L'AIDE MÉDICALE URGENTE : POUR QUI?

Les personnes en séjour précaire constituent un groupe particulièrement vulnérable de notre système de santé : absentes des statistiques officielles, nul ne connait leur nombre avec exactitude et, malgré les efforts de nombreux acteurs, leurs besoins de santé restent largement méconnus.

Marie Dauvrin, infirmière spécialisée, docteure en santé publique, chargée de recherches à la Haute École Léonard de Vinci et experte en systèmes et services de santé au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

ans ce contexte d'invisibilité, plusieurs enjeux majeurs se dessinent : l'accessibilité aux soins et leur qualité, la solidarité, la cohérence des politiques.

Assurer un accès aux soins pour tous

Assurer un accès aux soins aux personnes en séjour précaire questionne la définition même de ce qui fait soin. Bien souvent, l'aide médicale urgente (AMU) est limitée à des pratiques de soins délivrées par des professionnels de santé, mais nous le savons : le système de santé intervient pour une part minime dans l'état de santé d'une personne. Par contre, les déterminants sociaux de la santé comme le statut de séjour, le revenu, le logement, le niveau d'éducation ont une influence majeure sur l'accès aux ressources pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et en limiter les incapacités1. Les déterminants sociaux de la santé vont influencer la capacité des groupes de personnes à adopter des comportements de santé positifs, à choisir un milieu de vie favorable... Il est donc indispensable de penser la santé dans sa globalité : quel est le sens d'offrir une chimiothérapie à une personne en séjour précaire si elle ne sait pas où elle va dormir en sortant de l'hôpital? Quel est le sens d'envoyer le patient chez le diabétologue s'il ne peut choisir lui-même ce qu'il va manger?

L'arrêté royal du 12 décembre 1996 détermine les conditions selon lesquelles un étranger qui séjourne illégalement sur le territoire peut bénéficier d'un accès aux soins de santé, dans le cadre de l'aide sociale délivrée par CPAS. Dans ce texte, le législateur ne détermine pas une série d'actes, mais annonce plutôt que les soins peuvent être aussi bien de nature curative que préventive et dispensés en ambulatoire ou dans un établissement de soins (art. 1). Il exige que ces soins soient justifiés par un certificat attestant du caractère urgent des prestations effectuées. De même, cet accès est conditionné formellement par l'état de nécessité, attesté par une enquête sociale, incluant la visite à domicile.

Ces différents éléments constituent la théorie et devraient, selon une étude de Médecins du Monde, assurer un accès à 99 % de la population sans titre de séjour précaire en Belgique. En pratique, les acteurs de terrain dénoncent l'insuffisance de l'accès aux soins pour les personnes précaires, même si un monitoring à l'échelle nationale n'est pas disponible à l'heure actuelle. En 2007, Médecins du Monde estimait que seuls 14 % des personnes sans titre de séjour bénéficiaient de l'AMU, chiffres corroborés en 2013 par le KCE qui arrivait à une estimation de 10 à 20 % des personnes en séjour précaire bénéficiant de l'AMU². Malgré les nombreuses recommandations pour faciliter l'accès aux soins, les acteurs de terrain continuent à dénoncer l'accroissement, parfois dramatique, des restrictions liées à l'AMU et la difficulté à obtenir une couverture de soins, même minime. Même les personnes issues d'un pays de l'Union européenne ne tombent pas sous le coup de l'AMU, étant donné qu'elles sont en séjour légal sur le territoire belge. Pour les migrants en transit, la lenteur des démarches administratives est

- 1. M. Whitehead,
- G. Dahlgren, Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 1, Copenhagen, WHO Europe, 2006.
- 2. D. Roberfroid,
- M. Dauvrin, I. Keygnaert,
- A. Desomer, B. Kerstens,
- C. Camberlin,
- I. Derluyn, What health care for undocumented migrants in Belgium?, (D/2015/10.273/111), Brussels, KCE, 2015.

particulièrement préoccupante et les empêche d'accéder aux soins.

Veiller à des soins de qualité, adaptés aux besoins de chacun

Une fois la personne en séjour précaire autorisée à bénéficier de l'AMU, la partie n'est pas totalement gagnée. À côté de l'accès administratif, d'autres aspects de l'accessibilité des soins doivent faire l'objet de l'attention des professionnels de la santé et du social.

Roose et De Bie (2003) proposent d'examiner l'accessibilité des services de santé et sociaux à l'aune de sept dimensions :

- accessibilité géographique : (absence de) seuils quand les soins sont nécessaires;
- utilité : à quel point le patient vit les soins comme soutenants;
- disponibilité: existence de services qui peuvent être mobilisés pour des problèmes qui ne relèvent pas directement du problème initialement identifié;
- connaissance : à quel point le patient est-il au courant de l'existence des services;
- accessibilité financière : coûts financiers et autres coûts que le patient peut rencontrer;
- confiance: à quel point le patient peut faire confiance au service et aux professionnels;
- compréhension : à quel point le patient est conscient des motifs du traitement et la façon dont le problème doit être traité.

Professionnels de santé et travailleurs sociaux doivent donc veiller à ce que leur offre de soins et d'aide prenne en compte ces différents éléments. Par exemple, avoir des services bas-seuil se positionnant sur une ligne de soins 0,53 est indispensable pour assurer l'accessibilité géographique. Cette proposition est également l'idée d'avoir des guichets uniques. Un guichet unique est un lieu de centralisation et de réorientation des demandes : tout un chacun peut y déposer sa (ou ses) demande(s) et être orienté vers le service ou le prestataire à même d'y répondre. Recourir à des interprètes, des médiateurs, des patients partenaires ou encore des experts du vécu permet d'aider le patient à comprendre sa situation et son traitement et à donner son consentement pleinement éclairé à ce qui lui est proposé. Cela permet également de s'assurer que le patient perçoit les soins comme soutenants et utiles au regard de ses besoins. Dans le cas des femmes enceintes, cela peut prendre la forme d'un *package* comprenant tous les soins et accompagnements périnataux, permettant de couvrir les besoins de la femme et de son (futur) bébé. Les patients ont également besoin d'informations claires, adaptées et facilement accessibles afin de connaitre l'offre qui est à leur disposition. Citons par exemple les nombreuses brochures et autres supports développés par l'asbl MedImmigrant⁴.

Dans le contexte de criminalisation croissante des migrants, la peur et la méfiance à l'égard des services de santé et des services sociaux s'exacerbent et constituent une barrière supplémentaire à l'accès aux soins. Professionnels de santé et travailleurs sociaux sont les garants d'un climat de confiance dans leur service et sont responsables de signaler les abus dont ils sont témoins. Le rapport de Médecins du Monde sur les violences à l'égard des migrants est un exemple de ce rôle de plaidoyer⁵.

Garantir la solidarité

Le rôle des CPAS, en tant que dernier rempart de l'aide sociale publique, est de plus en plus mis à mal. La paupérisation croissante d'une partie de la population a augmenté leur charge de travail : chômeurs, pensionnés, familles monoparentales, étudiants, travailleurs, malades chroniques... personne (ou presque) n'est épargné par la pauvreté et les CPAS doivent répondre à de plus en plus de demandes. Or, cet accroissement des demandes ne s'est pas toujours accompagné d'une simplification des procédures et d'un renforcement du cadre de travail, tant en quantité qu'en qualité. La pression sur les travailleurs sociaux sous forme de contrôles, d'injonctions - implicites ou explicites - à « faire des économies » et d'exigences de résultats s'oppose à des prises en charge humaines, centrées sur les personnes et adaptées à leurs besoins.

Garantir la solidarité pose également la question des coûts liés à l'AMU. L'étude du KCE a montré que les dépenses représentaient seulement 0,2 % des dépenses de l'assurance maladie invalidité. De plus, la littérature montre que, loin d'augmenter les coûts, intégrer les personnes sans titre de séjour dans le régime de solidarité existant tend à les réduire. C'est le cas pour les demandeurs d'asile, comme l'a montré une étude en Allemagne⁶, mais également pour les per-

3. Ligne 0,5 : service
accessible sans condition.
Ligne 1 : service de
proximité (médecin
généraliste ou maison
médicale, par exemple).
Ligne 2 : service spécialisé.
Ligne 3 : service
hyperspécialisé.
4. www.medimmigrant.be

5 Médecins du Monde.

Violences policières envers
les migrants et les réfugiés
en transit en Belgique. Une
enquête quantitative et
qualitative, 2018.
6. K. Bozorgmehr,
O. Razum, Effect of
Restricting Access to Health
Care on Health Expenditures
among Asylum-Seekers
and Refugees: A QuasiExperimental Study in

Germany, 1994-2013.

sonnes sans-papiers. En assurant une couverture de soins aux personnes sans-papiers en Belgique, il serait possible d'économiser 77 % des frais de prise en charge au niveau du système de santé et 66 % des dépenses individuelles pour le patient⁷. Les coûts ne se situent pas au niveau des soins en tant que tels, mais plutôt dans le cadre administratif entourant l'accès aux soins pour les personnes en séjour précaire. Procédures longues et complexes, coexistence de systèmes d'assurabilité parallèles, multiplicité des intervenants et des processus de contrôle... tous ces éléments contribuent aux dépenses liées à la gestion de l'accès aux soins pour les personnes en séjour précaire. La Cour des comptes l'a d'ailleurs mis en évidence concernant l'accueil des demandeurs d'asile8. L'INAMI et les mutuelles pointent de plus en plus régulièrement l'existence de systèmes d'assurabilité parallèles, gérés par des organismes dont ce n'est pas la mission première. Si l'on considère le groupe des demandeurs d'asile, pas moins de trois systèmes « d'assurabilité » coexistent pour un peu moins de 25 000 personnes, pour une durée théorique de six mois9 (via Fedasil, une mutuelle ou la CAAMI, les CPAS). C'est d'autant plus paradoxal que la moitié des demandeurs d'asile seront reconnus comme réfugiés et auront l'obligation de souscrire à l'assurance maladie invalidité.

Viser des politiques de santé coordonnées et cohérentes

Les effets délétères de la fragmentation et du morcellement des compétences en matière de politiques de santé et de politiques sociales ne sont pas l'apanage des personnes en séjour précaire. Mais, dans leur cas, cette absence de cohérence interpelle : pourquoi, d'un CPAS à l'autre, une même personne ne reçoit pas la même couverture de soins? Pourquoi les autorités publiques se renvoient la balle entre les différents niveaux de pouvoir pour savoir qui doit prendre en charge les soins de santé mentale, la vaccination ou encore la promotion de la santé pour les personnes en séjour précaire? Pourquoi ce sont des initiatives citoyennes qui permettent de garantir la continuité de l'accompagnement social? Pourquoi attendons-nous encore l'implémentation des nombreuses pistes de solutions et recommandations, qu'elles émanent du KCE, de

Médecins du Monde, de l'INAMI ou tout autre acteur désireux de voir un changement s'opérer? Dans la foulée de la publication du rapport ETHEALTH à la fin 2011, une première conférence interministérielle s'était tenue sur la santé des migrants en Belgique. Si elle n'a pas eu

de grandes retombées sur les pratiques, elle a eu au moins le mérite de mettre le débat sur la table des décideurs. Depuis, une évaluation de l'implémentation des recommandations ETHEALTH a été commanditée par la ministre sortante de la Santé publique. Les partici-

Pourquoi assistonsnous encore à des situations de refus de soins, à des besoins non rencontrés?

pants se sont réjouis de la poursuite de projets existants et du développement de nouvelles initiatives, mais, à nouveau, il manque d'une coordination et d'une cohérence entre les différents acteurs politiques. Une coordination qui ne doit pas gommer les spécificités de chaque acteur, mais, au contraire, veiller à ce que les besoins soient connus, couverts et évalués.

De pire en pire

Un seul constat s'impose : les problèmes sont identifiés, les solutions sont connues, les recommandations sont faites. Pourquoi assistons-nous encore à des situations de refus de soins, à des besoins non rencontrés? Pourquoi est-ce que, tous les jours, des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sont face à des personnes en situation précaire, perdues et désemparées, souffrant de problèmes de santé qui auraient pu être évités si elles avaient pu accéder rapidement à des soins de qualité? Pourquoi avons-nous ce sentiment amer que la situation se dégrade? Chaque jour, des acteurs mettent en œuvre des solutions à leur échelle : permanence spéciale, consultations libres, documents explicatifs, interprètes, formations, cartographie des services... Les initiatives ne manquent pas, mais ce sont des solutions structurelles et systémiques qui sont nécessaires, à commencer, entre autres, par la simplification et l'uniformisation des procédures administratives, la portabilité des droits sociaux et une réflexion plus globale sur l'intégration des personnes sans titre de séjour dans la société belge.

7. U. Trummer, S. Novak-Zezula, A. Renner. I Wilczewska. The economic benefits of financing refugee and migrant health, paper presented at the Refugee and Migrant Health Workshop, Athens, 2017. 8. Cour des comptes, Accueil des demandeurs d'asile, Bruxelles, 2017. 9. M. Dauvrin, J. Detollenaere, C. De Laet, D. Roberfroid, I. Vinck, Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation. Health Services Research, KCE Reports 319,

Brussels, 2020.