

# TABLE DES MATIÈRES

## III. Protection sociale pour les personnes malades ou handicapées

Introduction

### 1. Pauvreté et santé

- 1.1. *La maladie rend pauvre – la pauvreté rend malade*
- 1.2. *Droit à la protection de la santé*

### 2. Remboursement des soins de santé

- 2.1. *Universalité et sélectivité*
- 2.2. *Corrections sociales*
- 2.3. *Limites et conditions de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*

### 3. Indemnités en cas d'incapacité de travail

- 3.1. *Augmentation du nombre d'ayants droit aux indemnités*
- 3.2. *Insuffisance des indemnités*
- 3.3. *Réorientation vers l'emploi*

### 4. Assistance sociale

- 4.1. *Allocations aux personnes handicapées*
- 4.2. *Accès aux droits*
- 4.3. *Intervention du CPAS dans les frais médicaux*
- 4.4. *Aide Médicale Urgente*

Recommandations

Liste des participants

# III. PROTECTION SOCIALE POUR LES PERSONNES MALADES OU HANDICAPÉES

*Les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé que les personnes qui vivent dans des conditions plus favorables, elles reportent plus fréquemment le moment de se faire soigner et font un usage différent de l'offre de soins. La relation entre la pauvreté et la santé est complexe. Une personne malade ou avec un handicap a des frais médicaux plus importants. Lorsque la maladie ou le handicap entraînent une incapacité de travailler, ces personnes se trouvent dans une précarité encore plus importante. Les indemnités en cas d'incapacité de travail et les allocations aux personnes handicapées sont souvent insuffisantes pour pouvoir mener une vie conforme à la dignité humaine et payer des dépenses de santé structurelles supplémentaires. Le remboursement des soins par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et par le CPAS de manière subsidiaire, ainsi que l'Aide Médicale Urgente devraient en principe permettre à tout le monde d'avoir accès aux soins de santé. Pourtant, dans la réalité quotidienne des personnes pauvres, le droit fondamental à la protection de la santé est de plus en plus difficile à garantir.*

## Introduction

On considère généralement qu'en Belgique, les soins de santé sont de bonne qualité, accessibles et abordables. Il existe pourtant des inégalités en matière de santé qui continuent de se creuser. Les personnes défavorisées sont en moins bonne santé que celles qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. Elles ont également moins souvent ou différemment recours à l'offre de soins.

Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure notre système de protection sociale permet aux personnes en situation de pauvreté de faire valoir leur droit fondamental à la protection de la santé. Chacun a le droit en effet de vivre dans le meilleur état de santé possible et d'avoir accès aux soins de santé tout au long de la vie.

Nous nous penchons tout d'abord sur le lien entre pauvreté et santé (1). D'autres facteurs que les conditions de vie difficiles des personnes en situation de pauvreté viennent exacerber ce lien, tels que : le vieillissement prématuré ; les emplois temporaires, à temps partiels, irréguliers ou précaires qui génèrent plus de stress que de sécurité d'existence ; l'inadéquation des emplois pour les personnes en situation précaire ou connaissant des problèmes de santé ; la tendance à la médicalisation et à la culpabilisation (1.1). Une politique de santé intégrée tenant compte de tous les déterminants sociaux de la santé est nécessaire pour amener un changement dans ce domaine (1.2).

## 1. Pauvreté et santé

Les personnes en situation de précarité ont souvent une plus mauvaise santé, reportent plus fréquemment le moment de se faire soigner (entre autres pour des raisons financières) et font un autre usage de l'offre de soins que les personnes qui vivent dans des conditions plus aisées. Ce chapitre développe les liens réciproques entre pauvreté et santé (1.1) et examine ce que le droit à la protection de la santé peut signifier pour les personnes en situation de pauvreté (1.2).

Dans le cadre de ce rapport, nous nous limitons au rôle de la sécurité sociale et de l'assistance sociale. L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient financièrement dans le coût des soins de santé (2.1). Malgré certaines corrections sociales, certains frais de santé restent trop élevés pour les personnes en situation de pauvreté, qui finissent par reporter ces soins à plus tard ou y renoncer (2.2 et 2.3).

En cas de maladie et d'incapacité de travail, des allocations devant compenser la perte de revenu sont versées (3). Le nombre d'ayants droit aux indemnités augmente (3.1) et le montant des indemnités en cas d'incapacité de travail est insuffisant pour mener une vie conforme à la dignité humaine et assumer des coûts structurels de soins de santé (3.2). Par ailleurs, le contexte actuel d'économies budgétaires et d'activation exerce une pression supplémentaire sur les ayants droit (3.3).

Nous parvenons à des constats similaires pour les allocations aux personnes handicapées (4.1). Celles-ci relèvent de l'assistance sociale (4.2), tout comme l'intervention du CPAS dans les frais médicaux et pharmaceutiques (4.3) et l'Aide Médicale Urgente (4.4). Ce filet de protection sociale est nécessaire pour les personnes qui ont difficilement ou pas accès à une offre de soins adaptée et pour celles qui ne sont pas inscrites au Registre national.

### 1.1. La maladie rend pauvre – la pauvreté rend malade

#### 1.1.1. Inégaux face à la maladie

Aujourd'hui, nous sommes malades plus souvent et autrement qu'il y a quelques décennies<sup>153</sup>. Le nombre de maladies chroniques a augmenté, suite à l'aug-

.....  
153 Vervotte, Inge (2013). « We zijn nu anders ziek dan 40 jaar geleden » dans Nuyens, Yvo et Hugo De Ridder (2013). *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoocampus, p. 16-30.

mentation de l'espérance de vie grâce aux nouvelles techniques médicales. La pression croissante de l'État-providence actif et les évolutions du marché de l'emploi sont également des facteurs qui provoquent une augmentation des problèmes psychiques et émotionnels.

Nous sommes aussi de plus en plus inégaux face à la maladie. Les personnes pauvres ou ayant une position sociale inférieure (niveau de formation, taux d'activité, niveau de revenu) sont plus souvent en mauvaise santé, ont plus de risque de vivre moins d'années en bonne santé<sup>154</sup> et décèdent plus jeunes que celles qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. Leur mauvais état de santé et les inégalités en matière de santé qui continuent d'augmenter selon un gradient socio-économique s'expliquent en grande partie par leurs difficiles conditions de vie<sup>155</sup>. Les recherches<sup>156</sup> ne font que confirmer ce constat déjà 'ancien'<sup>157</sup>. Vivre dans la pauvreté accroît aussi le risque de handicap tandis que le risque d'être atteint de maladies chroniques augmente significativement à mesure que diminue le niveau de formation<sup>158</sup>.

La relation entre la pauvreté et la santé concerne tant la santé physique que mentale. Il existe un lien statistique significatif entre les problèmes de santé mentale et la pauvreté : 34,4 % des personnes ayant un revenu de moins de 750 euros déclarent une détresse psychologique et 20,9 % présentent un 'probable mental disorder' alors qu'elles ne sont que 21,5 % et 8 % parmi celles qui gagnent plus de 2.500 euros<sup>159</sup>. Il ressort de l'Enquête 2008 sur la santé que les personnes peu qualifiées (sans diplôme ou titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire) sont

significativement plus nombreuses à faire état de difficultés psychologiques, notamment d'états dépressifs et de sentiments d'angoisse (29,4 %), que celles qui ont suivi une formation supérieure (25,5 %). Les différences socioéconomiques sont moins marquées que pour d'autres caractéristiques de l'état de santé mais les circonstances qui provoquent ces problèmes psychologiques varient probablement beaucoup entre les personnes peu et très qualifiées. Les problèmes financiers peuvent, par exemple, fortement affecter l'image de soi et la confiance en soi. Des dettes élevées augmentent le risque de dépressions, d'angoisses et de troubles compulsifs et obsessionnels<sup>160</sup>.

### 1.1.2. Dépenses de santé

L'accroissement des problèmes de santé et leur nature différente, combinés au développement d'une technologie médicale, d'une infrastructure et d'équipements toujours plus coûteux, mettent financièrement sous pression notre système de santé<sup>161</sup>. Les dépenses de santé ont été multipliées par trois au cours des vingt dernières années alors que la richesse du pays était multipliée par deux<sup>162</sup>. La majeure partie de ces coûts est prise en charge par différents organismes publics et par l'assurance maladie. Même si cette hausse a été freinée en 2012, le financement des soins de santé reste le principal poste de dépenses de la sécurité sociale (32,9 %)<sup>163</sup>. Mais le patient contribue lui aussi, au travers du ticket modérateur et de frais non remboursés. La somme payée par le patient varie selon l'étude menée. Il apparaît clairement que les soins de santé représentent un coût insurmontable pour un nombre croissant de personnes.

L'Enquête 2008 sur la santé indique qu'un ménage belge dépense en moyenne 125 euros par mois en frais de santé (sans tenir compte des éventuels remboursements). Bien que ce montant reste constant d'une année à l'autre selon les enquêtes précédentes, on observe une augmentation du pourcentage de ménages

154 Van Oyen, Herman (2013). *Zijn we gezond genoeg om langer te werken*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nieuws, 26 juillet 2013.

155 Fondation Roi Baudouin (2012). *L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique*, note conjointe des chercheurs TAHIB (Tackling Health Inequalities in Belgium) et du groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin ; Van Cauwenberghe, Sabine (2010). «Hoe armer, hoe ongezonder», *Lokaal*, octobre 2010, p. 26-28 ; Hautekeur, Gerard (2012). *Recht op gezondheid. Aanpak gezondheidskloof. Resultaten van verkenning*, Bruxelles, Samenlevingsopbouw Vlaanderen.

156 Hénin, Elise (2013). *Les bénéficiaires du revenu d'intégration s'y retrouvent-ils dans le système des soins de santé*, Département Recherche et Développement, Mutualité chrétienne.

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

158 Demarest S. et al. (2010). *Enquête de Santé Belgique*, 2008. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique. En 2013, une cinquième Enquête de santé a été organisée en Belgique.

159 Leroy, Liliane (2010). *Pauvreté et santé mentale*, Action, Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS).

160 « Dossier : la santé mentale aux prises avec les dettes » (2012), *Échos du crédit et de l'endettement*, n°35, p. 11-19.

161 Brutin, Brecht (2011). *De uitdagingen voor de ziekteverzekering in de 21ste eeuw. Een bedreiging voor de toegankelijkheid?* Masterproef, Faculteit rechtsgeleerdheid, Universiteit Gent.

162 Kesenne, Jos (décembre 2012). «Le financement des dépenses de santé en Belgique», *MC-Informations*, 250.

163 ONSS (2013). *Rapport Annuel 2012*, Bruxelles, ONSS.

qui le jugent trop élevé par rapport à leur revenu disponible. C'est surtout dans le budget des ménages dont le niveau de formation est (relativement) bas et qui disposent de revenus (relativement) faibles que les dépenses de santé pèsent lourd. D'autres affirment que les dépenses de santé des patients augmentent de fait car leur croissance est beaucoup plus rapide que celle du revenu du ménage<sup>164</sup>.

Des statistiques indiquent qu'un grand nombre de personnes reportent des soins de santé voire y renoncent pour des raisons financières. D'après l'enquête EU-SILC 2011, le pourcentage de personnes qui vivent dans un ménage dont un des membres a dû reporter ou annuler des soins de santé au cours de l'année écoulée pour des raisons financières est de 5,1 %<sup>165</sup>. L'enquête bisannuelle du magazine spécialisé *Le Pharmacien* conclut que de plus en plus de patients ne peuvent plus payer leurs médicaments et demandent des délais de paiement au pharmacien<sup>166</sup>. D'après l'Enquête 2008 sur la santé, 14 % des ménages reportent le recours à des soins de santé (soins médicaux, lunettes, chirurgie, santé mentale, médicaments) pour des raisons financières. Ce chiffre s'élève à 18 % pour les ménages qui ont le niveau de formation le plus faible et à 27 % pour ceux qui font partie du quintile de revenus le plus bas. Une enquête de Test Santé fournit des résultats similaires. Les chiffres s'élèvent à 47 % quand un membre du ménage souffre d'une maladie chronique et à 61 % pour les familles monoparentales. En outre, près de 30 % des personnes interrogées estiment que le fait que leur santé soit subordonnée aux aléas de leur budget exerce une influence importante sur leur état général de santé.

Durant la concertation, il a été confirmé que pour des personnes à faibles revenus, il peut être difficile d'avancer les frais de soins de santé, malgré l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI) et, pour les personnes précarisées, du tiers payant social. C'est d'autant plus vrai lorsque ces frais s'enchaînent, par exemple pour des familles avec

plusieurs enfants malades ainsi qu'en cas de maladie chronique, d'hospitalisation ou d'utilisation fréquente de transports sanitaires. Ce coût peut dissuader les personnes pauvres de se rendre chez le médecin, le dentiste, ... et ces dépenses sont plus facilement reportées que le loyer, par exemple<sup>167</sup>. « *Il faut économiser pour sa santé. Quand on a besoin de beaucoup de médicaments, il faut mettre un peu d'argent de côté pour cela. Ou les acheter en début de mois en espérant qu'on réussira à joindre les deux bouts à la fin. Il faut faire un choix : acheter soit les médicaments, soit la nourriture.* »<sup>168</sup> Les participants à la concertation expliquent que les personnes en situation de pauvreté finissent par choisir de ne pas se faire soigner pour des raisons financières rationnelles. Elles font leurs comptes, établissent des priorités et essaient d'éviter le risque de surendettement. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles elles ne recourent pas souvent aux soins préventifs : pourquoi passer par exemple un test de dépistage du cancer si elles ne pourront tout de même pas payer les frais d'hospitalisation si un cancer est effectivement détecté? Le fait qu'à Bruxelles, en 2009-2010, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage fut plus élevée dans les communes à statut socioéconomique élevé le confirme<sup>169</sup>. Durant la concertation, il est apparu que si les gens savaient à l'avance exactement combien ils devraient payer pour les soins médicaux nécessaires et quelles sont les possibilités de remboursement de ces frais et les dettes éventuelles qui pourraient y être liées, elles pourraient mieux faire valoir leur droit aux soins de santé.

Les dettes de santé constituent aujourd'hui un problème important. En Flandre, 38,8 % des familles en médiation de dettes avaient au moins une dette liée aux soins de santé durant la période 2008-2011<sup>170</sup>. En Wallonie, 56,4 % des dossiers traités par les services de médiation de dettes comportaient en 2009, des dettes liées à la santé pour un montant moyen de 1.138 euros<sup>171</sup>.

167 CEPESS, Colloque du 14 octobre 2011 sur la lutte contre la pauvreté, Atelier « Pauvreté et accès aux soins de santé ».

168 Les citations, en italique dans le texte et sans référence, sont des témoignages issus des participants au groupe de concertation ou de personnes pauvres lors d'interviews.

169 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2012). *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2012*, Commission communautaire commune, p. 57.

170 Tack, Sylvie (2012). *Gezondheid kost geld. Eerste hulp bij (gezondheids)zorgschulden*, Bruxelles, Politeia et Vlaams Centrum Schuldenlast.

171 Duvivier, Romain (2011). « Les personnes surendettées sont-elles en bonne santé? », *Echos du crédit et de l'endettement*, n° 30.

164 Feltesse Patrick (2008). « Sécurité sociale et lutte contre la pauvreté » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2008). *Pauvreté, Dignité, Droits de l'homme, les dix ans de l'Accord de coopération*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 125-134.

165 <http://barometer.mi-is.be/fr/infopage/report-ou-annulation-de-soins-de-santé-pour-raisons-financière>

166 « Steeds meer vraag naar uitstel van betaling geneesmiddelen », *De Standaard*, 17 décembre 2012.

Une enquête en 2010 auprès d'environ 2.000 personnes en Flandre a mis en lumière qu'une personne handicapée sur trois reporte une visite chez le médecin ou n'achète pas immédiatement une paire de lunettes. Parmi la catégorie de personnes ayant le handicap le plus léger, la moitié reporte des soins médicaux. 40 % d'entre elles ne peuvent pas se procurer les traitements médicaux nécessaires à leur handicap et 26,9 % ne peuvent pas souscrire une assurance hospitalisation<sup>172</sup>. À Bruxelles et en Wallonie, d'après une étude réalisée en 2010, plus de 20 % des personnes handicapées ayant répondu à l'enquête ont postposé une hospitalisation et plus de 17 % y ont renoncé<sup>173</sup>.

L'existence d'un handicap ou d'une maladie chronique entraîne le plus souvent une réduction du revenu et une multiplication des coûts dans toute une série de domaines, ce qui accroît le risque de pauvreté (voir 4.1). Une enquête récente<sup>174</sup> a permis de mieux décrire l'ampleur et les caractéristiques de la problématique de la pauvreté des personnes handicapées<sup>175</sup>. Celles-ci connaissent un risque de pauvreté élevé, qui atteint 39,3 % et qui s'accompagne de problèmes dans divers domaines : de lourds frais de logement et d'énergie (à peine 28 % des personnes interrogées sont d'ailleurs propriétaires de leur logement), des problèmes de dettes (26 % des personnes doivent rembourser des dettes d'un montant moyen de 317 euros par mois, soit 17 % du revenu disponible), l'obligation de rogner sur des dépenses non médicales liées au handicap (55 %), sur les loisirs et le temps libre (58 %), sur les frais d'énergie (50 %) ... Les participants à la concertation font remarquer que l'insuffisance des allocations aux personnes handicapées peut aussi être un facteur de pauvreté pour la famille de celles-ci, en particulier lorsque ces personnes séjournent dans une institution

.....

172 Augustyns et al. (2010). *Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Symposium 5 octobre 2010, Katholieke Vereniging Gehandicapten – Vereniging voor personen met een handicap – Universiteit Antwerpen.

173 Observatoire ASPH de la Personne Handicapée (2010). *Étude 2010, Coûts du handicap, de la maladie : quelque(s) réalité(s) financière(s) et autres*, p. 34.

174 L'étude Handilab avait deux objectifs : (1) déterminer la position socioéconomique des personnes handicapées à partir de données administratives, (2) analyser l'efficacité des allocations d'intégration et de remplacement de revenus. 1118 bénéficiaires de ces allocations ont été interrogés. L'étude n'a pas concerné les personnes vivant en institution ou qui reçoivent une allocation dans le cadre de l'assurance maladie. Les rapports de recherche peuvent être consultés sur : <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=AG/KK/154>

175 On entend par 'personnes handicapées' des « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (art. 1 de la Convention de l'ONU relative aux personnes handicapées).

et/ou doivent financer un grand nombre d'autres frais médicaux.

### 1.1.3. Accès aux soins

En plus des obstacles financiers, d'autres facteurs compliquent également l'accès aux soins (de première ligne) pour les personnes en situation de pauvreté<sup>176</sup>. Un de ces facteurs est qu'elles sont mal informées et n'ont qu'une connaissance partielle de leurs droits aux soins de santé et de l'offre de soins disponible. Ainsi, le fonctionnement de l'assurance obligatoire SSI est très complexe et par conséquent mal connu (qu'est-ce qu'un dossier médical global, quand ai-je droit à une intervention majorée, puis-je bénéficier du système du tiers payant social...). Les gens ne savent pas non plus à quelles instances et organisations ils doivent s'adresser pour obtenir une aide (préventive et curative). En général, ces personnes manquent aussi de confiance en elles pour rechercher activement des informations. Elles peuvent également être découragées face aux procédures administratives ou au manque de clarté des interlocuteurs, qui parfois se renvoient la responsabilité l'un à l'autre. « *C'est vrai qu'il faut avoir beaucoup d'informations avant de pouvoir s'adresser à un organisme et demander : pouvez-vous m'aider ? Si vous n'ouvrez pas la bouche ou si vous n'êtes pas au courant, personne ne vous informe en général. Et ce n'est pas parce que l'on y a droit ou parce que l'on croit qu'on y a droit, qu'on l'obtient.* » En matière de santé, le fossé économique est donc renforcé par un 'fossé informatif'. Notre Rapport 2005 se faisait déjà l'écho de la demande d'une meilleure information et communication entre les personnes pauvres, les travailleurs sociaux et les soignants<sup>177</sup>.

Par ailleurs, l'organisation de l'offre de soins de santé peut également constituer un obstacle. Selon les participants à la concertation, cette offre est de plus en plus segmentée suite à la diversité croissante des acteurs et organisations dans le domaine de la santé. Lors de la concertation, la pénurie de médecins généralistes

.....

176 Verlinde, Evelyn (2012). *Equity in primary health care use among vulnerable populations in Belgium : an exploration*, Gent, PhD thesis of the Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Belgique.

177 « Orientation IX : Combattre les inégalités socio-économiques de santé » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques*, Bruxelles, Centre d'égalité des chances et de lutte contre le racisme. <http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport3/rapport3-orientation9.pdf>

dans les différentes Régions a, en outre, été pointée du doigt<sup>178</sup>. On a également signalé que, dans certaines Régions, le choix de médecins généralistes ou spécialistes conventionnés est très restreint, ce qui provoque de longues listes d'attente. En Communauté germanophone<sup>179</sup>, les visites à domicile des médecins généralistes deviennent rares, en raison des longues distances et par manque de temps. Par conséquent, les patients font face à un problème de mobilité, problème qui a également été constaté par des participants au groupe de concertation dans d'autres régions plus rurales. Une recherche démontre que l'accès aux soins médicaux est effectivement déterminé spatialement<sup>180</sup>. Du fait de l'offre limitée et disséminée de services spécialisés, combinée au manque d'interventions dans les coûts de transports, les personnes pauvres n'y ont souvent pas accès.

En ce qui concerne les soins de santé mentale<sup>181</sup>, le problème d'accès est lié au fait que les prestations des psychologues et psychothérapeutes ne sont pas, au jour d'aujourd'hui, remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire SSI et, la plupart du temps, pas non plus (ou pas complètement et pas pour tout le monde) par les assurances complémentaires des mutuelles<sup>182</sup>. On peut certes s'adresser, pour un prix modique voire gratuitement, à des Services de santé mentale et même, de plus en plus, à des 'Centra voor algemeen welzijnswerk' en Flandre ainsi qu'à des maisons médicales. Mais des personnes pauvres et des organisations de terrain constatent que ces structures sont débordées et fonctionnent avec de longues listes d'attente. Elles ont également fait l'expérience d'un Service de santé mentale qui estime qu'il ne sert à rien de traiter quelqu'un lorsque ses conditions de vie sont trop précaires et risquent d'hypothéquer la réussite

du traitement. Elles affirment aussi être plus souvent hospitalisées que d'autres pour des problèmes de santé mentale ou 'd'inadaptation sociale' liés à leurs conditions de vie difficiles.

Lorsque des personnes pauvres font appel aux dispositifs de soins de santé, l'offre ne semble pas toujours adaptée à leur situation de vulnérabilité. Elles ne se sentent pas comprises et ont le sentiment d'être méprisées. Le secteur médical a trop souvent tendance à réagir en les culpabilisant, comme par exemple : « *Vos enfants ont droit à des soins dentaires gratuits, pourquoi n'allez-vous pas chez le dentiste?* ». Les personnes en situation de pauvreté se montrent aussi réticentes vis-à-vis des initiatives de prévention parce qu'elles en redoutent les conséquences, lorsque celles-ci ont également un rôle de contrôle. Quand des parents pauvres se rendent avec leur enfant à l'hôpital ou à la consultation de l'ONE, certains témoignent des risques de se faire accuser d'être de 'mauvais parents', avec comme conséquence éventuelle un signalement auprès des services de l'aide à la jeunesse. « *Je leur ai toujours dit : je vous contacte mais je ne veux pas que mes enfants me soient enlevés. Je veux juste une vie meilleure et j'ai besoin d'aide maintenant. J'ai reçu cette aide de Kind en Gezin. Et pour ça, je leur en suis énormément reconnaissant* ». De plus, la prévention peut parfois être une condition supplémentaire à l'octroi d'un droit. Des organisations de terrain évoquent des cas de personnes auxquelles on a demandé de faire, par exemple, des efforts en matière de prévention (ex : arrêter de fumer, manger sainement,...) pour pouvoir obtenir de l'aide. Pour les personnes sans abri, il est très difficile de suivre correctement un traitement médical, tel que prendre des médicaments de façon régulière. La volonté, les possibilités et les efforts des instances médicales et des soignants pour proposer une offre adaptée aux personnes en situation de précarité varient fortement. Malgré la nécessité de mettre en place une telle offre, un système de santé dual n'est pas souhaitable.

Le rapport annuel de Médecins du Monde<sup>183</sup> confirme les difficultés d'accès aux soins de santé. En 2012, le nombre de consultations a augmenté de 34 % (19.516 consultations au total). 10 % des patients s'adressant à cette organisation possédaient un permis de séjour

178 Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé confirme la pénurie de médecins actifs dans certaines communes et Régions. Pourtant, la Belgique a une densité de médecins très importante et en comparaison avec d'autres pays européens. Le vrai problème est le niveau d'organisation trop limité et le soutien des médecins. Voir Vrijens, France, et al. (2013). *La performance du système de soins de santé belge, Rapport 2012*, Health Service Research (HSR), Bruxelles, KCE – Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

179 Les acteurs de la Communauté germanophone ont été impliqués dans la concertation lors d'une réunion qui s'est tenue à Eupen le 26 avril 2013, organisée par le Service en collaboration avec le ministre germanophone en charge de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales.

180 Voir la recherche « *Pauvreté en milieu urbain et rural* », <http://www.luttepauvrete.be/publications/Pocico/rapportfinal.pdf> p.33.

181 Van Herck, Pieter et Ivan Van de Cloot (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*, Itinera Institute.

182 En Belgique, la psychothérapie n'est, pour le moment, pas encore reconnue malgré les évidences scientifiques de son efficacité. « *Praten is vaak beter dan pillen slikken* », *De Standaard*, 14 septembre 2013, p. 20-21.

183 Médecins du Monde (2013). *Rapport Annuel 2012. État des lieux de l'accès aux soins en Belgique. Projets belges de Médecins du Monde*.

et auraient normalement dû accéder sans difficulté au système classique des soins de santé. Pourtant, ils ont rencontré toutes sortes de barrières informatives, administratives et financières.

Tous ces obstacles ont pour conséquence que l'accès aux soins de santé se répartit de manière très inégale, selon un gradient socioéconomique. Les catégories les plus pauvres de la population ont beaucoup moins recours aux dispositifs de soins et les soins médicaux (préventifs et curatifs) sont inégalement répartis parmi la population belge. Les personnes qui habitent les quartiers les plus pauvres consultent ainsi moins souvent leur médecin généraliste que celles qui habitent dans d'autres types de quartiers. Les populations des quartiers aisés consultent également plus régulièrement les médecins spécialistes. Elles participent également plus aux dispositifs de prévention que celles des quartiers pauvres.

#### 1.1.4. Médicalisation/psychiatisation

Le lien complexe entre pauvreté et santé, combiné à la difficulté d'accéder à des soins de santé de qualité, risque de favoriser la 'psychiatisation du social'. Cette tendance – qui consiste à donner une dimension pathologique et à traiter médicalement des problèmes, des sentiments et des comportements qui relèvent en fait de la normalité<sup>184</sup> – a de lourdes répercussions sur les personnes pauvres : elles n'ont plus de moyens de défense. Leur révolte et leur découragement sont considérés comme des 'troubles de l'humeur' au niveau individuel. Le problème social, culturel et économique est masqué par le problème médical<sup>185</sup>.

La psychiatisation de la pauvreté semble un processus lié aux conditions de vie des personnes qui ne sont pas considérées comme 'guérissables' en quelques traitements. Dans les grandes lignes, ce processus peut être décrit comme suit. Lorsque les conditions de vie difficiles du patient empêchent un traitement médical d'avoir les résultats escomptés, il y a de fortes

chances que la relation entre le patient et le médecin s'en trouve dégradée. Le patient se sent incompris ou abandonné à son sort et commence à se méfier du médecin. Celui-ci dissimule son sentiment d'échec et d'impuissance en prescrivant davantage de médicaments au lieu d'investir dans un accompagnement individuel. Soit le patient s'oppose aux initiatives du médecin, ce dernier finit par trouver le comportement du patient incohérent, anormal et pathologique et il l'oriente vers un service psychiatrique ; soit le patient prend des médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques) qui n'ont pas ou plus d'effets sur lui et on risque de créer une dépendance aux conséquences inconnues (avec, par exemple, des changements de comportement sous l'influence de médicaments, une difficulté à réduire la quantité de médicaments...)<sup>186</sup>. De plus, il est difficile pour les personnes pauvres de prendre régulièrement des médicaments.

Les participants à la concertation insistent sur le fait que la culture en matière de droit aux soins de santé a fortement évolué. Les personnes sont de plus en plus pointées du doigt quant à leur état de santé, sans tenir compte de l'origine de leurs problèmes. Or, l'incertitude quant aux moyens d'existence associée à l'anxiété et à la perte de l'image de soi sont des facteurs importants de stress et influencent la santé. De plus, la plupart des comportements incriminés peuvent en réalité être vus comme une tentative de réponse aux problèmes auxquels la personne pauvre est confrontée.

Cette psychiatisation ou cette médicalisation du social inquiète au plus haut point les participants à la concertation. Ils se réfèrent par exemple au statut pour demandeurs d'emploi de longue durée ayant une problématique médicale, mentale, psychique et/ou psychiatrique grave (MMPP) qui a récemment vu le jour dans le cadre de l'assurance chômage. Cela leur paraît être une stratégie pour abaisser le nombre de demandeurs d'emploi en réorientant ceux-ci, à terme, vers le statut de personnes handicapées. Le risque est donc que des personnes soient reconnues comme ayant un handicap pour la seule raison qu'elles sont pauvres et ne trouvent pas de travail (voir 4.1).

184 De Wachter, Dirk (2013). « Mensen weten niet meer wie ze zijn » dans Nuyens, Yvo et Hugo De Ridder. *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Louvain, Lannoocampus, p. 132-141.

185 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Note de discussion. Le droit à la protection de la santé dix ans après le Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 9 ; Santé conjugquée (avril 1999), n° 8, p. 28.

186 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Lance débat. 10 ans Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.



## 1.2. Droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé est consacré par notre Constitution et par de nombreux instruments internationaux des droits de l'homme<sup>187</sup>. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »<sup>188</sup>. « *Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée.* »<sup>189</sup> Cela implique entre autres que les pouvoirs publics créent les dispositifs nécessaires aux soins de santé et assurent leur accessibilité à tous.

En Belgique, dans le domaine de la santé, la majorité de la population bénéficie d'un niveau de protection élevé qui permet d'accéder aux soins, de recevoir des conseils et de l'aide ou de participer à des activités de prévention et d'éducation<sup>190</sup>. Pourtant, le droit à la protection de la santé est de plus en plus problématique dans la réalité quotidienne des personnes pauvres, comme nous l'avons décrit ci-dessus.

### 1.2.1. Prévention primaire

Déjà dans le Rapport Général sur la Pauvreté, les associations mettaient l'accent sur le fait qu'« *une politique de santé ne peut que s'intégrer dans un ensemble qui garantisse à chacun les moyens de vivre dans la dignité et de préserver son capital santé : un logement décent, un emploi reconnu, des revenus suffisants, la possibilité de construire des relations positives, etc.* »<sup>191</sup>. Les conditions de vie des personnes pauvres (logement, éducation, accès à l'eau et à l'énergie, emploi...) sont un facteur important pour expliquer leur mauvais état de santé. Dès lors, les acteurs engagés dans la lutte

contre la pauvreté plaident pour que la prévention en matière de santé soit conçue de manière très large et que l'on investisse dans l'amélioration des conditions de vie des personnes pauvres. Si elle n'est pas intégrée dans une politique cohérente de lutte contre la pauvreté, la prévention risque de n'être qu'une goutte d'eau dans la mer. « *On a également donné des informations sur une alimentation saine, mais à nouveau, les obstacles sont nombreux. Lorsqu'on n'a plus d'électricité pour cuisiner, forcément, on va à la friperie pour chercher à manger.* » En outre, la promotion du bien-être individuel des personnes pauvres est nécessaire de manière à ce qu'elles aient suffisamment de force et de confiance en elles pour prendre leur santé en main. Selon des participants à la concertation, les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important à cet égard, en collaboration avec des acteurs locaux du secteur de la santé.

En matière de lutte contre les inégalités sociales croissantes en matière de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Union européenne sont également convaincues que c'est seulement en prenant des mesures dans d'autres domaines que celui de la santé que l'on pourra enregistrer le plus de progrès. C'est dans ce but qu'elles ont introduit le concept stratégique de '*Health in all policies*', qui vise à instaurer une collaboration intersectorielle, impliquant tous les domaines et niveaux politiques. L'objectif est qu'aussi bien l'Union européenne que les États membres s'attellent à cette tâche. En Belgique, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement a organisé début 2013 un premier dialogue à ce sujet<sup>192</sup>. Les différentes entités fédérées s'efforcent par ailleurs d'établir des politiques transversales, entre autres dans le domaine de la prévention.

Concernant la santé mentale, les ministres de la Santé de notre pays ont entériné, lors d'une conférence interministérielle sur la santé publique en juin 2012, la réforme des soins de santé mentale, telle qu'elle a été rendue possible par l'article 107 de la loi sur les hôpitaux<sup>193</sup>. Cette réforme devrait permettre une détection et une prise en charge rapide des personnes souffrant de problèmes psychiques. Les établissements résidentiels du secteur de la santé mentale devraient pour

187 Article 23 de la Constitution belge, Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Article 12 du Pacte International relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels, la Charte Sociale Européenne.

188 Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, en 1946.

189 Organisation Mondiale de la Santé (novembre 2012). *Le droit à la santé*, Aide-mémoire, n° 323.

190 Kesenne, Jos (juin 2010). « L'avenir de notre système de soins de santé », *MC - Informations* 240.

191 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges - section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p. 148.

192 De Bock, Christian (juin 2013). « Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé », *Éducation Santé*, 290, p. 13-16.

193 Pour plus d'informations, voir <http://www.psy107.be/>

cela collaborer entre autres avec les services généraux d'aide sociale et les services de première ligne pour entourer le patient d'un réseau de soins. Cette manière de procéder devrait permettre aux professionnels de sortir de leurs cadres et spécificités pour collaborer davantage entre eux. Quand on sait que les problèmes sociaux et mentaux se renforcent mutuellement et que les personnes en situation de pauvreté sont généralement confrontées à un ensemble de problèmes, cette réforme peut ouvrir des perspectives pour prendre en compte la complexité de leur problématique. Les associations de personnes pauvres attendent sa mise en œuvre sur le terrain. Elles mettent toutefois en garde contre les effets pervers d'une 'socialisation des soins' pour les personnes défavorisées dont le réseau social est souvent peu étendu et peu solide.

### 1.2.2. Protection sociale

Dans ce Rapport sur la pauvreté et la protection sociale, ce chapitre met l'accent sur un aspect seulement du droit à la protection de la santé. Nous examinons comment favoriser l'accès aux soins, tant au sein de la sécurité sociale que de l'assistance sociale, dans le cadre général de la politique globale de santé et du système de soins de santé. Nous sommes cependant conscients que ce choix est quelque peu artificiel.

En effet, le système de santé est en soi un ensemble complexe de plusieurs systèmes<sup>194</sup>.

En tant qu'élément de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI) ne fournit pas de prestations de soins de santé mais intervient financièrement dans le coût de ceux-ci. En cas de maladie ou de handicap, elle octroie des indemnités/allocations pour compenser la perte de revenu. Aujourd'hui, la couverture obligatoire soins de santé et indemnités est quasiment universelle. Elle a été étendue en 1998 à toutes les personnes inscrites au Registre national<sup>195</sup>. Les personnes en séjour irrégulier dans notre pays n'y ont donc pas accès. Mais elles peuvent accéder, par l'intermédiaire du CPAS, aux soins de santé couverts par l'Aide Médicale Urgente (AMU). D'autre part, le CPAS peut aussi intervenir, à certaines conditions, dans les frais médicaux. Enfin, les allocations aux personnes handicapées, à savoir l'allocation de remplacement de revenus (ARR) et l'allocation d'intégration (AI), sont également en jeu.

194 Callens Stefaan et Jan Peers (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*, Anvers, Intersentia.

195 Arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, *Moniteur belge*, 31 décembre 1998.

## 2. Remboursement des soins de santé

Dans ce chapitre, nous allons d'abord expliquer le défi auquel fait face le système d'assurance solidaire dans le cadre de l'assurance obligatoire SSI (2.1). Nous indiquerons ensuite de quelle manière cette assurance intervient pour garantir l'accès aux soins du plus grand nombre possible de personnes (2.2). Enfin, nous nous interrogerons sur les limites du système, qui peuvent entraîner une sous-protection (2.3). Malgré leur intérêt, les dispositifs de correction sociale au sein de l'assurance obligatoire SSI sont insuffisants pour garantir l'accès de tous aux soins de santé. Une politique de la santé et de lutte contre la pauvreté transversale reste un impératif crucial.

### 2.1. Universalité et sélectivité

Notre sécurité sociale est basée sur le principe de l'assurance solidaire et navigue constamment entre les principes d'universalité et de sélectivité. Cette tension s'exprime autrement dans l'assurance SSI que dans les autres branches de la sécurité sociale. Alors que dans la branche du chômage et des pensions<sup>196</sup>, on comprend et on accepte plus ou moins qu'il puisse y avoir des différences de revenus et que les allocations soient calculées en fonction des cotisations sociales qui ont été payées (principe d'assurance), on accepte beaucoup

196 Pour une description des calculs et des montants ainsi qu'une analyse critique, voir les chapitres respectifs sur ces sujets dans ce Rapport.

moins l'idée que les soins de santé soient moins accessibles aux personnes qui ont moins de moyens financiers. « Dans les soins de santé, le critère d'octroi est et reste le besoin individuel de soins, et celui-ci n'est certainement pas proportionnel au revenu des gens, au contraire même.<sup>197</sup> » 76 % des Flamands estiment en effet assez ou tout à fait injuste que les personnes ayant des revenus supérieurs puissent se permettre des soins de santé de meilleure qualité. Ceci dit, seul un Flamand sur quatre est prêt à payer davantage d'impôts pour améliorer la qualité des soins pour tous et il y a une légère tendance à mettre en avant la responsabilité personnelle dans les problèmes de santé<sup>198</sup>.

La réforme de l'accès à l'assurance obligatoire SSI, intervenue en 1998, représente une avancée certaine vers la généralisation de la couverture des soins de santé. Depuis 2008, les indépendants sont eux aussi couverts, au travers de l'assurance obligatoire soins de santé, contre les petits et les grands risques, ce qui leur permet de bénéficier des mêmes droits et remboursements que les salariés. À la fois, on assiste à une augmentation du nombre de mesures visant à augmenter le remboursement partiel des frais médicaux pour les personnes qui présentent un risque accru de pauvreté ou de précarité<sup>199</sup>. On ne cesse en effet de découvrir, dans l'éventail des mesures existantes, de nouvelles dépenses ou des groupes de patients oubliés qui nécessitent des dispositions spécifiques. La volonté de rencontrer les besoins des moins favorisés a pour effet d'accroître le nombre de 'statuts' comme le nombre de bénéficiaires. Les associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté mettent en garde contre une sécurité sociale centrée sélectivement sur les plus pauvres car elle risque d'apparaître moins légitime aux yeux de la population dans son ensemble<sup>200</sup>.

Le contexte économique et certains choix politiques mettent en cause la mutualisation des risques et la solidarité à la base du système. Ainsi, à défaut d'un principe de solidarité universel incarné par l'assurance

obligatoire SSI pour tous, l'évolution vers un système multi-piliers se profile<sup>201</sup>. Ces assurances complémentaires privées, collectives ou individuelles, procurent à l'assuré, moyennant paiement, une certaine flexibilité et des possibilités de choix en plus de l'assurance obligatoire. Mais elles sont moins accessibles aux personnes en situation de pauvreté et elles risquent aussi d'éroder l'assurance obligatoire (voir 2.3.2).

Les dispositifs de protection sociale relatifs à la santé sont également influencés par la tendance à la responsabilisation individuelle croissante. L'individu est rendu responsable de sa santé par la mise en avant de ses mauvais comportements. Cette responsabilisation occulte la dimension collective des risques, l'influence des conditions de vie, l'accès à l'information et aux soins, etc<sup>202</sup>.

## 2.2. Corrections sociales

### 2.2.1. Ticket modérateur et Dossier Médical Global

Le ticket modérateur, ou la quote-part personnelle, est le montant que le patient doit lui-même payer lorsqu'il se rend chez le médecin, qu'il achète des médicaments ou qu'il est hospitalisé. Une partie du tarif conventionné des médicaments et des consultations figurant dans la nomenclature<sup>203</sup> est remboursée par l'organisme assureur (intervention de la mutualité). Malgré les tarifs officiels fixés entre les médecins et les mutualités<sup>204</sup>, il est souvent difficile pour le patient de savoir à l'avance quel médecin est conventionné et combien il va devoir payer (surtout chez le dentiste, l'opticien et d'autres spécialistes)<sup>205</sup>. La quote-part personnelle du patient représente environ 19 % des dépenses totales de santé en Belgique (la moyenne pour l'UE-15 est de 15 %)<sup>206</sup>.

197 Kesenne, Jos (2012), *op.cit.*, p.6.

198 Pelfrene, Edwin (2013). « Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen », *SVR-Webartikel*, 2013/2, Bruxelles, Studiedienst van de Vlaamse Regering.

199 Léonard, Christian (novembre 2006). « La protection sociale et les soins de santé dans un contexte historique et international », *MC-Informations*, 225, p. 18-43.

200 APRGP – Associations Partenaires du *Rapport Général sur la Pauvreté* (1996). « Contribution des Associations partenaires concernant la modernisation de la sécurité sociale », *Revue belge de sécurité sociale*, 3, p. 512.

201 Kesenne, Jos (2010), *op.cit.*

202 Lanoy, Sophie (2013). « La responsabilisation individuelle dans le secteur de la santé », *Le Chânon*, Ligue des Usagers des Services de Santé, LUSS Asbl, n° 29.

203 Il s'agit d'une liste de prestations médicale qui sont (entièrement ou partiellement) indemnisées par l'assurance, établie dans la convention médico-mutualiste.

204 Un médecin conventionné s'engage, en vertu de la convention médico-mutualiste, à appliquer des honoraires de référence. 83,1 % des médecins (87,8 % des généralistes) ont adhéré à l'accord 2013-2014 conclu entre médecins et mutualités.

205 Hermesse, Jean (2013). « Que pense le patient des soins de santé? », *En marche*, Éditorial, Mutualité chrétienne.

206 Vrijens, France et.al. (2013), *op.cit.*

Le ticket modérateur a été introduit au départ comme un instrument de responsabilisation visant à lutter contre la surconsommation de soins lorsqu'ils ne sont pas strictement indispensables<sup>207</sup>. Mais pour plusieurs raisons, cette mesure ne s'avère pas très efficace. D'une part, elle n'exerce pas d'effet dissuasif sur ceux qui ont davantage de moyens, d'autre part le ticket modérateur peut constituer un obstacle pour les personnes en situation de pauvreté. Elles peuvent rencontrer des problèmes quand il faut avancer le montant de l'intervention qui sera ensuite remboursé par la mutualité (voir 2.2.4). De plus, le ticket modérateur peut représenter pour elles un obstacle en soi (voir 2.2.2 et 2.2.3). Malgré les efforts des pouvoirs publics pour plafonner le ticket modérateur, notamment chez les spécialistes ou en cas d'hospitalisation, les médecins non conventionnés restent libres de demander des suppléments d'honoraires aux frais du patient. Il y a cependant eu certaines évolutions positives : ces supplémentaires d'honoraires sont, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, interdits pour les séjours en chambre commune ou à deux lits, et ce, quel que soit le statut du médecin.

Ainsi, les coûts d'une hospitalisation varient beaucoup selon l'hôpital, en particulier lorsqu'il s'agit d'un séjour en chambre individuelle<sup>208</sup>. En Wallonie, une enquête a révélé que selon les médiateurs de dettes, les factures d'hôpitaux représentent la dette de soins de santé la plus fréquente dans les dossiers de médiation de dettes. Ils ont également l'impression que les factures provenant des urgences sont de plus en plus fréquentes. Les personnes précarisées se rendent aux urgences dans le but de bénéficier de soins sans devoir payer immédiatement. Mais ces frais devant être payés tôt ou tard, cela ne fait que reporter le problème<sup>209</sup>.

Les patients qui possèdent un Dossier Médical Global (DMG) chez leur médecin généraliste peuvent bénéficier d'un supplément de remboursement allant jusqu'à 30 % pour une consultation. Les honoraires

d'un médecin généraliste s'élèvent à 24,15 euros. Le ticket modérateur est de 6 euros pour les patients sans DMG et de 4 euros pour les patients possédant un DMG. Même si le baromètre de la Mutualité socialiste indique que le nombre de ses membres ayant un DMG a augmenté de 44 % par rapport à 2005, des efforts complémentaires restent nécessaires pour mieux faire connaître cette mesure et les avantages qu'elle procure. Ceci est d'autant plus vrai en Wallonie et à Bruxelles, où le taux de couverture du DMG est sensiblement plus faible qu'en Flandre<sup>210</sup>. Par ailleurs, des associations où des personnes pauvres se reconnaissent nous signalent que leurs membres ont moins souvent un médecin généraliste fixe et donc moins souvent un DMG, ce que confirme une étude récente<sup>211</sup>.

### 2.2.2. Intervention majorée et OMNIO

Les bénéficiaires d'une intervention majorée (statut BIM), leur partenaire et les personnes à leur charge paient un ticket modérateur moins élevé sur les frais médicaux et en cas d'hospitalisation. Pour une consultation chez un médecin généraliste, le ticket modérateur s'élève à 1,5 euros pour les bénéficiaires d'un régime préférentiel sans DMG et à 1 euro s'ils possèdent un DMG. Ils peuvent faire appel au système du tiers payant social et bénéficier d'un plafond plus bas pour le Maximum à facturer (voir 2.2.3). Par ailleurs, ils bénéficient aussi d'autres avantages sociaux (réduction dans les transports publics, tarif téléphonique social, fonds social chauffage...). Le statut BIM est automatiquement accordé aux bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une allocation aux personnes handicapées. Les veufs, invalides, pensionnés et orphelins (VIPO) ainsi que quelques autres catégories (chômeurs complets depuis au moins un an, familles monoparentales, bénéficiaires d'une allocation de chauffage...) peuvent y avoir droit après contrôle du revenu brut imposable du ménage<sup>212</sup>. Toutefois, le statut BIM reste limité aux personnes qui bénéficient d'un avantage social ou qui ont un statut bien précis. Les personnes à faible revenu qui n'ont pas cet avantage ou ce statut ne peuvent donc pas en profiter.

207 Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) étudie d'autres moyens pour permettre au ticket modérateur d'influencer les habitudes de consommation, par exemple : plus une intervention médicale a de la valeur pour la société, moins le ticket modérateur est élevé. Cleemput, I. et al. (2012). *Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

208 Maron, Leila, et al. (2012). *Baromètre hospitalier 2011, Nature, ampleur et évolution des coûts à charge du patient hospitalisé en hôpital général*, UNMS – Direction Études, La Mutualité Socialiste.

209 Duvioler, Romain (juillet 2011). « Les personnes surendettées sont-elles en bonne santé? », *Échos du crédit et de l'endettement*, n°30.

210 Laasman, Jean-Marc et al. (2012). *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, UNMS, Direction études, La Mutualité Socialiste.

211 Henin, Élise (2013), *op.cit.*

212 Le ménage comprend ici le titulaire, le partenaire et les personnes à charge.

C'est pourquoi il existe depuis 2007 le statut OMNIO. Il accorde lui aussi le droit à une intervention majorée aux membres d'un ménage ayant un faible revenu brut imposable (ménage = ménage inscrit au Registre national = toute personne domiciliée à la même adresse que le demandeur). Malgré l'augmentation du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO, grâce aux nombreux efforts des organisations de lutte contre la pauvreté, des mutuelles et des syndicats, celui-ci reste insuffisamment connu et trop peu de personnes y ont encore recours. Dans un précédent Rapport, le Service a déjà souligné ce problème et a plaidé pour un meilleur accès au statut OMNIO<sup>213</sup>. La loi-programme du 29 mars 2012 prévoit un octroi simplifié et accéléré de l'intervention majorée à tous les bénéficiaires potentiels<sup>214</sup>. Ainsi, la réforme BIM/OMNIO qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014, simplifie quelque peu le système (avec notamment une notion de ménage identique) et un nouveau modèle de déclaration sur l'honneur concernant les revenus est prévu (moins compliqué à compléter pour les assurés). Par ailleurs, un flux 'pro-actif' doit également être développé par les mutuelles ; celui-ci a pour but de détecter des BIM éventuels (sur base d'informations de l'Administration fiscale) et de les contacter afin d'envisager l'octroi d'un droit. Entretemps, des personnes pauvres ont été invitées par leur mutuelle afin de vérifier avec elles leur droit au statut BIM, parce qu'elles appartenaient par exemple au groupe des plus de 55 ans. « *Ainsi je suis remboursé beaucoup plus après une visite chez le docteur, j'ai juste dû payer quelques euros. Pour mes médicaments aussi, c'est beaucoup mieux.* »

### 2.2.3. Maximum à facturer

Le Maximum à facturer (MAF) fixe un plafond annuel pour les tickets modérateurs qu'un ménage doit payer pour ses frais médicaux. Le plafond de revenus pour le MAF dépend du revenu net imposable du ménage (revenu de toutes les personnes domiciliées à la même adresse). Plus ce revenu est élevé, plus le plafond l'est aussi. Les bénéficiaires de l'intervention majorée, leur partenaire et les personnes à leur charge ont droit à un MAF social complémentaire : si les frais médicaux

excèdent le plafond annuel, la mutualité rembourse automatiquement chaque mois ces frais supplémentaires.

Les personnes en situation de pauvreté soulignent quelques défauts du Maximum à facturer. Pour beaucoup, le plafond est trop élevé. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) constate que, malgré le Maximum à facturer, un ménage sur dix consacre plus de 5 à 10 % de ses revenus au paiement des tickets modérateurs (surtout les malades chroniques et les patients en psychiatrie)<sup>215</sup>. C'est dû, entre autres, au fait que le MAF ne prend en compte que les prestations et les médicaments remboursables.

### 2.2.4. Tiers payant social

Grâce au système du tiers payant social, le patient ne doit plus avancer lui-même l'intervention de la mutualité mais il ne paie que le ticket modérateur de la consultation. Toutes les personnes qui ont droit à une intervention majorée peuvent bénéficier de ce système.

Elles doivent cependant en faire la demande elles-mêmes, ce qui n'est pas toujours clair pour les personnes précarisées. De plus, les personnes pauvres ne savent pas à l'avance quels médecins acceptent de l'appliquer. « *Au sujet du tiers payant, c'est possible chez le médecin, mais pas chez le dentiste. Et vous ne l'obtenez pas si vous ne le demandez pas. Il faut donc prendre les choses en main et dire : qu'en est-il ? Il y a également des médecins qui ne le pratiquent pas du tout. Il faut donc à chaque fois rechercher quels sont ceux qui le pratiquent.* » Cela pousse de nombreuses associations de terrain à plaider pour la généralisation du tiers payant à tous les patients. Ce sera le cas en France dès 2017<sup>216</sup>. Chez nous, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le système du tiers payant social s'appliquera obligatoirement chez le médecin généraliste pour tous ceux qui ont droit à l'intervention majorée et/ou qui ont le statut de malade chronique<sup>217</sup>. Actuellement, encore trop de patients en situation de préca-

213 « Un meilleur accès aux soins de santé grâce au statut OMNIO? » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2009). Rapport 2008-2009. *Une contribution au débat et à l'action politiques*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

214 Loi programme du 29 mars 2012, *Moniteur belge*, 6 avril 2012.

215 Schokkaert, Erik et al. (2008). *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*. Equity and patient behaviour (EPB), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

216 Intervention de Marisole Touraine, ministre (française) des Affaires sociales et de la Santé, Présentation de la stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013.

217 Loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accès à la santé, *Moniteur belge*, 31 décembre 2012.

rité se heurtent au refus de leur médecin généraliste d'appliquer ce système. En 2011, le tiers payant n'est intervenu que pour 32 % des consultations chez un médecin généraliste ou des visites à domicile<sup>218</sup>. La mise en œuvre de MyCareNet<sup>219</sup> permettra aux prestataires de soins et aux mutualités d'échanger des informations de manière simple et fiable, entre autres à propos du statut d'un patient, ce qui évitera des problèmes administratifs et une surcharge de travail.

Cette mesure s'applique uniquement aux médecins généralistes et pas (encore), malheureusement, aux spécialistes (plus chers). Le groupe de concertation a suggéré des initiatives possibles pour les médecins ou pour les personnes en situation de pauvreté. Ainsi, certaines mutuelles mettent à disposition un formulaire que le patient peut emmener à la consultation pour demander au médecin d'attester du fait que son patient n'a pas beaucoup de moyens. Il est également possible que le patient et le prestataire de soins passent un accord informel. « *Je dois dire que nous avons une très bonne collaboration avec le kinésithérapeute. Je ne sais pas si je peux le dire, mais nous recevons d'abord nos attestations que nous remettons à la mutualité, et ensuite nous payons le kiné.* »

### 2.2.5. Forfait de soins

Le forfait de soins<sup>220</sup> est appliqué entre les maisons médicales, le patient et les mutualités. Au lieu de rémunérer le médecin à l'acte (médecine à l'acte), la maison médicale reçoit pour chaque patient inscrit (et assuré) un montant forfaitaire (le montant moyen annuel que l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) dépense par patient, récemment corrigé pour tenir compte du profil de la patientèle de la maison médicale). Ce forfait couvre le ticket modérateur, ce qui évite au patient de devoir payer les soins qu'il reçoit. Pour les actes techniques, le système du tiers payant est appliqué et les patients ne paient que le ticket modérateur. Environ 3 % de la population belge est soignée selon ce système et 39 % des patients

des maisons médicales flamandes ont droit à l'intervention majorée<sup>221</sup>. Une étude<sup>222</sup> réalisée à Bruxelles a montré que ce système permettait une meilleure accessibilité aux soins de première ligne pour la population BIM et ce, quel que soit le quartier. Enfin, en 2008, une autre étude<sup>223</sup> démontrait que les pratiques 'au forfait' ne coûtent pas plus cher à l'INAMI que les pratiques 'à l'acte', alors qu'elles permettent de diminuer les coûts pour les patients. En effet, en première ligne, les patients inscrits au forfait ne paient pas de ticket modérateur et paient aussi, en seconde ligne, moins de tickets modérateurs et de suppléments car ils consomment moins de soins de deuxième ligne et plus de médicaments génériques. De plus, les indicateurs de qualité choisis montrent une qualité globalement équivalente entre les prestations 'à l'acte' et celles 'au forfait' pour ce qui concerne le suivi de certaines pathologies. Les résultats sont meilleurs pour les prestations 'au forfait' en matière d'activités de prévention ou de prescription d'antibiotiques. Il s'agit dès lors d'un système à promouvoir, parallèlement à la médecine à l'acte.

Bien que les maisons médicales proposent une offre de santé abordable, multidisciplinaire et préventive, quelques lacunes de ce système ont été pointées lors de la concertation. Le fonctionnement et les conditions des maisons médicales ne sont pas toujours bien connus des gens. Certains pensent ainsi que les personnes sans abri (qui n'ont pas de domicile fixe sur le territoire de la maison médicale) ou les personnes en séjour précaire ou irrégulier (qui ne sont pas assurées) n'y ont pas accès. Or, ces patients peuvent toujours y être soignés 'à l'acte'.

De plus, des personnes pauvres signalent que, dans de nombreuses régions, il y a trop peu de maisons médicales. En conséquence, beaucoup de maisons médicales sont saturées, fonctionnent avec une liste d'attente ou n'acceptent plus de nouvelles inscriptions. Il y a un risque que les familles qui réussissent à s'inscrire soient aussi les mieux organisées et les plus prévoyantes. Ainsi, ce serait à nouveau ceux qui sont dans la plus grande détresse qui risquent d'être exclus. Depuis mai

218 Henin, Élise (2013), *op.cit.*

219 [http://www.mycarenet.be/nl/cin/TV/content/cin/technical\\_information/mycarenet](http://www.mycarenet.be/nl/cin/TV/content/cin/technical_information/mycarenet) ; [http://www.mycarenet.be/fr/cin/TV/content/cin/technical\\_information/mycarenet](http://www.mycarenet.be/fr/cin/TV/content/cin/technical_information/mycarenet)

220 L'article 52 § 1 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que les médecins généralistes, les infirmières et les kinésithérapeutes peuvent être payés au forfait sur la base du nombre de patients inscrits à leur cabinet, aussi appelé en Flandre l' 'abonnementsgeneeskunde'.

221 Chiffres issus de la Vereniging voor Wijkgezondheidscentra, avril 2013.

222 Maron, Leila et Boutsen Michel (2011). « L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles », UNMS, Direction études, La Mutualité Socialiste.

223 Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé –KCE, *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de premières lignes en Belgique*, KCE Reports 85B, 2008, p.6.

2013, il y a un nouveau financement des maisons médicales. Le budget existant est réparti de manière plus équitable, compte tenu des besoins de la population de patients de chaque maison médicale<sup>224</sup>. Les acteurs de la Communauté germanophone déplorent que, dû à la réalité rurale de la Communauté, ce concept ne soit applicable que dans une forme adaptée, c'est-à-dire sous forme de cabinet médical collectif (avec forfait).

#### 2.2.6. Statut de malade chronique

Pour les malades chroniques, l'assurance obligatoire SSI prévoit plusieurs forfaits permettant de rembourser des frais liés à la maladie qui ne sont pas toujours chiffrables<sup>225</sup>. En application du plan 'Priorité aux malades chroniques' de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, un Observatoire des maladies chroniques a été créé en mai 2012, impliquant officiellement pour la première fois les associations de patients dans l'élaboration de la politique de soins de santé. L'INAMI a également élaboré un statut spécifique pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. Le 8 juillet 2013, les mutualités et les prestataires de soins, entre autres, ont approuvé le projet d'arrêté royal mettant en œuvre ce statut. Celui-ci permet aux personnes atteintes d'une maladie chronique (ayant des dépenses de santé élevées pendant une longue période ou qui bénéficient du forfait de soins ou souffrant d'une maladie rare) de jouir automatiquement de certains droits pour pouvoir payer leurs dépenses de santé. Les patients qui ont ce statut bénéficieront dans un premier temps d'un Maximum à facturer spécifique et élargi, et à partir de 2015, de l'application obligatoire du régime du tiers payant social.

Les participants à la concertation pointent le phénomène de l'usure prématurée des personnes pauvres, qui n'est pas reconnu comme une maladie, mais qui entraîne une augmentation des dépenses de santé. Ils mettent en garde contre une définition trop stricte de ce statut, qui exclurait à nouveau ceux qui n'entrent pas dans ces critères. Du fait de leur sous-consommation, les personnes pauvres qui reportent les soins de santé ne répondent pas au critère des huit trimestres

.....

224 V.C. (2013). *Een financiering 'op maat' van de wijkgezondheidscentra*, 28 mai 2013, [www.medi-sphere.be](http://www.medi-sphere.be), voir aussi : <http://www.maisonmedicale.org/Depuis-le-1er-mai-le-systeme-de.html>

225 Vancorenland, Sigrid (juin 2013). « Évolution de la politique de santé en faveur des malades chroniques », *MC-Informations*, 252, p. 12-25.

durant lesquels la personne doit avoir eu des dépenses élevées de soins de santé pour pouvoir être reconnue comme 'malade chronique'.

### 2.3. Limites et conditions de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### 2.3.1. Complexité

L'instauration de dispositifs et de statuts spécifiques a rendu le système de remboursement des soins de santé extrêmement complexe. Le grand nombre de statuts et leurs conditions différentes compliquent l'accès pour les bénéficiaires potentiels. Les participants à la concertation connaissent des médecins ou des assistants sociaux qui ont eux aussi du mal à s'y retrouver. Pour cette raison, ils n'interviennent pas de manière proactive, ne donnent pas toujours des informations correctes et négligent parfois des formalités importantes.

De nombreux statuts servent de porte d'entrée pour bénéficier d'autres avantages sociaux. Le droit à l'intervention majorée donne ainsi droit à une réduction dans les transports publics, une diminution du coût de téléphonie... Dans l'ensemble, la perte de ces statuts a donc des conséquences plus larges pour les bénéficiaires.

De plus l'octroi de ces avantages selon le statut plutôt que les revenus, peut constituer une injustice vis-à-vis des personnes à bas revenus qui ne possèdent pas le statut en question. L'instauration de mesures basées sur le revenu (ex : extension du BIM avec OMNIO) permet d'octroyer ces avantages à tous ceux qui ont un même niveau de revenus. En même temps, les personnes dont le revenu est (un rien) trop élevé n'entrent pas en ligne de compte alors qu'elles peuvent parfois avoir un très petit revenu disponible à cause de frais de santé structurellement élevés et ce, malgré le maximum à facturer. « *Ils regardent les revenus mais pas les dépenses. Parfois les frais d'hôpital, des médecins et de pharmacies sont si élevés que tu n'as finalement pas un haut revenu si on comptait tout ça. Je trouve que ça, c'est le plus grave, ils ne regardent jamais les dépenses qu'une personne doit faire pour ses soins médicaux* ».

Cette complexité est l'une des raisons pour lesquelles des personnes ne font pas valoir leur droit à certaines

mesures. Pour remédier à cela, on évoque souvent un octroi automatique des droits mais cela reste complexe et soulève la question de la disponibilité et des échanges de données<sup>226</sup>. Les participants à la concertation signalent que l'automatisation est une bonne chose pour les personnes défavorisées. Elles ne doivent plus prendre elles-mêmes l'initiative d'analyser si elles ont droit à une intervention plus élevée par exemple et de le faire valoir tandis que le médecin a moins de dossiers administratifs à remplir et donc plus de temps pour son patient. Certains redoutent toutefois les conséquences d'accords systématiques entre prestataires de soins de santé. Selon des participants au groupe de concertation, il y a des médecins qui travaillent avec un pharmacien spécifique qui prépare automatiquement un médicament prescrit pour le patient. Cela peut être efficace mais laisse peu de marge au patient pour reporter ou renoncer à l'achat du médicament lorsqu'il n'a pas les moyens de le payer. « *Il prescrit des médicaments que je ne peux pas payer, alors je dois établir des priorités.* »

L'octroi du statut BIM et OMNIO et du MAF dépend du revenu du ménage. Jusqu'ici, le ménage est défini soit comme le titulaire, son partenaire et les personnes à charge (BIM), soit comme toutes les personnes domiciliées à la même adresse (OMNIO et MAF). Cette définition est problématique pour les cohabitants. Comme les revenus sont additionnés pour calculer le revenu du ménage, ils ont moins de chances de bénéficier d'une intervention. Dans une perspective de genre, la concertation s'interroge sur l'affiliation à l'assurance obligatoire SSI, qui se fait sur une base individuelle et sur le calcul des allocations, pour lesquelles on prend en compte la composition et les revenus du ménage<sup>227</sup>. Cela va à l'encontre du principe assurantiel.

### 2.3.2. Soins et médicaments non couverts

L'assurance obligatoire SSI couvre (en partie) les tarifs conventionnés des médicaments et des consultations. Par conséquent, certains soins et médicaments importants ne sont pas, ou pas suffisamment, remboursés : transport médical non urgent, soins à domicile,

certains équipements médicaux, soins dentaires spécialisés, lunettes...<sup>228</sup>. Les consultations dans le secteur de la santé mentale ne sont pas remboursées non plus, ce qui dissuade les gens d'y recourir. Les personnes socialement et financièrement vulnérables qui ont de graves problèmes psychiques ou psychiatriques ont accès aux Services de Santé Mentale (SSM) à un tarif réduit, voire gratuitement. Des personnes en situation de pauvreté affirment que lorsqu'une consultation chez le médecin est remboursée, ce n'est pas toujours le cas pour le suivi de celle-ci, par exemple certains médicaments, l'orthodontie... À cause des difficultés de paiement, elles n'ont pas toujours la possibilité de suivre le traitement prescrit et leur situation s'aggrave alors.

Ces lacunes de l'assurance obligatoire SSI augmentent les demandes d'assurance privée. Selon des chiffres d'organismes privés d'assurance maladie, la moitié des Belges disposent d'une assurance privée<sup>229</sup>. Les personnes précarisées y ont cependant moins ou pas du tout recours. Il est beaucoup moins probable que leur employeur ait souscrit une assurance collective ou qu'elles soient en mesure de payer une assurance individuelle. Elles gagneraient pourtant à avoir une couverture supplémentaire, parce que leur santé est souvent moins bonne. Les participants à la concertation réfutent par ailleurs l'argument selon lequel une assurance privée n'apporterait qu'un 'confort' supplémentaire, mais au contraire jugent nécessaire une couverture obligatoire plus large.

### 2.3.3. Affiliation à la mutualité

Il faut s'inscrire auprès d'un organisme assureur (mutualité) de son choix pour pouvoir bénéficier de l'assurance obligatoire SSI. La plupart des mutualités font payer une cotisation qui permet de financer la gamme d'assurances complémentaires qu'elles proposent, sauf la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI), où il n'y a pas d'assurances complémentaires et où l'inscription est donc gratuite. Bien que la gratuité en facilite l'accès, des personnes en situation de pauvreté indiquent qu'elles regrettent ne pas pouvoir bénéficier de l'assurance

226 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation de droits qui relèvent de la compétence de l'État fédéral*. Note sur demande de la Commission d'accompagnement.

227 *Nederlandstalige Vrouwenraad vzw* (2011). « *Individuele rechten in de sociale zekerheid* », Bruxelles, NVR.

228 L'assurance flamande soins de santé couvre des frais spécifiques, à certaines conditions : <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/vlaamse-zorgverzekering/vlaamse-zorgverzekering>.

229 [http://www.assuralia.be/fileadmin/content/stats/03\\_Cijfers\\_per\\_tak/05\\_Gezondheid/04\\_Aantal\\_verzekerden/NL/01\\_Aantal\\_verzekerden%2001.htm](http://www.assuralia.be/fileadmin/content/stats/03_Cijfers_per_tak/05_Gezondheid/04_Aantal_verzekerden/NL/01_Aantal_verzekerden%2001.htm).



complémentaire auprès de la CAAMI et doivent donc payer elles-mêmes des coûts plus élevés lorsqu'un risque n'est pas couvert. L'assurance obligatoire des mutualités est financée par les cotisations sociales perçues sur les revenus du travail du titulaire ou sur la base d'une situation similaire. Les assurés qui ne paient pas de cotisations sociales (étudiants, rentiers, membres d'une congrégation religieuse, résidents...) doivent payer des cotisations personnelles en fonction du revenu du ménage. Les bénéficiaires du revenu d'intégration ne paient pas de cotisations sociales. Les indépendants doivent également s'affilier à une mutualité et payer des cotisations sociales.

Les familles pauvres témoignent du fait que certaines mutualités ne reconnaîtraient pas le statut de personne à charge pour un enfant qui ne figure pas dans la composition de ménage. Pourtant, pour être à charge, un enfant ne doit pas nécessairement être domicilié au même endroit que le titulaire.

Elles ont également fait l'expérience d'être exclues de leur mutualité en raison d'un endettement excessif. Cela les contraint à passer par un stage d'attente avant d'avoir à nouveau accès à leurs droits. Il n'y a pas de délai d'attente lors de la première inscription à une mutualité. Le droit est immédiatement ouvert et reste applicable jusqu'à deux ans après la dernière année durant laquelle la personne était en règle de cotisations (sociales ou personnelles). Quand on perd ce droit, on peut faire appel au service social de la mutualité ou au CPAS pour le retrouver. Si la personne est à nouveau en règle de cotisations dans le délai de deux ans, son dossier est régularisé et il n'y a pas de stage d'attente.

Après deux ans, il faut se réinscrire et passer par un stage d'attente de six mois, ceci afin d'éviter que des personnes ne paient pas de cotisations personnelles mais soient malgré tout couvertes par l'assurance obligatoire. Certaines catégories sont exemptées de ce stage : les VIPO, les bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées, d'allocations familiales majorées pour enfants handicapés ou d'une allocation pour personne handicapée, les chômeurs âgés de longue durée et les personnes dans certaines situations spécifiques (ceci est décidé par le fonctionnaire dirigeant de l'INAMI sur la base d'un rapport établi par la mutualité concernée). En principe, les personnes en situation précaire peuvent donc se réinscrire à une mutualité sans stage d'attente. Les participants à la concertation se demandent dès

lors pourquoi maintenir une procédure aussi compliquée. Une réinscription est toutefois nécessaire quand on n'a plus d'adresse de référence. Selon le groupe de concertation, dans la pratique, il peut y avoir des différences entre les modes de fonctionnement des mutualités. Des participants ont également fait l'expérience du fait que, comme une réinscription entraîne généralement moins de travail administratif qu'une régularisation (qui exige beaucoup de vérifications), certains professionnels choisissent la voie de la facilité et non pas la solution la plus avantageuse pour le titulaire.

Aux yeux des personnes pauvres, de nombreux services offerts par les mutualités restent vagues et l'information sur les coûts médicaux et le remboursement est insuffisante, malgré les nombreux efforts entrepris par les mutualités (dépliants, fiches, site internet...). Par ailleurs, les personnes pauvres ont généralement une expérience positive des contacts avec l'assistant social de leur mutualité et sont donc demandeuses pour que l'on renforce la fonction d'information et d'accompagnement des mutualités. « *Nous avons bien un assistant social à la mutuelle, qui nous a déjà aidé quelques fois. Mais je dois être honnête.. Sur la durée, tu reçois tellement de papiers de docteurs différents, de contrôles... que tu ne sais plus très bien ce que tu dois faire avec tout ça. Parce que je suis juste une personne normale hein. Je suis juste allé à l'école. Et puis tu es dépendant de personnes qui en savent plus* ». Durant la concertation, on a confirmé que la mutualité avait une tâche d'assistance et de conseil au travers de ses services sociaux. Les personnes précarisées devraient être incitées à en faire davantage usage. En effet, beaucoup de mutualités mènent une politique de proximité (permanences, visites à domicile...) mais celle-ci risque d'être limitée dans un contexte de restriction budgétaire.

Un problème peut se poser pour les indépendants. Pour ouvrir le droit au remboursement des soins de santé au cours d'une année civile (ex : 2014), ils doivent être en ordre de cotisations sociales au cours de l'année de référence « X-2 » (selon notre exemple : 2012). Un 'bon de cotisation' est alors délivré dès le début de l'année suivante (ex : janvier 2013). Cela dit, il arrive qu'il ne le soit qu'à la fin de l'année (après que l'indépendant ait soldé ses cotisations sociales pour l'année de référence). Lorsque, selon notre exemple, l'indépendant n'est pas en ordre de paiement de cotisations sociales pour l'année 2012, ce n'est donc qu'à la fin de l'année 2013 que l'organisme assureur lui signa-

lera que sa couverture soins de santé ne pourra, le cas échéant, pas être prolongée au 1<sup>er</sup> janvier 2014. À cet instant, une demande de dispense (auprès de la Commission des Dispenses de Cotisations du SPF Sécurité sociale) pour l'année de référence (2012) n'est plus recevable ou seulement recevable pour le dernier trimestre. En effet, il n'est possible de faire rétroagir la demande de dispense que de maximum 1 an. La couverture soins de santé du travailleur indépendant ne pourra être rétablie que moyennant le paiement, par l'indépendant ou le CPAS, soit du solde des cotisations sociales de l'année de référence soit des cotisations 'Titulaire au Registre national' (voir 2.3.4). Celles-ci peuvent s'avérer pratiquement aussi élevées que les cotisations sociales de cette année-là et le paiement de ces dernières restent exigible par la Caisse d'assurances sociales.

#### 2.3.4. Inscription au Registre national

En 1998, la couverture de l'assurance obligatoire SSI a été étendue à toute personne inscrite au Registre national. Malgré cette généralisation du droit à l'assurance maladie, des personnes restent exclues du système. Les personnes en séjour précaire ou irrégulier n'ont pas accès à l'assurance obligatoire SSI, tout comme les personnes sans abri sans adresse de

référence. Les efforts pour parvenir à une couverture universelle se poursuivent néanmoins. Ainsi, les mineurs scolarisés non accompagnés constituent depuis 2008 une catégorie distincte d'ayants droit<sup>230</sup>. Enfin, les personnes en séjour irrégulier ont accès à certains soins de santé via l'Aide Médicale Urgente assurée par le CPAS. Cependant, depuis peu, les ressortissants des États membres de l'Union européenne et les membres de leur famille n'y ont plus accès pendant les trois premiers mois de leur séjour (voir point 4.3).

Outre les différentes possibilités pour payer les cotisations sociales ou personnelles, la qualité de 'résident' ou de 'Titulaire au Registre national' ouvre l'accès à l'assurance obligatoire SSI. Cette qualité a été créée pour les personnes qui n'ont pas d'autre statut ou qui ont des revenus extrêmement faibles. Le montant de la cotisation à payer est calculé en fonction de leurs revenus (des dispenses existent). Les indépendants (faillis ou non) peuvent également recourir à cette option.

.....  
230 Point 22 de l'article 32, 15° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme plaide actuellement pour que les mineurs scolarisés accompagnés aient également droit à l'assurance obligatoire soins de santé.

## 3. Indemnités en cas d'incapacité de travail

Outre le remboursement des soins de santé, l'assurance obligatoire SSI octroie des indemnités destinées à compenser la perte de salaire des ayants droit en cas de maladie. Cette branche de la sécurité sociale prend de plus en plus d'importance à la suite de l'augmentation des personnes en incapacité de travail, au point qu'elle se retrouve aujourd'hui mise sous pression (3.1). C'est une des branches auxquelles on affecte le plus de moyens au sein de la sécurité sociale, après les soins de santé, les pensions et le chômage<sup>231</sup>. À la fois, il est de plus en plus clair que le montant des indemnités est souvent insuffisant pour mener une vie conforme à la

dignité humaine et payer des dépenses de santé structurelles supplémentaires (3.2). Nous verrons dans quelle mesure l'importance accordée ces dernières années à la réinsertion professionnelle peut effectivement constituer une solution face à ces tendances (3.3).

### 3.1. Augmentation du nombre d'ayants droit aux indemnités

Lorsqu'un assujetti à l'assurance obligatoire SSI est jugé, pour des raisons de santé, inapte au travail à hauteur de 66 % ou plus, il peut être déclaré en incapacité de travail par le médecin-conseil de la mutualité et doit cesser tout travail. La première année d'incapacité de travail est appelée 'incapacité primaire'. Après un an,

.....  
231 INAMI (2013). INAMI-Rapport annuel 2012 – 4<sup>ème</sup> partie : Exposés thématiques – Evolutions et causes de l'incapacité de travail.

on parle d'invalidité'. La décision à ce sujet est prise par le Conseil médical de l'Invalidité (CMI) de l'INAMI.

Le nombre d'invalides ne cesse d'augmenter. Fin 2011, la Belgique comptait 289.814 invalides (salariés et indépendants) contre 278.071 en 2010. L'augmentation entre 2001 et 2011 s'élève à 42 %. Elle est due entre autres au vieillissement de la population mais aussi à l'accroissement des troubles psychiques et mentaux et à l'évolution du marché de l'emploi<sup>232</sup>. Une récente étude de l'OCDE confirme qu'un tiers des demandes d'indemnités d'invalidité est fondé sur des problèmes de santé mentale et que cette proportion est en augmentation<sup>233</sup>. À Bruxelles, en 2008-2011, l'invalidité touchait 6,6 % des Bruxellois et plus souvent les femmes que les hommes et les troubles de la santé mentale représentent la première cause d'invalidité<sup>234</sup>.

On ne peut plus ignorer l'influence des conditions de travail sur l'augmentation des cas d'invalidité. La dégressivité croissante des indemnités de chômage a probablement aussi une incidence sur le nombre de travailleurs atteints d'une incapacité de travail (voir le chapitre emploi). Cela fait longtemps que des personnes pauvres dénoncent le manque d'emplois de qualité et l'inadéquation du marché de l'emploi. Mais ce problème de société est trop souvent individualisé, médicalisé et renvoyé au secteur de la santé (voir aussi 1.1.4).

### 3.2. Insuffisance des indemnités

Durant la période d'incapacité de travail primaire, l'indemnité correspond à 60 % du salaire perdu. Des prestations minimales, qui varient entre autres selon la situation familiale (chef de famille, isolé, cohabitant), sont applicables à partir du septième mois. L'indemnité d'invalidité correspond à 65 % du salaire pour les invalides ayant des personnes à charge, à 55 % pour les isolés et à 40 % pour les cohabitants<sup>235</sup>. Les

montants maximaux et minimaux varient aussi en fonction de la situation de famille. En cas de maladie et d'interruption de leur activité, les indépendants ont également droit à une indemnité, pour autant qu'ils répondent à certaines conditions. Mais ils ne touchent rien durant le premier mois de leur incapacité de travail. C'est un mois difficile puisqu'ils ne perçoivent pas non plus de salaire garanti. Ce n'est qu'à partir du deuxième mois qu'ils touchent une indemnité quotidienne forfaitaire, qui dépend également de leur situation familiale. Pendant la période de maladie ou d'invalidité, les indépendants peuvent demander une assimilation pour cause de maladie, ce qui leur permet de conserver leurs droits sociaux sans devoir payer de cotisations sociales.

L'évolution des indemnités d'invalidité n'a pas suivi l'évolution des salaires. Celles-ci se sont donc progressivement érodées. Or, aux dépenses quotidiennes s'ajoutent les dépenses de santé qui peuvent peser lourd dans le budget d'une personne en invalidité. Le niveau trop faible des indemnités a pour effet que des personnes reportent des soins indispensables et compromettent ainsi leur santé.

Le débat sur l'individualisation des droits dans le domaine des soins de santé semble moins problématique. En effet, toute personne jouit de droits propres grâce à son inscription au Registre national. Par ailleurs, les personnes à charge d'un titulaire de l'assurance obligatoire SSI jouissent des mêmes droits que le titulaire. Il peut néanmoins y avoir une tension entre la couverture individuelle de l'assurance obligatoire et le calcul des allocations accordées en fonction de la composition et/ou des revenus du ménage, ce qui fait qu'un ménage dans lequel deux personnes cotisent peut toucher une allocation plus faible qu'un ménage où il n'y a qu'une seule personne qui paye sa cotisation et une personne à charge. Le fait que les cohabitants n'ont pas de droits propres est jugé problématique. Ceci suscite un sentiment d'injustice et est en contradiction avec le principe d'égalité de traitement entre hommes et femmes<sup>236</sup>.

232 INAMI (2013), *op.cit.*

233 OCDE (2013). *Mental health and work : Belgium.*

234 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2012). *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2012*, Commission communautaire commune, p. 56.

235 L'indemnité accordée aux isolés est considérée comme un droit individuel ou droit propre. La différence de taux d'indemnisation entre un chef de famille et les autres catégories est considérée comme un droit dérivé. La différence de taux d'indemnisation entre un isolé et un cohabitant n'est pas considérée comme un droit propre.

236 Nederlandstalige Vrouwenraad vzw, *op.cit.*

### 3.3. Réorientation vers l'emploi

Les statuts d'incapacité de travail et d'invalidité ne sont pas définitifs, mais se situent toujours dans la perspective d'une reprise du travail. À cet effet, le médecin-conseil évalue régulièrement l'incapacité de travail de l'intéressé et lui donne ou non l'autorisation de se réinsérer sur le marché de l'emploi. Cependant, après six mois d'incapacité, il examine plutôt ses capacités restantes que son handicap ou son invalidité : il ne vérifie pas seulement si l'intéressé est en mesure de reprendre son emploi précédent, mais aussi s'il est apte à exercer un métier correspondant à sa formation. Il ressort néanmoins d'une étude de l'INAMI qu'en 2008, à peine 3,54 % des invalides sont sortis du système pour reprendre le travail<sup>237</sup>. Beaucoup de participants à la concertation se demandent si le marché de l'emploi n'est pas de moins en moins adapté à un nombre croissant de citoyens, surtout aux plus vulnérables et cela, malgré la volonté croissante des pouvoirs publics et de différents services et institutions d'aider les personnes en incapacité à retrouver du travail.

#### 3.3.1. Pièges à l'emploi

Les personnes en incapacité de travail ou en invalidité peuvent, pour toute une série de facteurs subjectifs et objectifs, se sentir freinées pour reprendre le travail. La concertation témoigne du fait que pour beaucoup, le terme 'invalidité' est ressenti non seulement comme stigmatisant mais aussi comme définitif : dans leur perception, il y a peu d'ouverture vers une reprise du travail. « *J'ai touché pendant un an l'assurance maladie. La mutualité m'a dit alors qu'au bout d'un an, je passerais à l'invalidité, mais je ne voulais vraiment pas ça. Non, car vous avez alors une étiquette qui vous colle et dont vous ne pouvez plus vous débarrasser. Mieux vaut retrouver un travail*<sup>238</sup> ». L'obligation de cesser complètement ses activités professionnelles avant de pouvoir être reconnu en incapacité de travail ne favorise pas le retour à l'emploi. C'est un problème réel, en particulier pour les indépendants parce qu'ils doivent reprendre toute leur activité à zéro.

Les personnes en incapacité craignent aussi de retomber malades ou de faire une rechute après avoir recommencé à travailler pendant un certain temps, ce qui obligerait à nouveau leur employeur à payer un salaire garanti et leur donnerait une réputation d'instabilité et de manque de fiabilité. « *J'ai choisi de retourner travailler lorsque j'étais malade, à mi-temps. Et le médecin-conseil a appris que je travaillais 15 heures et que le reste était payé par l'assurance maladie. Mais j'ai fait une rechute et j'ai à nouveau touché uniquement l'assurance maladie. Mais le fait que je sois retourné travailler posait visiblement problème à l'assurance maladie. Et je me suis dit : est-ce qu'il ne vaut pas mieux essayer de retourner travailler ?* » En outre, en cas de reprise du travail à temps plein, il est impossible de faire un pas en arrière pour effectuer du travail à temps partiel, complété par une indemnité. En cas de rechute<sup>239</sup>, on retombe d'abord en incapacité de travail 'à temps plein'. Si on reprend le travail dans une autre fonction et pour un salaire inférieur, on risque aussi de subir une perte de revenus en cas de nouvelle incapacité puisque l'allocation est calculée sur le dernier salaire. Pour les personnes en situation de pauvreté, c'est un risque réel qui accroît encore leur précarité.

Les personnes qui perçoivent une indemnité d'invalidité risquent de perdre leurs avantages sociaux en cas de reprise du travail, à moins de présenter une attestation officielle d'invalidité. « *... Il faut attendre un an avant d'être à nouveau reconnu invalide à 66 %. Puis il faut attendre un an avant de recevoir un abonnement de bus à 25 euros par mois, avant de pouvoir réduire les frais de téléphone...* » Le système de protection sociale s'efforce d'éviter ce piège. Ainsi, le supplément social aux allocations familiales pour malades de longue durée et invalides reste valable pendant huit trimestres après la reprise du travail, pour peu que l'on réponde aux conditions de revenu. On conserve aussi le droit à l'intervention majorée jusqu'au premier contrôle suivant et celle-ci ne s'arrête qu'à la fin de l'année calendrier. Le régime d'emploi progressif s'efforce lui aussi de répondre à ces préoccupations, entre autres par le maintien du statut d'invalidé (3.3.3).

237 INAMI (2011). *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides – travailleurs salariés –*, Bruxelles, INAMI. Ce chiffre est global et concerne un public très hétérogène en termes d'âge, de sexe, de situation sociale... Il n'a donc qu'une valeur indicative.

238 Netwerk tegen armoede (2013). *Invaliditeit en participatie*, Note de travail du 2 juillet 2013.

239 Durant la période d'incapacité, toute reprise du travail inférieure à 14 jours est considérée comme une rechute (qui ne met pas un terme à la période d'incapacité). Durant la période d'invalidité, toute reprise du travail inférieure à trois mois est considérée comme une rechute (qui ne met pas un terme à la période d'invalidité).

Lorsque des personnes en incapacité primaire ne reprennent pas le travail dans les six mois, la probabilité pour qu'elles restent durablement dans le régime d'invalidité augmente. Plus longtemps on est malade, plus le marché de l'emploi évolue tandis que les capacités de la personne stagnent, plus l'absence de travail exerce un impact important et moins la personne a des ressources pour faire face à ce marché de l'emploi qui évolue...<sup>240</sup> Lorsque l'invalidité est due à des troubles psychiques, ce piège a un aspect de cercle vicieux. Souvent, arrêter de travailler semble être le moyen le plus facile pour sortir d'une situation professionnelle stressante ou conflictuelle, mais les conséquences potentiellement néfastes de ce congé de maladie peuvent encore détériorer la santé mentale de la personne<sup>241</sup>. Ce piège de l'invalidité joue aussi en sens inverse. Au cours de la concertation, des personnes pauvres ont témoigné qu'un CPAS leur avait conseillé de rester dans le régime de l'invalidité plutôt que d'aller travailler. En effet, si le salaire est plus bas, elles disposent de moins de revenus pour rembourser leurs dettes. Elles connaissent aussi le cas d'employeurs qui préfèrent que des travailleurs en incapacité de travail restent dans le régime de l'invalidité afin de ne pas devoir payer d'indemnités de rupture en cas de licenciement pour cause de maladie (possible après six mois d'incapacité de travail).

### 3.3.2. Différents statuts

La complexité des différents statuts d'incapacité de travail peut aussi dissuader des personnes ou les mettre en difficulté lorsqu'elles veulent à nouveau travailler<sup>242</sup>. L'incapacité de travail est définie autrement par différentes institutions (qui dépendent de différents niveaux de pouvoir, comme l'INAMI, la Direction générale aux personnes handicapées, le Forem/Actiris...), selon un autre angle (médical, orienté vers le marché de l'emploi...) et avec une autre finalité (évaluer, contrôler, activer,...). Les indemnités et les avantages accordés ne sont pas non plus les mêmes.

Au sein de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, on parle d'une 'incapacité de travail' et d'invalidité des deux tiers (66 %)<sup>243</sup>. Au sein de la réglementation du chômage, c'est l'ONEm qui reconnaît l'incapacité de travail à au moins 33 % des chercheurs d'emploi qui rencontrent des difficultés à accepter un emploi pour des raisons de santé. Dans ce cas, il est désormais prévu que le médecin de l'ONEm émet un avis concernant les professions que le travailleur peut encore exercer, avis qui est transmis au service régional de l'emploi<sup>244</sup>. En 2011, à peine 38,6 % de ces chômeurs ayant une inaptitude au travail ont un emploi<sup>245</sup>. Ces derniers temps, ils sont soumis à des pressions accrues pour trouver du travail. Ils ne pourront plus invoquer leur incapacité de travail en vue d'être dispensés de la procédure en matière de contrôle du 'comportement actif de recherche' d'un emploi<sup>246</sup> (voir également le chapitre emploi).

Un grand problème se posait jusqu'il y a peu pour les personnes dont l'incapacité de travail n'est pas reconnue à au moins 66 % par la mutualité, mais est reconnue à plus de 66 % par l'ONEm. En effet, elles ne pouvaient bénéficier ni d'une indemnité d'incapacité de travail, ni d'une allocation de chômage et elles étaient ballotées à gauche et à droite. Les accords de coopération entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et les services de l'emploi devraient remédier à ce problème (3.3.3).

Une autre situation est celle des personnes sous statut MMPP<sup>247</sup>. Les services de placement régionaux sont chargés d'effectuer un screening qui détermine si une personne relève ou non de ce statut. Elle sera alors accompagnée dans un parcours d'activation, qui doit cibler la problématique médicale/mentale/psychique ou psychiatrique, ainsi que les obstacles socioéconomiques, sociaux ou psychosociaux qui freinent l'insertion.

240 Remacle, Anne et al. (juin 2012). « Parcours de vie des personnes en incapacité de travail prolongée », *MC-Informations*, 248.

241 Donceel, Peter (2011). *Arbeidsongeschiktheid evalueren bij psychische aandoeningen : een uitdaging voor de uitkeringsverzekering*. INAMI symposium, 8 juin 2011.

242 Vandenbroucke, Pieter (2010). « Niet elke handicap geeft gelijke kansen : over werk, armoede en handicap » dans Jan Vranken et al. (ed), *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 2010*, Acco, OASES.

243 La réduction de la capacité de gain doit être au moins égale ou supérieure à deux tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation pourrait faire.

244 Palsterman, Paul (2012). « Les réformes de l'été en matière de chômage » dans Etienne, Francine et Michel Dumont, *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Anthemis et CUP, p. 645-966.

245 Samoy, Erik (2013). *Handicap en arbeid. Deel 1. Definities en statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap*, Departement Werk en Sociale Economie.

246 Arrêté Royal du 23 juillet 2012 modifiant l'Arrêté Royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage dans le cadre de la dégressivité renforcée des allocations de chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012.

247 « Note politique : MMPP et activation », 15 janvier 2010, [http://www.cgslb-bruxelles.be/uploads/media/Note\\_MMPP\\_-\\_activation\\_02.pdf](http://www.cgslb-bruxelles.be/uploads/media/Note_MMPP_-_activation_02.pdf)

tion socioprofessionnelle. Certains participants à la concertation condamnent lourdement cette catégorisation des demandeurs d'emploi. Selon eux, l'accompagnateur du service de placement régional risque fort de se référer à une norme sociale qui correspond aux critères d'employabilité définis par une entreprise mais qui est fort éloignée de l'univers de vie des personnes pauvres. Ils soulignent que cette catégorie risque de devenir un fourre-tout<sup>248</sup> pour toutes les personnes au parcours atypique et de les stigmatiser (voir également 1.1.4).

Il convient également de mentionner la transition entre le statut de chômeur et celui de travailleur atteint d'une incapacité de travail. Un chômeur qui est inapte au travail reçoit pendant les six premiers mois une indemnité d'incapacité de travail égale à son indemnité de chômage. Avec l'introduction de la dégressivité des allocations de chômage, les personnes inaptes au travail se retrouvent rapidement en situation de précarité. De nombreux acteurs dénoncent cette situation injuste. Les chômeurs inaptes au travail ne sont pas seulement incapables de travailler mais ils ont également davantage de coûts de santé découlant de leur maladie.

### 3.3.3. *Back to work*

Le nombre croissant de personnes en invalidité soulève des défis aussi bien financiers que sociétaux auxquels, selon les institutions compétentes, il semble opportun de répondre en misant davantage sur la réinsertion socioprofessionnelle de ces personnes, pour autant que cela soit envisageable. C'est dans ce but que l'INAMI et les mutualités, ont entamé une collaboration plus étroite avec les services de placement régionaux qui mènent une politique active sur le marché de l'emploi. Ces accords de coopération entre l'INAMI, les organismes assureurs, les services régionaux compétents en matière de handicap et les services de l'emploi régionaux se sont récemment concrétisés dans les différentes Régions. Il devrait en résulter une interaction entre l'expertise médicale et la pratique d'activation ainsi qu'entre des partenaires qui respectent leurs décisions réciproques sur le pourcentage d'incapacité de

travail. En théorie, il devient donc impossible que des personnes tombent entre les mailles du filet et soient ballotées entre différentes instances. Pour le moment, les associations où des personnes pauvres se reconnaissent constatent peu de différences en pratique.

Dans ce contexte, le Gouvernement fédéral a adopté en mai 2011 le plan 'Back to work'<sup>249</sup>. Celui-ci cherche à favoriser la réinsertion professionnelle volontaire et accompagnée en donnant l'occasion à des allocataires sociaux de retrouver une place, à temps partiel ou à temps plein, sur le marché de l'emploi sans compromettre leurs droits sociaux ou leur santé. Ce plan renforce des initiatives qui existaient déjà et en institue de nouvelles, par exemple en incitant les personnes à se recycler (par une augmentation de l'indemnité par heure de formation et de la prime de réussite) et en élaborant des parcours d'insertion sur mesure.

C'est surtout le système de la reprise partielle du travail qui a été assoupli. Dans le cadre de cet emploi progressif ou de ce travail autorisé, des personnes en incapacité de travail dont la capacité de gain est réduite d'au moins 50 % peuvent, avec l'autorisation du médecin-conseil, reprendre le travail à temps partiel en conservant leur statut et (une partie de) leur indemnité (moyennant le respect de certaines règles)<sup>250</sup>. Par ailleurs, les personnes en incapacité de travail n'ont désormais plus besoin de l'autorisation préalable du médecin-conseil, ce qui fait qu'elles ne doivent plus attendre l'approbation de leur demande avant de pouvoir commencer à travailler<sup>251</sup>. Grâce à ce système, 8,1 % des salariés en invalidité et 10 % des indépendants en invalidité ont repris le travail à temps partiel en 2011, soit nettement plus que l'année précédente. 40 % des salariés et 25 % des indépendants reprennent le travail à temps plein. Les chances de reprendre le travail à temps plein sont plus importantes quand la reprise partielle du travail a lieu dans les 6 mois suivant le début de l'incapacité de travail (la moitié des personnes en incapacité reprennent alors le travail) et que l'activité est de courte durée (de 1 à 6 mois). Environ une personne sur quatre retombe ensuite en

248 Van Leuven, Frédérique (s.d.). « MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure », *Mental'idées*, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, n° 18, p. 10-20.

249 Voir Note de politique générale du secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des risques professionnels : <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/53/1964/53K1964007.pdf>.

250 Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 31 décembre 1998.

251 Arrêté royal du 12 mars 2013 modifiant l'Arrêté Royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

incapacité complète<sup>252</sup>. Bien que ce système apporte certainement une plus-value (par exemple le maintien du statut), il présente encore des points faibles<sup>253</sup>. Lors de la concertation, on a indiqué que le taux de 50 % de réduction de la capacité de gain n'était pas interprété de la même manière par tous les médecins-conseils et sert souvent de norme pour approuver l'emploi à mi-temps. En outre, il a été suggéré que bien qu'une reprise complète du travail ne soit pas l'objectif ultime, c'est pourtant celle-ci que certains médecins-conseils ont en vue. C'est pourquoi le système ne semble pas encore assez flexible pour les malades chroniques.

Bien que le plan 'Back to work' ait été conçu comme un accompagnement vers l'emploi sur base volontaire et qu'il contienne certainement des opportunités pour les allocataires sociaux, des mises en garde ont également été exprimées durant la concertation. Certains participants craignent par exemple que les allocations, qui sont déjà très basses, soient soumises à des conditions similaires à celles des allocations de chômage, qui sont déjà soumises à la dégressivité. On se pose aussi des questions sur la signification du caractère 'volontaire' et on craint que les personnes en invalidité et en incapacité de travail se retrouvent, elles aussi, prises dans une logique d'activation. Le fait que, depuis peu, les demandeurs d'emploi ayant une inaptitude au travail doivent prouver leur comportement actif de recherche d'emploi alimente ces craintes (voir 3.3.2).

De plus, selon des participants à la concertation, il y a de fortes chances pour que les personnes en incapacité ne retournent pas sur le marché de l'emploi, mais bien au chômage. Le risque est grand de ne pas trouver suffisamment d'employeurs prêts à engager dans des emplois adaptés des personnes qui ont eu des problèmes de santé et qui ont suivi un parcours de réinsertion, ce qui empêchera de faire de ce Plan un véritable programme de remise à l'emploi. Il est plus probable qu'on s'adresse, après une présélection, aux personnes les plus faciles à intégrer tandis que les plus vulnérables resteront dans leur statut d'invalidité.

Cela soulève aussi la question du rôle du médecin-conseil. En effet, c'est lui qui donne son accord pour

.....

252 Service des indemnités (2012). *Reprises de travail à temps partiel autorisées par les médecins conseils pour les travailleurs salariés en incapacité de travail*. Bruxelles, INAMI.

253 Vlaams Patiëntenplatform (2013). *Knelpuntennota over toegelaten arbeid*, Heverlee, Vlaams Patiëntenplatform.

un emploi, un recyclage, une formation ou un stage et qui, en cas de rechute, approuve à nouveau l'incapacité de travail. Quand une personne en incapacité suit par exemple un parcours de réorientation professionnelle, le médecin-conseil évaluera au bout de six mois si cette formation lui a permis d'être à nouveau capable de gagner sa vie sur le marché de l'emploi. Il ne doit pas tenir compte pour cela de la reprise ou non d'une activité professionnelle. Il se peut que la personne ne soit plus considérée comme étant en incapacité de travail et se retrouve au chômage<sup>254</sup>.

Les personnes en situation de pauvreté déplorent le manque de communication entre le médecin-conseil, le médecin traitant et le patient. Elles font souvent l'expérience de problèmes de transmission et d'interprétation de l'information, ce qui les enferme dans un cercle vicieux caractérisé par leur mauvais état de santé. Elles se demandent par exemple sur quoi un médecin-conseil se base pour évaluer la charge que peut représenter un emploi pour des personnes en situation précaire. L'interprétation du médecin-conseil peut les rejeter en dehors du système. Il est possible d'aller en appel contre la décision de celui-ci auprès du tribunal du travail. Mais malgré le soutien juridique que peuvent apporter les mutualités, cela reste un pas difficile à franchir pour des personnes défavorisées. Il est recommandé d'introduire une procédure d'appel interne au cours de laquelle un second avis serait prévu.

Les participants à la concertation sont conscients du rôle difficile du médecin-conseil. Il a trop peu de temps par assuré pour remplir sa fonction de conseiller et d'accompagnateur ; il est alors uniquement perçu comme un contrôleur. Cette perception risque encore d'être renforcée par la responsabilisation des médecins-conseils dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, qui les pousse encore plus dans une logique de contrôle.

### 3.3.4. *Pression accrue sur le système*

Lors de la concertation, des personnes en situation de pauvreté ont indiqué qu'elles constataient depuis plusieurs années une augmentation du nombre d'exclusions du droit aux indemnités d'incapacité de travail. Des personnes en incapacité de travail ne

.....

254 INAMI (2012). *Rapport annuel 2011*.

seraient plus reconnues parce que leurs dossiers sont réexaminés à la lumière de leur 'situation préalable'<sup>255</sup>. S'il s'avère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'affection médicale et le début de l'incapacité de travail, la personne perd son droit à une allocation. Des personnes qui avaient déjà des capacités de gain réduites avant d'arriver sur le marché de l'emploi se voient ainsi refuser l'accès à la sécurité sociale et renvoyées vers le régime des allocations aux personnes handicapées. Mais celui-ci ne leur garantit pas un revenu propre et ne prévoit pas d'accompagnement vers l'emploi.

La lutte contre la fraude sociale, devenue depuis l'accord de Gouvernement fédéral de 2011<sup>256</sup> une priorité politique, augmente également la pression sur le système. Concernant la récupération des indus et la fraude aux indemnités, l'accord cible le renforcement du contrôle et une responsabilisation accrue des organismes assureurs. Ainsi, les mutuelles ont l'obligation d'informer l'INAMI une fois par trimestre sur le montant total des paiements indus et sont incitées à consulter systématiquement les données du Registre national des personnes physiques. Les médecins traitants et les médecins conseils ont également

.....

255 Altéo (mars 2010). « Ligt het begrip 'vroegere staat' (in het kader van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan de basis van de uitsluiting van bepaalde kwetsbare personen uit de invaliditeitsverzekering? », *MC-Information*, 239, p. 13-19.

256 Secrétaire d'Etat à la Lutte contre la Fraude (2012). *Even streng voor sociale als voor fiscale fraude*, interview dans *Het Laatste Nieuws*, 6 octobre 2012.

été responsabilisés<sup>257</sup>.

Au sein de l'INAMI, le Service de Contrôle Administratif (SCA) est chargé de la lutte contre la fraude sociale et détecte les cumuls non autorisés d'indemnités de l'assurance obligatoire SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement des données – *datamatching*- ou un croisement de banques de données), les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, les activités non autorisées (travail au noir), les fraudes portant sur le domicile, les fraudes relatives à la carte SIS, etc <sup>258</sup>.

Cette stratégie soulève beaucoup de critiques parmi les participants. La communication au sujet de la fraude donne l'impression qu'il s'agit d'une problématique de grande importance, ce qui crée un risque de voir les ayants droit aux indemnités systématiquement stigmatisés. L'intensification de la lutte contre la fraude aux allocations accroît les craintes des personnes pauvres de faire l'objet d'un contrôle social, lors des visites à domicile, des mesures préventives et des activités d'*outreachment* alors qu'elles ont besoin de confiance et d'un accompagnement adapté.

.....

257 Projet de déclaration de Politique Générale (1<sup>er</sup> décembre 2011), 2.1.9. Lutter contre la fraude sociale, p. 101.

258 Stiernon, Michaël (2010). La fraude sociale. Éléments de définition, action de l'INAMI, coordination de la lutte contre la fraude, 2010/3, p. 159-190 ; INAMI (2011). *Rapport annuel 2011*, 6<sup>ème</sup> partie, données statistiques, p. 155 <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/publications/annual-report/2011/pdf/ar2011all.pdf>

## 4. Assistance sociale

Malgré la protection apportée par l'assurance obligatoire SSI, les interventions dans les dépenses de santé présentent encore des lacunes. Des personnes peuvent alors se retrouver dans de graves difficultés financières en cas de problèmes de santé. De plus, la pression accrue sur les indemnités d'incapacité de travail peut entraîner, pour de plus en plus de personnes, la perte de leur droit à ces indemnités. Pour les personnes handicapées (4.1) et pour celles qui tombent hors des mécanismes de la sécurité sociale, l'assistance sociale peut constituer un ultime filet de sécurité, tant en les aidant à faire valoir le droit à une allocation (4.2) qu'en intervenant dans les frais médicaux (4.3). Les personnes en

séjour précaire ou irrégulier peuvent avoir recours à l'Aide Médicale Urgente (4.4).

La distinction entre la sécurité sociale et l'assistance sociale n'est pas toujours aussi stricte que cela. La capacité et la mesure dans laquelle les CPAS peuvent intervenir pour des bénéficiaires sont influencées par certaines mesures prises dans le cadre de la branche de l'assurance obligatoire SSI, comme l'instauration du Maximum à facturer ou le non-remboursement de certains traitements. À cause de la pression sur la sécurité sociale qui mène les ayants droit à se tourner vers l'assistance sociale et à cause de la logique fédé-



rale d'économies budgétaires, ce régime résiduaire est lui-même soumis à des pressions accrues. De plus, dans le contexte d'activation et de conditionnalité dominant aujourd'hui, face à de graves problèmes de santé, certains CPAS proposent de conditionner le maintien du revenu d'intégration au suivi d'un traitement médical. Les travailleurs sociaux sont parfois dans l'obligation de 'médicaliser' un problème social pour éviter qu'une personne ne perde ses droits<sup>259</sup>.

#### 4.1. Allocations aux personnes handicapées

##### 4.1.1. Augmentation du nombre de bénéficiaires

Les personnes qui, à cause d'un handicap, voient leur capacité de gain réduite à un tiers de ce que peut gagner une personne en bonne santé sur le marché du travail ordinaire, ont droit à une allocation de remplacement de revenus (ARR). Selon l'influence que le handicap exerce sur leur autonomie, les personnes handicapées ont également droit à une allocation d'intégration (AI). Ces interventions sont versées par le Service public fédéral Sécurité sociale, direction générale des Personnes handicapées, après reconnaissance du handicap.

Le nombre de bénéficiaires d'une ARR/AI a également fortement augmenté, passant de 115.915 en 2000 à 163.336 fin 2012 (51,6 % ont droit à une ARR et à une AI, 38 % uniquement à une AI et 10,4 % uniquement à une ARR). Durant la période 2001-2011, le nombre de bénéficiaires en âge d'exercer une activité professionnelle a augmenté de 42 %, même si le taux de progression diminue ces dernières années<sup>260</sup>.

Malgré l'augmentation des bénéficiaires d'une ARR/AI, il nous a été signalé qu'un certain nombre de personnes handicapées n'exercent, malgré tout, pas leurs droits, ne sont pas reconnues et ne bénéficient pas d'une allocation. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : la méconnaissance des mesures, la complexité du système, la crainte d'une stigmatisation et d'un contrôle, les réticences à introduire une demande auprès de la commune. À cause de cette percep-

tion négative du handicap, des personnes pauvres ne vont, par exemple, pas s'identifier comme personnes handicapées, même lorsque leur capacité de gain et leur autonomie sont limitées. Un raisonnement similaire s'applique également aux personnes âgées qui attribuent leur perte d'autonomie à leur âge et ne la considère pas comme un handicap et qui, dès lors, ne demandent pas de reconnaissance et n'ouvrent pas de droit aux allocations<sup>261</sup>.

##### 4.1.2. Montants insuffisants des allocations

Pour déterminer le montant de l'allocation de remplacement de revenus, on tient tout d'abord compte de la situation familiale de la personne, selon qu'il s'agit d'un isolé, d'un cohabitant ou d'une personne ayant des enfants à charge. Ensuite, on tient compte du revenu du bénéficiaire (y compris les revenus de remplacement) et éventuellement de son partenaire (cohabitants sans lien de parenté jusqu'au troisième degré). Le montant de l'AI dépend de la mesure dans laquelle le handicap limite l'autonomie.

Une étude récente relative à l'efficacité de l'ARR et de l'AI pour les personnes handicapées<sup>262</sup> conclut que les montants des allocations sont trop faibles pour pouvoir assurer une protection minimale, couvrir les coûts supplémentaires inhérents au handicap et garantir des possibilités suffisantes de participation à la vie sociale. Cette étude s'intéresse également aux dépenses supplémentaires qu'une personne handicapée doit supporter pour atteindre le même niveau de vie qu'une personne valide. Si l'on tient compte de ces frais supplémentaires, les allocations apparaissent encore plus comme insuffisantes. Les ménages dans lesquels une personne perçoit une ARR/AI doivent supporter d'importants surcoûts qui ne sont pas couverts par l'allocation. Lorsqu'une personne est reconnue comme handicapée, elle peut bénéficier d'un certain nombre de droits, tant au niveau fédéral qu'à celui des Communautés et des Régions<sup>263</sup>. Plusieurs dispositifs existent afin d'assurer

259 Herscovici, Anne (2007). « Les CPAS, au pied du mur des inégalités », *Santé conjugée*, n° 40.

260 SPF Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées (2013). *Aperçu de l'année 2012 en chiffres*, <http://www.handicap.fgov.be/sites/handicap.fgov.be/files/explore/fr/aperçu-chiffres-2011.pdf>

261 Les plus de 65 ans peuvent demander une allocation pour l'aide aux personnes âgées. Comme cette mesure n'a pas été abordée durant la concertation, nous ne l'envisagerons pas ici non plus.

262 Vermeulen, Bram et al. (2012). *Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*, Louvain, LUCAS.

263 La brochure « *Les mesures pour les personnes handicapées en un clin d'oeil* » donne un aperçu d'un certain nombre d'avantages pour les personnes handicapées, qu'ils soient octroyés par la DG Personnes handicapées ou par d'autres instances.

une compensation pour ces coûts supplémentaires. La question est de savoir si cela doit se faire surtout sous forme financière ou plutôt sous la forme de services.

La complexité du système est, dans de nombreux cas, préjudiciable pour la sécurité d'existence des personnes handicapées. Elles sont confrontées à différents dispositifs et statuts (assurance maladie, assurance chômage, revenu d'intégration, allocations aux personnes handicapées...) et le passage de l'un à l'autre se traduit souvent par des changements quant aux montants des allocations, aux conditions, aux avantages, etc. L'Accord fédéral de Gouvernement prévoit que : « Par ailleurs, le Gouvernement mènera une évaluation de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et proposera une réforme globale du régime afin de le simplifier [et] de moderniser les critères d'évaluation du handicap [...] »<sup>264</sup>. Le secrétaire d'État aux Personnes Handicapées a, dans ce cadre, mis sur pied une concertation avec des acteurs de terrain. Une synthèse des contributions récoltées a été établie<sup>265</sup>. Entretemps, la DG Personnes handicapées a lancé plusieurs projets relatifs à la simplification et à l'automatisation des procédures<sup>266</sup>.

#### 4.1.3. Prix de l'amour

Dans le calcul du montant des allocations aux personnes handicapées, les revenus du partenaire du bénéficiaire sont également pris en compte (entraînant une diminution). Ce 'prix de l'amour' soulève un grand nombre d'interrogations. Une allocation d'intégration doit couvrir les coûts supplémentaires inhérents au handicap, indépendamment de savoir si la personne cohabite ou non.

Il ressort de l'enquête précédemment citée que, parmi les personnes interrogées qui ont un partenaire, celui-ci exerce un emploi dans seulement un cas sur quatre. C'est surtout l'allocation de remplacement de revenus qui est réduite à peu de choses une fois qu'on tient compte des revenus du partenaire. Des acteurs de terrain signalent

que ceci ne favorise pas l'autonomie des personnes handicapées. Ainsi, lorsque des femmes en mauvaise santé et qui n'ont jamais travaillé se séparent de leur mari, elles n'ont pas d'autre recours que de s'adresser au CPAS pour obtenir un revenu d'intégration. Comme leurs chances de trouver un emploi sont pratiquement nulles, on les incite à demander une ARR. Mais si elles rencontrent ensuite un autre partenaire et qu'elles souhaitent cohabiter avec lui, elles risquent de perdre leur allocation et elles se retrouvent dans une situation de dépendance. « Lorsque j'étais mariée, je ne recevais aucun revenu parce que j'étais mariée. Je me suis alors démenée pendant 10 ans pour être quelqu'un et maintenant je ne reçois toujours rien. Je me dis : suis-je encore quelqu'un ? Qu'est-ce qui reste de moi en tant que personne ? Cela ne donne pas un sentiment agréable de soi-même, être à nouveau dépendant de quelqu'un, vivre à ses crochets. »

#### 4.1.4. Prix du travail

Les bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus ou, dans une moindre mesure, d'une allocation d'intégration paient un prix élevé lorsqu'ils veulent combiner leur allocation avec un revenu du travail. Pour ceux qui perçoivent une ARR, le cumul est quasiment impossible. De plus, ils craignent de devoir rembourser leur allocation avec effet rétroactif une fois qu'ils auront trouvé du travail. En ce qui concerne l'AI, l'exonération limitée des revenus de remplacement (maladie-invalidité-chômage), par rapport à l'exonération étendue des revenus du travail, est source de tensions lorsqu'un revenu du travail est transformé en revenu de remplacement. Le régime actuel a été conçu dans l'idée que la combinaison entre un handicap et un emploi ne se ferait que de manière sporadique. Pourtant de nombreuses personnes handicapées cherchent des possibilités pour participer au marché de l'emploi. Contrairement aux personnes en incapacité de travail ou en invalidité, les bénéficiaires d'une ARR/AI ne peuvent pas du tout recourir à l'accompagnement vers l'emploi prévu dans le plan 'Back to work' (voir 3.3.3). C'est pourquoi de nombreux acteurs demandent des mesures visant à augmenter les possibilités d'emploi des personnes handicapées et à faciliter la combinaison avec une reconnaissance/allocation.

264 Accord de Gouvernement fédéral (2011), p. 158.

265 <http://www.presscenter.org/fr/pressrelease/20121126/revision-de-la-loi-de-1987-sur-les-allocations-pour-les-personnes-handicapees-?setlang=1>

266 Voir la contribution de la DG Personnes handicapées dans : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation de droits qui relèvent de la compétence de l'État fédéral*. Note sur demande de la Commission d'accompagnement, p. 15-17.

## 4.2. Accès aux droits

L'article 1 de la loi organique des CPAS<sup>267</sup> stipule que le CPAS doit « *permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine* ». Dans le cadre du système de protection sociale, l'offre du CPAS relève de l'assistance sociale, l'ultime filet de protection. Autrement dit, le droit à l'aide sociale du CPAS est un droit résiduaire. Le CPAS « *fournit tous conseils et renseignements utiles et effectue des démarches de nature à procurer aux intéressés tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangère* »<sup>268</sup>. Cela signifie que les CPAS doivent toujours vérifier si les demandeurs ne peuvent pas obtenir ailleurs l'aide nécessaire. Les CPAS vont donc vérifier si les demandeurs sont affiliés à une mutuelle ou s'ils peuvent bénéficier d'une allocation pour personne handicapée.

« *Si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, le CPAS l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI). Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé* »<sup>269</sup>. Pour les citoyens européens, il convient de vérifier s'ils étaient couverts ou non par une assurance maladie dans leur pays avant de les assurer en Belgique. S'ils tombent malades pendant l'enquête, ils courent le risque de n'être assurés nulle part. En cas de problème pour payer les cotisations sociales, le CPAS peut intervenir pour combler le déficit précédent ou actuel. Une partie des personnes qui demandent l'aide du CPAS, par exemple les bénéficiaires d'un (équivalent du) revenu d'intégration ou d'une GRAPA, est exonérée du paiement des cotisations sociales. Le CPAS entreprendra également les démarches nécessaires pour qu'ils puissent bénéficier d'une intervention majorée. Dans certains cas, une réinscription n'est pas nécessaire et la situation du demandeur peut être régularisée auprès de la mutuelle (2.3.3). Les participants à la concertation ont souligné l'importance d'une bonne collaboration entre les assistants sociaux, les conseillers des CPAS et les mutuelles

267 Loi du 8 juillet 1976 organique des Centres publics d'aide sociale, *Moniteur belge*, 4 août 1976.

268 Article 60 § 2 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux Centres publics d'aide sociale.

269 Article 60 § 5 de la loi organique, qui a pris un caractère obligatoire depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 août 1992 contenant des dispositions relatives aux CPAS (art. 35).

pour trouver la solution la plus opportune pour toutes les parties concernées.

Quand des personnes s'adressent au CPAS pour obtenir un revenu d'intégration et ne peuvent pas, ou difficilement, être insérées sur le marché de l'emploi en raison de problèmes de santé reconnus, on vérifie si elles peuvent avoir droit à une ARR. Ce transfert ne se fait pas toujours facilement faute d'un bon dossier, à cause de la longueur du délai de traitement de ce dossier ou à cause de difficultés de collaboration entre le CPAS et la DG Personnes handicapées. Nous remarquons que seulement la moitié des demandes reçoivent une réponse positive, souvent après une longue procédure et donc avec une déception pour de nombreux bénéficiaires et des dossiers importants pour les services administratifs.

## 4.3. Intervention du CPAS dans les frais médicaux

Dans le cadre de sa mission en matière d'aide sociale, le CPAS peut intervenir dans le paiement de frais médicaux et pharmaceutiques, sous la forme d'un engagement de remboursement, d'une carte médicale ou d'une convention médicale<sup>270</sup>. Le principe de l'autonomie communale laisse chaque CPAS libre de fixer des priorités différentes<sup>271</sup>.

### 4.3.1. Contexte

La loi organique des CPAS dispose que chaque CPAS peut décider en toute autonomie quels coûts médicaux il prend en charge et de quelle manière. Grâce à cette autonomie, chaque CPAS peut adapter sa politique aux caractéristiques et aux besoins des personnes qui résident sur son territoire. L'inconvénient est cependant qu'il y a autant de pratiques différentes que de CPAS, ce qui donne aux utilisateurs potentiels du CPAS une impression de manque de clarté et d'arbitraire.

Le CPAS doit mener une enquête sociale afin de constater l'état de besoin des demandeurs, avant d'in-

270 Article 57 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux centres publics d'aide sociale.

271 Mast, A., et. al. (2006). *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, Malines, Kluwer, p. 627.

tervenir dans les frais médicaux. Cette enquête prend généralement du temps et ne prend pas toujours en compte la partie des revenus consacrée de toute façon à des frais médicaux structurels. Depuis la mi-juin 2012, environ 80 % des CPAS de Belgique peuvent vérifier en ligne le montant des allocations de chômage ainsi que la situation juridique dans laquelle se trouve le chômeur<sup>272</sup>. D'une part, cela soulage le travail administratif des CPAS et peut réduire le délai de traitement de la demande. D'autre part, le problème reste que cela permet seulement la prise en compte du revenu 'officiel' et non du revenu réellement disponible, après paiement des diverses charges.

Le CPAS peut, à certaines conditions, récupérer certains coûts auprès du pouvoir fédéral (à ce jour via le Service public de programmation Intégration sociale (SPP IS)<sup>273</sup>. Il s'agit surtout d'interventions dans les frais médicaux et pharmaceutiques dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Les coûts qui ne peuvent pas être récupérés auprès du SPP IS sont financés sur fonds propres du CPAS. Ces coûts varient d'un CPAS à un autre en fonction de l'importance de la demande sociale sur leur territoire et des moyens qu'ils peuvent consacrer aux frais médicaux.

Le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP IS ne peut être utilisé comme argument par le CPAS pour justifier de prendre ou non en charge les frais médicaux d'un bénéficiaire. Lorsqu'il est demandé à un CPAS d'intervenir dans des coûts de soins médicaux qui ont déjà eu lieu (comme une facture d'hôpital impayée), il peut y avoir un débat quant au fait de le prendre ou non en charge. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure le bénéficiaire était dans le besoin par le passé. Cela signifie concrètement que les demandeurs ont intérêt à s'adresser au CPAS avant de faire appel à un prestataire de soins, ce qui pose problème en cas d'hospitalisation d'urgence.

#### 4.3.2. Carte médicale

Une carte médicale est un document que le CPAS remet à un demandeur et par lequel il s'engage vis-à-vis d'un prestataire de soins à prendre en charge les coûts de certaines prestations médicales pendant une période donnée. Une carte médicale peut notamment être délivrée pour un traitement nécessaire et limité dans le temps (par exemple dans le cadre d'une grossesse). Cette manière de procéder suppose que le patient paie une première consultation pour faire constater la nécessité du traitement. Il est aussi possible d'attribuer une carte médicale de manière périodique (ou préventive), sans lien avec un traitement éventuel.

En principe, la carte médicale facilite l'accès à des soins de qualité pour le bénéficiaire. Elle facilite les contacts entre les usagers et les différents prestataires de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux...). Elle peut être adaptée de manière flexible à ses besoins et elle agit aussi préventivement puisqu'elle permet de traiter plus rapidement (sans frais pour le patient) des problèmes de santé. En outre, elle évite les tracasseries administratives tant pour le bénéficiaire que pour le prestataire de soins. Par exemple, il n'est plus nécessaire que le bénéficiaire se rende systématiquement au CPAS, ce qui représente un avantage important pour les personnes qui se déplacent difficilement, dont les personnes âgées ou malades chroniques. Le prestataire de soins a aussi la garantie qu'il sera payé.

La généralisation du dispositif actuel de carte médicale se heurte cependant à des obstacles. Ainsi, certains CPAS craignent entre autres une perte de contrôle financier sur les dépenses médicales des usagers. Pour leur part, les prestataires de soins ne sont pas toujours prêts à utiliser la carte médicale parce qu'ils n'y sont pas suffisamment familiarisés et qu'ils craignent la rupture du secret médical. Les participants au groupe de concertation confirment que le nombre restreint de prestataires de soins prêts à travailler avec la carte médicale sur un territoire communal donné peut compromettre le libre choix du patient et l'accès à des soins adaptés de qualité. Cela favorise également le risque de voir se développer un circuit parallèle de soins pour les personnes en difficultés financières. Quant aux bénéficiaires, leurs craintes se fondent sur le caractère stigmatisant de l'intervention du CPAS et sur la diversité des conditions d'attribution et des modalités de la carte médicale. Pour certains, la connaissance par le travailleur social des médicaments

272 Secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté (25 juin 2012). « Les CPAS ont directement accès aux informations concernant les allocations de chômage », *Communiqué de presse*, <http://www.deblock.belgium.be/fr/les-cpas-ont-directement-acc%C3%A8s-aux-informations-concernant-les-allocations-de-ch%C3%B4mage>

273 SPP Intégration Sociale (2012). *Les pièces justificatives dans le cadre de la Loi du 02/04/1965 et de l'Arrêté Ministériel du 30/01/1995*, Document d'information.

que l'utilisateur prend et des interventions qu'il doit subir représente une atteinte à la vie privée du bénéficiaire.

Les CPAS ont aussi des possibilités d'établir des conventions médicales avec les prestataires de soins et de médicaments. Il s'agit d'un cadre convenu entre le CPAS et des prestataires de soins établis sur son territoire (ou au-delà) pour mener une politique d'accès aux soins de santé et de remboursement des frais de soins. Une convention peut par exemple résoudre le problème de la première consultation, formaliser l'implication des soignants et la collaboration avec eux et permettre au CPAS d'orienter la consommation médicale des personnes aidées (par exemple, prescrire uniquement des médicaments génériques, utiliser un dossier médical global, etc). L'établissement de conventions par les CPAS avec un réseau de prestataires dispensant une offre de soins suffisamment étendue (éventuellement au-delà du territoire communal) et à des tarifs conventionnés est important pour les patients. A nouveau, la liberté du patient de choisir un certain médecin, un pharmacien ou un certain hôpital est limitée par les choix réalisés par le CPAS de collaborer avec des prestataires de soins bien déterminés. Certains participants à la concertation pensent que les patients et les prestataires de soins (même au-delà du territoire communal) devraient en outre pouvoir proposer au CPAS la signature d'une convention afin d'assurer la continuité des soins et le maintien de la relation de confiance entre le patient et son prestataire de soins habituel. D'autres soulignent que les CPAS pourraient davantage chercher à établir des conventions avec des hôpitaux privés, ce qui permettrait d'élargir le choix du patient.

Une étude<sup>274</sup> révèle qu'en 2009, 25 % des 380 CPAS interrogés utilisaient la carte médicale, principalement pour le remboursement de frais de médicaments et de visites chez le médecin généraliste. C'est le CPAS lui-même qui décide de l'opportunité d'utiliser une carte médicale et de l'étendue des soins couverts par celle-ci. Les modalités concrètes d'utilisation de cette carte diffèrent donc selon le contexte du CPAS (taille, moyens, public cible) et sa politique d'intervention (importance accordée à l'accessibilité aux soins de

santé). 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 et sociaux. Globalement, ce sont surtout les bénéficiaires du revenu d'intégration qui en font usage. Les personnes ayant un revenu du travail (via un 'contrat sous article 60' par exemple) 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, sérieux et chronicité de la maladie, situation sociale particulière (dettes, enfants, etc.)<sup>275</sup>. Cette grande diversité de pratiques donne souvent l'impression aux demandeurs que les CPAS font preuve d'arbitraire. Elle a aussi pour conséquence que les utilisateurs qui déménagent dans une autre commune perdent parfois le bénéfice de certaines mesures pourtant indispensables.

#### 4.3.3. Harmonisation et simplification

Parallèlement à cela, certains CPAS ont mis en place des solutions pour surmonter certains obstacles et harmoniser leurs pratiques. C'est ainsi que les 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale utilisent une même liste de produits médico-pharmaceutiques qu'ils remboursent, mais dont ils ne peuvent pas récupérer eux-mêmes le coût auprès des autorités fédérales. Cette prise en charge prévient le recours ultérieur à des soins plus coûteux. Certains CPAS en Région wallonne et en Flandre auraient choisi de rembourser également les médicaments contenus dans cette liste<sup>276</sup>.

Un projet a débuté au sein du SPP Intégration Sociale afin de gérer l'octroi de la carte médicale par les

274 Chaoui Mezabi, Dounia (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*, Université de Liège, à la demande du SPF Intégration Sociale. La Région wallonne a également récemment demandé au Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale d'examiner l'utilisation de la carte médicale, y compris à Bruxelles et en Flandre.

275 Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2011). *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.

276 RTBF Info (06/02/2013). *Nouvelle liste des médicaments remboursés par les CPAS bruxellois et Fédération des Associations de Médecins Généraliste 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.*

CPAS. Le logiciel MediPrima<sup>277</sup> sera à court et moyen termes utilisé par tous les CPAS et établissements de soins pour améliorer, simplifier et rationaliser le traitement de l'aide médicale. Dans une première phase, le système ne va s'appliquer qu'à l'Aide Médicale Urgente et aux factures pour soins médicaux (ambulants et résidentiels) dans les établissements de soins. Les CPAS pourront introduire leurs décisions de prise en charge médicale électroniquement et ces dernières pourront être consultées en ligne par les différents prestataires de soins. Les factures, dans le cadre de l'AMU, pourront être envoyées par voie électronique à la CAAMI, qui sera compétente pour le paiement de ces soins médicaux à la place du SPP Intégration Sociale. Dans une phase ultérieure, l'application du système MediPrima sera étendue à l'ensemble des prestataires de soins et à tous les demandeurs d'une aide médicale auprès d'un CPAS, y compris ceux qui sont assurés et pour lesquels le CPAS intervient dans les coûts médicaux. Les participants à la concertation sont positifs face à l'harmonisation des pratiques des CPAS à condition que la pratique la plus favorable aux personnes vulnérables soit la norme.

#### 4.4. Aide Médicale Urgente

Pour les personnes sans titre de séjour légal, l'accès aux soins de santé est limité à l'Aide Médicale Urgente<sup>278</sup>, qui est assurée par le CPAS<sup>279</sup>. Le terme 'urgent' est trompeur dans la mesure où cette aide peut aussi bien être curative que préventive, de type ambulatoire ou hospitalier. Les personnes en séjour irrégulier doivent s'adresser au CPAS de la commune où elles séjournent ; elles font alors l'objet d'une enquête sociale. Lorsqu'un état de besoin est constaté et qu'une attestation d'Aide Médicale Urgente est établie par un médecin, le CPAS intervient dans les frais de santé, y compris pour un séjour et un traitement dans un hôpital psychiatrique

ou une maison de soins psychiatriques<sup>280</sup>. La carte médicale est ici aussi l'instrument recommandé pour faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente. Par ailleurs, ces personnes précaires peuvent aussi s'adresser à des organisations privées qui font office de relais vers le système de soins de santé et fournissent des soins à titre transitoire.

Durant la concertation, plusieurs situations dans lesquelles l'accès à l'AMU est compliqué ont été évoquées<sup>281</sup>. Ainsi, des personnes qui résident de façon irrégulière dans notre pays mais qui vivent chez quelqu'un qui perçoit une allocation hésiteraient à faire appel à l'AMU. Elles doivent indiquer au CPAS leur lieu de résidence et craignent alors que la personne qui les héberge perde son statut d'isolé et perçoive le montant (inférieur) de l'allocation pour cohabitant. Certains participants à la concertation ont toutefois signalé une évolution positive en la matière : les CPAS considèrent la plupart du temps qu'il ne s'agit pas d'une cohabitation<sup>282</sup>. De plus, certains hôpitaux auraient aussi tendance à refuser d'intervenir dans le cadre de l'AMU parce que les personnes n'ont pas de lieu de résidence où elles peuvent retourner après une hospitalisation et refusent parfois de quitter l'hôpital.

En outre, la réglementation relative aux migrations peut aussi avoir un effet négatif sur le droit d'une personne à la protection de la santé. En 2012, il a ainsi été décidé que les ressortissants de l'UE n'avaient plus droit ni à l'aide sociale ni à l'Aide Médicale Urgente, pendant les trois premiers mois de leur séjour en Belgique<sup>283</sup>.

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

278 Il y a cependant des exceptions, lorsque la personne effectue un travail déclaré, qu'elle est mariée avec une personne affiliée, qu'elle n'a pas encore 25 ans et qu'elle est à charge d'une personne affiliée, qu'elle est parent d'un enfant belge, qu'elle peut revenir à une situation précédente où elle était en règle, qu'elle est un mineur non accompagné ou un étudiant dans l'enseignement supérieur.

279 Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, *Moniteur belge*, 31 décembre 1996.

280 Loi du 2 juillet 2006 modifiant l'art.1,3, al.2 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres publics d'action sociale, *Moniteur belge*, 30 juin 2006.

281 Voir également : Samenlevingsopbouw Brussel, Dokters van de wereld, Pigment vzw, Medimmigrant, Stadslabo, Jes (2012). *Memorandum. Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Waar knelt het schoentje?*

282 Voir à ce sujet l'arrêt de la Cour constitutionnelle : C.C., 10 novembre 2011, n°176/2011.

283 Article 57quinquies de la loi sur les CPAS du 17 février 2012, mis en œuvre le 27 février 2012 ; 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*, 17 avril 2012.

## Recommandations

### 1. Accorder la priorité à une politique de santé cohérente et intégrée dans tous les domaines politiques

Afin de rendre effectif le droit à la protection de la santé pour tous et réduire les inégalités sociales en matière de santé, il est nécessaire de mener une politique de santé qui influe sur tous les déterminants de la santé (emploi, logement, enseignement, participation sociale...) en collaboration avec les politiques concernées aux différents niveaux de pouvoir (« *health in all policies* »).

### 2. Élaborer une offre de soins suffisante, intégrée, accessible et adaptée

L'état de santé des personnes vivant dans la pauvreté est souvent lié à leurs conditions de vie. Elles ont souvent difficilement accès à l'offre de soins classique qui est de plus en plus segmentée et ne tient pas compte de la personne et de la situation dans son ensemble. La concertation préconise par conséquent :

- un renforcement de l'offre accessible de soins de première ligne de qualité, tant curatifs que préventifs ;
- des soins de santé psychique accessibles et de qualité ;
- des informations, une aide et un accompagnement plus proactifs des personnes vivant dans la pauvreté ;
- une plus grande coopération entre les différents prestataires de soins concernés, travailleurs des secteurs apparentés, accompagnateurs et assistants sociaux.

### 3. Garantir l'accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### 3.1. Garantir que les personnes pauvres soient informées de leurs droits et y aient accès

En Belgique, toute personne inscrite au Registre national a accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Différentes corrections sociales ont été apportées à cette assurance pour que les personnes en situation socioéconomique précaire puissent, elles

aussi, payer les soins de santé. Toutefois, le nombre de statuts ainsi créés, la complexité qui en découle en termes de conditions et d'avantages, peuvent mener au non-recours. Il est donc primordial de maximaliser l'application des mesures existantes :

- en continuant à travailler en vue de l'octroi automatique des droits ;
- en renforçant les efforts actuels des mutualités, des acteurs sociaux, des personnes pauvres, etc., pour informer les personnes précarisées sur le droit à la protection de la santé et l'offre de soins. Des moyens supplémentaires sont nécessaires pour que ces informations puissent aussi prendre la forme de conseils, d'un accompagnement, d'un suivi afin que l'information mène concrètement à une amélioration de l'accès aux soins de santé ;
- en intégrant dans la Charte de l'assuré social que c'est ensemble que tous les services de protection sociale ont l'obligation d'entreprendre toutes les actions nécessaires pour que chacun, et en particulier les personnes défavorisées, puisse obtenir ce à quoi il a droit.

#### 3.2. Simplifier la procédure de régularisation et de réinscription auprès de l'organisme d'assurance

Afin de pouvoir bénéficier de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il est indispensable de s'inscrire auprès d'un organisme assureur. Lorsqu'une personne n'est pas en ordre de cotisations sociales, cette inscription – et par conséquent l'assurance – est compromise. Il peut alors s'ensuivre une procédure de régularisation (irrégularité de moins de deux ans) ou de réinscription (irrégularité de plus de deux ans). Cette procédure de régularisation est administrativement très complexe et la réinscription implique une période de stage de six mois pendant laquelle la personne n'est pas assurée. Les personnes en situation de précarité sont toutefois exemptées de cette période de stage. Les participants à la concertation se demandent si une procédure aussi complexe doit perdurer quand il est, en principe, possible de régulariser l'inscription de toute personne inscrite au Registre national. Ils préconisent une simplification de cette procédure et une application similaire par tous les CPAS et les mutualités.

## 4. Garantir des soins de santé abordables

Il existe différentes corrections visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. Les participants à la concertation préconisent de veiller à la cohérence des différentes mesures et d'en renforcer certaines. Ils estiment par ailleurs qu'il faut éviter un système de soins de santé à deux vitesses, où une assurance privée complémentaire s'avère nécessaire pour pouvoir payer des soins de santé essentiels.

### 4.1 *Transmettre aux patients, en permanence et à temps, des informations précises, claires et compréhensibles sur le coût réel des soins de santé*

Malgré les informations disponibles sur les consultations chez le médecin, sur les prestataires de soins conventionnés ou non, sur les simulations des coûts d'hospitalisation, etc., il reste difficile pour les personnes pauvres d'estimer combien leur coûtera un traitement médical donné, médicaments, traitement post-opératoire, etc., inclus. Il est important qu'elles soient informées correctement, clairement et aussi à l'avance que possible et qu'elles soient accompagnées tout au long de leur parcours pour trouver une solution qui leur permette de payer ces soins.

### 4.2 *Élargir l'application du système du tiers payant*

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le système du tiers payant social s'appliquera obligatoirement chez les médecins généralistes pour toutes les personnes ayant droit à une intervention majorée ou au statut de malade chronique. Il est souhaitable de généraliser dans un premier temps le système du tiers payant à tous les patients chez le médecin généraliste et, à plus long terme, de l'élargir à toutes les prestations de soins de première (et de deuxième) ligne.

### 4.3 *Mieux faire connaître et développer les soins de santé forfaitaires*

Les participants à la concertation sont favorables à l'approche préventive, multidisciplinaire et abordable des maisons médicales mais ils déplorent l'insuffisance de l'offre. Pour les personnes pauvres, ces maisons médi-

cales constituent une alternative à part entière à l'offre de soins classique, qui doit être mieux soutenue.

### 4.4 *Élargir la couverture de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*

L'assurance obligatoire garantit le remboursement des prestations médicales (médicaments et consultations) figurant dans la nomenclature. Les participants à la concertation souhaitent élargir la couverture de l'assurance aux prestations encore trop souvent considérées comme des traitements de confort et à la psychothérapie. Les coûts liés aux implants/prothèses non remboursables posent également problème pour les familles pauvres.

## 5. Augmenter le caractère protecteur des indemnités d'incapacité de travail

Les indemnités d'incapacité de travail ont pour but de compenser la perte de salaire en cas de maladie des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Toutefois, ces indemnités n'ont pas suivi l'évolution des salaires. De plus, elles ne suffisent pas à faire face aux frais de soins de santé plus élevés qu'entraîne une incapacité de travail.

### 5.1 *Augmenter le montant des indemnités d'incapacité de travail*

Les indemnités doivent au moins être liées à l'évolution de l'index. Les participants à la concertation pensent également qu'il faut trouver des manières, lors du calcul du revenu disponible, de tenir compte des dépenses de soins de santé nécessaires et structurelles qui pèsent lourdement dans le budget des personnes en incapacité de travail.

La personne qui perd le statut d'invalidé perd souvent aussi les avantages sociaux liés à ce statut. Les participants recommandent de prolonger pendant un certain temps ces avantages après la perte du statut.



### 5.2. Clarifier et améliorer la position des personnes en incapacité de travail par rapport au marché du travail

- L'incapacité de travail est définie et évaluée différemment par l'INAMI, l'ONEm ou le SPF Sécurité Sociale. En raison des différences entre ces statuts, il se peut que des personnes passent à travers les mailles du filet, qui a précisément pour but de les protéger. Les récents accords de coopération entre les différentes instances compétentes devraient éviter ce problème. Il est souhaitable que la mise en œuvre et l'impact de cette coopération dans la pratique fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation.
- Lorsqu'une personne est reconnue en incapacité de travail, elle doit complètement arrêter le travail. En cas d'incapacité de travail de longue durée, le terme 'invalidité' évoque une situation permanente. Le système de mise à l'emploi progressive aide à combattre cette perception. Il est souhaitable, selon le groupe de concertation, que cette mesure soit mieux explicitée auprès des médecins-conseils et des employeurs et que son application soit encouragée.
- Concernant le récent plan 'Back to work', la concertation est d'avis que le caractère volontaire doit l'emporter sur la logique de l'activation. Par ailleurs, il faut créer davantage d'emplois adaptés aux personnes connaissant des problèmes de santé. Il faut également instaurer plus de flexibilité dans les entreprises et au sein de la réglementation, afin de pouvoir réagir aux changements dans la situation de santé.

## 6. Augmenter l'efficacité des allocations aux personnes handicapées

### 6.1. Augmenter le montant des allocations aux personnes handicapées

Les allocations aux personnes handicapées doivent être de nature à prévenir tout d'abord que des personnes handicapées ne tombent dans une situation de pauvreté et de précarité et, également, à couvrir les coûts supplémentaires liés au handicap. L'allocation d'intégration – qui doit compenser les surcoûts d'un handicap – devrait donc être établie en fonction du handicap et indépendamment du revenu (et ne doit donc plus être associée au revenu propre de la personne ou d'un tiers).

### 6.2. Ouvrir le régime des allocations aux personnes handicapées dès 18 ans

L'octroi des allocations de remplacement de revenu et d'intégration dès 18 ans (au lieu de 21 ans) devrait permettre d'aider financièrement les jeunes adultes en situation de transition.

### 6.3. Poursuivre la simplification et l'automatisation des procédures de reconnaissance du statut de personne handicapée

La collaboration entre les différents services et instances doit être organisée de telle manière que le dossier du demandeur arrive toujours à bon port, sans que ce dernier ne doive en prendre lui-même l'initiative et sans que les allocations ne soient interrompues.

### 6.4. Renforcer les possibilités de travailler des personnes handicapées

Le programme 'Back to work' devrait être élargi au groupe des personnes handicapées, afin d'améliorer leur accompagnement vers l'emploi. Cela nécessite une flexibilité suffisante pour permettre de combiner une allocation et un revenu de travail.

## 7. Lutter contre l'exclusion des soins de santé par le biais de l'aide sociale

### 7.1. Stimuler et améliorer la coopération entre les CPAS, les mutualités et le SPF Sécurité Sociale

Les CPAS ont pour mission d'assister les demandeurs d'aide dans leurs démarches pour faire valoir leurs droits. La concertation souhaite que les CPAS collaborent davantage avec les mutualités pour mettre le bénéficiaire en ordre d'inscription à la mutualité, et qu'ils collaborent avec le SPF Sécurité Sociale pour établir un dossier qui soit une base solide pour offrir une réelle chance d'approbation de la demande d'allocation faite par une personne handicapée.

### 7.2. Harmoniser et simplifier les pratiques des CPAS

Les CPAS décident de manière autonome s'ils interviennent (et dans quelle mesure) dans le paiement des frais de soins de santé des bénéficiaires, en se référant au critère légal de 'vie

conforme à la dignité humaine'. Si cette autonomie leur permet d'adapter leur gestion au public de bénéficiaires de leur propre terrain, elle génère des pratiques divergentes qui peuvent renforcer l'insécurité juridique. Pour cette raison, les participants à la concertation plaident pour que les CPAS harmonisent leurs pratiques et interviennent de manière suffisante dans les frais de soins de santé. L'utilisation de la carte médicale et de la convention médicale semble un instrument approprié. De même, le projet d'informatisation Mediprima peut y contribuer et dans cette optique, il y a lieu d'en faire le suivi et l'évaluation.

### 7.3. *Harmoniser et simplifier les pratiques de l'Aide Médicale Urgente*

Les personnes qui résident dans le pays de manière irrégulière peuvent faire appel à l'Aide Médicale Urgente. A nouveau, l'autonomie des CPAS en la matière est importante. Il est primordial de mieux harmoniser et de simplifier les pratiques existantes.

## Liste des participants

### Groupe de concertation

- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Landsbond Christelijke Mutualiteit
- ATD Quart Monde / ATD Vierde Wereld
- AVCB - Section CPAS / VSGB - Afdeling OCMW
- Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (HZIV)
- CAW Oost-Vlaanderen
- Collectif des Femmes de Louvain-la-Neuve
- Collectif Solidarité Contre l'Exclusion
- De Fakkel
- Fédération des Centres de Services Sociaux
- Fédération Wallonne des Assistants Sociaux de CPAS (FéWASC)
- FGTB / ABVV
- Gezinsbond
- Infirmiers de Rue asbl / Straatverplegers vzw
- Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes / Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
- Invaliditeitsverzekering (HZIV)
- KAAP (Armoedewerking CM Oostende)
- Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)
- Luttes Solidarités Travail
- Maison médicale Vieux Molenbeek
- Médecins du Monde / Dokters van de wereld
- Nederlandstalige Vrouwenraad
- Netwerk tegen Armoede
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
- Relais Santé - CPAS de Liège
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Riso Vlaams-Brabant
- Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique (SMES-B)
- SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées / FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap
- Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Vlaams Patiëntenplatform
- Vlaamse Ouderenraad

## Récit de vie 4

Recueilli le 12 décembre 2012

Une femme d'une quarantaine d'années vit avec sa mère. Elles louent sur le marché privé. Toutes deux sont confrontées à des problèmes de santé. Elles vivent d'une indemnité d'invalidité et d'une pension.

Son père était enseignant, sa mère, institutrice maternelle. La famille vivait bien jusqu'à ce que le père commence à avoir des problèmes de cœur. À son décès, la mère a fait une dépression et a été mise au repos. Pour raisons financières, la fille et la mère ont dû déménager plusieurs fois. Elles louent maintenant sur le marché privé et ont un accord avec le propriétaire pour payer la garantie locative par tranches.

Elle a fait un graduat mais n'a pas rendu de travail de fin d'étude en raison de son état de santé. Elle a ensuite suivi un projet 'GOP' (une formation professionnelle intégrée pour les personnes ayant un handicap de travail) mais, après sept mois, elle a été déclarée en état d'incapacité de travail. « *Financièrement, c'est une charge énorme, car je ne peux pas travailler. Je le voudrais bien, mais ce n'est simplement pas possible.* » Depuis, elle reçoit une indemnité d'invalidité de la mutuelle. Elle a demandé en vain le statut de personne handicapée. « *J'ai bien entendu également demandé ce statut et ils m'ont dit : 'allez chercher du travail. Vous avez encore une tête bien faite sur les épaules, allez donc chercher du travail'.* » Pour éviter de tomber dans l'isolement social, elle fait du bénévolat au sein d'un foyer socio-éducatif.

Sa santé se dégrade de plus en plus, de même que celle de sa mère (diabète, dépression, démence...). A cause de factures impayées d'hospitalisation, de soins à domicile, d'ambulance... , elles s'endettent et se retrouvent en médiation de dettes. Depuis six mois, elle n'a plus payé le pharmacien. « *Et je fais vraiment de mon mieux pour tout payer, mais à un moment donné, l'argent finit tout de même par manquer.* » Elle s'interdit des soins nécessaires parce qu'ils sont impayables. « *Mais actuellement, nous connaissons d'énormes difficultés. À tel point que je n'ai plus pu me rendre chez mon spécialiste ces derniers mois. Cela coûte 74 euros par consultation. Je ne peux tout simplement pas le payer.* »

Mère et fille sont considérées comme cohabitantes et n'ont pas droit au statut OMNIO parce que leurs revenus cumulés sont trop élevés. Sa mère a en effet la chance de percevoir une bonne pension. Pour cette même raison, elles n'entrent pas non plus en considération pour un logement social et le CPAS n'intervient pas pour la garantie locative. Elles n'ont pas non plus droit au tarif social ou à une allocation de loyer. Elles ont pourtant des frais médicaux élevés qu'elles ont du mal à payer. « *Mais nous restons sur la touche partout et en effet, si nous comptons tout ensemble et si nous n'avions pas de problèmes de santé, nous pourrions bien nous en tirer. Nous ne serions alors pas confrontées à la pauvreté et nous n'en serions pas là. Mais si je vous dis maintenant ce que j'ai dans mon portemonnaie, c'est 5 euros, pour tenir jusqu'à la fin du mois. C'est quand même bien problématique et on en arrive là... OK, il peut y avoir une part de laisser-aller, mais si vous n'y êtes vraiment pour rien, si cela dépend de votre santé ?* »

La mère entre en considération pour le 'forfait de soins' pour maladies chroniques via la mutualité. En la matière, la mutualité a constitué une aide précieuse. Elle entre peut-être aussi en considération pour un 'forfait incontinence', mais le (début du) problème doit alors être constaté par un médecin et cela coûte de l'argent. « *Vous devez alors revoir tous ces docteurs. Tout cela coûte de l'argent, car il faut toujours avancer 25 euros. La semaine dernière, je n'avais plus rien. J'ai été demander à la banque si je pouvais passer en négatif brièvement pour acheter à manger, mais ce n'était pas permis.* »