

Aide médicale urgente : de réels abus ?

6% Le rapport d'un médecin-conseil de la CAAMI, entre janvier et juin 2016, a relevé des abus, concernant l'AMU, dans 6% des cas.

« Ce que ce projet de loi risque d'avoir comme impact, c'est de restreindre l'aide médicale urgente. »
Ariane MICHEL (CPAS)

L'aide médicale urgente accordée aux personnes en séjour irrégulier (sans-papiers) sera bientôt réformée. Un projet de loi du ministre de l'Intégration sociale, Denis Ducarme (MR), sera voté en séance plénière ce jeudi. Le ministre veut mieux encadrer les contrôles, estimant que le système fait face à des abus. Certains « illégaux » bénéficieraient, selon lui, de « soins de confort ». Sur le terrain, on s'interroge sur l'objectif réel du projet. ● Caroline FIXELLES

BÉNÉFICIAIRES

21530

Selon des chiffres du SPF Intégration sociale, 21 530 personnes en séjour irrégulier ont bénéficié de l'aide médicale urgente (AMU) en 2016. C'est 8,9 % de plus qu'en 2014 (19 754 bénéficiaires). Et même 23 % de plus par rapport à 2011 (17 380 bénéficiaires).

Selon une étude du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) en 2015, la moitié des bénéficiaires sont localisés sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale. Anvers, Liège et Gand se situent également dans le peloton de tête.

Soit entre 10 et 20 % des personnes en séjour irrégulier
Le KCE avait estimé à l'époque que le nombre de bénéficiaires de l'AMU représentait entre 10 et 20 % des personnes en séjour irrégulier. Ces personnes ont donc au moins eu un contact avec les services de santé. « À titre indicatif, ce pourcentage avoisine les 90 % pour les affiliés de l'Assurance maladie-invalidité », dit le KCE. En outre, parmi les bénéficiaires de l'AMU, 20 % ont été hospitalisés.

COÛT

57
millions

L'aide médicale urgente représentait 57,4 millions d'euros en 2016, soit 27 % de plus par rapport à 2014 (45 millions d'euros) et une augmentation de 56 % par rapport à 2011 (36,6 millions d'euros). Des chiffres du SPF Intégration sociale. Le coût moyen par bénéficiaire était de 2 666 euros en 2016, 2 282 euros en 2014 et 2019 euros en 2011, à charge des autorités publiques. C'est 24,5 % de moins que le coût moyen individuel dans l'Assurance maladie-invalidité, selon une étude du KCE (2015). Le coût AMU est en augmentation et croît plus vite que le nombre de bénéficiaires. Le KCE explique cette hausse par une forte augmentation des coûts d'hospitalisation des bénéficiaires (70 % des dépenses sont consacrées aux frais d'hospitalisation). Hausse que l'on ne retrouve pas pour la population couverte par l'Assurance maladie-invalidité. « Cette différence pourrait être due à des pathologies de plus en plus sévères chez les bénéficiaires de l'AMU », note le KCE. Ce budget de l'AMU ne représente toutefois que 0,2 % des coûts de l'Assurance maladie-invalidité.

REFUS

26 %

Le CPAS joue un rôle pivot entre la personne en séjour irrégulier et le système des soins de santé. Il a deux rôles aujourd'hui : lorsqu'une personne en séjour irrégulier, munie d'un certificat médical qui atteste le besoin de soins - au sens de l'AMU (tous les soins de santé préventifs et curatifs, pas que les soins d'urgence, rappelle le KCE) - frappe à la porte du CPAS, ce dernier contrôle que la personne remplit les conditions d'attribution de l'AMU (territorialité, ressources insuffisantes, non-assurabilité) et définit ensuite l'étendue de la prise en charge (durée et quels soins couverts). À noter que l'AMU est généralement accordée pour 92 jours. Mais cette durée peut varier d'un CPAS à l'autre, d'un jour à une année pour des maladies chroniques par exemple. La personne en séjour irrégulier doit avoir reçu l'agrément du CPAS avant de pouvoir accéder aux soins. Le nombre de refus varie très fort d'un CPAS à l'autre, selon le KCE, allant de 2,2 % à 26 %. Les raisons souvent invoquées : le « refus de collaboration » ou « l'impossibilité de prouver l'indigence ».

SANS CPAS**94 %**

Il arrive que des soins soient délivrés avant l'obtention de l'aide médicale urgente via le CPAS. En effet, selon l'étude du KCE, *« certaines personnes en séjour irrégulier contournent les procédures administratives en se présentant directement à l'hôpital en cas de besoin »*. Et de citer des chiffres, qui ne sont certes pas récents : au premier semestre 2012, le CHU St-Pierre à Bruxelles avance que la grande majorité des personnes en séjour irrégulier hospitalisées n'avaient pas présenté de réquisitoire délivré par un CPAS à leur arrivée : 93,9 %, soit 1 068 personnes sur 1 137. L'étude du KCE explique également que quand une personne en séjour irrégulier entre à l'hôpital via les urgences et reçoit directement des soins, une enquête sociale est ouverte par les services sociaux de l'hôpital. Mais cette enquête doit être réitérée par le CPAS. Du travail en double, selon le KCE. *« De plus, il n'est pas toujours possible de refaire cette enquête, par exemple si l'on perd la trace de la personne. La facture reste alors à charge de l'hôpital. »*

ABUS**6 %**

Le ministre Ducarme s'appuie sur un rapport d'un médecin-conseil de la CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) pour justifier son projet de loi. On y lit qu'entre janvier et juin 2016, des abus ont été constatés dans 6 % des cas... soit 12 cas qui ne relèveraient pas de l'AMU. Sont pointés une circoncision chez un enfant d'un an, une échographie pour connaître le sexe de l'enfant, une chirurgie plastique pour une hypertrophie mammaire ou cinq problèmes de dos *« sans risque »*. Le rapport dit aussi que dans 52 % des cas, les hôpitaux n'ont pas fourni de rapport permettant l'analyse et parle en conclusion d'une *« brève analyse »*. Ce rapport souligne enfin que la majorité des moyens sont destinés aux dialyses, cancers ou cas de cardiopathies. Lors des discussions à la Chambre, l'opposition s'est demandé sur quels critères s'est basé le médecin-conseil : *« Une intervention pour une hypertrophie mammaire peut s'avérer nécessaire, en fonction du contexte. Il ne s'agit pas forcément d'une prestation de confort »*, a pointé Muriel Gerkens (Écolo).

Des contrôles par un médecin

Le gouvernement fédéral veut réformer l'aide médicale urgente (AMU) et mieux encadrer les contrôles y afférent. Selon le ministre de l'Intégration sociale Denis Ducarme (MR), le système accordé aux personnes en séjour irrégulier est touché par des abus (6 % des cas entre janvier et juin 2016). Certains auraient bénéficié de chirurgies plastiques, d'échographies lors de grossesses pour connaître le sexe du bébé ou de circoncisions remboursées. Des « soins de confort, hors tout caractère urgent », avait dit le ministre dans la presse, suscitant l'indignation sur le terrain.

Aujourd'hui, les personnes en séjour irrégulier en Belgique ne peuvent s'affilier à une mutuelle. Mais elles peuvent s'adresser au CPAS pour obtenir, si leur état d'indigence est démontré, un accès à des soins de santé via cette AMU.

Le projet du ministre Ducarme clarifie les rôles : prestataires de soins, CPAS qui font l'enquête et Caisse d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) qui procède au remboursement. Il intègre un nouvel acteur : un médecin-contrôle de la CAAMI déterminera, au cas par cas, et *a posteriori*, si les soins prodigués relèvent de l'aide médicale urgente et pourra éventuellement refuser leur remboursement.

Jusqu'à présent, le médecin évaluait si les soins étaient justifiés et on parlait du principe qu'il faisait son travail correctement.

L'ensemble de la procédure de contrôle sera ultérieurement précisé dans un arrêté royal.

Le ministre prévoit un mécanisme de sanction financière pour les CPAS qui n'effectueraient pas ou mal l'enquête sociale donnant lieu à l'AMU. Aujourd'hui les CPAS n'avancent plus les frais mé-

dicaux (payés désormais directement par la CAAMI), et la sanction d'un non-remboursement ne fonctionne donc plus.

Dans ce projet de loi, des mesures de simplification administrative sont aussi prévues pour les CPAS.

Légiférer pour si peu ?

L'opposition se demande s'il est opportun de légiférer pour « si peu d'abus » et regrette que la mission du médecin-contrôle soit définie par arrêté, sans passer par le Parlement. Les associations dénoncent la stigmatisation de personnes vulnérables et craignent une restriction de l'AMU. Elles s'inquiètent aussi de l'installation d'une jurisprudence sur la justification de l'AMU.

Le cabinet Ducarme rassure : le projet ne touche pas à la définition de l'AMU. Quant aux abus, il en va de la bonne gestion des deniers publics : « s'ils demeurent marginaux, ils ne sont pas moins réels ». ■ **Ca.f.**

CPAS

« Pas touche à la définition »

« Ce que ce projet de loi risque d'avoir comme impact, c'est de restreindre l'aide médicale urgente », indique Ariane Michel, conseillère juridique à la Fédération des CPAS wallons. Ainsi, le rapport de la CAAMI sur lequel se base le ministre Ducarme pour justifier son projet de loi se réfère à la définition suivante de l'AMU : « des soins médicaux à délivrer rapidement pour éviter une situation médicale à risque pour une personne ou son entourage ». Or, rappelle la Fédération des CPAS, la circulaire de 1997 fournit une définition bien

plus large, estimant que cette aide médicale, dont l'urgence est attestée par un certificat médical, peut revêtir un caractère préventif ou curatif et ne se limite donc pas à des soins d'urgence.

La Fédération craint un resserrement de vis autour de l'AMU. « Cela risque de créer une dichotomie entre l'accord du CPAS d'accorder l'AMU et le contrôle qui peut être fait a posteriori. Ce qui fait que les hôpitaux pourraient être plus prudents à prendre en charge les personnes en séjour irrégulier », explique Ariane Michel. Et de rappeler que les CPAS prennent aujourd'hui certaines prestations sur fonds propres. « Une maman ne sait pas allaiter et n'a pas de lait en poudre pour son enfant. Le CPAS va lui en fournir. Cela va jusque-là l'AMU. Il ne faut toucher à sa définition. » Pour la Fédération des CPAS, le projet ne les implique pas directement : « la sanction, si l'enquête du CPAS n'est pas correcte, existe déjà. Avant, quand les frais étaient à notre charge, nous n'étions pas remboursés. Dorénavant, il s'agira d'une pénalité financière. » Ariane Michel attend désormais les arrêtés d'exécution. **Ca.f.**

MÉDECINS

« Des effets pervers »

Fin février, le Conseil de l'Ordre des médecins a dit craindre les effets pervers de la mesure pour le monde médical, et par ricochet, pour les demandeurs de l'aide médicale urgente. Le rôle du médecin-contrôle de la CAAMI sera de vérifier a posteriori si les soins dispensés relèvent de l'AMU. Or, pour l'Ordre des médecins, « l'AMU dépasse une notion de terminologie pour englober tout "besoin" auquel doit avoir accès une population vulnérable ». Un projet qui fait peser la menace d'absence de remboursement des prestations médicales sur le corps médical. Ce qui, selon l'Ordre des médecins, limitera indirectement la liberté diagnostique et thérapeutique du médecin exécuteur, « car son jugement professionnel sera lié au risque de devoir lui-même payer les frais s'il est décidé a posteriori qu'il ne s'agissait pas d'une "aide médicale urgente" ». En d'autres termes, des médecins, des hôpitaux, s'ils ont un doute, ne prendront pas le risque de ne pas se faire rembourser et au final, les patients risquent de ne pas bénéficier des soins nécessaires.

L'Ordre des médecins a suggéré « un contrôle préalable » des cas dans lesquels le médecin exécuteur doute du fait qu'il s'agissait bien d'une aide médicale urgente, plutôt que d'un contrôle a posteriori. L'Ordre a également demandé d'être impliqué dans l'élaboration des arrêtés d'exécution sur les modalités des contrôles. En outre, certains ont estimé qu'il était dangereux que ces contrôles ne se fassent uniquement sur base du dossier médical papier. D'autres, enfin, ont pointé le fait qu'un médecin va juger le travail de ses confrères. **Ca.F.**