



Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

Steunpunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

RÔLE DE LA CARTE MÉDICALE
ET DES MAISONS MÉDICALES
DANS L'ACCÈS AUX SOINS
DES PERSONNES PAUVRES
ET PRÉCARISÉES

Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

www.luttepauvreté.be

Février 2014

Contenu

Introduction.....	3
Témoignages : De l'importance des cartes médicales et des maisons médicales	5
La carte médicale.....	7
1. État des lieux.....	7
1.1 Définition et contexte	7
1.2 Usage par les CPAS.....	9
2. Accès aux soins	11
2.1 Avantages.....	11
2.2 Pratiques intéressantes	13
2.3 Obstacles	15
2.4 Points d'attention	17
3. Le projet MediPrima	18
3.1 Définition et phasage	18
3.2 Attentes et craintes.....	19
3.3 AMU.....	20
Les maisons médicales.....	25
1. Définition et caractéristiques.....	25
2. Accès des personnes pauvres et précarisées	27
2.1 Accessibilité financière	27
2.2 Accessibilité sociale.....	27
2.3 Accessibilité géographique.....	31
3. Insuffisance de l'offre.....	31
3.1 Saturation et manque	31
3.2 Réponses politiques	33
Conclusion	37
ANNEXES	40
ANNEXE 1 : Bibliographie	41
ANNEXE 2 : Liste des entretiens réalisés	45

Introduction

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (ci-après « Le Service ») évalue l'effectivité des droits fondamentaux des personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables¹. Le droit à la protection de la santé fait partie de ces droits. Le Service organise pour ce faire des concertations entre des associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, des CPAS, des interlocuteurs sociaux, des professionnels de divers secteurs, des administrations. Sur la base de ces travaux, il formule des recommandations destinées aux responsables politiques, en vue de restaurer les conditions d'exercice des droits fondamentaux.

Le Ministre-Président de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Rudy Demotte et la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances, Eliane Tillieux ont demandé au Service de répondre aux deux questions suivantes :

« Le dispositif de carte médicale, expérimenté par plusieurs villes du pays, et le projet MediPrima, porté par le Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale (SPP IS) sont-ils une réponse appropriée pour faciliter l'accès aux soins, accès qui est sensible au niveau de vie et qui se dégrade depuis quelques années ? Faut-il densifier le réseau des associations de santé intégrée ? » (Ci-après désignées par les termes 'ASI' ou 'maisons médicales').

Pour y répondre, le Service a réalisé entre octobre et novembre 2013 une trentaine d'entretiens avec des associations dans lesquelles des personnes pauvres ou précarisées se reconnaissent, des organisations travaillant dans le domaine de la santé, des CPAS, des Relais santé, des Fédérations de maisons médicales, ainsi que les Fédérations de travailleurs sociaux de CPAS en Wallonie et en Flandres². Nous remercions ici l'ensemble des personnes qui ont participé au processus de réflexion. Cette note se concentre sur la situation en Wallonie. Le Service évoque cependant la situation et les pratiques dont il a eu connaissance en Région de Bruxelles-Capitale et en Flandre lorsque celles-ci sont susceptibles d'alimenter la réflexion en Wallonie. Le Service s'est de plus appuyé sur les constats effectués lors des réunions de concertation sur la protection sociale organisées dans le cadre de la rédaction de son rapport bisannuel 2012-2013³.

¹ La mission légale du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale est définie dans l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté, Moniteur belge des 17 novembre 1998 et 10 juillet 1999.

² La liste de ces entretiens se trouve en annexe.

³ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Protection sociale et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques, Rapport bisannuel 2012-2013*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

Trois témoignages ont été insérés en introduction car ils illustrent le rôle que peuvent jouer la carte médicale et les maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes précarisées.

Une bibliographie thématique non exhaustive, qui reprend les documents transmis par les acteurs concertés, est annexée à la note.

La première partie de cette note concerne le dispositif de carte médicale. Nous commençons par rappeler ce qu'est une carte médicale et nous attirons l'attention sur le fait qu'elle peut être fort différente d'un CPAS à l'autre, en termes de durée de validité, de prestations couvertes, de conditions d'octroi. Nous identifions aussi des critères qui incitent les CPAS à faire usage ou non d'une telle carte (1). Nous entrons ensuite dans le vif du sujet, à savoir le rôle de la carte médicale par rapport à l'accès aux soins. Nous évoquons la plus-value d'une telle carte, quelques pratiques intéressantes en la matière mais aussi les difficultés rencontrées. Deux droits fondamentaux - le respect du secret médical et le libre choix du prestataire de soins - qui risquent d'être mis à mal par la pratique de la carte médicale sont abordés (2). La troisième partie est consacrée au projet MediPrima et aux conséquences attendues de celui-ci en termes d'accès aux soins. L'aide médicale urgente (AMU) occupe actuellement une place particulière dans ce projet, raison pour laquelle elle fait l'objet d'un point particulier (3).

La deuxième partie de cette note concerne le réseau des maisons médicales. Après avoir brièvement défini ce qu'est une maison médicale et quelles en sont les principales caractéristiques (1), nous abordons la question centrale de l'accès des personnes pauvres et précarisées à ces structures : quelles sont les spécificités des maisons médicales qui favorisent l'accès aux soins des personnes défavorisées (2) ? Nous évoquons ensuite le problème de l'offre – insuffisante – de maisons médicales, tant en termes de constats que de réponses politiques (3). En guise de conclusion, nous présentons les pistes de réflexion identifiées avec les organisations rencontrées (4).

Témoignages : De l'importance des cartes médicales et des maisons médicales

Les trois témoignages suivants, recueillis par le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, dans le cadre des travaux de son groupe santé et par deux fédérations de médecins généralistes⁴, illustrent le rôle des cartes médicales et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées.

Virginie était bien soignée lorsqu'elle a eu accès à une carte médicale et à une maison médicale, la perte de ces deux dispositifs a constitué un recul significatif dans l'accès aux soins :

« A 18 ans, en stage d'attente, je touchais le Revenu d'Intégration du CPAS à Bruxelles. Par ce biais, j'étais détentrice d'une carte médicale me donnant accès à un médecin généraliste, un pharmacien et un hôpital de référence. Tout était inscrit sur la carte médicale et je ne devais rien avancer pour mes soins, tout était pris en charge au travers de la carte. L'accès à la santé était facilité, notamment pour ma tendinite au bras. Avec peu de moyens disponibles, je ne devais pas puiser dans le peu d'argent que j'avais. Je me soignais régulièrement, avec un meilleur suivi, une plus grande attention aux symptômes, je n'attendais pas trop longtemps pour appeler le médecin. C'était en dehors des frais de tous les jours alors forcément on fait beaucoup plus attention à soi !

Une fois sortie du CPAS car j'avais droit au chômage, j'ai perdu la carte santé et je me suis moins soignée. J'ai obtenu un travail à mi-temps mais je n'avais toujours pas les moyens de me soigner.

J'ai ensuite travaillé en ALE, technicienne de surface mais j'ai dû arrêter sur ordre du médecin de la mutuelle. Ma santé s'est petit à petit détériorée notamment au niveau articulaire. Quand j'avais trop mal, j'allais aux urgences et à chaque fois c'était un diagnostic différent sans réel soin par rapport à la cause du problème articulaire. Je n'avais pas de dossier médical. Le frein principal, c'était avancer l'argent de la consultation, je ratais donc volontairement mes rendez-vous chez le rhumatologue car je n'avais pas les 37 euros. Je pratiquais l'automédication. Cela a duré des années.

J'ai enfin pu m'inscrire en maison médicale au forfait, les consultations étant gratuites, j'ai été suivie à nouveau correctement et c'est ainsi qu'en 2008, on a diagnostiqué que je souffrais de fibromyalgie.

Après mon déménagement vers le logement social disponible, j'ai dû quitter la maison médicale car dans ma nouvelle commune, il n'en existait pas. J'ai donc à nouveau connu une période difficile pour me soigner. Aujourd'hui, j'ai un médecin traitant qui applique le tiers payant. Cela améliore nettement l'accès aux soins. Une confiance s'est installée, je sais que je peux consulter chez lui sans grever mon budget. Le principal frein reste d'accéder aux médicaments, aux spécialistes comme le

⁴ Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP), (2011). *Note de travail sur la carte santé*, non publiée, reproduite avec la permission du RWLP que nous remercions ici et Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Regards Croisés (2010). *Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté. Contribution externe d'Hippocrate, coupole qui réunit la Fédération des médecins généralistes francophones de Bruxelles (FAMGB) et le Brusselse Huisartsenkring (BHAK), accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS- le point de vue des médecins généralistes de terrain.*

rhumatologue et aux soins annexes. Les piscines chaudes, la kiné sont des traitements inaccessibles qui pourtant soulageraient mes douleurs. Neuf séances de kiné par an sont remboursées dans le cas de ma maladie. Mais, j'en ai besoin de neuf par mois, alors que faire les 11 mois suivants ?

La maladie est un cercle vicieux. Elle m'empêche de travailler à cause de la douleur et elle est aggravée par ma situation économique. 15 ans après, c'est toujours la même chose car ma santé ne me permet pas de travailler à temps plein. Je n'ai toujours pas les moyens de la soigner ou d'être soulagée. Je suis une maman seule avec 3 enfants. Je fais les choix d'une maman qui pense d'abord à ses enfants, ma santé passe ensuite. Je préfère souffrir et prendre des Dafalgans que de voir mes enfants avoir faim. Cela, c'est exclu. »

Solange est bien suivie en maison médicale. L'accès à une carte médicale lui aurait cependant également permis de payer les médicaments dont elle se prive :

« Je m'appelle Solange, je vis seule et j'aurai 69 ans cette année. Depuis mes 50 ans, je dispose d'un revenu de la mutuelle suite à un accident sur le chemin du travail. Depuis lors, je n'ai plus retrouvé d'emploi étant invalide à plus de 60%. Maintenant je suis pensionnée, je touche une petite pension. En y ajoutant la GRAPA (Garantie de revenu aux personnes âgées), j'arrive à 880€ par mois. Quand j'ai payé mon loyer, qui est de 450 euros et les factures fixes, il resterait à payer une alimentation équilibrée car je souffre de diabète, et tous mes soins de santé. Je dois souvent choisir entre mal manger et me soigner.

Bien que mon statut OMNIO diminue le coût des soins, je paie jusqu'à 100 euros de médicaments par mois. J'ai accumulé au fil des années, en plus de ma sciatique, des problèmes cardiaques dont une angine de poitrine, une tension élevée, du cholestérol, du diabète, de l'arthrose. J'ai besoin de médicaments coûteux comme les anti-inflammatoires et parfois non remboursés comme les antidouleurs. Ces 5 dernières années, j'ai dû être hospitalisée trois fois pour mon cœur. Les factures mêmes réduites sont un poids parfois insurmontable pour mon budget. Je devrais aller chez le dentiste et me faire mettre une prothèse. Temporairement je m'en prive car cela serait impossible à assumer.

Mon alliée depuis 9 ans, c'est la maison médicale. Je suis très bien suivie et c'est pris en charge par la mutuelle. Autrement, me soigner je ne saurais pas. En plus du très bon suivi médical, je suis comprise, accompagnée, orientée pour mes soins. Malgré tout, il m'arrive de ne pas pouvoir acheter mes médicaments. De plus, à cause du diabète, je devrais suivre un régime alimentaire strict. Je dois souvent faire l'impasse sur cette obligation qui pourtant risque d'aggraver ma situation. Ma santé, je la préserve du mieux possible, je garde le moral, c'est finalement lui mon meilleur allié.»

Victor et sa mère auraient aussi pu bénéficier d'une carte médicale

Victor, âgé de 18 mois, a de la fièvre depuis plus de vingt-quatre heures. Sa mère élève seule ses deux enfants et dépend d'un CPAS qui n'utilise pas de carte médicale. Il y a moins d'une semaine, son aîné était malade. Elle n'a plus les moyens d'avancer les frais médicamenteux. Quels sont ses choix ? Se rendre au CPAS et faire la file à 7H du matin en compagnie de ses enfants malades !

La carte médicale

1. État des lieux

1.1 Définition et contexte

La carte médicale est une des formes que peut prendre l'aide sociale octroyée par le CPAS pour permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine⁵ ; l'accès aux soins est un élément constitutif de celle-ci.

Le législateur a introduit des limitations à l'aide sociale dispensée aux étrangers en situation irrégulière : ils ne peuvent bénéficier de l'aide sociale que sous la forme de l'Aide Médicale Urgente (AMU). En 2012, il a été décidé que les ressortissants de l'Union européenne n'avaient plus droit ni à l'aide sociale ni à l'AMU pendant les trois premiers mois de leur séjour en Belgique⁶.

Les CPAS attribuent des réquisitoires et des bons médicaux pour garantir l'accès aux soins ; certains octroient des cartes médicales.

Une carte médicale est un document attribué par le CPAS à l'utilisateur qui donne accès à des soins de santé et/ ou pharmaceutiques à son bénéficiaire pendant une durée déterminée. Cette carte est aussi appelée 'carte santé' ou 'carte pharmaceutique' par certains CPAS en fonction du degré et type de prestations couvertes. Nous utiliserons le terme de carte médicale de manière générique malgré la diversité des politiques de carte médicale des CPAS et les dénominations variées.

Le titulaire de cette carte ne doit donc plus demander de réquisitoire ou de bon médical ni l'autorisation systématique du CPAS pour la prise en charge financière de chaque prestation de soins et/ou médicaments. Une fois que la décision de prise en charge du CPAS a été prise pour une période et des prestations déterminées, le bénéficiaire de la carte médicale, ainsi que le prestataire de soins ont la garantie que les frais médicaux seront payés pour tout ou partie.

Chaque CPAS choisit librement de recourir ou non au dispositif de carte médicale. Chaque CPAS détermine également le contenu de la prise en charge des frais de santé ainsi que les bénéficiaires de la carte. Certains CPAS interviewés ont même mis en place plusieurs dispositifs de carte médicale recouvrant des prestations et des catégories de personnes différentes.

Une carte médicale peut être délivrée pour un traitement limité dans le temps, pour des prestations et dépenses médicales prévisibles et répétées, par exemple dans le cadre d'une grossesse ou d'une

⁵ Article 1er de la loi organique des CPAS, 1976.

⁶ Le législateur a, par le biais de la loi du 19 janvier 2012 modifiant la législation concernant l'accueil des demandeurs d'asile (Moniteur belge du 17 février 2012) qui modifie aussi la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS, utilisé la faculté offerte aux Etats membres de l'Union européenne d'exclure le citoyen de l'Union et les membres de sa famille du droit aux prestations d'assistance sociale. Voir aussi Circulaire du 28 mars 2012 relative au citoyen de l'UE et aux membres de sa famille : modifications des conditions d'ouverture du droit à l'aide sociale, Moniteur belge du 17 avril 2012.

affection particulière. Il est aussi possible d'attribuer une carte médicale de manière périodique, de façon préventive⁷, sans lien avec un traitement en cours, sur la base de la difficulté d'accès aux soins des personnes pauvres ou précarisées et des conséquences économiques et sanitaires des reports de soins⁸. A titre d'exemple, des CPAS mentionnent sur la carte médicale la possibilité d'accéder à un médecin généraliste et à un planning familial, ou de bénéficier de vaccinations, d'exams radiographiques pulmonaires et de dépistage de maladies infectieuses.

Pour octroyer une carte médicale, les CPAS établissent des conventions avec certains prestataires de soins et de médicaments pour définir une politique d'accès aux soins de santé (privilégier la délivrance de génériques, ouvrir le dossier médical global, etc.) et établir les modalités de remboursement des frais de soins avec les prestataires de soins.

Au-delà de la question du dispositif de carte médicale que soutiennent dans leur majorité les acteurs interviewés, tous s'accordent sur le fait qu'il est fondamental de renforcer l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et l'ensemble des politiques qui préviennent en amont la dégradation de l'état de santé et les inégalités sanitaires et sociales. Au sein du système de soins, les acteurs interrogés préconisent de manière préférentielle le renforcement des mesures universelles plutôt que la multiplication de mesures spécifiques pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité. Les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent que le Service a rencontrées insistent sur ce point.

L'extension graduelle du tiers payant automatique à tous les patients, chez tous les prestataires de soins, le renforcement de la sécurité sociale et la hausse du revenu d'intégration, un remboursement plus large de certains frais hospitaliers, ainsi que l'accroissement de l'offre de maisons médicales (parmi d'autres dispositifs de soins primaires) ont l'avantage de faire bénéficier tout le monde d'un accès plus aisé aux soins, sans obliger les personnes pauvres et précarisées à recourir au CPAS.

L'aide sociale octroyée par le CPAS est en effet parfois complexe à mobiliser. Y recourir est, selon des associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, « chronophage et énergivore ». Une demande d'aide implique notamment de révéler, parfois de manière répétée, ses problèmes de santé. L'aide sociale ajoute des démarches administratives aux démarches médicales, souvent déjà lourdes à mener pour des personnes malades et précarisées. Elle est parfois vécue par les personnes pauvres et précarisées comme stigmatisante et comme un obstacle à l'accès direct aux dispositifs de soins. L'aide sociale et le dispositif de carte médicale n'en restent cependant pas moins de l'avis de tous et faute d'alternative, une garantie fondamentale et indispensable d'accès aux soins pour un grand nombre de personnes pauvres et précarisées.

⁷ Ensemble n°70, février 2011, « *La santé, un luxe pour les pauvres ? Un simple souci d'équité et de saine gestion* » (p.52) et « *Une régression sociale qui pénalise les plus vulnérables* » (p.56) et VVSG (2006). *Medische Kaart, De betalingsverbintenis voor medische kosten van OCMW-cliënten*.

⁸ 15% des personnes reporteraient l'accès aux soins, cf. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013), *op.cit.*

1.2 Usage par les CPAS

Portée du dispositif

Le Service de lutte contre la pauvreté a demandé aux 589 CPAS de Belgique s'ils utilisaient une carte médicale. 223 CPAS, soit 38% des CPAS ont répondu à notre enquête. 80 CPAS (soit 36% des répondants) ont répondu appliquer une forme de carte médicale - dont 18 en Wallonie, 15 en Région de Bruxelles- Capitale⁹ et 47 en Flandre. 143 CPAS ont répondu ne pas l'utiliser. Cela ne signifie cependant pas que ces CPAS (ainsi que les CPAS n'utilisant pas de carte médicale n'ayant pas répondu) n'interviennent pas dans la prise en charge financière de soins de santé, mais que ces interventions n'ont pas été décidées ou formulées dans le cadre d'une politique définie de carte médicale.

Il y a de grandes différences dans la durée de validité des cartes médicales accordées, dans les actes médicaux pris en charge, dans les données qui figurent sur la carte et dans les conditions d'attribution. Généralement, les critères d'attribution retenus sont à la fois financiers, médicaux et sociaux. Globalement, ce sont surtout les bénéficiaires du revenu d'intégration qui en bénéficient. Les personnes ayant un revenu du travail n'en bénéficient généralement pas, sauf lorsque leurs revenus sont insuffisants pour couvrir d'importants frais médicaux. Le CPAS peut également décider de critères complémentaires pour l'attribution de la carte : habiter la commune de façon permanente, gravité de la maladie, récurrence des soins nécessaires et chronicité de la maladie, situation sociale particulière (dettes, enfants, etc.)¹⁰. La diversité des pratiques des CPAS en matière d'aide à l'accès aux soins suscite l'incompréhension des usagers des CPAS, qui voient parfois cet accès diminuer, quelques fois de manière drastique, lors de déménagements d'une commune pratiquant une carte médicale vers une commune qui ne la pratique pas, comme l'illustrent les témoignages en introduction de cette note. De nombreux acteurs concertés demandent l'harmonisation vers le haut des politiques d'aide sociale des CPAS, dont les politiques de carte médicale¹¹. Le recours à un dispositif de carte médicale respectueux des droits fondamentaux et couvrant des prestations adaptées aux besoins individuels contribue à cette harmonisation par le

⁹ Pour une étude de la situation à Bruxelles, datée mais dont des constats restent valides, cf. Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2001). *Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers. Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique*, Bruxelles et Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Parlement Bruxellois (13 juillet 2002). *Résumé de la table ronde « Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne »*.

¹⁰ Chaoui Mezabi, Dounia (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*. Université de Liège et Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2001), *op. cit.*

¹¹ RWLP (2011), *op. cit.* et Lutte Solidarité Travail, La main dans la main, n°259, mai/juin 2008, *La carte santé, une nouveauté au CPAS de Namur* ainsi que ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles et ATD Quart Monde (2000). *Pour en finir avec les inégalités sociales de santé, Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000*, Projet Santé Culture Quart Monde, avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles.

haut. Ce dispositif peut permettre en effet tant l'accessibilité à la première ligne de soins, aux traitements médicamenteux qu'aux examens complémentaires et aux avis spécialisés lorsque cela est nécessaire.

Les CPAS wallons rencontrés choisissent souvent de limiter leur politique de carte médicale à certains publics et à certaines prestations, quitte à ensuite évaluer si une extension de public ou des prestations couvertes est envisageable. La carte médicale devient ainsi un instrument qui permet d'accroître progressivement les catégories de personnes ou prestations couvertes en fonction du retour d'expérience acquise par le CPAS. La période pour laquelle la carte médicale est attribuée est également un élément essentiel.

Avec la crise, les CPAS ont de moins en moins tendance à attribuer d'office et de manière large et préventive des cartes médicales à des personnes à faible revenu telles que les bénéficiaires du revenu d'intégration ou équivalent ou les personnes bénéficiant de la GRAPA¹². Les CPAS et les Relais Santé témoignent tous de l'augmentation, depuis la crise, des demandes d'aide sociale médicale de personnes qui auparavant recouraient peu au CPAS.

Critères

Nos entretiens montrent que le choix d'un CPAS de recourir à une carte médicale dépend :

- du besoin d'harmoniser et de simplifier ou accélérer les pratiques et démarches des travailleurs sociaux confrontés à un nombre important de demandes dans des communes urbaines défavorisées, voire de prévenir l'apparition de ces demandes au CPAS dans le cadre de politique d'attribution préventive à des personnes déjà bénéficiaires de l'aide sociale ;
- de la présence sur le territoire communal de demandeurs d'asile accueillis en Initiative locale d'accueil (ILA), de sans-papiers, présence qui favorise le recours à la carte médicale ;
- de la présence au sein du service social ou du Conseil du CPAS de médecins ou responsable de service disposant d'une vision politique globale en matière sanitaire ;
- de la taille de la commune, des communes rurales réglant les relations entre prestataires de soins et usagers du CPAS de manière informelle parfois sans difficulté apparente. Des associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent signalent cependant que cela peut accroître la crainte de la stigmatisation et donc la non-demande d'aide;
- de la capacité du CPAS à mettre en place un projet et dispositif de carte médicale.

Les CPAS rencontrés témoignent en effet que le processus de mise en place d'une politique de carte médicale prend du temps. Il requiert la mobilisation du personnel déjà fort sollicité et de ressources spécifiques. Ce processus peut être accéléré en recourant à des documents types préexistants¹³. La carte médicale, une fois instaurée, permet au CPAS d'éviter la multiplication des démarches administratives liées à l'émission répétée de réquisitoires et bons médicaux et les assistants sociaux peuvent se concentrer sur la prise en charge sociale des personnes.

¹² Assemblée Réunie de la Commission communautaire commune- Compte rendu intégral- Commission des affaires sociales- session 2010-2011, C.R.I COMP (2010-2011), n°17.

¹³ Medimmigrant (2006). *Aide Médicale Urgente pour personne en séjour illégal, manuel pour des collaborateurs de CPAS et les prestataires de soins.*

La mise en œuvre d'une carte médicale par le CPAS de La Louvière illustre les différentes étapes de ce processus. Ce CPAS a inscrit son projet de carte médicale dans l'axe 'accès aux soins et lutte contre les assuétudes' du Plan de Cohésion Sociale (PCS) 2009-2013¹⁴ et dans son diagnostic communal de cohésion sociale, établi en partenariat avec des prestataires de soins et abris de nuit. Il a obtenu à ce titre des subventions régionales pour le salaire et les frais de fonctionnement d'une chargée de projet 'carte pharmaceutique'. Celle-ci a étudié les pratiques en cours au sein du CPAS de La Louvière en matière d'accès aux soins. Elle a comparé les pratiques de différents CPAS en matière de carte médicale (Charleroi, Liège, Namur, Molenbeek Saint- Jean) pour ensuite formuler un projet local de carte médicale. Elle a rédigé puis négocié des conventions avec les prestataires de soins locaux, puis, après validation du projet par le Conseil du CPAS, a effectué sa mise en œuvre et son suivi, en interne et en externe.

2. Accès aux soins

2.1 Avantages

La mise en place d'une politique locale de carte médicale simplifie l'accès aux soins des bénéficiaires. Cela permet aussi à terme de faire des économies, bénéfiques tant pour l'utilisateur, le CPAS que le système de protection sociale en général¹⁵.

La carte médicale évite les tracasseries administratives tant pour le bénéficiaire que pour le prestataire de soins. Il n'est par exemple plus nécessaire que le bénéficiaire se rende systématiquement au CPAS avant et pendant l'accès aux soins. Cela représente un avantage pour les personnes malades qui se déplacent difficilement, dont les personnes âgées ou malades chroniques et élimine des frais de transports. Ceux-ci constituent encore trop souvent un obstacle à l'accès aux soins, plus particulièrement en zone rurale, pour des personnes qui vivent dans la pauvreté ou la précarité.

En l'absence de carte médicale, une personne dont les moyens financiers et l'énergie quotidienne sont largement consacrés à répondre aux besoins primaires, n'a plus la possibilité d'avancer l'argent nécessaire pour un médicament ou une consultation. Elle se prive donc souvent d'une visite chez le médecin ou des médicaments prescrits. Cette sous-consommation détériore son état de santé et augmente le coût ultérieur de la prise en charge, qui sera souvent hospitalière, aggravant ainsi le risque d'endettement de la personne malade. Celle-ci devra alors recourir de manière répétée au

¹⁴ Cf. Page Internet *Plan de cohésion sociale des villes et communes de Wallonie (PCS)* de la Direction interdépartementale de la Cohésion sociale, consultée le 29/11/2013. http://cohesionsociale.wallonie.be/spip/rubrique.php3?id_rubrique=173

¹⁵ Le CPAS de Liège a quantifié les économies réalisées du fait de la carte médicale auprès des personnes en situation irrégulière.

CPAS ainsi qu'aux urgences, pour des symptômes relevant pourtant initialement du dispositif de soins primaires¹⁶.

Un Relais Santé illustre les conséquences de l'absence de carte médicale par deux situations :

- le coût du traitement (consultation et médicaments) d'une pharyngite pour une personne sans abri bénéficiant d'une carte médicale et d'une consultation en maison médicale à l'acte est de 37€. En l'absence d'accès à ces dispositifs, et donc traitée tardivement, l'affection peut dégénérer en bronchite puis en pneumonie et nécessiter des examens spécialisés et éventuellement une hospitalisation (dont le coût journalier est de 600€) ;

- un ulcère de la jambe, pathologie fréquente chez une personne diabétique sans abri, non traité à temps, risque d'entraîner une amputation, et une dépendance permanente au régime d'assurance invalidité.

Les craintes liées à la prise en charge des frais disparaissant avec la carte médicale, les personnes sont davantage enclines et motivées à aller se soigner en temps voulu. La carte médicale contribue donc rapidement au sentiment de sécurité de ses bénéficiaires et à leur bien-être, tant moral que physique. Elle prévient les phénomènes de report de soins et de sous-consommation médicale humainement et financièrement préjudiciables pour tous. Selon le CPAS de Liège, elle réduit le recours aux soins secondaires, aux urgences et à des examens et consultations de spécialistes injustifiés, donc les coûts et les craintes des CPAS liés à une éventuelle 'surconsommation'. Le Rapport général sur la pauvreté faisait déjà écho à un constat similaire établi lors de l'évaluation de l'expérience de carte santé du CPAS de Charleroi¹⁷.

Les CPAS orientent souvent les patients vers des médecins et pharmaciens ou autres prestataires de soins avec lesquels ils ont signé une convention de collaboration ; certains acceptent aussi de conventionner les prestataires proposés par la personne, le CPAS de Molenbeek Saint- Jean et de Schaerbeek, par exemple. Nos entretiens révèlent que ces conventions peuvent améliorer l'accès aux soins lorsque celles-ci respectent le libre choix du prestataire de soins et permettent l'accès à des soins adaptés aux besoins individuels.

Des CPAS interviewés recommandent aux médecins généralistes conventionnés - voire les obligent - à prescrire des médicaments bon marché lorsque cela est médicalement possible, à ouvrir un Dossier Médical Global et à appliquer le tiers-payant. Cela diminue les coûts pour le bénéficiaire de la carte médicale et pour le CPAS.

¹⁶ HERSCOVICI Anne, PAULUS Monique, FLEURY Yohann, VANDERSTRAETEN André (2010). *La limitation du droit à la carte médicale à Ixelles : une régression en matière de prévention et d'accès aux soins de santé*.

¹⁷ ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges - section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994), *op. cit.*, p. 136.

2.2 Pratiques intéressantes

Certaines conventions établies par des CPAS interviewés prévoient une couverture large de prestations prises en charge. Certaines prévoient explicitement l'accès aux maisons médicales et à certains plannings familiaux (à Bruxelles)¹⁸.

La carte médicale délivrée par le CPAS de Schaerbeek couvre la période nécessaire à la demande d'assurance auprès d'une mutuelle si la preuve de cette demande est fournie ; elle couvre aussi la période de régularisation de la situation pour un ancien indépendant.

A Bruxelles, le fait d'accorder le remboursement des médicaments (catégorie D) inclus dans la « liste médicaments CPAS» (élaborée en collaboration avec les CPAS, la Fédération des Pharmaciens de Bruxelles, Iris et la FAMGB) permet une prise en charge précoce de la pathologie et évite le recours ultérieur à des médicaments ou soins plus coûteux. Cette liste, régulièrement actualisée¹⁹, comprend également des médicaments utilisés en médecine préventive²⁰. Les médicaments inclus dans la liste D des 19 CPAS bruxellois devraient selon certains acteurs de la concertation, pouvoir être reconnus par l'ensemble des CPAS comme une aide médicale prise en charge sur fonds propres, au même titre que les médicaments remboursés par l'INAMI²¹. A titre d'exemple, les antipyrétiques indispensables pour lutter contre la fièvre chez le jeune enfant ne sont pas remboursés par l'INAMI²².

Nos entretiens montrent qu'un certain nombre de CPAS en Wallonie, en Flandre et dans la Région de Bruxelles-Capitale²³ ont déjà repris cette liste, telle quelle ou modifiée en concertation ou non avec le médecin conseil et les prestataires de soins locaux. Certains médicaments ont été remplacés par des génériques. Des prestataires de soins locaux souhaitent participer à la définition et à l'actualisation régulière des listes de médicaments pris en charge par les CPAS car ils sont concernés au quotidien par la modification de ces listes²⁴.

Des acteurs interviewés plaident pour que les CPAS, dans le cadre de l'attribution d'une carte médicale, prennent également en charge, en complément des médicaments de la liste D, les soins et médicaments²⁵ pris en charge par Fedasil et énumérés dans l'arrêté royal du 9 avril 2007²⁶. Ceux-ci

¹⁸ Entr'aide des Marolles (2013). *Vadémécum de l'aide médicale à la ville de Bruxelles*.

¹⁹ <http://www.conferencedes19cpas.irisnet.be/index.php?z=4&perma=Medic>, consultée le 10/12/2012.

²⁰ Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006), *op. cit.*

²¹ Entr'aide des Marolles (2013), *op.cit.*

²² Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2010), *op.cit.*

²³ La liste D non modifiée serait d'application dans 16 des 19 CPAS Bruxellois.

²⁴ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, (2010), *op. cit.* Et Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Parlement Bruxellois (13 juillet 2002), *op. cit.* ou Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006), *op. cit.*

²⁵ Cf. page Internet de New in Town, consultée le 17/12/2013 pour une liste précise de ces soins et prestations: <http://www.newintown.be/fr/indexaction=faqcategorie&faqcategorie=381&parent=380.html>

sont en effet considérés comme nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine, même s'ils ne sont pas remboursés par l'INAMI. Le lait en poudre, uniquement en cas d'allaitement problématique médicalement justifié, en fait partie²⁷. Des CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ont fait un pas en ce sens en le remboursant sur fonds propres, y compris dans le cadre de leur carte médicale.

Des CPAS interviewés attribuent la carte médicale dans le cadre d'une collaboration régulière ou de conventions entre prestataires de soins, Relais Santé et organisations qui travaillent avec des personnes pauvres et précarisées. C'est le cas à Liège où la relation entre Relais Santé et CPAS est très étroite. A Bruxelles, une collaboration entre l'association Infirmiers de rue et le CPAS permet l'attribution de manière souple et adaptée d'une carte médicale à des personnes sans abri ou non, dont certaines sont en difficulté psychologique. L'accès aux soins de ces personnes est fortement compromis si elles ne disposent pas d'une carte médicale. Les difficultés psychologiques et les conditions de vie rendent en effet impossible l'inscription dans le processus de demandes répétées de réquisitoires. Les travailleurs sociaux de l'association facilitent aussi et maintiennent la relation entre le CPAS et la personne concernée lorsque cela s'avère nécessaire (explication et médiation).

La prise en charge financière de la première consultation médicale par le CPAS et la transmission rapide des premiers éléments d'enquête sociale au CPAS par le prestataire de soins, le Relais Santé ou une association, prévue dans une convention ou dans un accord de collaboration, facilitent, selon certains, l'accès rapide aux soins. La pratique du CPAS de Namur illustre cela. La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles et une association de lutte contre la pauvreté mentionnent cependant le fait que les médecins n'ont pas vocation à remplir l'enquête sociale et les formulaires liés mais que cela relève de la compétence du CPAS.

Les CPAS rencontrés ne prennent généralement pas en charge, dans le cadre de la carte médicale, l'accès direct aux soins secondaires et aux spécialistes, afin de ne pas 'court-circuiter' le dispositif de soins primaires et d'éviter d'accroître des demandes de soins spécialisés médicalement inappropriées. La possibilité, accordée par certains CPAS de se rendre directement dans un réseau hospitalier, augmente, selon la FAMGB et certains CPAS, le nombre d'examen spécialisés médicalement injustifiés dans le cadre d'une prise en charge non globale de la personne.

La FAMGB recommande par contre, dans le cadre des politiques de carte médicale, d'accorder la possibilité pour les généralistes conventionnés par le CPAS d'émettre des 'réquisitoires' pour un rendez-vous avec un spécialiste, automatiquement pris en charge par le CPAS. Cette pratique, en vigueur à Bruxelles pour le réseau hospitalier IRIS mais également dans d'autres CPAS wallons rencontrés, a pour avantage le respect du secret médical vis-à-vis du service social et l'orientation rapide vers la deuxième ligne en fonction de critères médicaux²⁸. La traçabilité et le paiement des

²⁶ Arrêté royal du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

²⁷ Vie Féminine, *L'égalité pour changer : L'aide médicale urgente* consultée le 04/10/2013. <http://www.viefeminine.be/spip.php?article2701>

²⁸ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, (2010). *Op.cit.*

'réquisitoires du médecin' sont assurés par le biais de carnet papiers avec des doubles envoyés au CPAS au Wallonie ou par voie électronique via le dispositif SYNCHRO en Région de Bruxelles-Capitale, ce que permet également le dispositif MediPrima.

La demande de prise en charge automatique par le CPAS des médicaments délivrés par le spécialiste suite à une orientation par le médecin généraliste conventionné par le CPAS a été exprimée durant les entretiens menés par le Service.

A Anvers, le Centre pour l'intégration *de Acht* a co-développé, en coopération avec le CPAS, une base de données accessible par Internet '*Op weg naar de huisarts*' ('En chemin vers le médecin généraliste') afin de faciliter l'orientation des personnes pauvres et précarisées, dont les bénéficiaires d'une carte médicale, vers le système de soins primaires. Cette base de données contient les coordonnées de tous les médecins généralistes ainsi que des informations sur le fait qu'ils soient conventionnés ou non, qu'ils appliquent ou non le tiers-payant. Grâce à cette base de données, les travailleurs sociaux du CPAS - et à terme potentiellement des hôpitaux ou d'autres travailleurs sociaux - orientent les personnes vers un médecin généraliste de proximité. Ils peuvent également prendre contact avec le généraliste et aider la personne à prendre rendez-vous. Certaines personnes interviewées souhaitent que, dans l'avenir, tous les hôpitaux et postes médicaux de garde, parfois situés à proximité du service des urgences, utilisent ce type de base de données.

2.3 Obstacles

Procédure

La procédure d'octroi de l'aide sociale n'est pas toujours transparente. Selon des personnes interviewées, elle varie parfois d'un assistant social à l'autre au sein d'un même CPAS, en l'absence de politique d'harmonisation interne. Cela ne facilite pas la connaissance de leurs droits par les bénéficiaires potentiels. La mise en place d'un dispositif de carte médicale par le CPAS oblige celui-ci à clarifier et harmoniser en interne les procédures d'octroi. Des acteurs interviewés soulignent la nécessité d'avoir un référent spécialisé carte médicale / AMU au sein du CPAS pour harmoniser les pratiques d'attribution de l'aide sociale en interne et en externe comme c'est le cas au CPAS de Molenbeek Saint-Jean et délivrer aux personnes une information correcte sur leurs droits.

Il est souvent difficile pour la personne sollicitant la carte médicale de prouver la réalité de la récurrence de frais médicaux et d'en chiffrer le montant, alors que la décision d'octroi de la carte médicale, selon plusieurs associations proches des personnes pauvres, se fonde souvent sur ce type d'informations. Celles-ci recommandent que soit pris en considération, de manière souple, le revenu réel de la personne, après prise en compte de l'ensemble des charges, y compris médicales. La prise en compte des ressources, après paiement du loyer, semble juste mais encore faut-il voir à quelle hauteur est fixé le plafond de revenus. De plus, ce critère d'attribution de la carte médicale peut aboutir à exclusion du bénéfice de celle-ci les personnes sans abri, mal logées (payant un faible loyer mais pour un logement parfois insalubre alors que le logement est un déterminant essentiel de l'état de santé) ou sans hébergement stable. Une telle exclusion ne facilite ni l'accès aux soins, ni la constitution d'une épargne permettant de 'sortir de la rue' ou du mal logement.

Les délais de réponses dans certains CPAS entraînent parfois des interruptions dans l'accès aux soins, lorsque la carte médicale doit être renouvelée. Les assistants sociaux du CPAS de Gand ont la possibilité de délivrer une carte médicale temporaire pendant la période d'enquête sociale sur l'état de besoin ou l'assurabilité de la personne. Le Conseil de l'aide sociale du CPAS avalise toujours par la suite ces cartes temporaires, mais peut décider d'y mettre fin pour l'avenir.

Information

Les procédures de demande d'une carte médicale sont souvent mal connues des personnes qui pourraient en bénéficier et sont parfois complexes ; il est aussi indispensable de fournir rapidement à ceux qui bénéficient d'une carte médicale des explications précises sur l'usage de celle-ci. Pour remédier au déficit d'information, les CPAS de Namur et La Louvière distribuent des guides d'information, édités en plusieurs langues ; ils expliquent les droits et devoirs du bénéficiaire de la carte médicale. Dans le cadre d'un contrat de quartier à Bruxelles²⁹, un vade-mecum expliquant la politique d'aide sociale et en particulier de la carte médicale est distribué à un grand public par le CPAS, des associations et prestataires de soins. Les avantages et conditions d'accès à la carte médicale sont également présentés de manière claire et détaillée sur le site Internet du CPAS de Schaerbeek, ce qui ne permet pas d'atteindre toutes les personnes précarisées, mais constitue déjà une démarche vers plus de transparence³⁰.

Accompagnement

Le CPAS de Charleroi avait déjà identifié la difficulté des bénéficiaires d'utiliser la carte médicale, au cours de son évaluation de l'expérience de carte santé qu'elle menait au début des années '90, et estimé qu'une meilleure information était une réponse nécessaire mais insuffisante : « *Nous constatons aussi que plusieurs familles n'ont pas utilisé la carte qu'elles avaient reçue : par mauvaise information ? Par refus, par peur de stigmatisation ? Dans les premières expériences de la carte-santé en France, celles du Fonds d'Action santé de Nancy, on y a étudié le problème de la non-utilisation de la carte et cela a mis en évidence l'importance du système d'accompagnement. Si le nonaccès aux soins a été vécu sur une longue durée, un droit formel est insuffisant. L'accompagnement est coûteux, mais indispensable si on veut que le droit devienne effectif. A Besançon, ils ont constaté que quelqu'un qui n'avait pas l'habitude de pouvoir se faire soigner avait besoin de six mois avant qu'il ne puisse s'intéresser à ses problèmes de santé, et encore six mois avant qu'il arrive à se faire soigner. Il faut arriver d'abord à un changement d'attitudes mentales.*³¹ »

²⁹ Entr'aide des Marolles (2013), *op.cit.*

³⁰ http://www.guidecass.be/spip.php?page=fiche_chapitre&recherche=&id=15&theme_id=15&fiche_id=165&chap_id=166&lang=fr, consultée le 10/01/2014.

³¹ ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges - section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994), *op. cit.*, p. 137.

2.4 Points d'attention

Respect du secret médical

De nombreux acteurs interviewés ont mentionné les risques de violation du secret médical comme source de réticences des prestataires de soins à l'égard de la carte médicale. Le respect du secret médical par les prestataires de soins et le CPAS doit selon eux faire l'objet d'attention tout au long de la procédure. Des CPAS rencontrés (Molenbeek Saint Jean, La Louvière) recourent au justificatif médical ou à l'échange d'informations entre prestataires de soins et médecin conseil du CPAS afin de respecter le secret médical, en conformité avec les recommandations de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)³².

Liberté de choix

Les conventions des CPAS établies dans le cadre de la carte médicale peuvent de fait restreindre la liberté de choix du prestataire de soins par les personnes bénéficiant d'une carte médicale. Si le CPAS oriente la personne vers un autre prestataire de soins que celui par qui elle préfère être soignée³³, elle peut contester l'orientation du CPAS sur la base du droit au libre choix du prestataire de soins³⁴. Les personnes demandant de l'aide aux CPAS sont trop peu informées par ceux-ci de ce droit.

Le maintien de la relation de confiance entre le patient et le prestataire de soins et la continuité des soins sont essentiels, en particulier en cas de suivi de pathologies chroniques, d'assuétudes et de difficultés psychiatriques. La connaissance de la situation psycho-médicosociale du patient rend en outre moins nécessaires les examens complémentaires et les avis spécialisés.

Certains CPAS rencontrés établissent des conventions avec tous les pharmaciens et médecins de leur commune, tout en demandant au bénéficiaire de la carte médicale de choisir un pharmacien / médecin unique. Ils prennent en charge, via la carte médicale, les dépenses du pharmacien de garde ou des services de garde médicale, y compris sur les communes limitrophes, en cas d'urgence médicalement justifiée.

Des associations engagées avec des personnes pauvres demandent que les CPAS reconnaissent par convention, de manière souple, les prestataires de soins proposés par le bénéficiaire de la carte médicale, voire reconnaissent l'ensemble des médecins et spécialistes conventionnés INAMI sur le territoire de la commune, comme cela se pratique à Schaerbeek.

³² Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB), F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006). *Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles- Capitale, une utopie ? Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS, Livre blanc*. Et Medimmigrant (2006), op.cit.

³³ Medimmigrant (2004). *Libre choix du prestataire de soins pour les patients dépendant du CPAS*.

³⁴ Tribunal de 1ère instance de Bruxelles, RG 98/231/A et RG98/237, Hôpital Saint- Etienne c. CPAS de Saint-Josse Ten- Noode : Refus illégal de prise en charge du CPAS de prendre en charge des frais avec un hôpital avec lequel il n'a pas de convention.

3. Le projet MediPrima

3.1 Définition et phasage

Le projet MediPrima est porté par le SPP Intégration Sociale. Le but du projet est qu'à terme, il n'existe plus que le système d'assurance obligatoire maladie invalidité et le système MediPrima pour les personnes qui ne sont pas assurées ou pour celles qui sont assurées mais dont les frais de santé ne sont pas prises en charge par l'INAMI mais par le CPAS. Selon le SPP Intégration Sociale, la mise en place de la base de données informatique MediPrima a pour objet, à terme, 'de simplifier, de rationaliser et d'améliorer le traitement de l'aide médicale octroyée à des personnes précarisées par les CPAS au titre de l'aide sociale'. Ce projet s'intègre dans le cadre de la réforme et de l'informatisation du remboursement des frais d'aide médicale octroyée par les CPAS³⁵. Les CPAS alimentent une base de données centrale avec leurs décisions de prise en charge de l'aide médicale.

Les prestataires de santé peuvent (ou pourront dans le futur) consulter cette base de données, qui reliée à la base de données MyCareNet³⁶, pour connaître les modalités de prise en charge financières des soins à donner et l'alimenter par les factures des prestations délivrées pour remboursement. Cette base de données est ultérieurement consultée par les organismes assureurs, la CAAMI et le SPP IS. La CAAMI devient organisme payeur de l'intervention de l'Etat, ce qui signifie que le CPAS ne doit plus avancer le montant de celle-ci .

Le projet MediPrima n'a a priori pas de conséquences sur la possibilité pour les CPAS de prendre des décisions équivalentes à celles octroyant une carte médicale. Le logiciel MediPrima a été développé pour refléter la diversité des pratiques des CPAS en matière de carte médicale. Le CPAS peut mentionner l'existence dans la base de données MediPrima d'une prise en charge des frais dans le cadre d'une carte médicale ou une prise en charge de frais pour une période de temps déterminée, ainsi que l'existence et le contenu de conventions (comme la prise en charge automatique de la première consultation de soins ou autre) dans un champ de texte libre.

Au vu de l'ampleur du projet MediPrima, un phasage a été mis en place:

- première phase : cette phase a débuté le 1^{er} octobre 2013 et concerne l'enregistrement dans la base de données MediPrima et la prise en charge de toutes les factures des établissements de soins relatives aux personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui ne peuvent s'inscrire auprès d'une mutuelle en Belgique (personnes en séjour irrégulier, '9ter' déclarés recevables, demandeurs d'asile en aide financière ou en ILA), tant pour les soins d'hospitalisation que pour les soins ambulatoires dans un établissement de soins. A partir du 1^{er} janvier 2014, tous les hôpitaux devraient utiliser le dispositif MediPrima pour les publics précités. En pratique, les établissements de soins concernés sont en retard dans

³⁵ SPP Intégration Sociale (22/03/2013), *MediPrima La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS*.

³⁶ MyCareNet est une base de données et plateforme centrale accessible par Internet au profit des prestataires individuels et institutions de soins, par laquelle des informations sur l'état de santé d'un patient peuvent être échangées avec les mutualités de manière sécurisée.

le processus d'informatisation. Début décembre 2013, plus ou moins 16 000 décisions ont été introduites dans la base de données MediPrima par 330 CPAS environ, selon le SPP IS.

- phases suivantes : durant l'année 2014, le dispositif MediPrima devrait être étendu à tous les prestataires de soins et tous les demandeurs d'une aide médicale auprès d'un CPAS, en fonction de l'évolution de l'informatisation des différents prestataires. Il s'agira notamment des infirmiers, des pharmaciens, des paramédicaux, des généralistes, des prothésistes, des transporteurs médicaux³⁷. L'objectif est qu'en 2015, tous les assurés bénéficiant d'une décision de prise en charge par le CPAS soient enregistrés dans la base de données MediPrima.

3.2 Attentes et craintes

Il est difficile de tirer des leçons du projet MediPrima à l'heure où cette note est rédigée, du fait du manque d'expérience pratique de la majorité des acteurs concertés et du retard dans la mise en œuvre du projet. Les personnes qui vivent dans la pauvreté ou la précarité n'ont pas de parole sur ce projet qui est un dispositif de 'back office' dont elles ne ressentent pas l'impact. Le Service n'a pu dans ce contexte que recueillir les avancées attendues du projet et les craintes de certains acteurs concernés ; il s'est focalisé sur les conséquences attendues en termes d'accès aux soins de santé des personnes pauvres ou précarisées.

La 'version papier' de la carte médicale et des réquisitoires restera nécessaire tant que l'ensemble des prestataires ne sera pas informatisé et le dispositif MediPrima pas totalement opérationnel³⁸. Cela pourrait prendre du temps. Des acteurs interviewés craignent des retards dans l'application du dispositif MediPrima aux prestataires de soins primaires et par conséquent la coexistence de deux circuits administratifs distincts : l'un informatisé, pour les hôpitaux, pris en charge par la CAAMI ; l'autre, 'papier' géré par les CPAS ce qui pourrait inciter ces derniers à orienter des demandeurs d'aide vers les réseaux hospitaliers plutôt que vers les prestataires de soins primaires.

Les objectifs à terme du projet MediPrima sont globalement bien accueillis par les acteurs familiarisés avec ce projet malgré les difficultés pointées dans la phase de démarrage (technicité, lourdeur des démarches administratives). Plus fondamentalement, la crainte a aussi été formulée qu'à l'avenir, et dans un contexte de renvoi de certains étrangers ayant eu recours à l'aide sociale vers leur pays d'origine, les informations contenues dans ce dispositif ne soient utilisées pour justifier de futurs renvois.

Si MediPrima est principalement perçu pour ce qu'il est, à savoir une base de données, des acteurs concertés, dont le SPP IS, identifient aussi l'impact possible sur l'amélioration de l'accès aux soins:

- le contrôle des factures et des certificats d'AMU par un organisme habilité et compétent en termes de santé (la CAAMI) et non plus par les CPAS, ce qui devrait éviter certaines situations qui

³⁷ Informatisation qui pourrait prendre du temps pour certains prestataires (médecins libéraux hors maisons médicales, infirmières) selon des personnes rencontrées. Les kinésithérapeutes et les pharmaciens appartenant à des groupes seraient déjà informatisés.

³⁸ SPP IS, Circulaire du 24/12/2013, Projet MediPrima phase 1- Situation actuelle en matière d'entrée en vigueur.

risquent de mettre à mal le respect du secret médical ou des erreurs de facturation par les CPAS qui gèrent actuellement une matière très technique ;

- la diminution des délais de remboursement pour les prestataires de soins qui seront en théorie remboursés par la CAAMI dans un délai d'un mois pour la partie Etat, alors qu'ils sont actuellement remboursés parfois extrêmement tardivement par les CPAS (des délais d'un an ont été évoqués, certains CPAS attendant d'être remboursés de la part Etat avant de payer le prestataire). Cela devrait à terme lever un des obstacles à l'accueil de personnes précarisées par certains prestataires de soins et éviter des contentieux entre ceux-ci et le CPAS. Les CPAS devraient trouver plus de prestataires de soins prêts à collaborer. Des acteurs interviewés espèrent cependant que ces délais de remboursement seront tenus et que les moyens seront donnés à la CAAMI pour ce faire ;
- une plus grande clarté quant à la répartition de la prise en charge par l'Etat fédéral et le CPAS du paiement des frais de soins grâce au mécanisme de simulation offert par le dispositif MediPrima;
- la diminution du volume des factures à traiter par les CPAS et la non-avance par les CPAS des frais à charge de l'Etat. Cela devrait contribuer à lever les réticences de certains CPAS à s'engager dans la prise en charge des soins de santé;
- la possibilité de faire courir le délai de remboursement par le SPP IS, 45 jours entre le jour où la prestation médicale a été délivrée et la date de la prise de décision, non plus forcément par le Conseil de l'aide sociale, mais par la personne qui a la compétence déléguée émanant du Conseil (chef de service, médecin conseil du CPAS, etc.). Selon le SPP IS, cela pourrait inciter les CPAS à déléguer davantage les prises de décisions en matière médicale, ce qui accélérerait le délai de réponse du CPAS aux usagers ;

Le dispositif MediPrima devrait permettre à terme aux CPAS de se concentrer sur l'enquête sociale plutôt que sur des démarches administratives et de gestion, selon un CPAS interviewé. Mais des craintes quant à un renforcement des contraintes administratives pesant sur les CPAS par le biais du dispositif MediPrima ont également été exprimées.

3.3 AMU

Depuis le 1^{er} octobre 2013, les CPAS enregistrent dans la base de données MediPrima toutes les factures des établissements de soins relatives aux personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui ne peuvent s'inscrire auprès d'une mutuelle en Belgique (personnes en séjour irrégulier, '9ter' déclarés recevables, demandeurs d'asile en aide financière ou en ILA), tant pour les soins d'hospitalisation que pour les soins ambulatoires dans un établissement de soins.

La Circulaire ministérielle du 14 juillet 2005³⁹ invite les CPAS à utiliser le dispositif de carte médicale pour les bénéficiaires de l'AMU. Des CPAS interviewés utilisent depuis plusieurs années la carte médicale pour les personnes bénéficiant de l'AMU, à Charleroi notamment, depuis 2009.

Des acteurs interviewés ont cependant mentionné que les personnes en séjour illégal rencontrent des difficultés croissantes d'accès à l'AMU et notamment au dispositif de carte médicale.

Obstacles

La preuve de l'identité

Les sans-papiers doivent souvent présenter, dans le cadre de l'enquête sociale permettant l'ouverture de l'AMU, un document d'identité. Des acteurs rencontrés rapportent que certains CPAS refusent d'acter les demandes d'AMU avant que la personne ne présente une preuve d'identité. Or certaines personnes en situation irrégulière n'en disposent pas toujours rapidement et ne souhaitent parfois pas s'adresser à l'ambassade de leur pays d'origine pour l'obtenir, par peur que cela ne facilite leur renvoi vers celui-ci ou ne les pénalise en cas de retour. Le coût et les délais d'obtention d'une pièce d'identité peuvent également constituer un obstacle. L'absence de documents d'identité - certains acteurs signalent que c'est le cas pour d'autres documents aussi - si elle n'est pas justifiée, est parfois considérée comme un « défaut de collaboration » qui aboutit au refus du CPAS d'octroyer l'AMU. Le SPP IS ne rembourse en effet pas les dépenses de l'AMU prises en charge par les CPAS à titre d'avance en l'absence non justifiée de documents d'identité. L'effectivité du droit aux soins est alors remise en cause. Les soins seront prodigués au sein du système hospitalier en cas d'urgence vitale, par Médecins du Monde ou les Relais Santé dans les villes où ils sont présents et organisent des consultations médicales ; ils fourniront aussi des médicaments et échantillons divers, en dehors d'une démarche d'accès aux droits.

La visite à domicile

La visite à domicile du travailleur social du CPAS lors de l'enquête sociale est redoutée par certaines personnes sans papiers qui craignent de signaler leur présence et adresse au CPAS, de peur d'être dénoncée à la police⁴⁰ ou de voir appliquer un taux cohabitant à la personne qui les héberge et qui bénéficie d'allocations. Les CPAS considèrent la plupart du temps qu'il ne s'agit pas d'une cohabitation mais ce n'est pas le cas de tous⁴¹. Les personnes vivant dans un logement insalubre, surpeuplé ou chez des marchands de sommeil craignent également cette visite.

³⁹ Circulaire ministérielle du 14 juillet 2005 relative à l'aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays. *M.B.*, 16 août 2005.

⁴⁰ En vertu de l'article 4 de la loi de 1965 sur la compétence organique des CPAS les données recueillies par le CPAS ne peuvent pourtant être utilisées que pour les fins pour lesquelles elles ont été récoltées.

⁴¹ Cf. Jurisprudences du Trib. Travail de Bruxelles, 15^{ème} chambre, 18/01/2006, X c. CPAS d'Auderghem et 13^{ème} chambre, 29/06/2010, Mme BM c. CPAS d'Anderlecht: le CPAS a diminué illégalement les allocations d'une personne résidant (même temporairement) avec une personne en situation irrégulière en appliquant le

La compétence territoriale

Il est difficile pour des personnes en séjour irrégulier qui sont sans abri de prouver le lieu de leur résidence habituelle. Elles bougent souvent ; les gares, un des lieux dans lesquels elles trouvent refuge, ne se trouvent pas toutes sur une même commune.

L'enquête d'assurabilité

Les CPAS doivent demander à la CAAMI d'initier une enquête sur l'assurabilité dans le pays d'origine de la personne qui demande l'AMU si elle est un ressortissant communautaire (UE) ou ressortissant d'un des Etats repris sur une liste⁴² et qu'elle séjourne en Belgique depuis plus de trois mois et pendant une période ininterrompue de moins d'un an. Les délais de réponse à l'enquête d'assurabilité au pays d'origine sont variables et souvent longs : il faut parfois attendre trois mois avant d'obtenir une réponse du correspondant étranger. En outre, les conditions de protection sociale dans le pays d'origine ne permettent pas toujours de couvrir adéquatement les personnes et dans certains pays la notion d'assurabilité sociale effective n'a aucun sens. Des acteurs rencontrés ont aussi signalé qu'il arrive que le CPAS demande au demandeur d'aide de se rendre à la CAAMI en vue de l'enquête sur l'assurabilité dans le pays d'origine.

Pour les personnes qui demandent l'AMU et ne sont pas ressortissants d'un Etat membre de l'UE ou d'un des Etats figurant sur la liste, une enquête doit être menée pour identifier un éventuel garant ; le CPAS s'adresse pour cela à l'Office des étrangers.

Dans ces conditions, il existe un risque que certains CPAS refusent l'ouverture du droit à l'AMU, afin d'éviter d'avoir à payer sur fonds propres des dépenses alors que la personne était finalement assurable dans son pays d'origine ou qu'un garant pouvait prendre en charge les frais. La réponse du CPAS quant à la prise en charge de la dépense de santé doit en effet être émise dans un délai de 30 jours et la facture transmise au SPP IS dans un délai de 45 jours après la réalisation de l'acte de soins⁴³. Certains CPAS mentionnent également avoir des difficultés à être remboursés par l'assurance des pays d'origine après avoir accordé une aide médicale sur fonds propres en attente de la réponse concernant l'assurabilité au pays d'origine. La capacité de réponse rapide de l'OE et de la CAAMI quant à l'assurabilité est donc importante pour les CPAS.

Pour résoudre cette difficulté, le SPP IS prépare une circulaire sur l'enquête sociale. Lorsque le CPAS a consulté la CAAMI ou l'Office des Etrangers pour enquête d'assurabilité ou de prise en charge par un garant, et en l'absence de réponse de ces organismes à l'approche du délai de 45 jours, le SPP IS

taux cohabitant. Voir également VVSG (2011). *Samenwoonst met een illegaal verblijvende vreemdeling: alleenstaande of samenwonende?*

⁴² Ces pays sont: l'Algérie, la Bosnie-Herzégovine, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, la Serbie, la Tunisie, la Turquie, le Kosovo, la République du Monténégro, la République de Macédoine, la Suisse.

⁴³ VVSG M-Weter n°8, extra 2013, *Mediprima: Een mooi project vol goede bedoelingen, maar slecht uitgewerkt*. Et IRIS, *op.cit.*

s'engage, dans son contrôle à posteriori, à ne pas remettre en question la décision d'ouverture du droit à l'AMU. Le CPAS devra cependant clore le droit à l'AMU dès réception de la réponse confirmant la possibilité d'assurabilité dans le pays d'origine s'il veut être remboursé par le SPP IS. Un acteur interviewé fait remarquer que dans cette hypothèse, l'accès aux soins en Belgique n'est cependant pas garanti, des personnes en situation précaire étant en incapacité de payer la quote-part restante ou l'avance totale des frais avant remboursement par le pays d'origine. Certains CPAS refusent d'office le droit à l'AMU lorsqu'il existe un garant sans examiner au préalable les capacités financières et la situation de ce dernier, selon un acteur interviewé.

Pistes de réflexion

Des pistes de réflexion complémentaires relatives à l'AMU, ouvertes par le projet MediPrima et liées aux difficultés d'accès aux soins évoquées ci-dessus, ont également été abordées par des acteurs interrogés et sont présentées ci-dessous. Il s'agit d'envisager un système d'AMU plus simple d'accès couvrant un public et des prestations plus larges.

Le coût de l'AMU ne serait que de 0.1% du budget de la santé en Belgique selon Médecins du Monde (MdM). Cette association préconise de simplifier, à moyen terme, les pratiques administratives relatives à l'AMU et à l'accès à l'aide sociale par le biais des CPAS car l'enjeu financier ne serait globalement pas énorme (80 millions d'euros, dont 40 millions d'euros pour l'AMU, et 40 millions d'euros pour les bénéficiaires non AMU). De plus, les pratiques de certains CPAS constituent des obstacles à l'accès aux droits plutôt que de véritables outils de contrôle et d'ouverture des droits⁴⁴.

Les frais de personnel liés au traitement des dossiers AMU par les CPAS sont lourds pour certaines communes, pour les unes plus que pour les autres, et restent, malgré les avancées du projet MediPrima en la matière, à charge des CPAS. A titre d'exemple le CPAS de Charleroi a délivré entre février 2009 et octobre 2013 environ 1600 cartes médicales à des bénéficiaires de l'AMU, dont 500 cartes médicales actives. La création, à moyen terme, d'un forfait fédéral compensatoire pour tout ou partie des frais de personnel des CPAS liés au traitement des dossiers d'aide sociale médicale AMU a été évoquée par plusieurs CPAS et organisations⁴⁵. L'attribution de ce forfait pourrait être envisagée au prorata du nombre de dossiers AMU ouverts par année sur la base des chiffres recueillis dans la banque de données MediPrima. Cela faciliterait l'ouverture de l'AMU et l'engagement des CPAS dans des politiques de mise en œuvre de la carte médicale pour l'ensemble des personnes potentiellement concernées, en conformité avec l'objectif de la Circulaire ministérielle du 14 juillet 2005⁴⁶.

Les conditions d'ouverture du droit à l'AMU (enquête sur les revenus et la domiciliation) pourraient, selon des personnes interviewées, être assouplies par le biais de déclarations sur l'honneur et de l'attribution d'un droit prolongé aux soins de médecine générale, l'accès aux soins spécialisés restant

⁴⁴ Médecins du Monde (2013), *op. cit.*

⁴⁵ Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006). *Op.cit.* proposition n° 10 et entretiens avec MdM et CPAS de La Louvière.

⁴⁶ Circulaire ministérielle du 14 juillet 2005 relative à l'aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays. *M.B.*, 16 août 2005.

conditionné au passage préalable par un médecin généraliste pour des raisons de maîtrise des coûts. Le certificat d'attestation médicale d'urgence pourrait être supprimé, sauf pour les ressortissants communautaires présents depuis moins de trois mois (comme c'est le cas pour l'Aide Médicale d'Etat en France⁴⁷), à qui il faudrait, selon des acteurs interviewés, redonner le droit d'accéder aux soins urgents dont ils ne bénéficient plus depuis 2013. Des ressortissants communautaires résidant en Belgique depuis moins de trois mois, qui ne sont ni pris en charge par les CPAS ni par l'Etat fédéral dans le cadre de l'AMU, passent en effet par les hôpitaux pour les soins urgents, sans pouvoir payer la facture⁴⁸.

Médecins du Monde propose une fusion des systèmes d'aide subsidiaire (AMU, Fedasil) et l'ouverture des droits au niveau de la CAAMI (dont le personnel et la présence au niveau local devraient être sérieusement renforcés). Selon Médecins du Monde, cela limiterait le caractère potentiellement discriminatoire des dispositifs subsidiaires en termes d'accès aux soins couverts et de procédure. Selon Médecins du Monde, ces soins varient actuellement en fonction du statut (sont pris en charge uniquement les soins sous condition de certificat d'attestation d'aide médicale urgente) et en fonction du territoire (diversité de pratiques d'enquête sociale des CPAS incompréhensible pour le public AMU).

Ce transfert de compétences vers la CAAMI devrait, toujours selon Médecins du Monde, concerner le volet remboursement de la base de données MediPrima, mais aussi le volet ouverture des droits des patients, afin d'avoir à terme une véritable couverture médicale estimée non discriminatoire⁴⁹.

Les soins couverts pour les personnes pouvant bénéficier de l'AMU pourraient être alignés sur la liste des soins pris en charge par Fedasil au titre de l'arrêté royal du 9 avril 2007 pour les demandeurs d'asile⁵⁰. Ces soins ont été jugés nécessaires au maintien de la dignité humaine. Ils vont au-delà des soins et prestations couverts par l'AMU⁵¹.

⁴⁷ Cf. Assemblée Nationale (9 juin 2011). *Rapport d'information n°3524 fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'Aide Médicale d'Etat* et Inspection générale des Finances et Inspection générale des affaires sociales (mai 2007). *Rapport n°2006-M-085-02 sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat*.

⁴⁸ 97% des demandes de soins pour ce public sont non reportables, majoritairement des accouchements et urgences vitales (dont 10% de décès à l'hôpital). Cela représente pour les hôpitaux IRIS un manque à gagner estimé entre 500.000 et 4 millions d'euros. Une requête en annulation contre la loi du 19 janvier 2012 a été introduite le 16 août 2012 par les cinq hôpitaux publics bruxellois auprès de la Cour Constitutionnelle sur la base de l'article 23 de la Constitution (différence de traitement entre citoyens de l'UE qui n'ont plus droit à l'AMU et étrangers qui séjournent illégalement sur le territoire): IRIS (2013). *Rapport annuel d'activités IRIS-Faïtière 2013, Année 2012*.

⁴⁹ On se rapprocherait de la pratique française dans le cadre de l'Aide Médicale d'Etat (AME) où la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (équivalente des offices régionaux de la CAAMI) ouvre le droit à l'AME.

⁵⁰ Arrêté royal du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

⁵¹ A titre prospectif, il pourrait être intéressant d'examiner les soins couverts par l'aide médicale d'Etat (AME) en France, qui ouvre le droit à tous les soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la sécurité

Les maisons médicales

1. Définition et caractéristiques

Les maisons médicales sont composées d'équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents, et accessibles à toute la population. Leurs actions visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales, ainsi qu'à une approche intégrant tant le curatif, le préventif, le recueil et l'analyse épidémiologique locale que la promotion de la santé. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire fondée sur la participation égalitaire de l'individu en prenant en compte son environnement familial, culturel, professionnel et socio-économique et intègrent leurs actions dans le réseau partenarial local sur un territoire défini. Elles regroupent divers professionnels selon le principe du travail en pluridisciplinarité: médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier, parfois psychologue, psychiatre ou diététicien, assistant social ou travailleur communautaire, gestionnaire/ coordinateur, accueillant et secrétariat, logopède⁵².

Notons que l'INAMI utilise quant à lui le terme de 'maison médicale' pour désigner certains prestataires de soins exerçant dans un cabinet mono disciplinaire de généralistes ou de spécialistes, voire pour désigner certains prestataires s'associant de manière multidisciplinaire, mais qui n'adhèrent pas aux principes et mode d'organisation précités des maisons médicales.

Les ressources financières des maisons médicales sont essentiellement liées aux activités médicales et paramédicales des prestataires INAMI qui la composent. Les maisons médicales fonctionnent soit à l'acte soit au forfait. La majorité d'entre elles fonctionnent aujourd'hui au forfait⁵³. Le forfait concerne uniquement les prestations qui sont fournies par les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmières. Depuis mai 2013, un nouveau modèle de paiement au forfait est d'application afin d'ajuster le montant du forfait à la patientèle accueillie, en fonction de différents critères comme l'âge, la situation sociale, le handicap ou la maladie chronique.

La Wallonie, tout comme la COCOF définissent une série de missions et octroient un agrément ainsi que des subsides pour les activités de coordination, d'intégration, de santé communautaire et de prévention⁵⁴. L'agrément permet notamment à la maison médicale de bénéficier du financement par

sociale. Cf. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>, consultée le 17/12/2013.

⁵² Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM), (2011), *Qu'est-ce qu'une Maison Médicale* et FMM (2012a), *Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises, Année 2012*, Elysee SOMASSE, Isabelle HEYMANS, p.10.

⁵³ FMM (2012a), *op.cit.*

⁵⁴ Décret du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrées de la Communauté française et décret COCOF du 5 mars 2009 relatif à l'offre de service ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Cette compétence fait partie des matières

la Région de postes d'emploi pour l'exercice de fonctions administratives et de santé communautaire. Toutes les maisons médicales qui répondent aux critères d'agrément ne sont cependant pas encore agréées du fait des limites des budgets et de la longueur de la procédure⁵⁵.

Des projets spécifiques font de plus l'objet de financements variés (Région, COCOF, Fondation Roi Baudoin, Loterie Nationale, organismes de financement alternatifs, dons, contrats subventionnés ACS, etc.).

Le nombre de maisons médicales, agréées et non encore agréées, n'a cessé d'augmenter depuis la mise en place des premières maisons médicales en 1972, au rythme moyen de 2,5 par an pour la Wallonie et pour la Région de Bruxelles-Capitale (maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM)). La Région de Bruxelles-Capitale concentre environ 40% de l'offre des maisons médicales en Belgique avec 48 maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM), auxquelles il faut ajouter quelques maisons médicales non membres de la FMM. La Wallonie (52 maisons médicales) et la Flandre (23 *wijkgezondheidscentra* membres du *Vereniging van Wijkgezondheidscentra* et quelques autres non membres) concentrent respectivement, quant à elles, environ 40 % et 20% des maisons médicales⁵⁶.

Les maisons médicales sont désormais devenues un des maillons du dispositif d'accès aux soins primaires. Environ 3% de la population belge est suivie en maison médicale⁵⁷. En Wallonie⁵⁸, 5.5% de la population est soignée en maison médicale et près de 10 % à Bruxelles⁵⁹. Ces proportions sont bien plus importantes si on se réfère uniquement aux zones d'implantation des maisons médicales⁶⁰.

personnalisables transférées de l'État fédéral à la Communauté française par la loi de réformes institutionnelles du 8 août 1980 telles que modifiées le 8 août 1988. Lors des accords de 1993, dans le cadre du refinancement de la Communauté française, son exercice a été transféré d'une part à la Wallonie et d'autre part à la Commission communautaire française pour les aspects curatifs, la prévention et la promotion de la santé restant de la compétence de la Communauté française.

⁵⁵ Fin 2012, 80% des membres de la FMM seraient agréés ou en voie d'être agréés par la COCOF en Région Bruxelles Capitale selon la FMM.

⁵⁶ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), (2008). *Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique*, KCE Reports 85B et Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes (2011). *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Michel Boutsen et Leila Maron, p.8, et FMM (2012b). *Statistiques des Maisons Médicales, Année 2012.*, données actualisées en novembre 2013 par les différentes fédérations de maisons médicales.

⁵⁷ VWGC, FMM & Geneeskunde voor het Volk Vzw (28/05/2013), *Persbericht: nieuw model van forfaitaire betaling vanaf 1 mai 2013*.

⁵⁸ Communiqué de presse d'Eliane Tilieux, *Renforcement des maisons médicales pour des soins de santé intégrés*, publié le 14/11/2013.

⁵⁹ Source entretien avec la FMM décembre 2013.

⁶⁰ FMM et Vereniging van Wijkgezondheidscentra (2005). *Argumentaire : Pour un système de santé fondé sur des soins de santé primaires, et pour le soutien au développement de centres de santé intégrés*.

2. Accès des personnes pauvres et précarisées

Les maisons médicales n'ont pas pour vocation spécifique de fournir des soins aux personnes pauvres ou précarisées, tous les acteurs rencontrés sont d'accord là-dessus. Ils soulignent cependant - et de récentes études le confirment - que parmi les dispositifs de soins primaires existants, les maisons médicales jouent un rôle de premier plan au regard de l'accès effectif aux soins des personnes pauvres et précarisées. La grande accessibilité tant sur le plan financier que social et géographique explique cela.

2.1 Accessibilité financière

Les personnes pauvres et précarisées bénéficient en maison médicale d'un suivi global multidisciplinaire, financièrement accessible. Pour le patient, la formule d'inscription dans une maison médicale est avantageuse car il ne paie que le ticket modérateur pour les soins de première ligne dans les maisons médicales à l'acte et il y bénéficie souvent du Dossier Médical Global (DMG). Il ne paye rien dans les maisons médicales au forfait et cela pour des prestations de qualité égale, voire meilleure en termes d'accès à la prévention, que chez un médecin généraliste exerçant hors maison médicale. Des médicaments génériques moins onéreux, et donc plus accessibles pour le patient sont en outre plus souvent prescrits en maison médicale. Les patients sont également moins souvent envoyés à l'hôpital ou chez le spécialiste, ce qui leur épargne le paiement de tickets modérateurs et de suppléments en seconde ligne et correspond à une économie de 10% par rapport aux dépenses qui auraient été engagées hors maison médicale⁶¹. En 2012, 83% des maisons médicales adhérant à la Fédération des maisons médicales en Wallonie et à Bruxelles fonctionnaient au forfait⁶². En Flandre, 95% des patients des *wijkgezondheidscentra* sont soignés dans le système du forfait⁶³. En outre l'assistant(e) social(e) de la maison médicale facilite l'attribution de droits qui ne sont pas encore automatisés ou insuffisamment utilisés par des médecins hors maisons médicales pratiquant à l'acte (DMG, statut BIM / OMNIO, tiers-payant).

2.2 Accessibilité sociale

L'ouverture du personnel des maisons médicales aux personnes pauvres et précarisées, et les projets spécifiques innovants à destination de publics divers expliquent également la surreprésentation des personnes pauvres et précarisées dans les maisons médicales, au-delà des seuls critères d'accessibilité financière.

⁶¹ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), (2008), *op. cit.* et DRIELSMA, Pierre. (2008). *Présentation graphique du rapport KCE*.

⁶² FMM (2012b), *op.cit.*, p.2.

⁶³ Vermeulen, Lies & Nele Gerits (2013). Plus de maisons médicales en Flandre? *Santé Conjuguée*, octobre 2013, n° 66, p. 91-94.

Les maisons médicales souhaitent cependant conserver une relative mixité sociale parmi leur patientèle afin de ne pas devenir un dispositif stigmatisé et stigmatisant et de pouvoir fonctionner au mieux. Le travail social lié au suivi médical augmente en effet avec le degré de précarité de la personne accueillie⁶⁴. Pour la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, la Fédération des maisons médicales et pour les associations de lutte contre la pauvreté que nous avons rencontrées, la viabilité des dispositifs de soins primaires réside dans la mixité du public accueilli par l'ensemble des prestataires de soins, en maison médicale et hors maison médicale. C'est vrai aussi pour les dispositifs de soins secondaires : s'ils pratiquent tous la mixité, les prestataires de soins primaires pourront orienter les patients vers l'ensemble des établissements hospitaliers.

Les maisons médicales reçoivent et soignent tant les personnes en ordre de mutuelle que celles qui ne le sont pas, les personnes sans abri et les étrangers relevant de l'AMU⁶⁵. Selon les acteurs concertés et les études disponibles, les maisons médicales touchent un public plus précarisé que les cabinets de médecins généralistes pratiquant hors maison médicale. A Bruxelles et en Flandre, les maisons médicales recrutent significativement plus de patients BIM que les médecins généralistes hors maison médicale (respectivement 36 % et 39% contre 29 %)⁶⁶.

A Bruxelles, 2,3 % des patients qui fréquentent une maison médicale sont des patients AMU ou bénéficiant d'une aide du CPAS⁶⁷. Dans certains quartiers urbains fortement précarisés, les personnes sans papiers représentent de 10 à 15 % de la patientèle de certaines maisons médicales, voire jusqu'à 30 %. C'est également le cas dans une moindre mesure dans certaines maisons médicales situées dans de grandes villes wallonnes. La proportion de sans-papiers varie cependant assez fortement selon les villes. Elle est moindre à Namur, à Mons et à Verviers qu'à Liège ou Charleroi, selon les Relais Santé et les CPAS rencontrés. Selon un CPAS, certaines maisons médicales seraient saturées à cause de la complexité des démarches liées aux soins des personnes en séjour illégal et précaire. Certains acteurs préconisent quant à eux la création de centres médico-sociaux spécialisés dans les grandes villes, pour éclaircir la situation administrative des personnes concernées et alléger ainsi le travail administratif des maisons médicales.

Des associations, relais santé et CPAS insistent sur le fait que les maisons médicales constituent, pour des personnes en très grande précarité, un dispositif d'entrée nécessaire dans le système de soins primaires. Ces acteurs ne seraient pas en mesure de travailler sans la présence des maisons médicales. Environ 20 %⁶⁸ des personnes fréquentant des lieux d'hébergements d'urgence ont un médecin généraliste attitré, contre 94.5 % pour la population belge en général, 97% en milieu rural

⁶⁴ Cf. COCOF, (2004). *Les maisons médicales, un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale*, sixième édition.

⁶⁵ FMM (2012c), *Organisation de la prise en charge des patients qui relèvent de l'aide médicale urgente dans les maisons médicales de Bruxelles*, Rapport d'étude, Vincent LITT.

⁶⁶ Sources: Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes (2011), *op.cit.* et échange avec le Vereniging van de Wijkgezondheidscentra, avril 2013.

⁶⁷ FMM (2012a), *op. cit.*, p. 31. Ces données seraient sous-estimées.

⁶⁸ Chiffre à confirmer (source orale uniquement), donné à titre purement indicatif.

et 81% en Région Bruxelles Capitale⁶⁹. Les personnes les plus vulnérables ont le plus de mal à avoir accès aux médecins généralistes hors maison médicale. Les médecins généralistes hors maison médicale ou les urgentistes sont parfois réticents à recevoir des personnes fortement précarisées du fait de retards de paiement par les CPAS, de démarches administratives liées au tiers-payant, à l'absence de titre de séjour et d'autres obstacles⁷⁰. Ces patients souffrent souvent de lourdes pathologies mentales ou d'assuétudes diverses et ont des problèmes d'hygiène notamment qui compliquent le suivi médical. Les médecins généralistes qui pratiquent hors maison médicale se sentent généralement peu outillés pour soigner de manière adéquate les personnes précaires, souvent non couvertes par l'assurance soins de santé, même si nos entretiens avec les CPAS révèlent que globalement, pour les sans-papiers bénéficiant de l'AMU, la procédure est de mieux en mieux connue. Notons qu'elle reste cependant parfois difficilement accessible. La dénomination même crée des problèmes, certains médecins confondant urgence médicale vitale et urgence médicale au titre de l'AMU, selon certains de nos interlocuteurs.

Les médecins généralistes qui pratiquent hors maison médicale jouent aussi un rôle important dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées, et notamment lorsqu'ils sont sensibilisés aux dispositifs sociaux existants, disposent de personnel pour gérer les démarches administratives, ou lorsqu'ils travaillent avec des partenaires qui les soutiennent dans l'accompagnement social et médical (tels qu'un Relais Santé, l'association Infirmiers de rue à Bruxelles ou le réseau Médecine générale et précarité à La Louvière). Ils informent alors souvent le patient de ses droits et ouvrent un dossier médical global (DMG). Cela est particulièrement vrai lorsqu'ils exercent dans des quartiers socioéconomiquement précarisés et lorsqu'une maison médicale mène des actions de sensibilisation envers les généralistes du quartier.

L'attitude d'ouverture du personnel des maisons médicales aux problèmes liés aux conditions de vie et statut des personnes pauvres et précarisées est favorable à la création d'une relation de confiance et d'échange égalitaire entre patient et prestataires de soins. La prise en charge multidisciplinaire assurée par les maisons médicales en facilite également l'accès.

Cependant, du fait de l'insuffisance de l'offre de maisons médicales et de médecins généralistes hors maison médicale ou de réticences de médecins généralistes estimant que les démarches administratives à effectuer prennent trop de temps ou ne souhaitant pas effectuer ces tâches, les Relais Santé, CPAS et associations ne disposent pas tous de la possibilité d'insérer les personnes précarisées dans le système de soins primaires. Un arrêté du Gouvernement wallon⁷¹ prévoit

⁶⁹ Demarest S. et al. (2010), *Enquête de santé Belgique, 2008*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, et Médecins du Monde (Mdm) (2013). Rapport Annuel 2012, *Etat des lieux de l'accès aux soins en Belgique, Projets Belges de Médecins du Monde*.

⁷⁰ Pour un plaidoyer de médecins généralistes visant leur levée cf. : Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006). *Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles- Capitale, une utopie ? Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS, Livre blanc*.

⁷¹ Arrêté du Gouvernement wallon portant application du décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé (M.B. du 03/07/2009).

pourtant l'octroi d'une subvention pour les maisons médicales qui participent au Plan de Cohésion Sociale ou si elle collabore avec un Relais Social Urbain.

Des accords informels de coopération - et souvent la bonne volonté de maisons médicales, pourtant majoritairement saturées - permettent cependant parfois d'orienter rapidement ces patients vers une maison médicale. La concertation entre partenaires est également quelquefois organisée dans le cadre de la coordination sociale du CPAS. Les exemples ci-dessous illustrent l'intérêt de tels partenariats.

- A Charleroi, des conventions entre le Relais Santé et quatre maisons médicales ont pour objectif de réinsérer les personnes fortement précarisées dans le dispositif de soins primaires via l'accès à une maison médicale et via un Dossier médical global. C'est notamment le cas dans le cadre du projet d'accès à un logement accompagné 'Housing First Belgium' pour les sans-abri relogés dans le quartier d'une maison médicale à Charleroi et à Liège⁷².
- A Namur, une convention existe entre le Relais Social, le Relais Santé, les centres d'hébergement, le Centre hospitalier régional, le CPAS et les cinq maisons médicales existantes. Cette convention permet l'orientation rapide des personnes précarisées vers une maison médicale, la fixation de rendez-vous dans la journée et la prise en charge automatique par le CPAS des frais de la première consultation. Celle-ci s'effectue après transmission des données de la pré-enquête sociale par les partenaires au CPAS et engagement de la personne de se rendre au CPAS. Afin d'identifier les places disponibles en maison médicale, une rencontre des partenaires est organisée trimestriellement. Le Relais Social transmet la liste des places disponibles aux partenaires.
- A Schaerbeek, le cercle des médecins généralistes, les maisons médicales, le CPAS et des associations organisent une concertation trimestrielle d'actualisation d'un 'plan de répartition pour l'accès aux soins' des personnes bénéficiant de l'AMU, en fonction du lieu de résidence (rue), et dans le respect du libre choix du médecin. Des discussions sont en cours pour étendre à Bruxelles ce modèle ; il permet l'accès des bénéficiaires de l'AMU à l'ensemble des prestataires de soins primaires ce qui évite une trop forte concentration de personnes précarisées en maisons médicales et facilite la mixité sociale dans l'ensemble des dispositifs de soins primaires.

L'accueil de bénéficiaires de l'AMU dans les maisons médicales au forfait est possible et les prestations sont alors facturées à l'acte soit à la personne elle-même soit au CPAS, contre une somme définie. Ces maisons médicales recrutent alors souvent du personnel sous contrat ACS pour assumer les démarches administratives supplémentaires liées à la précarité des personnes accueillies. Certaines réservent des créneaux de consultation pour accueillir ces personnes orientées en urgence par les partenaires (Relais Santé, CPAS, associations).

⁷² <http://www.housingfirstbelgium.be/>, consultée le 06/01/2013.

2.3 Accessibilité géographique

Les maisons médicales sont, historiquement, en majorité implantées en zone urbaine et principalement dans des quartiers socioéconomiquement défavorisés, à forte croissance démographique, dont la population comporte beaucoup de jeunes. Les communes où les revenus par habitants sont les plus hauts, seraient généralement moins desservies en maisons médicales. L'implantation géographique des maisons médicales dans des quartiers majoritairement pauvres renforce donc l'accessibilité des maisons médicales pour des personnes plus défavorisées que la population en général. Les critères d'accessibilité géographique se combinent donc aux critères d'accessibilité financière et sociale pour faciliter l'accès des maisons médicales aux personnes pauvres et précarisées.

3. Insuffisance de l'offre

Après avoir identifié certaines insuffisances de l'offre de maisons médicales, nous évoquons dans ce point les réponses politiques à celles-ci. Les critères de planification et de prioritarisation retenus pour les mesures d'aide à la création et au fonctionnement des maisons médicales sont brièvement rappelés, ainsi que le degré de participation des acteurs concernés et représentants de la société civile dans le processus politique décisionnel.

3.1 Saturation et manque

Le réseau de maisons médicales est saturé et insuffisant en zone urbaine (à forte concentration de personnes précarisées et souvent en croissance démographique), il est insuffisant aussi en zone rurale, selon les acteurs concertés.

Les besoins en zone urbaine

La saturation des maisons médicales existantes se traduit en zone urbaine par des listes d'attente pour les maisons au forfait. A Bruxelles, la moitié des maisons médicales n'inscrivent plus de patients afin de préserver la qualité des soins fournis. Les maisons médicales urbaines sont également fréquemment saturées en Wallonie. L'offre de maisons médicales sur le territoire et leur capacité d'accueil restent donc trop faible et très inférieures à la demande⁷³. Les acteurs de terrain concertés demandent un renforcement de l'offre de soins primaires et de santé mentale, notamment par le biais des maisons médicales, dans les quartiers des grandes villes qui concentrent la majorité des personnes pauvres et précarisées⁷⁴.

Les maisons médicales de ces grandes villes touchent un public concentré dans des lieux de forte demande et de grands besoins. Elles sont situées sur un territoire où plusieurs maisons médicales

⁷³ FMM (2012a), *op. cit.*, p.27.

⁷⁴ Cf. également MdM, *op.cit.*

existent parfois mais sont déjà à saturation⁷⁵. Ces maisons médicales en zone urbaine sont en effet localisées dans des zones où la densité de médecins généralistes est faible et décroissante. C'est le cas à Charleroi, Liège et La Louvière (deux maisons médicales saturées) selon les acteurs interrogés. Il ressort également de nos entretiens que la présence à Verviers et à Mons d'une seule maison médicale est insuffisante.

En Région de Bruxelles-Capitale, les maisons médicales sont concentrées dans les quartiers pauvres de la capitale, soit dans les quartiers situés au nord de la capitale et le long du canal⁷⁶. Le sud-est n'est pas bien desservi⁷⁷. Les communes peu couvertes par des maisons médicales sont des communes à hauts revenus (Koekelberg excepté). Dans certains quartiers urbains moins précarisés où les maisons médicales manquent, vivent cependant des personnes qui pourraient utilement bénéficier de la présence de maisons médicales. Les quartiers où le taux de personnes fréquentant une maison médicale et bénéficiant du statut BIM est important ne sont pas exclusivement concentrés dans les communes les plus pauvres de Bruxelles⁷⁸. Nous ignorons actuellement la validité de ce constat en Wallonie.

En Flandre, les *wijkgezondheidscentra* ne sont pas répartis de manière uniforme sur le territoire urbain. Gand bénéficie par exemple d'une plus forte concentration en *wijkgezondheidscentra* (9 centres) qu'Anvers (1 centre). Le développement des centres à Gand a été assez rapide.

Les besoins en zone rurale

Pour schématiser, la problématique de l'insuffisance de l'offre de maisons médicales en zone rurale se pose en Wallonie dans les provinces du Luxembourg, le sud de la province de Liège et la botte du Hainaut.

Selon la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, il serait délicat de faire des choix stratégiques et financiers de soutien à la création et au fonctionnement de maisons médicales dans le cadre d'un raisonnement à budget et paradigme constant, sans risquer de sacrifier les territoires ruraux à démographie déclinante au profit de maisons médicales urbaines. Ce serait préjudiciable en termes d'enjeux d'aménagement territorial et opposerait précarité rurale et précarité urbaine, quartiers défavorisés desservis et quartiers favorisés non desservis par des maisons médicales. Des acteurs concertés soulignent que 10% seulement du budget des soins de santé est consacré à l'ambulatoire, alors que celui-ci englobe tant le curatif que le préventif. Selon la Fédération des maisons médicales, un changement graduel mais volontariste de paradigme des politiques de santé se traduisant par une réorientation des budgets vers un soutien financier accru à l'offre de soins de santé primaires et ambulatoires dans son ensemble permettrait notamment de sortir du dilemme. Selon certains acteurs de la Communauté germanophone concertés⁷⁹, il serait utile de réfléchir en zone rurale à la forme la plus adaptée de pratique au forfait (cabinet médical

⁷⁵ FMM, *Ibid.*

⁷⁶ Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, *op.cit.*

⁷⁷ FMM, *Ibid.*, p. 27.

⁷⁸ Cf. Union Nationale des Mutualités Socialistes, *Ibid.*

⁷⁹ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et la lutte contre les exclusions (2013), *op.cit.*

collectif) ou de dispositif multidisciplinaire d'offre de soins primaires, la maison médicale n'étant peut être pas la solution à retranscrire à l'identique de manière systématique sur tous les territoires. La Fédération des maisons médicales indique que le modèle de la maison médicale fonctionne bien en province de Luxembourg (Barvaux, Libin notamment) mais également en France dans les zones rurales sous la forme de maisons de santé.

En Flandre les *wijkgezondheidscentra* sont un phénomène urbain. Il n'y en a presque aucun en milieu rural. Ils sont absents de la Province de West-Vlaanderen mais la possibilité d'en créer dans le Meetjesland et dans le Pajottenland est à l'étude. En Flandre il est difficile de trouver des prestataires de soins souhaitant travailler dans les *wijkgezondheidscentra*.

3.2 Réponses politiques

Le soutien public aux maisons médicales prend diverses formes en fonction de la Région concernée et peut être effectué sur la base d'objectifs stratégiques de programmation (comme c'est le cas en Wallonie et le sera bientôt en Région de Bruxelles-Capitale). Ce soutien financier public peut notamment comporter des mesures financières de soutien destinées:

- à l'installation de la maison médicale (bâti en Flandre, subvention en Wallonie) ;
- aux activités de coordination, aux activités communautaires et d'observatoire épidémiologique de santé locale (en Wallonie) ;
- aux activités d'accueil et de santé communautaire en Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie ;
- au fonctionnement de la maison médicale (en Wallonie, en Région de Bruxelles- Capitale).

Planification

Des objectifs stratégiques ont été définis par la Wallonie, en matière de couverture territoriale des maisons médicales. Dans sa Déclaration de Politique Régionale 2009-2014⁸⁰, le Gouvernement wallon s'est fixé comme objectif de développer la couverture en soins primaires, notamment en améliorant le fonctionnement et l'offre des maisons médicales et d'établir dans un projet de décret (ci-après 'Projet de décret ASI'⁸¹) une programmation sociogéographique des associations de santé intégrée à soutenir en priorité.

Dans le projet de décret ASI, le Gouvernement prévoit une programmation sociogéographique des maisons médicales ; il définit notamment des critères spécifiques de sélection des maisons

⁸⁰ Parlement Wallon, 16/07/2009, *Déclaration de Politique Régionale wallonne 2009-2014*, « une énergie partagée pour une société durable et solidaire », p. 106.

⁸¹ Projet de décret adopté le jeudi 14 novembre 2013 modifiant et insérant dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé des dispositions relatives aux Associations de Santé Intégrée actuellement en attente d'approbation par le Parlement wallon, cf. Communiqué de presse d'Eliane Tilieux, *op. cit.* Ce projet sera prochainement soumis au vote des parlementaires.

médicales pour prioritariser l'attribution des fonds existants⁸². Ces critères seront utilisés tant lors des procédures d'agrément des maisons médicales que ou lors de la sélection des maisons médicales pouvant bénéficier d'une aide à l'installation et au fonctionnement, dans les limites des fonds régionaux dédiés à cet usage.

Un premier critère de sélection proposé dans le 'Projet d'ASI' vise les communes dont le taux de couverture en maisons médicales est inférieur à 15 %. En effet, une commune dont le taux de couverture est égal ou supérieur à 15 % a atteint les objectifs de la programmation. Il est alors considéré que la zone est couverte par une offre de soins de première ligne suffisante pour rencontrer les besoins de la population de la commune. Selon la Fédération des maisons médicales, il est possible d'orienter l'effort d'investissement public au soutien à la création ailleurs lorsque ce seuil est dépassé. Les maisons médicales environnantes déjà présentes (les 15%) peuvent en effet soutenir la création de nouvelles maisons médicales sur le territoire de cette commune.

Deux autres critères de priorité seront appliqués dans un second temps et de façon cumulative:

- les zones géographiquement définies où l'offre de médecine générale est déficitaire en fonction des critères établis par l'INAMI ;
- les communes dont l'Indicateur Synthétique d'Accès aux Droits Fondamentaux (indicateur de précarité conçu par le Conseil de l'Europe et l'IWEPS⁸³) révèle le caractère défavorisé.

Afin d'évaluer la mise en œuvre de la programmation, il est également prévu dans le projet de décret ASI, de transmettre régulièrement un état des lieux de celle-ci et des agréments octroyés sur cette base au Gouvernement wallon. Ce dernier pourra ainsi prendre position sur l'efficacité et l'effectivité de la réforme présentée et proposer, si nécessaire, une adaptation des critères ou des processus de programmation et de subventionnement.

En Région de Bruxelles-Capitale, les secteurs de l'action sociale, de la santé et de la famille ont été regroupés dans un décret unique de l'ambulatoire. Celui-ci a pour objectif notamment de créer plus de cohérence et de synergie entre les différents secteurs de l'ambulatoire. En Région de Bruxelles-Capitale, c'est le Décret du 5 mars 2009 (COCOF) relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé qui régit les missions, normes d'agrément et de subventions de ce secteur, dont font partie les maisons médicales.

Un décret de programmation stratégique, qui évalue notamment la cohérence de l'offre de soins actuelle et à venir avec les besoins sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale pour le secteur ambulatoire, est en préparation. C'est sur la base de ce futur décret stratégique d'évaluation et de planification de l'offre de soins que seront, à terme, déterminées les priorités en matière de délivrance d'agrément et de subventions des maisons médicales.

Le futur décret d'évaluation et de programmation devrait, selon le Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté, clarifier les critères géographiques, démographiques ou socioéconomiques qui

⁸² Dans les limites du budget actuellement disponible la Wallonie accorde deux agréments par an dans le cadre du budget disponible, pour quatre demande de maisons médicales déposées par an.

⁸³ L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

déterminent les priorités et décisions budgétaires en matière d'agrément et de subvention des établissements du secteur ambulatoire.

Pour le Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté, il est important de prendre en compte, parmi les critères de sélection des maisons médicales à agréer en priorité, l'adéquation des projets aux besoins et profils des publics cibles sur les territoires concernés. En Région de Bruxelles-Capitale, un ménage sur trois est une famille monoparentale (souvent une femme seule, au chômage, avec un ou plusieurs enfants), d'où l'importance notamment des questions pédiatriques dans le suivi médical proposé. Ce constat vaut aussi en Wallonie⁸⁴.

Selon la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM), l'évaluation de l'offre de soins doit prendre en compte au mieux les différents rôles joués au niveau local par les maisons médicales dans l'offre de soins de première ligne, en relation avec l'offre de deuxième ligne ou les services ambulatoires spécialisés existants. Cela concerne notamment le rôle croissant joué par les maisons médicales en matière d'accès aux soins de santé mentale au niveau local, en première ligne et au sein d'un système de proximité de soins primaires (entre autres via des psychologues). La FMM propose qu'à terme et dans le cadre de la réglementation de la profession de psychologue, un numéro de nomenclature soit attribué par l'INAMI à ces prestations.

Agrément

La Wallonie définit une série de missions, octroie un agrément, ainsi que des subsides pour les activités de coordination, d'intégration, de santé communautaire et de prévention, conformément au décret du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrées de la Communauté française, dont la compétence a été transférée aux Régions⁸⁵. L'arrêté du 24 novembre 1994 et les arrêtés du Gouvernement wallon du 27 mai et 24 novembre 1999 relatifs à l'agrément et à l'évaluation des associations de santé intégrée ainsi qu'aux subventions octroyées à ces associations complètent le domaine de la reconnaissance décrétales et des subventions. Le projet de décret ASI précise les critères de prioritarisation des agréments et d'attribution des aides à l'installation et au fonctionnement.

Le projet de décret ASI entend également faciliter l'agrément des maisons médicales en l'octroyant d'office pour une durée déterminée, sous réserve du respect d'un certain nombre d'obligations dont la réponse à un questionnaire et un plan d'actions pour les associations nouvellement constituées. Au plus tard dans les trois ans à dater de l'agrément, la Wallonie évaluera l'état d'accomplissement des missions et l'effectivité du respect des normes en matière d'agrément et de subventions afin de déterminer si l'association rencontre les conditions pour maintenir son agrément à durée indéterminée.

En Flandre, la politique de santé préventive et d'organisation des soins de première ligne est réglées par deux décrets. Les maisons médicales doivent donc être reconnues, d'une part dans le cadre du décret de prévention et, d'autre part dans le cadre du décret sur la collaboration en première ligne.

⁸⁴ Cherenti, Ricardo (2010). Fédération des CPAS de Wallonie, *Mesure anthropométrique de l'homme le plus pauvre de Wallonie*.

⁸⁵ Cf. note de bas de page n°56 pour plus informations sur cette répartition des compétences.

Les arrêtés d'exécution en la matière en sont toujours à la phase de développement⁸⁶. L'agrément et la subvention des maisons médicales (*wijkgezondheidscentra*) ne reposent donc pas encore sur une base décrétales spécifique. Ils sont négociés dans le cadre de la reconnaissance et du subventionnement d'initiatives de collaboration en matière de soins de santé de première ligne (SEL). La maison médicale est une des formes que peuvent prendre ces initiatives. L'attention politique repose actuellement sur le développement de critères de qualité et non sur l'installation de nouveaux centres.

Participation des acteurs concernés et de la société civile au processus d'agrément

Un arrêté du Gouvernement wallon du 29 janvier 2004 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission d'agrément des associations de santé intégrée définit le mode de participation, à titre consultatif, des représentants des professions paramédicales, des mutualités et des médecins généralistes au processus d'agrément des maisons médicales. La Commission peut également faire appel à des experts dans le cadre de groupes de travail et entendre la maison médicale concernée au cours de ce processus.

Nous ignorons si le projet de décret ASI organise la participation des acteurs potentiellement concernés au processus d'évaluation et de modification de la planification.

En Région de Bruxelles-Capitale, un Conseil Consultatif⁸⁷ est rattaché à la section ambulatoire de la Commission Communautaire Française (COCOF). Il rend des avis consultatifs sur les décisions d'agrément et de subvention du secteur ambulatoire, dont les maisons médicales. La section «Services ambulatoires» du Conseil est composée de représentants:

- des pouvoirs organisateurs ;
- des travailleurs des secteurs ambulatoires (syndicats) et de leurs représentants (dont la Fédération des maisons médicales);
- des utilisateurs et de leurs représentants ;
- des publics cibles ou de leur représentant (dont le Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté);
- d'experts.

Le Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté considère que la participation assez large de la société civile dans le Conseil consultatif est une pratique intéressante.

Aide à l'installation des maisons médicales

Lorsque le projet de décret ASI sera en vigueur, une subvention majorée pour une première installation (20 000 euros en plus des 50 000 euros annuels octroyés en moyenne à chaque maison médicale) pourra être attribuée dans certains cas et durant les deux premières années, dont le but est de soutenir les maisons médicales qui s'implantent dans des communes où les besoins socioéconomiques sont élevés ou dans les communes où la densité de population est inférieure à 150 habitants au kilomètre carré⁸⁸.

⁸⁶ Vermeulen, Lies & Nele Gerits (2013). *Op. cit.*

⁸⁷ Dont le titre complet est 'Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé'.

⁸⁸ Source : Communiqué d'Eliane Tillieux, *op.cit.*

Cette politique d'aide à l'installation des maisons médicales est appréciée par la Fédération des maisons médicales. La subvention d'installation sera destinée à constituer l'équipe de la maison médicale et à mettre en œuvre les actions visant à rencontrer les missions définies par le Code Wallon de l'action sociale en matière d'associations de santé intégrée. Selon la Fédération des maisons médicales, la création d'une maison médicale relève actuellement en effet du « sacerdoce », les fondateurs devant « partir en terre de mission » en s'endettant, parfois sur fonds propres, pour financer les locaux et les budgets de fonctionnement, alors même que la maison médicale n'a pas encore constitué sa patientèle. Ce processus prend parfois jusqu'à cinq ans⁸⁹. Les aides à l'installation des médecins généralistes IMPULSEO 1 et 2 sont, quant à elles, trop limitées géographiquement, insuffisantes (car couvrant uniquement les généralistes) et partiellement inadaptées (car couvrant du personnel de type assistant médical ou secrétariat médical qui ne correspond pas aux fonctions exercées en maison médicale) pour soutenir correctement la création de maisons médicales et les différentes fonctions qui y sont exercées.

En Flandre, la plupart des maisons médicales bénéficient de moyens complémentaires au forfait octroyé par l'INAMI, attribués par la commune, le CPAS ou la Province (prime à l'installation, mise à disposition de terrains et/ ou d'infrastructures, aide à l'implantation dans les réseaux locaux...). A Gand, par exemple, la ville subsidie la promotion de la santé par les maisons médicales et accorde un prêt sans intérêt aux maisons qui démarrent. De plus, les maisons médicales peuvent introduire un dossier auprès du '*Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)*', une agence des autorités flamandes qui offre un soutien financier à des organismes de bien-être et de santé qui veulent réaliser des travaux d'infrastructure. Cela concerne les coûts relatifs à la construction et à l'équipement au moment de la création, mais aussi l'extension, la transformation ou l'achat d'immeubles.

Conclusion

Les maisons médicales constituent désormais un dispositif d'accès aux soins primaires dont la présence dans le paysage sanitaire belge se renforce lentement mais sûrement depuis une quarantaine d'années. Elles constituent un des dispositifs d'accès aux soins primaires qui ont fait la preuve de leur extrême accessibilité financière et de leur capacité d'adaptation organisationnelle pour accueillir de manière globale et pluridisciplinaire des personnes pauvres et précarisées. Des conventions et concertations avec des partenaires, tels que des associations, Relais Santé ou CPAS, facilitent l'accès aux maisons médicales et aux soins des plus démunis. De telles initiatives méritent d'être soutenues et mises en place, lorsque ce n'est pas encore le cas.

Les personnes pauvres et précarisées ne sont parfois pas prises en charge dans le système de soins primaires hors maisons médicales : les obstacles administratifs, financiers et humains pour y accéder restent nombreux. Elles sont aussi parfois renvoyées vers le système de soins secondaires

⁸⁹ Projet de décret du Gouvernement wallon modifiant, dans le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, les dispositions relatives aux associations de Santé intégrée, communiqué de presse d'Eliane Tilieux, *Ibid.*

dont le coût est bien supérieur et que 90 % des problèmes médicaux pourraient être pris en charge par le système de soins primaires⁹⁰.

Les maisons médicales en zone urbaine, dans les communes précarisées n'arrivent pas à répondre à la demande sociale et médicale. Le manque de maisons médicales et de prestataires de soins est également problématique en zone rurale.

Des stratégies de réponses politiques ont été développées et sont en cours de développement tant en Wallonie, qu'en Région de Bruxelles-Capitale et en Flandre.

Elles se basent, en Wallonie, sur des documents programmatoires qui déterminent des priorités pour accorder les subsides disponibles, en précisant des critères de sélection tels que le taux de couverture au niveau communal (population qui fréquente une maison médicale) et l'Indicateur Synthétique d'Accès aux Droits Fondamentaux. D'autres politiques permettent la levée d'une partie des obstacles financiers à la création et l'installation des maisons médicales, comme c'est le cas en Flandre dans le cadre du *VIPA* (aide à l'acquisition, à la rénovation extension, transformation et équipement du bâti).

En Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale, les mesures de soutien financier des maisons médicales (prise en charge de certains postes, aide à l'installation) sont conditionnées à un processus préalable d'agrément. La rapidité du processus d'agrément et la capacité financière et technique des Régions à agréer et évaluer le maximum possible de projets de maisons médicales ou de maisons médicales existantes encore non-agrées influencent le rythme du développement de l'offre de maisons médicales, leur bon fonctionnement et leur pérennité.

Des personnes rencontrées recommandent la prise en charge par diverses sources de financement des postes d'emploi qui garantissent la réalisation des différentes missions des maisons médicales et leur bon fonctionnement. Ces postes et ces fonctions sont actuellement parfois insuffisamment pris en compte dans les mécanismes de subventionnement des pouvoirs publics⁹¹, notamment ceux de coordinateur, d'assistant social et d'accueillant administratif.

Selon la Fédération des maisons médicales et des collectifs de soins de santé francophones, le soutien à l'offre de soins primaires et aux maisons médicales par les diverses politiques publiques reste historiquement assez faible. Ces dernières sont en effet majoritairement destinées et adaptées à des médecins généralistes solos pratiquant en cabinet mono disciplinaire. Or la conjoncture actuelle se caractérise désormais par la baisse d'attractivité du métier de médecin généraliste, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et donc par la nécessité de soutenir l'implantation de prestataires de soins (dont les maisons médicales) dans certaines zones identifiées. La Fédération plaide en faveur de mesures structurelles visant à renforcer significativement le rythme de développement des maisons médicales et leur bon fonctionnement. Cela passe notamment par le biais d'incitants fiscaux à l'installation et au démarrage (défiscalisation

⁹⁰ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Regards Croisés : Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté (2010). *Contribution externe d'Hippocrate, Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS- le point de vue des médecins généralistes de terrain.*

⁹¹ BAPN, Réseau Belge contre la Pauvreté (2011). *Redessiner le droit à la santé*, recommandation n°11 et FMM et Vereniging van Wijkgezondheidscentra, *op.cit.*

des frais liés au bâti de la maison médicale, prêts à taux zéro, etc.)⁹². Mais ce sont les services de soins primaires dans leur ensemble qui méritent d'être davantage valorisés, mieux financés et mieux organisés dans le cadre de politiques de santé prenant en compte tant le volet curatif que préventif. Cela peut se faire notamment par la promotion de la fonction de médecin généraliste et du système de maisons médicales auprès des décideurs politiques, des médias et des universités formant les professionnels de santé.

Le *Vlaamse Vereniging van wijkgezondheidscentra* insiste également sur le décalage existant entre les attentes vis-à-vis des *wijkgezondheidscentra* et l'insuffisance du soutien financier public. Il demande un soutien complémentaire tant pour des postes correspondant à des fonctions spécifiques (promoteur de santé, psychologue de première ligne, coordinateur pour le travail interdisciplinaire) que pour l'aide à l'installation de nouveaux *wijkgezondheidscentra*⁹³.

Les acteurs rencontrés constatent depuis déjà longtemps les bénéfices apportés par les maisons médicales aux personnes pauvres ou précarisées en termes d'accessibilité aux soins, lorsque les personnes y ont accès et souhaitent recourir à ces dispositifs ; le libre choix constitue en effet un élément essentiel, ont souligné avec force les associations dans lesquelles les personnes pauvres se reconnaissent. Les acteurs rencontrés soulignent que l'accroissement de l'offre de maisons médicales constitue une des solutions parmi d'autres pouvant contribuer efficacement à l'accès de chacun aux soins primaires. Tous sont cependant bien conscients du poids relativement faible des maisons médicales au sein des dispositifs de soins primaires et des limites des possibilités d'accroissement rapide et significatif de l'offre. Le développement du réseau de maisons médicales n'est qu'un élément, certes important, d'un ensemble de mesures politiques de portée plus globales à adopter afin de faciliter l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées.

Au-delà des recommandations liées aux maisons médicales et aux cartes médicales, les acteurs rencontrés demandent de garantir en priorité l'accès de tous à la sécurité sociale. En amont de l'accès aux soins, c'est l'investissement dans une politique de santé qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé qui est présenté comme priorité et urgence si on veut que le droit fondamental à la protection de la santé soit effectif pour chaque être humain, si on veut lutter contre la persistance des inégalités socioéconomiques de santé.

⁹² FMM et Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC), *op.cit.* Et FMM (2007). *Exposé au Parlement de la COCOF*.

⁹³ VWGC (december 2013). *Memorandum Vereniging van Wijkgezondheidscentra - regionale, federale en Europese aandachtspunten voor een gezondheidsbeleid*.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bibliographie

Bibliographie carte médicale

Alter Echos, n°282, 9/10/2009, *La carte médicale bientôt généralisée pour les CPAS ?*

Assemblée Nationale (9 juin 2011). *Rapport d'information n°3524 fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'Aide Médicale d'Etat.*

Assemblée Réunie de la Commission communautaire commune- Compte rendu intégral- Commission des affaires sociales- session 2010-2011, C.R.I COMP (2010-2011), n°17.

ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles.

ATD Quart Monde (2000). *Pour en finir avec les inégalités sociales de santé, Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000*, Projet Santé Culture Quart Monde, avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles.

BAPN, Réseau Belge contre la Pauvreté (2011). *Redessiner le droit à la santé.*

Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2001). *Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers. Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique*, Bruxelles.

Chaoui Mezabi, Dounia (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*. Université de Liège.

Depraetere, Anika (2012). "Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf", *Terzake*, 5, 29-32.

De Proost, Pierre (2010). *L'Aide Médicale Urgente, ou comment vider de sa substance le seul droit des personnes illégales?*

Entr'aide des Marolles (2013). *Vadémécum de l'aide médicale à la ville de Bruxelles.*

Ensemble n°70, février 2011, « *La santé, un luxe pour les pauvres ? Un simple souci d'équité et de saine gestion* », p.52 et « *Une régression sociale qui pénalise les plus vulnérables* », p.56.

Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB), F.A.M.G.B. Asbl, Commission CPAS (2006). *Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles- Capitale, une utopie ? Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS, Livre blanc.*

FAMGB, Commission CPAS (2009). *Répertoire de l'aide médicale dans les CPAS bruxellois, Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS.*

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Service d'étude et de recherche (déc.2012). *Organisation de la prise en charge des patients qui relèvent de l'aide médicale urgente dans les maisons médicales de Bruxelles*, Rapport d'étude, Litt, Vincent.

Feron, Denis (2013). *Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS*. CPAS Plus, n°6-7, p. 10-15.

Herscovici, Anne, Paulus, Monique, Fleury, Yohann, Vanderstraeten, André (2010). *La limitation du droit à la carte médicale à Ixelles : une régression en matière de prévention et d'accès aux soins de santé.*

Inspection générale des Finances et Inspection générale des affaires sociales (mai 2007). *Rapport n°2006-M-085-02 sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat.*

IRIS (2013). *Rapport annuel d'activités IRIS-Faïtière 2013, Année 2012.*

Lutte Solidarité Travail, La main dans la main, n°259, mai/juin 2008, *La carte santé, une nouveauté au CPAS de Namur.*

Médecins du Monde (2013). *Rapport Annuel 2012, Etat des lieux de l'accès aux soins en Belgique, Projets Belges de Médecins du Monde.*

Médecins du Monde, Samenslevingsopbouw Brussel, Pigment vzw, Medimmigrant, Stadslabo Jes (2012). *Mémoire. Aide Médicale Urgente pour personnes en séjour irrégulier. Où cela coince-t-il?*

Medimmigrant (2004). *Libre choix du prestataire de soins pour les patients dépendant du CPAS.*

Medimmigrant (2006). *Aide Médicale Urgente pour personne en séjour illégal, manuel pour des collaborateurs de CPAS et les prestataires de soins.*

Mutualité Chrétienne, Henin, Elise, (2013) *Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système de soins de santé.*

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Parlement Bruxellois (13 juillet 2002). *Résumé de la table ronde « Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne ».*

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Regards Croisés : Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté (2010). Contribution externe : *Les personnes en séjour irrégulier. L'extrême pauvreté de la vingtième commune bruxelloise*, p.57.

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Regards Croisés : Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté (2010). *Contribution externe d'Hippocrate, Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS- le point de vue des médecins généralistes de terrain.*

Ondersteuningspunt Medische Zorg, Antwerps Minderhedencentrum De Acht (2012). *Op weg naar de huisarts.*

PICUM (2006). *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, p. 22-29.

Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (2008). *Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025, Accès et exercice des droits à la santé, au logement et à l'emploi, Constats et propositions aux pouvoirs publics.*

Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (2011). *Note de travail sur la carte santé*, non publié.

RTBF Info (06/02/2013). *Nouvelle liste des médicaments remboursés par les CPAS bruxellois*

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Protection sociale et pauvreté, contribution au débat et à l'action politiques, Rapport bisannuel 2012-2013*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, chapitre santé.

SPP Intégration Sociale (2013). *MediPrima La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS.*

Vivre Ensemble Education (septembre 2009), *Soins de santé : rechoisir la solidarité.*

VVSG (2006). *Medische Kaart, De betalingsverbintenis voor medische kosten van OCMW-cliënten.*

VVSG M-Weter n°8, extra 2013, *Mediprima: Een mooi project vol goede bedoelingen, maar slecht uitgewerkt.*

VVSG M-Weter n°9, nov. 2013, *Mediprima: Een mooi project vol goede bedoelingen en met garanties voor de OCMW's gegeven door de staatssecretaris.*

Pages consultées sur Internet carte médicale

Carte santé-CPAS de Charleroi, consultée le 25/09/2013.

<http://www.cpascharleroi.be/aide-sociale/carte-sante.html>

CPAS de Schaerbeek- La carte santé du CPAS (et réquisitoires), consultée le 10/01/2014.

http://www.guidecass.be/spip.php?page=fiche_chapitre&recherche=&id=15&theme_id=15&fiche_id=165&chap_id=166&lang=fr

Médecins du Monde (28/05/2013), *21 juin, dernier jour de l'été*, consultée le 25/09/2013.

<http://www.medecinsdumonde.be/21-JUIN-DERNIER-JOUR-DE-L-ETE.html>

Medimmigrant, *CPAS / Aide Médicale Urgente*, consultée le 13/11/2013.

<http://www.medimmigrant.be/index.asp?idbericht=50&idmenu=3&lang=fr>

Vie Féminine, *L'égalité pour changer : L'aide médicale urgente* consultée le 04/10/2013.

<http://www.viefeminine.be/spip.php?article2701>

Op weg naar de huisarts, consultée le 30/01/2014.

<https://www.opwegnaardehuisarts.be/nl/home.aspx>

Bibliographie maisons médicales

Art, Bruno, Suetens Myriam en Jan De Maeseneer (2013). "Nieuw betalingssysteem voor wijkgezondheidscentra. Voorbeeld voor de hele eerste lijn?", *Alert*, 4, 56-57.

Belgium Anti Poverty Network (BAPN), (2010). *Redessiner le droit à la santé.*

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), (2008). *Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique*, KCE Reports 85B.

COCOF (2004). *Les maisons médicales, un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale*, 6^{ème} édition.

De Maeseneer, Jan, De Roo, Leen en Sara Willems (2012). "Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen" in Vrancken, Jan e.a., *Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting*, p.233-245.

De Winter, Stefanie (2010). *Forfait versus prestatiegeneeskunde. De perceptie van de huisarts op de 2 grote systemen in de huisartsengeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie.* Voorlopige rapportering Masterproef ter verkrijging van de Manama Huisartseneeskunde.

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM) et Vereniging van Wijkgezondheidscentra (2005). *Argumentaire : Pour un système de santé fondé sur des soins de santé primaires, et pour le soutien au développement de centres de santé intégrés.*

FMM (2007). *Exposé au Parlement de la COCOF*.

FMM (2008). *Qualité et coût des soins en première ligne*.

FMM (2012), *Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises, Année 2012, Elysée SOMASSE, Isabelle HEYMANS*.

FMM, Service d'étude et de recherche (2012), *Organisation de la prise en charge des patients qui relèvent de l'aide médicale urgente dans les maisons médicales de Bruxelles*, Rapport d'étude, Vincent LITT.

FMM (2012), *Statistiques des Maisons Médicales, Année 2012*.

FMM (2013). *Mémorandum 2013, Politique de santé, enjeux régionaux, fédéraux et européens*.
Netwerk tegen armoede. *Standpuntenpakket gezondheid*. Interne nota.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1978). *Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires*.

OMS (1981). *Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*.

OMS (1986). *Charte d'Ottawa en vue de contribuer à la santé pour tous*.

OMS (1987). *Action intersectorielle en faveur de la santé. Le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous*.

OMS (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*.

Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes (2011), *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Michel BOUTSEN et Leila MARON.

Vereniging voor wijkgezondheidscentra (VWGC), (2008). *De plaats van wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en Brussel in een toekomstgericht gezondheidsbeleid*.

VWGC, FMM & Geneeskunde voor het Volk Vzw (28/05/2013), *Persbericht: nieuw model van forfaitaire betaling vanaf 1 mei 2013*.

VWGC (december 2013). *Memorandum Vereniging van Wijkgezondheidscentra - regionale, federale en Europese aandachtspunten voor een gezondheidsbeleid*.

Vermeulen, Lies & Nele Gerits (2013). *Plus de maisons médicales en Flandre? Santé Conjuguée*, octobre 2013, n° 66, p. 91-94.

Pages Internet consultées maisons médicales

Vlaams agentschap zorg en gezondheid. *Beleid eerstelijnsgezondheidszorg. Erkenning en subsidiëring van Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's)*. Consultée le 13/12/2013.

http://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid_eerstelijnsgezondheidszorg/

ANNEXE 2 : Liste des entretiens réalisés

1. AIDOGDU Hicran, CPAS Molenbeek-Saint Jean, 18/11/2013
2. BELFIORE Pascale, Relais Santé Montois (Mons- Borinage), Infirmière, 08/11/2013
3. BALBEUR Delphine, CPAS Namur, Référent carte médicale, 16/10/2013
4. BRIELS Griet, Netwerk tegen armoede, 26/11/2013
5. CONRADT Sandrine, Relais santé de Verviers, 22/10/2013
6. COUVREUR Christine, Coordinatrice cohésion sociale CPAS et Relais Santé de La Louvière, 07/11/2013
7. CORTEBEECK Veerle et CRAUWELS Fabienne, Vlaamse Vereniging Steden en Gemeenten, 17/12/2013
8. CUVELIER Lawrence et D'Oultremont Lihsin, Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, 03/02/2014
9. DE MOOR Wim, OCMW Gent, 28/11/2013
10. DE VINCENTIS Christelle, Agent Carte médicale La Louvière, 07/11/2013
11. DRIELSMAS Pierre et SOMASSE Elisée, Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, 23/10/2013
12. FERON Denis, CPAS Charleroi, Manager social, 24/10/2013
13. HAEVE Kathleen, Federatie van Vlaamse OCMW Maatschappelijke werkers, 27/11/2013
14. HENDRICK, Pierre, ATD Quart-Monde et Maison Médicale du vieux Molenbeek, 14/10/2013
15. HERSCOVICI Anne, Sociologue, 25/10/2013
16. HEYMANS Stéphane, Responsable des projets belges, Médecins du Monde, 16/10/2013
17. KONIECZKY Edwige, Chef de bureau service social administratif, FLAMME Marc, Chef de service soins de santé, CPAS Mons, 08/11/2013
18. KREMERS Irène, Coordinatrice Relais Santé Charleroi, 24/10/2013
19. LEKIEN Brigitte, CPAS Liège et Relais Santé Liège, 06/11/2013
20. LESIW Alexandre, Directeur-Général du SPP Intégration Sociale, 04/12/2013
21. MATHY Marie, Relais Santé Namur, Coordinatrice adjointe, infirmière, 17/10/2013
22. PETERS Gaëlle, Réseau Wallon de Lutte contre la pauvreté, 05/11/2013
23. RYCKMANS Pierre, Infirmiers de rue, responsable Asbl, 07/10/2013
24. SPITAELS Hélène, Vie Féminine, Coordinatrice nationale, 09/10/2013
25. SUETENS Myriam, Vereniging van wijkgezondheidscentra, 27/11/2013
26. TAYMANS Bernard, Président Fédération des Assistants Sociaux de CPAS de Wallonie et responsable de service, CPAS Braine le château, 04/11/2013
27. VITALI Rocco, Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté Asbl, 21/10/2013
28. VAN DER BORGHT Anna, Integratiecentrum de 8, 29/11/2013
29. VAN ZELE Leen, stad Gent, 28/11/2013

Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale



Adresse

Rue Royale, 138
1000 Bruxelles

Numéro du Service

+32 (0)2 212 31 67

Numéro général

+32 (0)2 212 30 00

Fax

+32 (0)2 212 30 30

E-mail

luttepauvrete@cntr.be

Site internet

www.luttepauvrete.be