicales et les aides médicales urgentes. **Le fait d'avoir fait une ligne de conduite qui est globalisée et qui parle aussi des frais sur fonds propres a permis de créer plus d'égalité au sein du CPAS.** Chaque chef de service se réfère au même montant pour la quotité disponible, les frais fixes (tout pour faire le budget), par exemple. **Il y a encore des nuances, mais moins.** « *Quelqu'un qui fume, par exemple, les frais sont-ils intégrés dans le budget ou non ?* »

## Cellule Rom bruxelloise

Un membre du groupe explique qu'il **existe une cellule Rom au niveau de la ville de Bruxelles**, avec des éducateurs de rue qui vont vers les personnes du voyage. Ils travaillent avec le Samusocial. Certains CPAS en font partie. C'est du travail de première ligne, ils vont à la rencontre du public dans les rues. Ils se sont rendu compte que c'est un facteur de société, qu'il y a beaucoup de gens du voyage qui s'implantent dans les grandes villes. Or, un des critères est la résidence pour la compétence du CPAS. Par contre, c'est encore **un mode de parcellisation de l'offre**, puisque l'on ne s'intéresse qu'au public des Rom, et cela va en opposition avec ce qui a été dit plus haut **du fait de ne pas mettre tout le monde sur un pied d'égalité.**

## Communication entre CPAS

Un participant explique qu'il y a un manque de communication entre les CPAS. Par exemple, parfois, une enquête auprès de la CAAMI<sup>77</sup>, de la mutuelle, de l'office des étrangers était déjà réalisée par un CPAS, et si la personne déménage, il faut tout recommencer la plupart du temps (1<sup>er</sup> récit, parcours de l'AS).

## Le CPAS et l'utilisateur (cadrant 4)

Le quatrième cadre reflète le lien entre le CPAS et l'utilisateur. Les participants expriment le fait que le 1<sup>er</sup> récit montre clairement qu'il y a un réel **labyrinthe administratif**, et la détermination de l'AS est cruciale, « *c'est un travail de fourmi, une vraie négociation de gauche à droite* ».

## AS en chef

Par rapport au 2<sup>ème</sup> récit, un participant exprime le fait que c'est toujours l'AS en chef qui a le dernier mot, peu importe le rapport de l'AS et cela pose un problème. Pourtant, un participant explique qu'en tant que chef, il vient à la rencontre de l'AS une, deux ou trois fois, afin d'essayer de se comprendre, avant de mettre un avis négatif. Ce n'est pas cette pratique qui prime partout selon les participants : parfois le chef ne revient pas vers l'AS et mets l'avis négatif sans connaître la personne, le dossier et c'est une barrière aux soins de santé. Cela reflète **la subjectivité dans l'institution**.

## Le cadre réglementaire et les lourdeurs administratives

Les AS doivent répondre à des exigences, dans le cadre de la réglementation, notamment **la loi organique de 1976**. Cependant, la relation de confiance qu'ils tentent de développer avec les bénéficiaires est biaisée par toutes **les demandes administratives que le ministère et le CPAS leurs imposent**. Le fonctionnement des institutions est déterminant. Les AS doivent répondre à des contraintes, des politiques migratoires, etc. Il faut mettre un cadre pour fonctionner et on ne peut pas aider tout le monde. Il ne faut pas différencier, il faut traiter tout le monde sur un pied d'égalité. Or, au sein des CPAS, les AS ne réagissent pas de la même manière et cela rejoint la pratique professionnelle (1<sup>er</sup> récit). Il y a des conduites qui diffèrent d'un CPAS à un autre, qui incriminent certains CPAS (2<sup>ème</sup> récit).

## Subjectivité dans l'institution

En termes d'accessibilité aux soins de santé, les participants étaient d'accord pour dire que l'on se trouve dans **une discrimination positive et inversée : on intègre, c'est la mission des CPAS, mais toutes les personnes ne sont pas mises sur un pied d'égalité**. À cause d'une **subjectivité de l'institution** : le Président a une étiquette politique, les Conseillers aussi. La hiérarchie n'est pas au courant de la réalité de terrain. Il y a un certain différentiel entre les perceptions au niveau hiérarchique.

La hiérarchie oublie que les AS doivent faire du cas par cas. Ils sont confrontés à des cultures différentes, **des usagers avec des problématiques spécifiques, singulières**. La subjectivité dans l'institution est parlante dans le sens où les AS montrent une certaine différence de traitement entre usagers. Il y a des règles de déontologie, mais elles sont interprétées différemment.

---

<sup>77</sup> La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

## Le CPAS et les prestataires de soins (cadrant 5)

### L'urgence médicale et les attestations AMU

Les participants ont relevé les problèmes liés à l'urgence médicale par rapport à un labyrinthe administratif pour que l'aide soit acceptée par le CPAS (1<sup>er</sup> récit). Ils ont parlé essentiellement des **certificats d'aide médicale urgente**, qui n'étaient pas toujours bien complétés. Les factures arrivent après coup parce que les personnes vont directement aux urgences. **Ou bien les personnes sont renvoyées d'un CPAS à l'autre pour que la bonne attestation AMU soit complétée par le médecin** (avec le bon logo, les bonnes cases à compléter).

### Les coordinations sociales

**Tous les CPAS n'ont pas travaillé la question de la santé dans leur coordination sociale.** Pourtant, certains participants expliquent que c'est un outil précieux. Comment faire pour que ces travaux puissent être diffusés et utilisés par les autres CPAS ? D'un CPAS à l'autre, il y a un investissement très différent au sein de ces coordinations. De plus, certaines coordinations sociales sont chapeautées par la commune, alors que d'autres sont soumises à un processus plus démocratique, où le CPAS sert juste de lieu pour accueillir les participants mis sur un pied d'égalité. Cela devrait être régit par quelque chose qui émane de plus haut, de plus global.

### Médicaments sur fonds propres

Selon les participants, **un exemple de bonne pratique est la liste de médicaments D, qui est la même pour tous et qui a été créée par la Fédération des CPAS Bruxellois en lien avec les pharmacies.** Un participant explique néanmoins que même si le médicament est sur la liste de médicament D de la Fédération, si c'est une personne en séjour illégal, la demande doit être approuvée par le Comité.

### La responsabilité des médecins

Un participant explique le fait qu'il faut aussi renvoyer la responsabilité aux médecins, qui sont parfois laxistes. Ils appuient les demandes de cartes santé de façon un peu trop rapide. Ils mettent parfois les personnes en incapacité de travail pour une durée indéterminée. Le CPAS ne peut pas interférer dans le secret médical, mais **parfois les responsables et AS vont demander des justificatifs, car le but est de faire quitter la personne de tout le système d'assistanat.** À l'inverse, certains médecins doivent parfois appuyer des demandes de mise en observation, et ne veulent pas le faire. La police n'intervient pas toujours, pour des cas de santé mentale très graves.

En outre, il existe aussi des certificats de complaisance. Un autre AS se pose la question de la responsabilité collective. Il y a un manque de volonté d'aider les personnes avec des problèmes de logement insalubres également. De plus, certaines personnes accèdent à la propriété, et du coup, ont des difficultés pour avoir le RI. Or, le RI devrait être octroyé à ces personnes, qui ont un prêt hypothécaire à rembourser. Parfois, **il faut soulager des personnes qui ont des arriérés de prêts hypothécaires, même s'ils sont au chômage, par exemple** (2<sup>ème</sup> récit).

### MédiPrima

Selon les participants, MédiPrima fonctionne assez bien, sauf quand il y a des bugs informatiques. Parfois, les hôpitaux ne voient pas la même chose que le CPAS. **La carte est ouverte, mais l'hôpital ne le voit pas.** Les participants se montrent impatients que le système soit ouvert aux médecins et pharmaciens.

## L'utilisateur et les prestataires de soins (cadrant 6)

### Mutuelle

La mutuelle est un partenaire entre l'utilisateur et le médecin, dans le sens où le CPAS va toujours vérifier l'assurabilité du demandeur ou l'enregistrer à la CAAMI afin de lui faire retrouver ses droits. **Cependant, tous les CPAS ne payent pas les arriérés de mutuelle, et cela constitue un frein à l'accès aux soins de santé.**

### Déontologie médicale

La déontologie médicale a été relevée comme importante également car les documents doivent être sécurisés par rapport aux données médicales. **Le secret médical doit être maintenu.** Cependant, parfois, des certificats de complaisances sont donnés. Les conseillers du CPAS se retournent parfois vers le médecin par rapport aux restrictions de remise au travail et demandent des explications.

## Les prestataires de soins (cadrant 7)

### Hospitalisations IRIS et non IRIS

**Un participant explique que la personne peut se rendre dans tous les hôpitaux de Bruxelles, contrairement à d'autres participants où ce n'est que les hôpitaux IRIS. Ceci, pour autant qu'ils tarifient au tarif INAMI.** Il semblerait que certains hôpitaux privés aient aussi signés des conventions avec des CPAS, pas juste les hôpitaux publics, du réseau IRIS. Mais la carte médicale passe facilement par certains hôpitaux, tandis que d'autres hôpitaux renvoient la personne, même si elle a une carte médicale. Le CPAS doit appeler l'hôpital et dire que la carte médicale est valable et les rassurer, dire qu'ils seront couverts, etc.

### Suppléments d'honoraires

Un membre du groupe insiste : si ce n'est pas marqué clairement que c'est au tarif INAMI, les hôpitaux arrivent toujours à mettre des petits **suppléments** à gauche à droite. Parfois, le patient doit payer quand il arrive à l'hôpital. Même si le CPAS dit qu'ils ne doivent pas payer, ils le font, parce que l'hôpital leur dit qu'ils ne seront pas soignés s'ils ne payent pas. Pour les personnes qui reviennent vers le CPAS sans avoir eu les soins, c'est du temps perdu, et c'est une charge administrative pour le CPAS. Ce sont des situations aberrantes. Pour les participants, ce serait bien que les CPAS se mettent d'accord sur une carte médicale type, un réseau type (2<sup>ème</sup> récit). **Pourquoi les hôpitaux IRIS et privés ne s'accordent pas pour tous faire partie du réseau, se demande un participant ?** D'autant plus qu'il y a les frais de rappel : parfois le service soins médicaux les prend en charges mais parfois, pour des familles qui ne comprennent pas le système, ils reçoivent des factures énormes.

## Réglementations, politiques et contrôles du ministère

Autour du schéma, comprenant l'ensemble de toutes les cellules, ce sont les aspects politiques et macro qui sont représentés. Cette place concerne les subventions mais aussi le cadre légal (loi du 2

avril 1965<sup>78</sup> et loi du 7 juillet 1979<sup>79</sup>) et tout ce qui entre dans le cadre de la vérification et au contrôle du Ministère.

## Le terrain comme acteur de décision

Les participants se montrent d'accord pour dire que l'harmonisation doit se faire sur toutes sortes d'actions, et pas seulement les soins de santé. Il y a des choix idéologiques derrière, qui permettront que des décisions soient prises. Il y a des résistances au niveau individuel comme sociétal. Les CPAS ne sont pas assez représentés et ne mettent pas assez souvent **en place de nouveaux outils**. « *Qui est le porte-parole des CPAS ? Ce n'est pas le Président, ni les Conseillers, ni les chefs d'antenne. Il y a de plus en plus d'agressivité dans les CPAS, et personne n'en parle. C'est dû à un déficit d'information des usagers qui se voient refuser l'aide, mais aussi à la nécessité de faire de plus en plus de contrôles. L'AS est là pour faire respecter les droits mais aussi les devoirs des usagers. Parfois, la hiérarchie ne se rend pas compte de cette agressivité* ». Ainsi, **selon la majorité des participants, à chaque prise de position plus macro, il faudrait partir plus souvent du terrain**. Ceci, même si les décisions sont nécessaires à la fin. La force des CPAS, c'est justement d'être sur le terrain, par une analyse micro. Mais comment faire pour que cette vision micro soit développée avec des injonctions macro qui puissent être compatibles ? À l'intérieur des CPAS, il faut « *des locomotives qui proposent des choses par rapport à l'organisation en faisant état de certaines problématiques* ». « *Parfois, nous avons l'impression que ce n'est pas nous qui allons changer les choses, mais en fait, chacun a sa responsabilité* ». Un lien doit se créer, une nouvelle dynamique, avec des responsables, dont les Présidents, en connaissance des récits tels que décrits dans cette recherche. **Une grille de lecture** doit permettre de mettre en adéquation les problématiques, les dispositifs et aussi les moyens à mettre à disposition pour les régler, agencer.

## Charge administrative

Les participants ont évoqué le fait que des procédures sont mises en place car ils y a pour les CPAS **de plus en plus d'exigence du côté du Ministère**. Il y a de plus en plus de documents à fournir avec telle ou telle chose dans les rapports sociaux. Les politiques menées par le CPAS sont développées aussi à cause des mesures prises par le Ministère. Les exigences administratives sont énormes ; et c'est **un frein pour les usagers de venir demander de l'aide**. C'est tellement compliqué qu'ils vont aux urgences dans les hôpitaux. Ils ont peur de venir car ils vont devoir donner tellement de papiers qu'ils ne s'en sortent pas. Mais certains hôpitaux vont renvoyer la personne pour une prise en charge par le CPAS au préalable.

Par ailleurs, **le ministère ne se base pas juste sur l'avis de l'AS qui n'est pas médecin pour savoir s'il y a nécessité d'avoir une carte médicale**. Il y a une divergence de pratiques qui a été mise en lumière dans la discussion que ce soit vis-à-vis de l'aide médicale ou de l'AMU : **il faut un certificat médical dans certains CPAS et dans d'autres il n'en faut pas**. De plus, un participant a évoqué le fait que dans son CPAS, si l'utilisateur a le RI plus 10%, il faut un rapport et sinon, il a droit à l'aide médicale. Mais ce n'est pas le cas dans tous les CPAS. C'est un critère qui lui est propre. Deux personnes ont estimé qu'il fallait des **justificatifs médicaux pour les personnes qui ont des revenus plus élevés, mais pas pour les autres**. C'est le reflet d'une autre pratique, à nouveau. Un autre participant explique que pour délivrer l'AMU plus d'un mois, l'AS a besoin de savoir sur quelle base, donc avoir un certificat médical. Un participant a rappelé qu'en Belgique, certaines personnes viennent pour faire du shopping médical.

---

<sup>78</sup> Voy. le site du SPP IS : <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/loi-du-2-avril-1965-relative-la-prise-en-charge-des-secours-accordes-par-les-cpas>

<sup>79</sup> Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale, *M.B. du 05/08/1976, p. 9876. Err. : M.B. du 26/11/1976, p. 15027.*

C'est pourquoi les justificatifs médicaux sont souvent nécessaires. Le ministère fera une contre-enquête pour vérifier qu'il y a vraiment nécessité de soins.

## Décalage entre CPAS et Fedasil

Un participant rapporte que le CPAS **renvoyait les personnes vers Fedasil** il y a quelques années. Pour les familles avec enfants à charge mineurs en séjour illégal, le CPAS doit leur faire signer des documents par rapport au retour dans un centre Fedasil, qui interviendra avec une aide médicale et matérielle. Toutefois, ils sont en droit de refuser, et c'est ce qu'ils font tous dans la pratique. Ce participant explique qu'un usager avait accepté une fois de passer par cette procédure, mais pour finir il est revenu vers le CPAS, tellement celle-ci était complexe (tel papier à donner, à telle heure, pour tel rendez-vous, etc.). La personne a abandonné et préféré rester en Belgique.

## Délivrance des médicaments et certificats

L'entièreté des participants ont expliqué que des **relevés pharmaceutiques** étaient demandés pour connaître le coût que les médicaments représentent. Les pharmacies délivrent ceci gratuitement. Pour le certificat, par contre, **un rapport est souvent fait par le médecin** qui fait une demande d'aide médicale au CPAS pour cette personne. Cependant, **certains CPAS ne demandent pas de justificatifs médicaux des médecins**. Pour un participant, si la personne veut se faire soigner dans un hôpital non IRIS et qu'il a besoin d'un réquisitoire, il faut une demande du médecin. Il s'agit ici de **divergences de pratiques par rapport aux instructions du CSSS, qui elles-mêmes proviennent de différences de politiques des inspecteurs du SPP IS : un CPAS n'étant pas contrôlé de la même manière qu'un autre**.

## Recommandations du groupe 2

### Contraintes de l'harmonisation : pas de nivellement vers le bas !

Selon les participants, **la réalité démographique et les types de publics différents d'une commune à l'autre engendrent des politiques différentes**. Les CPAS en tant que service de proximité ciblent une population, il faut en tenir compte.

S'il est dit à tous les CPAS de faire la même chose, mais que cela fait **un nivellement vers le bas**, l'équilibre choisi pour une harmonisation engendrera des différences entre un CPAS qui a plus de moyens qu'un autre. On donnerait beaucoup moins pour les usagers qu'ils n'ont actuellement. **La grille budgétaire serait beaucoup moindre dans certaines communes moins riches. Harmoniser en interne les CPAS, c'est mieux qu'harmoniser l'accessibilité**. Ce sont les procédures administratives qui doivent s'accorder entre CPAS. Les procédures sont liées au budget, donc ça pourrait niveler vers le bas.

Déjà au sein même d'un CPAS, il est assez complexe d'harmoniser les pratiques. Donc, pour avoir une harmonisation au niveau de la région, il faudra un regard assez pointu. Les visions, les approches, les conceptions sont différentes.

## Propositions

Il a été demandé aux participants de donner leur avis sur ce qu'il faudrait harmoniser comme pratiques et/ou politiques à l'avenir, étant donné les échanges qui ont eu lieu. Voici les propositions qui ont émané de ceux-ci :

1. **Harmoniser la possibilité d'accès aux hôpitaux.** Ne pas renvoyer des personnes qui sont habituées à aller vers un hôpital, dans un autre. Certains hôpitaux privés ont demandé des conventions avec les CPAS, et ce sont des bonnes mesures. Parfois, les réquisitoires passent facilement, mais pas toujours, cela varie d'un hôpital à l'autre. Il faut éviter les soucis de facturation, notamment avec les médecins non-conventionnés.
2. **Harmoniser l'accès aux soins de santé par rapport aux réquisitoires et aux cartes santé.** Avoir des règles claires et uniformes pour que tout le monde travaille de la même manière notamment dans les mois que couvre la carte médicale et sur le type de cartes médicales données.
3. **Instaurer une attestation d'aide médicale urgente commune pour tous les CPAS.**
4. **Permettre aux AS de pré-remplir les attestations d'aide médicale urgente, avant le rendez-vous chez le médecin.** Certaines données sont manquantes lorsque c'est le médecin qui complète le document.
5. **Faire en sorte que tous les hôpitaux attribuent le tarif INAMI.**
6. **Prise en charge des cotisations mutuelles par tous les CPAS, même rétroactivement.** Tout le monde ne veut pas aller à la CAAMI.
7. **Partage de données par les CPAS, notamment au niveau des PIIS.** Ce serait bien de faire une continuité en cas de déménagement. Il faut parfois refaire tout à zéro, si l'autre CPAS ne veut pas envoyer le PIIS déjà réalisé dans l'autre commune.
8. **Optimaliser et harmoniser MédiPrima,** en faire un outil unique, et tendre vers l'annulation du système papier. Les fiches d'identification avec les photos des personnes donnent accès aux soins de santé, mais autant en faire des cartes à puce AMU. Certains CPAS ont déjà une carte à puce, autant faire en sorte que tous les CPAS le fassent.
9. **Harmoniser les pratiques d'analyse de l'état de précarité.** Avant de prendre des mesures, il faut savoir à quelles problématiques elles doivent répondre, au niveau régional. Objectiver le système d'analyse de la précarité.
10. **Harmoniser l'interprétation, avoir une lecture commune pour les cas types d'utilisateur.** Par exemple, octroi d'une carte médicale conjointe au RI. La carte santé devrait directement être octroyée aux personnes qui perçoivent le RI au taux isolé (et non cohabitant, cela devrait rester à analyser par l'enquête sociale). Avoir une lecture commune, une interprétation unique.
11. **Prise en charge des CPAS au niveau des assurances privées** pour couvrir les frais dentaires, hospitaliers, etc. Assurer tout le monde à 100%. Les assurances privées pourraient peut-être donner une couverture plus large que les mutuelles. Aujourd'hui, 99% de la population belge est affiliée à une mutualité. Il faudrait une augmentation des remboursements au niveau des mutualités pour le 1% de personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle que gèrent les CPAS.

## Conclusion enquête qualitative

Les deux groupes de recherche participative se sont réunis à chaque fois pour une journée et demie, accompagnés d'une animatrice et de deux chercheurs. En tout, ce sont 14 CPAS qui ont été représentés, sur 19 dans la région. Les participants avaient des positions hiérarchiques différentes dans chaque groupe et ceux-ci mêlaient également des grands et des petits CPAS à chaque fois (en termes de nombre de bénéficiaires).

Les deux groupes de la recherche participative ont mené à des débats différents basés sur des récits extrêmement divergents, bien que l'on puisse néanmoins tirer quelques traits de comparaison. Les deux groupes mettent en lumière le contrôle versus l'aide sociale, et la difficulté de jongler entre les deux par les AS. Ceux-ci ont en effet la double casquette. Quand le groupe 1 présente une plus grande flexibilité du Comité pour des situations connues (occupation de sans-papiers) ou exprime l'inquiétude qu'un service de facturation épiluche les prescrits médicaux, le groupe 2 met en évidence l'humain dans toutes les politiques du CPAS. L'AS a sa propre vision, le Comité aussi, bien qu'il y ait des lignes de conduite. Cette vision est par ailleurs déterminée par l'enquête sociale qui doit correspondre aux demandes du Ministère. A ce propos, les deux groupes ont épinglé la charge administrative de plus en plus importante demandée à l'AS. Le groupe 1 précise que le helpdesk du SPP IS donne des réponses différentes sur les mêmes questions. Le groupe 2 explique qu'il y a transfert de matières fédérales vers les CPAS, qui complexifie le travail de l'AS (notamment sur les médicaments D pris à charge sur fonds propres par les CPAS).

Toujours en rapport avec l'humain et l'AS, le groupe 2 insiste sur le fait que l'AS travaille dans un cadre précis (la déontologie en rapport avec la loi de juillet 1976) mais qu'en qualité d'humain, il a sa propre perception des choses et tente au mieux de mettre l'équité de traitement comme condition fondamentale. Pourtant, il y a une certaine subjectivité dans l'institution. L'AS n'a pas le dernier mot (c'est l'AS en chef, qui émet parfois un avis négatif sans le consulter, ou le Comité) alors qu'il connaît mieux le dossier. Ce groupe a néanmoins mis en avant des procédures de consultations et de débats entre responsables (Président, Secrétaire, Chef AS et autres AS), qui permettent de rencontrer l'équité entre les différents dossiers. Ces pratiques sont intéressantes et peut-être que les CPAS devraient être mobilisés pour travailler de la sorte.

Le premier groupe appelle de ses vœux une meilleure collaboration entre les prestataires de soins et les CPAS. Certains membres estiment qu'il n'est pas de la responsabilité du CPAS de contrôler les certificats médicaux, qu'il faut faire confiance en les médecins, mais ne sont pas tous d'accord avec cette vision des choses. D'ailleurs, tous les CPAS ne demandent pas de rapports médicaux, faute de d'avoir un médecin-conseil pour les analyser. Ce groupe parle aussi un certain laxisme des médecins avec des certificats de complaisance, ou bien avec des prescriptions de médicaments en trop grand nombre. A noter que la prescription électronique permettra bientôt aux médecins de voir ce qui a été prescrit par leurs confrères, et à limiter les abus dans ce genre.

MédiPrima est vu par les deux groupes comme un logiciel pouvant aider à affirmer l'octroi de droits pour les bénéficiaires et à accélérer le traitement des demandes, mais est confronté à ce jour à des problèmes informatiques importants. Les groupes se montrent favorables à l'ouverture du logiciel aux médecins et pharmaciens. Cependant, lorsqu'une carte médicale est ouverte dans un autre CPAS, il faut la fermer pour pouvoir ouvrir le droit dans le nouveau CPAS compétent. Le premier groupe exprime ses difficultés à suivre cette procédure, bien que la liste des personnes ressources de la Fédération des CPAS Bruxellois finisse par être d'une grande aide. De plus, certains CPAS doivent faire passer la demande de fermeture de la carte médicale MédiPrima devant le Comité, alors que dans d'autres CPAS, l'AS responsable peut s'en charger, ce qui rend plus fluide la procédure (moins d'attente

du bénéficiaire et charge administrative limitée pour le CPAS compétent). Enfin, les hôpitaux ne voient pas toujours les décisions inscrites par les CPAS dans le logiciel.

Le choc des cultures revient dans les deux groupes et la barrière de la langue. Il y a difficulté à savoir quelle maison médicale suit la patiente dans le premier groupe, alors que le deuxième groupe prend une autre bénéficiaire de l'aide médicale urgente pour traduire ce que la personne demande, par manque de traducteur. Plus largement, le deuxième groupe exprime les divergences de point de vue par rapport au bagage de la vie des personnes : savoir quel est leur possibilité pour le futur et leur volonté d'agir (ils sont "invisibles du système"). Il y a aussi la difficulté pour ces personnes de se rendre aux rendez-vous, ce qui nécessite une souplesse de l'AS, mais certains CPAS refusent de prendre en charge des personnes qui se présentent sans rendez-vous.

Par rapport aux recommandations des deux groupes, on peut déceler quelques similitudes. Pour commencer, les deux groupes ont exprimé leurs craintes d'une harmonisation, s'il fallait se calquer sur les CPAS qui octroient moins de droits que le leur. Une harmonisation doit élever les droits des usagers par un nivellement vers le haut. Par ailleurs, une harmonisation des pratiques en interne est également nécessaire.

La première recommandation commune concerne l'attestation d'aide médicale urgente. Les deux groupes se montrent favorable à en faire une identique pour tous les CPAS, pour éviter l'aller-retour des usagers du médecin vers le CPAS et faciliter le travail administratif.

Ensuite, les deux groupes se montrent favorables à l'ouverture des droits pour tous les hôpitaux pour autant qu'ils tarifient selon la nomenclature INAMI.

Enfin, les deux groupes estiment que les cartes santé ou médicales devraient être similaires et pourraient être ouvertes à certains types de bénéficiaires automatiquement, surtout ceux disposant du RI ou ERI au taux isolé. Ils se montrent d'accord pour harmoniser les documents : cartes santé, réquisitoires et faire en sorte que les CPAS travaillent de la même manière pour éviter que les personnes se sentent démunies en changeant de commune et doivent tout recommencer comme démarches. L'un des groupes précise d'ailleurs que la continuité du droit doit être une ligne de conduite : si une personne bénéficie d'un remboursement pour certains soins dans un CPAS et qu'elle change d'adresse et de CPAS, celui-ci devrait lui maintenir le droit jusqu'à la clôture de l'enquête sociale. Par ailleurs, les deux groupes demandent une harmonisation des documents mais pas des procédures en interne (évaluation de l'état de besoin), qui relève toujours de l'autonomie des CPAS.

Pour conclure, il y a des possibilités d'harmonisation des procédures, mais tant en interne des CPAS que les uns par rapport aux autres. En effet, au sein même des CPAS se retrouve une "subjectivité dans l'institution" qui est dénoncée mais qui, selon eux, peut être améliorée par la mise en place d'une cellule AMU, de réunions et par le regroupement des AS sur des plateaux plutôt que dans des bureaux séparés, afin de mieux communiquer sur les dossiers. On voit bien le décalage entre la parcellisation des services, et la volonté de tracer des lignes de conduite communes pour les usagers. Quant aux procédures d'harmonisation des pratiques entre CPAS, il y a des propositions très intéressantes et, selon la volonté politique, pas trop difficiles à mettre en place, notamment :

- Une attestation AMU commune à tous les CPAS.
- Renforcer le travail avec les hôpitaux privés, qui doivent tarifier INAMI.
- Des documents identiques (cartes médicales, cartes santé, réquisitoires, bons pharmaceutiques) à tous les CPAS, disponibles sur un site internet.
- Ouverture de MédiPrima à tous les prestataires de soins et les usagers.
- Liste de « qui fait quoi » des CPAS mise à jour sur un site internet.

## Conclusion générale

Aujourd'hui, le message est clair : il faut tendre à l'harmonisation des pratiques et politiques des CPAS en matière de soins de santé. La demande émane de la COCOM, qui finance de cette étude, des CPAS eux-mêmes (par la Fédération des CPAS Bruxellois, commanditaire de l'étude), des médecins (FAMGB), des pharmaciens (UPB) et du milieu associatif (Médecins du Monde, etc.). La parole des usagers est traitée dans deux documents importants, à savoir le livre blanc de la FAMGB et le petit livre vert de Médecins du Monde. Ces deux rapports montrent une complexité des pratiques à entreprendre, noyant l'utilisateur dans un dédale administratif et procédurier. Les médecins expliquent leurs désarrois face aux procédures à mener, les associations témoignent d'une violence institutionnelle.

Cette étude a pour objet de mettre en avant les principes fondamentaux sur lesquels il est possible de se mettre d'accord entre CPAS pour régler ces problèmes. Il faut tendre à une harmonisation vers le haut et non à un dénivellement par le bas. Autrement dit, il faut prendre connaissance des pratiques les plus avantageuses pour l'utilisateur et les harmoniser, tout en laissant de côté celles qui peuvent poser un problème de cohérence, de compréhension ou de coût pour le bénéficiaire ou ouvrir moins de droits que ceux qu'il possède aujourd'hui dans telle ou telle commune.

Cette étude montre que tendre vers une harmonisation des pratiques n'est pas simple, parce qu'elle se joue à plusieurs niveaux. La réglementation, d'une part, vient mettre une double casquette aux agents des CPAS (à différents niveaux de la hiérarchie), consistant à offrir aux personnes réputées indigentes un droit à l'aide sociale dont une forme peut être l'accès aux soins, tout en respectant les prescrits légaux : le contrôle du respect de l'enquête sociale, le contrôle de la loi du 2 avril 1965 délimitant le CPAS compétent, et le contrôle de la loi du 7 juillet 1976 sur les compétences et l'autonomie des CPAS. Le fait de l'aide sociale, d'autre part, n'est pas un élément structurel mais se base sur l'humain, la jurisprudence et la déontologie de l'assistant social à un moment donné, étant donné plusieurs facteurs (nombre de dossiers, enquête sociale, turnover, burn-out, visites à domicile, difficulté de rencontrer certains publics sans-papiers ou européens, etc.).

Il ressort de l'étude quantitative qu'il existe une forme d'harmonisation des pratiques des CPAS en matière de soins de santé. En effet, ceux-ci prennent en charge le ticket modérateur leurs usagers en ordre de mutuelle et le tarif INAMI pour les autres. De plus, la plupart des CPAS prennent même en charge un montant plus large, notamment la liste de médicaments D de la Fédération des CPAS Bruxellois, et, parfois, avec accord du Comité, des suppléments (exemple : le lait pour nourrisson). En outre, la majorité des CPAS ouvrent le droit directement pour les personnes disposant du RI ou du ERI, étant donné que ceux-ci disposent de revenus sous le seuil de pauvreté. La majorité des CPAS octroient une carte médicale ou de santé (couvrant frais médicaux et pharmaceutiques) pour leurs bénéficiaires, mais les documents sont tous différents. Les divergences de pratiques entre CPAS sont nettement plus vives au sujet des frais pharmaceutiques (utilisation de cartes ou de bons pharmaceutiques, paiement d'une partie de la facture par le patient par boîte de conditionnement ou gratuité, possibilité de se rendre directement à la pharmacie après avoir vu le médecin généraliste ou bien nécessité de repasser au CPAS, etc.).

En outre, les CPAS ont souvent recours soit à des conventions, soit à des agréments ou à des documents d'information octroyés aux médecins généralistes, mais qui ne comportent pas toutes les mêmes clauses (sauf quelques incontournables tels que la tarification tiers-payant, l'ouverture du DMG, les délais d'envoi de facture, etc.). Tous les CPAS travaillent tant avec les hôpitaux IRIS qu'avec les hôpitaux privés, mais privilégient tout de même le passage par les hôpitaux publics. Cependant, le libre choix du patient est préservé par tous les CPAS, pour autant que le tarif appliqué par l'hôpital soit celui de l'INAMI, sans suppléments d'honoraires. Une des divergences entre CPAS est le fait de permettre

au médecin généraliste de faire des réquisitoires pour leurs patients, afin qu'ils puissent se rendre vers le spécialiste directement.

Tout au long de l'enquête quantitative, nous avons tenté de trouver des corrélations entre fonctionnement des CPAS et pauvreté de la population, taille du CPAS (en nombre de bénéficiaires) ou encore localisation du CPAS (croissant pauvre de Bruxelles ou communes plus aisées), quasiment sans en trouver. Les pratiques différentes se sont développées surtout, il semblerait, au fil des politiques en place (élément conjoncturel).

Cette enquête reflète bien, dans le volet qualitatif, le fait que les agents des CPAS apprennent des choses entre eux, dans le but de se comprendre, s'écouter, se réunir et se concerter. Afin d'atteindre ce partage d'expériences, il convient de mettre en place des plateformes. Bien que la tension social-contrôle soit omniprésente, les normes et les échanges entre professionnels peuvent l'atténuer. Plusieurs CPAS permettent ces échanges au sein des CPAS, en organisant des réunions entre assistant social (AS) et Comité ou entre AS et Responsables de service social, ou encore en plaçant les AS dans les mêmes bureaux. Il reste néanmoins la présence de facteurs (méthode de calcul du disponible, enquête sociale, contrôle du ministère...) qui pourraient entraver l'harmonisation des pratiques et des politiques des CPAS.

Cette enquête a montré que le « cas par cas », c'est-à-dire l'évaluation dossier par dossier par l'assistant social à un moment donné du parcours du bénéficiaire, provoque d'un côté des inégalités de traitement, mais d'un autre côté, il permet de prendre en compte la situation au moment même où la demande d'aide est émise. Cette analyse individuelle doit dans tous les cas être préservée. Certains publics bénéficient d'emblée des moyens financiers moindre entraînant un accès aux soins plus limité alors qu'ils pourraient bénéficier plus rapidement de l'aide du CPAS. Par exemple, certains CPAS octroient une carte médicale à tous les bénéficiaires du RI ou du ERI ou de 110% du RI ou du ERI.

Il ressort de l'enquête que le dialogue et la collaboration entre les assistants sociaux et les médecins et pharmaciens s'avère crucial. C'est par le dialogue que les CPAS et les prestataires de soins peuvent accélérer l'octroi du droit. Une pratique intéressante est celle de pouvoir laisser le choix au médecin généraliste de renvoyer directement la personne vers le médecin spécialiste pour autant qu'il facture INAMI ou qu'il soit conventionné, par exemple. Dans ce cas, le parcours du bénéficiaire est alors plus simple la prise en charge plus rapide. Seulement, peu de CPAS le permettent. Afin de remédier à ce blocage, l'élaboration d'une convention commune entre médecins, pharmaciens et CPAS peut être faite et pourrait intégrer une clause permettant ce trajet de soins.

Pour avancer vers une harmonisation, il faut mettre en place une stratégie. Etant donné les facteurs structurels des CPAS, établis au fil du temps, il convient de s'accorder sur les modalités de l'accès aux soins, telle la création d'une carte médicale commune aux 19 CPAS, plutôt que de s'attarder sur un travail portant sur l'ouverture du droit, comme la manière de calculer le disponible. Une autre piste de solution consisterait à se focaliser sur les types de bénéficiaires, afin de faciliter l'accès aux soins à certains d'entre-eux (nous pouvons songer aux bénéficiaires du RI, aux sans-abris, etc.) sans que cela ne soit fait préjudiciable aux personnes se trouvant juste au-dessus des conditions émises. La piste incitative est également une option. Les CPAS qui opteraient pour une base harmonisée de pratiques bénéficieraient d'une subvention spécifique.

Les facteurs conjoncturels sont importants, dans la mesure où les CPAS sont confrontés à des publics différents évoluant au cours du temps, mais l'harmonisation des pratiques ne semble pas pour autant incontournable. Si la stratégie consiste à se mettre autour de la table en vue d'une similarité des outils entre CPAS sans néanmoins toucher à la manière avec laquelle ils sont octroyés, un début d'harmonisation peut se faire. Par exemple, une convention avec les médecins généralistes, qui soit

identique pour tous les CPAS, serait envisageable puisqu'elle ne dépend pas de facteurs conjoncturels mais bien structurels (condition d'octroi du CPAS, parcours pour l'accord du Comité et délais d'octroi, etc.).

Notons qu'il y a des mécanismes contre-productifs par rapport à l'harmonisation. Par exemple, le travail de l'AS est soumis à la réglementation sur laquelle il n'a pas d'emprise, et qui touche à « l'humain », avec ses propres rapports à l'environnement et au vécu : le Comité spécial de service social a sa part de subjectivité, tout comme l'AS. Il faut se demander jusqu'à quel point peut-on dépasser ces mécanismes. Une autre difficulté concerne les contrôles du SPP IS qui sont très importants, tant pour l'ambulatoire que pour le milieu hospitalier. Ce sont des injonctions supérieures, qui sont perçues ou estimées par les acteurs du CPAS (du Comité, vers le Chef de service et vers l'AS). Au sein du CPAS, l'AS doit gérer l'articulation entre l'injonction ou ce qui est perçu comme injonctif et qui donne à voir dans les modalités d'application. Comment cela se passe-t-il ? Qui arbitre ? Qui rectifie ? Les acteurs le disent à demi-mot. Si la hiérarchie permet de cadrer l'ensemble du processus, il reste néanmoins une perte de temps dans l'octroi des soins. Elle réduit la part de subjectivité autant que possible. Il faut cependant, dans ces rapport entre l'AS et le chef de service ou le Comité, se demander à partir de quel moment l'injonction peut provoquer des effets de conflits de loyauté (ex : réglementation).

Notons pour finir que derrière cette idée d'harmonisation se pose également la question de la simplification administrative pour les CPAS : permettre aux CPAS de jouer leur rôle social plutôt que d'être préoccupés par des exigences administratives complexes. Un réel travail de fonds, dans des matières sociales, est indispensable. Pour ce faire, l'harmonisation des pratiques peut aider mais n'est pas une solution exclusive, le cas par cas, « l'aide sur mesure », restant nécessaire dans certaines situations, comme nous l'avons précisé ci-avant. Une stratégie basée sur l'individu et sa situation à un moment donné, pouvant laisser à une personne disposant de revenus plus ou moins élevés, par exemple, de se faire aider si la facture est trop importante compte tenu des soins à payer. Il est erroné de croire qu'harmonisation rime avec automatisation, « l'aide sur mesure » doit exister pour les CPAS et perdurer puisque toute situation de vie mérite d'être soutenue, à différents moments, pour différentes raisons, dans différentes durées... et le manque de dignité humaine n'est pas résumable à une catégorie de bénéficiaires. Harmoniser doit servir mieux la population et non moins bien.

Il nous appartient aujourd'hui de nous mettre d'accord sur les pistes de solutions essentielles afin de tendre vers une harmonisation des pratiques. En priorité, nous pouvons énoncer les mesures suivantes :

- Réaliser une attestation AMU uniforme pour tous les CPAS bruxellois ;
- Faire des conventions communes entre les CPAS et les médecins généralistes et entre les CPAS et les pharmaciens ;
- Des documents identiques (cartes médicales, cartes santé, réquisitoires ou bons pharmaceutiques) à tous les CPAS, disponibles sur un site internet.
- Permettre au bénéficiaire de se rendre chez n'importe quel médecin conventionné (INAMI) de Bruxelles ;
- Uniformiser le prix à payer par boîte de conditionnement en pharmacie (idéalement gratuit)
- Elaborer une convention avec les hôpitaux privés reprenant les clauses indispensables pour qu'une prise en charge soit faite par les CPAS ;
- Ouverture de MédiPrima à tous les prestataires de soins et les usagers.

En résumé, comme cité par Bruno Vankelegom, Directeur de chez Forest Quartiers Santé, au sujet des structures hébergeant un public sans-abri et précarisé et de la réorganisation du social-santé à

Bruxelles, « ces différents modèles ne s’opposent pas : *“aucune offre ne se suffira à elle-même. Aucun modèle ne sera bon pour toujours et dans tous les cas. Et quel que soit le modèle, on ne pourra se passer du travail en réseau là où il faut se débrouiller parce qu’il n’existe pas de réponse”*»<sup>80</sup>.

## Lexique

AM	Aide Médicale
AMI	Assurance Maladie Invalidité
AMU	Aide Médicale Urgente
AS	Assistant social
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CAMU	Certificat/Attestation d’Aide Médicale Urgente
CAS	Conseil de l’Action Sociale
CM	Carte médicale (couvrant uniquement les frais médicaux)
CS	Carte santé (couvrant les frais médicaux et pharmaceutique et parfois de certains spécialistes)
CSSS	Comité Spécial du Service Social
ERI	Aide équivalente au revenu d’intégration
HIS	Hôpitaux IRIS Sud (Etterbeek-Ixelles, Bracops, Molière et Etterbeek-Baron-Lambert)
IRIS	Hôpitaux publics : CHU Brugmann (sites Horta, Paul Brien, Reine Astrid), CHU Saint-Pierre, réseau HIS (sites Etterbeek-Ixelles, Bracops, Molière, Etterbeek-Baron-Lambert), l’Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, Institut Jules Bordet.
MEJ	Moyenne économique journalière (loyer moins charges divisé par le nombre de personnes dans le ménage et 31 jours)
MG	Médecin généraliste
PIIS	Projet Individualisé d’Intégration Sociale
R	Réquisitoire : il s’agit d’un engagement de prise en charge par un CPAS délivré préalablement à l’hospitalisation ou à une consultation
RI	Revenu d’intégration
TM	Ticket modérateur de la mutuelle

## Textes légaux

Loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS

Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d’action sociale

Circulaire du 25.10.2010 sur l’enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l’arrêté ministériel du 30 janvier 1995.

A.R. 01.12.2013 relatif aux conditions minimales de l’enquête sociale établie conformément à l’article 9bis de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS (M.B. 14.3.2014)

Circulaire du 14.3.2014 portant sur les conditions minimales exigée dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l’intégration sociale et dans le cadre de l’aide sociale accordée par les CPAS et remboursée par l’Etat conformément aux dispositions de la loi du 2.4.1965.

<sup>80</sup> Dans : S. DEVLESAVER, avec A. WILLAERT, pour le CBCS asbl, interview de B. VANKELEGOM, « Réorganiser le social-santé à Bruxelles : oui, mais comment ? », mai 2019.

# Bibliographie

BUREAU FÉDÉRAL DU PLAN ET SPF ECONOMIE, PME, CLASSES MOYENNES ET ENERGIE, 2018, « Perspectives démographiques 2016-2060. Population et ménages », p.2.

DEVLESAVER, S, WILLAERT, A, 2019, pour le CBCS asbl, interview de VANKELEGOM, B, « Réorganiser le social-santé à Bruxelles : oui, mais comment ? ». Lien : <https://cbcs.be/Reorganiser-le-social-sante-a-Bruxelles-oui-mais-comment>

DE KEERSMAEKER, M-L., 2018, « Observatoire des loyers de la Région de Bruxelles-Capitale. Enquête 2017 », SLRB-BGHM, p.63. Lien : <http://slrb.brussels/sites/website/files/pages/slrb-obsloyer-enquete2017-fr-web.pdf>.

DOBERFROIT, D, DAUVRAIN, M, KEYGNAERT, I, DESOMER, A, KERSTENS, B, CAMBERLIN, C, GYSEN, J, LORANT, V, DERLUYN, I, 2015, « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? », KCE Reports 257Bs, p.8.

ENGLERT, M., LUYTEN, S., FELE, D., MAZINA, D., MISSINE, S., 2018, *Baromètre Sociale, Rapport sur l'état de la pauvreté 2018*, p.48.

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTE BRUXELLOIS, 2015, *Le droit à la santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale*, FAMGB, Livre blanc, pp.19-24.

LA STRADA, 2019, *Cinquième édition du dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale*, Lien : <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/publications-la-strada/393-cinquieme-edition-du-denumerement-des-personnes-sans-abri-et-mal-logees-en-rbc>

LIEVEN, A, CLOSON, J-P, CLOSON, M-C, HEYMANS, I, LAGASSE, R, MENDES, E, DA COSTA, MOUREAUX, C, ROCH, I, 2008, « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE reports 85B, Health Services Research (HSR), p.149.

MÉDECINS DU MONDE, 2014, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Wolters Kluwer Belgium SA, Bruxelles, pp.53, 54, 66, 134.

MISSINE, S., LUYTEN, S, 2018, « Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? », Observatoire de la Santé et du Social, pp.6-8.

RASSEMBLEMENT BRUXELLOIS POUR LE DROIT À L'HABITAT, 2019, « Le Baromètre du logement », RBDH. Lien : [http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/rbdh\\_barometre\\_du\\_logement.pdf](http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/rbdh_barometre_du_logement.pdf)

SERVICE PUBLIC FEDERAL DE PROGRAMMATION INTEGRATION SOCIALE, 2019, « Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995 », SPP IS, disponible sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be).





# FÉDÉRATION DES CPAS BRUXELLOIS

BRULOCALIS, ASSOCIATION VILLE & COMMUNES DE BRUXELLES