

« Les gens finissent par abandonner les soins »

MIGRATION La réforme de l'aide médicale urgente présentée ce mercredi au Parlement

- Le gouvernement veut mieux identifier et sanctionner les soins de confort accordés aux « illégaux ».
- Le secteur dénonce une stigmatisation inutile : la simplification des démarches devrait être la priorité, trop de gens restent à l'écart.

Les abus, c'est fini ! » Denis Ducarme signifiait la fin de la récré le mois passé lors d'un entretien avec nos confrères de la DH. Dans le viseur du ministre MR en charge de l'Intégration sociale, les soins de confort offerts par des médecins complaisants à des migrants « illégaux » aux frais du contribuable. Et de citer des cas de chirurgie esthétique, échographies de grossesse non nécessaires, circoncisions... Un projet de loi, qui doit être présenté en deuxième lecture à la Chambre ce mercredi, doit ainsi mieux encadrer les contrôles de l'aide médicale urgente (AMU), le dispositif qui offre une prise en charge des soins de santé aux migrants en situation irrégulière (voir ci-dessous).

Le texte et surtout sa présentation dans la presse ont indigné bon nombre dans le milieu médical comme associatif. Le propos, en substance : l'aide médicale urgente, c'est un chemin de croix pour une population hyperprécarisée et souvent en détresse, pas un week-end au spa. Que diriez-vous de rencontrer ceux qui le vivent au quotidien ? Rendez-vous est pris dans les locaux de Médecins du monde avec Abdu Muntasir, Soudanais du Darfour qui tente depuis le mois de novembre de rejoindre l'Angleterre depuis la Belgique. Une chute lors de la traversée de la frontière entre l'Italie et la France, dans les montagnes, lui a brisé la jambe. Les médecins français l'ont opéré, plaçant une plaque pour soutenir l'os.

« On garde ce genre de plaque quelques semaines seulement parce qu'elle empêche les muscles de se reconstituer autour de l'os, détaille Ruth Shrimpling, l'assistante sociale qui suit

son dossier. *Le problème, c'est qu'on n'a jamais enlevé la sienne.* » Une fois remis sur pieds, Abdu Muntasir a été renvoyé vers l'Italie, où ses empreintes ont été enregistrées. « *Mais comme j'avais quitté le camp, on m'a retiré mes droits, je me suis retrouvé dans la rue.* » Plus question de soins. Il est reparti vers le nord. La plaque est depuis un an et demi dans sa jambe. « *Ça me fait très mal* », explique le Soudanais en retroussant péniblement le jean et la sous-couche qui le protègent du froid. Il passe toute la journée dehors. « *C'est pire la nuit, quand il y a des changements de température.* »

Jeune, fort, Abdu Muntasir a traversé la Méditerranée en bonne santé. Aujourd'hui, sa jambe lui fait un mal de chien et son œil gauche voit de plus en plus flou à cause d'un kyste. « *C'est assez classique avec ce public, relève l'assistante sociale. Le tourisme médical que les politiques dénoncent n'existe pas. En revanche, des gens en bonne santé – en meilleure santé que la moyenne, à vrai dire – développent des pathologies parfois graves liées à leurs conditions de vie ici.* »

Les médecins volontaires de l'ONG pourront s'occuper du kyste, mais pour la jambe, c'est une autre histoire. Abdu Muntasir a besoin d'une intervention, partant d'une prise en charge des soins. « *Nous allons faire un dossier pour l'AMU.* » L'assistante sociale est déjà parvenue à le convaincre de donner ses informations personnelles à une institution publique, fameuse marque de confiance venant de quelqu'un qui est hanté par la crainte d'un renvoi vers l'Italie ou, pire, le Soudan. Mais ce n'est pas gagné.

La durée de validité de l'AMU varie : à Schaerbeek, elle est valable un an, et dans d'autres communes, un mois

Pour accorder ou non une aide médicale urgente, les CPAS vérifient principalement deux critères : que la personne ne dispose pas d'un titre de séjour et qu'elle est indigente. Ce que doit prouver une enquête sociale. Premier problème : une adresse, même vague (un parking, un hall de gare, la voiture au coin de telle et telle rue), doit être

renseignée pour permettre à l'assistante sociale de la commune d'effectuer une visite et de se rendre compte des conditions de vie du demandeur. Or les populations sans abri – et plus spécifiquement les migrants en transit – ne sont pas fixées, même sur un lieu-dit.

Autre difficulté : les taux de refus varient énormément selon les CPAS, de 2 à 26 % selon une étude de la KCE. Ce qui dénote d'un manque d'homogénéité dans la pratique – d'aucuns suspectant parfois que des directives de sévérité soient données dans certaines communes. Une variabilité source de discrimination et qui génère un accès inégal aux soins de santé, estime le Ciré, une des principales associations d'aide aux étrangers.

« *Une patiente anglophone qui remplissait tous les critères s'est vu refuser une aide parce qu'elle ne parlait pas français, ce que l'assistante sociale avait interprété comme un défaut de coopération* », se souvient Ruth Shrimpling. Médecins du monde a ainsi listé une série de cas qui seraient ubuesques s'ils n'étaient tragiques, comme celui d'un patient de 44 ans souffrant de problèmes neurologiques graves au dossier rejeté parce qu'il était sous le coup d'un ordre de quitter le territoire (il est depuis quatre mois sans soins) ou celui d'une femme enceinte découragée par le CPAS de déposer une demande d'AMU pour un avortement au motif que sa vie n'était pas en danger et qui s'est finalement prostituée pour financer l'opération. Conscient du problème, le gouvernement prévoit d'ailleurs dans son projet de sanctionner « *les CPAS qui n'effectueraient pas ou mal l'enquête sociale* ».

A l'écouter, le quotidien de Ruth Shrimpling ressemble à un combat sans fin contre un moulin à vent. Un exemple ? La durée de validité de l'AMU varie d'un CPAS à l'autre. A Schaerbeek, par exemple, elle est valable un an, et dans d'autres communes, un mois. Or comme l'aide prend effet à partir de l'enregistrement du dossier, l'AMU arrive parfois à terme... un ou deux jours après son octroi. « *Certains patients passent leur temps à faire et refaire des demandes, regrette l'assistante sociale. D'autres finissent par renoncer.* » ■

LORRAINE KIHIL

EN CHIFFRES

0,2 %

C'est le coût que représente l'aide médicale urgente sur l'ensemble des soins de santé, soit 57,4 millions d'euros. Un montant relativement faible si l'on considère qu'on évalue le nombre de sans-papiers entre 0,8 et 1,4 % de la population globale. Seule une petite minorité aurait en fait recours à ce service. En tout, 21.530 personnes ont bénéficié de l'AMU en 2016.

**252
circoncisions**

Denis Ducarme a présenté à la presse son projet comme visant à lutter contre « les abus », chiffres à l'appui. Le ministre MR a notamment cité les 252 circoncisions et les quatre corrections d'hypertrophie mammaire (chirurgie esthétique) pratiquées entre 2014 et 2016. Scandale ? Difficile à dire. On évalue, la « fraude » à 6 % mais en manquant parfois d'éléments pour en juger correctement. Par exemple, des réductions mammaires ne

sont pas nécessairement des soins de confort mais peuvent servir à résoudre des problèmes de dos. Quant aux circoncisions, plusieurs députés ont souligné que le fait de rembourser ces opérations – même lorsqu'elles ne sont pas médicalement justifiées – était un choix politique visant à empêcher des pratiques clandestines dangereuses pour les enfants. « Pourquoi accepterait-on alors de faire courir des risques si importants à des enfants sans papiers ? », interroge l'ASBL Medimmigrant.

L.K.

ÉVOLUTION

Vers une aide médicale « nécessaire » ?

L'aide médicale urgente (AMU) s'adresse aux personnes en séjour irrégulier qui ne bénéficient pas d'une couverture santé et n'ont pas les moyens de payer les soins dont elles ont besoin. Attention de ne pas confondre avec l'autre aide médicale urgente (aussi siglée AMU) qui désigne les services de secours. Plusieurs députés proposent de modifier le nom de l'aide sociale afin de dissiper toute confu-

sion, tant avec son homonyme que dans l'interprétation de ce qu'elle recouvre. « Lorsque des soins médicaux sont "urgents", on renvoie en fait aux "urgences". C'est autre chose que les soins dont il est question dans le projet de loi à l'examen, soulignait la députée Nathalie Muylle (CD&V). Il serait préférable de parler de soins "nécessaires" ou pas. » Une nuance importante : le rapport du médecin-conseil sur lequel Denis Ducarme s'est fondé pour dénoncer des abus définit l'AMU comme des soins « à délivrer rapidement pour éviter une situation médicale

à risque ». Cette idée de « rapidité » ne figure pourtant pas dans la définition légale, et restreint le champ de l'AMU. « Le mot urgent est effectivement mal choisi, note Lynn Molderez, de l'ASBL Medimmigrant. Mais à l'époque de sa création, on s'est rendu compte qu'il y avait un vide dans le système de soins pour les personnes sans titre de séjour. L'accès aux soins est un droit fondamental, mais on ne voulait pas trop donner non plus. D'où cette aide, pas une assurance, vraiment une aide avec cette idée limitative d'urgence. »

L.K.

le projet Ducarme Un double langage qui inquiète

Contrairement à ce que sa publicité en a laissé paraître, le projet du gouvernement n'est pas un brûlot antimigrant. Le texte, déjà présenté au cours d'une première séance en commission Santé publique, veut améliorer le système en place en clarifiant le rôle des différents acteurs : les prestataires de soins, les CPAS (qui effectuent l'enquête sociale) et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (qui rembourse). Il introduit par ailleurs une notion de « contrôle » en prévoyant des sanctions à l'égard des CPAS qui bâcleraient l'enquête sociale et des médecins qui se montreraient trop complaisants. C'est sur ce dernier point surtout que les critiques se cristallisent.

Jusqu'à présent, le bien-fondé de l'octroi d'une AMU n'est pas contrôlé a

posteriori au niveau médical. Le médecin traitant apprécie si les soins sont justifiés. Un poste de médecin de contrôle devrait désormais être instauré et contrôlera 5 % des décisions. Depuis un mois, les analyses critiques se multiplient, émanant d'acteurs spécialisés. Beaucoup, d'ailleurs, s'insurgent qu'on n'ait pas consulté le secteur (les médecins, notamment).

Dans les rangs de l'opposition, on s'interroge sur l'opportunité de légiférer pour des abus dont les proportions paraissent relativement anecdotiques (on parle de 6 % de cas douteux). Et l'impression de « double langage » du ministre – dur dans la presse, nuancé face aux députés – fait planer le doute quant à un agenda caché. En l'espèce, tenter de restreindre l'aide médicale ur-

gente par le biais du médecin de contrôle, dont les décisions doivent « établir une jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente ».

Une responsabilité trop grande pour la laisser à l'arbitraire d'une seule personne, même médecin. Et le fait qu'une grosse partie des modalités sera réglée par arrêtés royaux – donc sans passer devant le Parlement – alimente les craintes.

Au cabinet Ducarme, on rassure. Le gouvernement « n'entend pas toucher à la définition légale de l'AMU », il s'agit de précisions. Quant aux abus, on n'en démord pas : « Il faut une base légale pour mieux détecter les fraudes, si marginales soient-elles. » ■

L.K.