

Le Droit aux soins de Santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles- Capitale

Accessibilité aux soins pour tout
individu vivant dans la Région de
Bruxelles-Capitale, une utopie ?

Commission CPAS de Bruxelles

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE BRUXELLES

Livre Blanc, Mise à jour 2015

Table des matières

1. La Commission CPAS de Bruxelles	1
2. Introduction	2
3. Le contexte général	4
3.1 Pauvreté à Bruxelles	4
3.2 Pauvreté et maladie	5
3.3 Migration et santé	7
3.4 Repères administratifs de la prise en charge des personnes bénéficiant d'une aide médicale du CPAS	8
3.5 Conclusions	10
4. Constat de médecins généralistes et propositions d'action	12
4.1 L'accès à la médecine de proximité pour toute la population bruxelloise	12
4.2 La continuité des soins	24
4.3 La collaboration entre prestataires sociaux et première ligne de soins	29
4.4 Le respect du secret médical	30
Conclusions	34
Informations sur la FAMGB	37
Informations de contact	38

La Commission CPAS de Bruxelles est une émanation de la FAMGB. Les médecins généralistes des 19 communes bruxelloises y sont représentés, francophones et néerlandophones (BHAK).

La FAMGB compte une dizaine de commissions de travail traitant les problématiques rencontrées par la médecine générale à Bruxelles.

1. La Commission CPAS de Bruxelles

Ont collaboré à l'élaboration de cette étude :	
Dr. NAIMA BOUALI	Association des Médecins Généralistes de Bruxelles entre Midi et Ouest (AGEMO - FAMGB)
Dr. LAWRENCE CUVELIER	Association de Généralistes de Bruxelles-Ville (AGEBRU - FAMGB)
Dr. MARIA EMILIA de FLORES	Association des Médecins Généralistes de Bruxelles-Sud (AMGBS – FAMGB)
Dr. LUC DE VOECHT	Association des Médecins Généralistes d'Evere-Schaerbeek (AMGES - FAMGB)
Dr. PAUL DUFOUR	Groupement des Généralistes du Nord-ouest (GGNO – FAMGB)
Dr. JAVIER FERNANDEZ	Association des Médecins Généralistes d'Anderlecht (AMGA - FAMGB)
Dr. CAROLINE FETTWEIS	Association des Médecins Généralistes des Quartiers Nord de Bruxelles (AMGQN - FAMGB)
Dr. CLAIRE FINNÉ	Association des Médecins Généralistes d'Evere-Schaerbeek (AMGES - FAMGB)
Dr. DOMINIQUE NARCISSE	Association des Médecins Généralistes d'Ixelles-Etterbeek (AMGIE – FAMGB)
Dr. SAPHIA MOKRANE	Association de Généralistes de Bruxelles-Ville (AGEBRU - FAMGB)
Dr. CLAIRE GERAERTS	Association des Médecins Généralistes des Quartiers Nord de Bruxelles (AMGQN - FAMGB)
Dr. LESLIE MATHONET	Association des Médecins Généralistes des Quartiers Nord de Bruxelles (AMGQN - FAMGB)
Dr. WALTER RENIER	Brusselse HuisArtsen Kring (BHAK, Molenbeek)
Dr. MILHAN ROEX	Brusselse HuisArtsen Kring (BHAK, Anderlecht)
Dr. LIHSIN TSIEN	Association de Généralistes de Bruxelles-Ville (AGEBRU - FAMGB)
Dr. MURIEL VANDERGOTEN	Association des Médecins Généralistes d'Evere-Schaerbeek (AMGES - FAMGB)
Président de la Commission : Dr. Lawrence Cuvelier Contact : famgb@famgb.be	

2. Introduction

Ce livre blanc est le résultat des discussions d'un groupe de médecins généralistes francophones et néerlandophones, membres de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)¹ et du Brusselse HuisArtsen Kring (BHAK)².

Depuis la parution du premier livre blanc, certaines choses se sont améliorées mais la situation sanitaire des personnes émargeant du CPAS reste difficile. La précarité a augmenté en région bruxelloise et les indicateurs socio-sanitaires restent dans le rouge en ce qui concerne les personnes les plus précaires.

Depuis 2006, l'aide médicale urgente (AMU) pour la prise en charge des personnes en séjour irrégulier s'est généralisée. Pourtant nous constatons des disparités très importantes au sein de la région dans la répartition des AMU et dans les pratiques en matière d'AMU entre les CPAS.

Récemment MediPrima été mis sur pied afin de simplifier les démarches administratives et de permettre une centralisation des informations permettant une plus grande transparence dans l'information sur la couverture santé des personnes bénéficiant d'une aide médicale. Mais les médecins généralistes ne sont pas encore intégrés dans le système.

Les relations entre les CPAS et les cercles locaux ont connu des tensions mais également des collaborations fructueuses.

Malgré tout, les besoins en santé des personnes les plus marginalisées restent criants. Les médecins généralistes sont confrontés quotidiennement à des difficultés pour soigner les personnes les plus vulnérables mais également à des interruptions de soins

¹ Voir www.famgb.be

² Voir www.bhak.be

suite aux démarches et aux modalités de fonctionnement de la couverture sanitaire offerte par les CPAS.

Aussi les médecins généralistes tirent-ils à nouveau la sonnette d'alarme afin que les patients les plus fragiles, y compris ceux bénéficiant d'une aide des CPAS bruxellois puissent continuer à accéder aux soins de santé de proximité.

Sur base de leur expérience quotidienne, les représentants des MG exerçant en Région Bruxelloise font part ici de leurs propositions en matière d'accès aux soins. Ce deuxième livre blanc reprend des recommandations du premier augmentées de nouvelles propositions liées à l'évolution de la situation sur ces 10 dernières années.

3. Le contexte général

3.1 Pauvreté à Bruxelles

Les inégalités sociales de santé concernent les différences de santé entre groupe socioéconomique. Elles forment un gradient inversement proportionnel au niveau de revenus et d'éducation. En tant que généralistes, nous constatons au quotidien les conséquences de ces inégalités sur la santé de nos patients.

Le médecin généraliste est un point d'ancrage dans le système de soins : la grande majorité des Bruxellois (82,7%) déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Cette proportion augmente chez les personnes socialement les plus défavorisées³.

En janvier 2013, près d'un cinquième (19,6%) de la population bruxelloise active (18-64 ans) vivait d'une aide sociale ou d'une allocation de chômage (contre 15,8% en 2003). Près de 5% de la population active (4,9%) et près de 10% des jeunes adultes (9,9%) percevaient un revenu d'intégration sociale⁴ ou son équivalent⁵. Ces chiffres masquent une grande disparité entre les communes de la Région.

En plus des aides prévues dans les missions des CPAS, différentes mesures ont été prises afin de favoriser l'accès aux soins des personnes démunies, dont le statut BIM ou le dossier médical global (DMG). En janvier 2014, près d'un quart de la population bruxelloise (24,2%) bénéficiait d'une intervention majorée en matière de soins de santé

³ Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2011, p 56.

⁴ Le revenu d'intégration sociale (RIS) est l'allocation minimale octroyée par les CPAS de manière individuelle. Voir la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Au 6/6/2014, le RIS s'élève à 514,91 €/mois pour les cohabitants et 817,36 pour un isolé (Ibid. p18).

⁵ Englert S., Luyten S., Hercot D., Mazina D. (2014), « Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014 », Observatoire de la santé et du social Bruxelles p. 20.

(BIM) et 42,5 % étaient titulaires d'un DMG. A Bruxelles, le DMG est plus fréquent chez les bénéficiaires d'un statut BIM⁶.

En Région bruxelloise, un tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté⁷. Or les dernières données du baromètre social rappelle que l'on meurt plus jeune lorsqu'on naît et qu'on vit dans la pauvreté⁸. D'ailleurs, plus d'un quart des ménages bruxellois (26,3%) déclarent avoir postposé des soins de santé ou avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières⁹, proportion plus élevée que dans le reste du pays¹⁰. Depuis une dizaine d'années, un quart des bébés naissent dans un ménage sans revenus du travail et grandissent dans ces conditions en Région bruxelloise. Or on compte deux fois plus d'enfants mort-nés parmi ceux qui naissent dans un ménage bruxellois sans revenu du travail et 1,5 fois plus de décès avant l'âge de un an par rapport aux enfants nés dans une famille avec deux revenus¹¹.

La précarité financière est pondérée par le cout du logement, en hausse continue à Bruxelles ces dernières années. Les bruxellois les plus pauvres vivent trop nombreux dans des logements trop petits. Le marché de logement social est saturé. De nombreuses personnes vivent dans des logements insalubres avec des conséquences sanitaires non négligeables¹².

3.2 Pauvreté et maladie

Lorsque maladie et pauvreté se mêlent, le cumul de vulnérabilités entraîne une diminution de l'accès à la médecine préventive, une augmentation des problèmes liés aux assuétudes et une détérioration de l'état de santé physique comme mentale.

⁶ *Ibid*, pp 43-44.

⁷ *Ibid*, p. 13.

⁸ *Ibid*, p 43.

⁹ Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010, p195.

¹⁰ Englert S. & Al (2014), *op. cit.*, p 43.

¹¹ *Ibid*, p 41.

¹² *Ibid*, p 46.

Les soins aux plus démunis exigent une approche sensible, professionnelle et expérimentée.

La maladie peut être la cause ou la conséquence de la pauvreté. La plupart du temps, l'état d'indigence résulte de multiples facteurs, et vouloir résoudre un seul des problèmes sans tenir compte de l'ensemble de la problématique est voué à l'échec.

De manière générale, trois parcours emblématiques peuvent être identifiés :

- La déchéance : une personne jouissant d'une certaine autonomie se retrouve dans une situation de détresse financière. Se cumulent alors dans le parcours de vie de la personne les éléments déterminants d'un état de santé altéré : endettement, perte de travail, rupture affective, abandon, perte d'un soutien, addiction, problème psychiatrique et problème médical.
- Les situations de misère transgénérationnelle, noyau dur de la pauvreté : manque d'éducation, manque de formation et auto-exclusion culturelle.
- L'absence d'un élément vital pour assurer une existence sociale : un domicile, des papiers, une autonomie totalement ou fortement diminuée.

Il va de soi que ces problèmes peuvent être intriqués ou cumulatifs. Malgré la présence de structures de soutien, de nombreux patients n'accèdent pas aux soins de bases.

De multiples études montrent qu'il existe un lien très fort entre les revenus d'une part, et l'espérance de vie et la morbidité d'autre part. L'approche rigoureuse de ces phénomènes est complexe : une enfance vécue dans la pauvreté influe sur la morbi-mortalité durant la vie entière¹³. L'impact des soins de santé seul n'est donc pas suffisant pour permettre durablement des améliorations.

Enfin, l'équilibre psychique est influencé par l'état de stress intense qu'engendre la pauvreté. Il ne faut pas pour autant « psychiatriser » la misère et en faire une clé de résolution de cette problématique. Des comportements inappropriés, des délires et de l'agressivité ne sont pas forcément le reflet d'une maladie psychiatrique. Par ailleurs, il

¹³ *Ibid*, p 41.

existe des troubles de la personnalité qui conduisent à la précarité par absence d'intégration sociale, ce qui ne relève pas non plus de la psychiatrie¹⁴.

Une des choses les plus importantes à considérer est la prise en charge globale et le soutien de la personne en difficulté. On a souvent l'impression que l'individu se trouve englué dans ses problèmes comme dans du sable mouvant. Illustrations :

- *Comment puis-je trouver du travail si j'ai un casier judiciaire ?*
- *Ma maladie m'empêche de travailler...*
- *Mais je ne suis pas suffisamment malade pour avoir droit à un revenu de remplacement d'handicapé.*
- *Mon compagnon m'a laissée avec trois enfants et sans aide. Qui s'occupera des enfants si je ne m'en occupe pas ?*
- *Je suis prêt à travailler mais je n'ai pas de domicile.*
- *Personne ne veut accepter de loger quelqu'un qui dépend du CPAS.*

Les préoccupations journalières, le fait de pouvoir se nourrir, de payer le voyage scolaire, de payer son loyer prennent le pas sur une gestion de la santé. Quand on voit les difficultés que cela représente pour une population ordinaire de mener à bien la prise en charge d'une maladie, on imagine la complexité pour un public défavorisé. Soit des situations sont dramatisées et encombrant de manière inappropriée les salles d'urgence, soit des symptômes importants sont minimisés : une toux opiniâtre, des pertes de sang, des fatigues importantes.

3.3 Migration et santé

Les obstacles à l'accès aux soins de populations migrantes sont bien connues : obstacles linguistiques, méconnaissance de l'aide médicale urgente, manque de

¹⁴ Ces remarques ont l'air trivial, mais il est arrivé que des assistants sociaux insistent pour mener un patient en hospitalisation psychiatrique, pour « guérir » le patient.

compréhension du système de santé, lourdeur des procédures administratives, isolement social, manque d'argent, peur d'être dénoncés et expulsés, stigmatisation et discrimination de la part des professionnels, nécessité de prises en charge holistiques, longues et complexes, manque de connaissance des procédures de la part des patients et des professionnels¹⁵.

Pour les populations récemment immigrées, la prise en charge est compliquée par l'absence de structure de première ligne comprenant des généralistes dans leurs pays d'origine (où un médecin est forcément un spécialiste), la détresse profonde d'avoir été longtemps sans couverture santé et le désir de faire le point. Pour d'autres, avoir besoin de soins reste la seule voie légale pour obtenir une régularisation, ce qui entraîne parfois une demande des mises au point compliquées à gérer.

3.4 Repères administratifs de la prise en charge des personnes bénéficiant d'une aide médicale du CPAS

Le système de santé belge est organisé autour de la participation de chaque citoyen à la sécurité sociale. Selon ses revenus et son état de santé, le patient bénéficie d'un remboursement partiel ou total de ses soins de santé. Pour les personnes à faible revenu et/ou devant faire face à des dépenses en soins de santé importantes, le législateur a prévu que les CPAS dont la vaste mission est définie dans la loi organique du 8 juillet 1976¹⁶, complètent l'offre de la sécurité sociale par une aide médicale financière.

¹⁵ Voir les nombreuses études à ce sujet, en particulier celles de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde (2009) et le rapport sur l' « Accès aux soins pour les sans-papiers en Europe de PICUM (2007). Pour la situation en Belgique, consulter les rapports d'activité des activités en Belgique de Médecins du Monde ainsi que le Livre vert sur l'accès aux soins (INAMI-MDM, 2014).

¹⁶ L'art. 57 de la loi organique du 8 juillet 1976 précise que le Centre Public d'Action Sociale « a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique. »

L'obtention de cette aide répond à des critères précis mais sa mise en application et les frais couverts sont à la discrétion du CPAS. Les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ont choisi d'aider les personnes défavorisées pour leurs soins de santé de manière très différente. En région bruxelloise, **il y a donc 19 politiques locales différentes** en la matière. En pratique, les informations données par les assistants sociaux peuvent également varier au sein même d'un CPAS, entraînant un peu plus de confusion.

Les personnes résidant sur le territoire belge mais ne participant pas aux charges sociales ont accès à certaines conditions aux soins grâce à des procédures qui diffèrent selon leur statut administratif. Les demandeurs d'asile relèvent de Fedasil et les personnes en séjour irrégulier peuvent avoir accès à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS. Ces couvertures sanitaires ne couvrent pas les mêmes soins et ne nécessitent pas les mêmes démarches. En ce qui concerne l'aide médicale urgente, les procédures varient selon les CPAS et diffèrent parfois des procédures de l'aide médicale octroyée aux citoyens belges pour un même CPAS.

Lorsqu'on parle de procédures, il s'agit des démarches à réaliser par le patient pour obtenir l'ouverture de son droit, la prolongation de sa couverture santé et les soins lorsque la couverture est accordée. Elles concernent également les démarches et documents à compléter par les soignants pour que le patient puisse être soigné et pour que le prestataire de soins puisse être payé.

La forme pratique que prend les aides sont variables selon les institutions (Fedasil ou chacun des CPAS) et selon le type d'aide accordée (aide médicale/aide médicale urgente) : réquisitoire à l'acte ou carte médicale et/ou pharmaceutique pour une période définie, remboursement de frais avancés ou prise en charge directe, etc.

Les CPAS doivent décider avant la délivrance des soins s'ils sont compétents pour l'octroi de l'aide. La décision préalable retarde la délivrance de certains soins parfois médicalement urgents. Ils doivent d'une part évaluer la situation socioéconomique et administrative du demandeur (conditions de précarité financière en regard de ses besoins en frais de santé, situation de séjour). Il doit ensuite vérifier sa compétence territoriale. Le plus souvent les CPAS s'estiment compétents pour les personnes résidant sur leur territoire. Des difficultés se posent pour les personnes sans domicile (personnes vivant en rue, hébergées temporairement chez des amis, vivant dans des

squats, etc.) et pour celles qui déménagent. La territorialité entraîne un découpage artificiel des parcours de santé des patients : obligation de changer de médecin référent lors d'un changement de commune, impossibilité pour un médecin de poursuivre la prise en charge d'un patient/d'une famille qui changerait de commune, même s'ils restent dans le même quartier.

Les CPAS peuvent également déterminer les prestataires de soins avec lesquels ils souhaitent collaborer. En pratique, la majorité des CPAS ne se conventionne qu'avec les médecins généralistes de leur commune et ne reconnaît plus les médecins généralistes limitrophes.

En résumé, soigner des personnes précarisées nécessite du temps et la connaissance de nombreuses procédures totalement hors du champ de compétences des médecins généralistes.

3.5 Conclusions

La population de la Région de Bruxelles-Capitale se paupérise. Les soins de santé semblent de moins en moins accessibles. Les patients reportent des consultations et certains examens complémentaires nécessaires. A la pharmacie, ils sélectionnent certains médicaments prescrits. La médecine préventive est un luxe et l'éducation à la santé est difficilement accessible à toute une partie de la population. Comment penser à l'avenir quand les problèmes du quotidien sont omniprésents et que la santé n'est plus une priorité ?

À leur niveau, les MG ont ici identifiés des propositions d'améliorations qu'ils soumettent aux représentants politiques de la Région Bruxelles Capitale ainsi qu'aux présidents des 19 CPAS de la Région.

- Vu les inégalités sociales de santé qui frappent actuellement la Région Bruxelles-Capitale en matière de soins de santé,
- vu le souhait des médecins généralistes de première ligne de remplir leur rôle pour toute la population dans de bonnes conditions,

- vu la surcharge de travail des assistants sociaux, vu l'augmentation du nombre des dossiers à traiter par les CPAS,
- vu les contraintes budgétaires en soins de santé,

Propositions

Nous, médecins généralistes, demandons aux politiques :

- *d'avoir le droit de soigner les patients émargeant des CPAS de la même manière qu'un autre patient,*
- *que les patients puissent avoir accès à la médecine de proximité et qu'ils soient informés de leurs droits et devoirs par les intervenants,*
- *que les assistants sociaux aient le droit d'aider efficacement les individus dans le besoin,*
- *de réduire au maximum les tâches administratives des différents intervenants,*
- *de permettre aux CPAS de remplir leur mission,*
- *d'améliorer la politique d'aide sociale en soins de santé en tenant compte des ressources humaines et financières.*



La clé de l'accessibilité aux soins pour tous : le travail en réseau et en concertation avec les CPAS, les associations, les intervenants sociaux et les prestataires de soins.

4. Constat de médecins généralistes et propositions d'action

4.1 L'accès à la médecine de proximité pour toute la population bruxelloise.

Favoriser le suivi médical et garantir la qualité des soins au moindre coût

Si l'utilité du suivi médical n'est plus à démontrer pour les pathologies chroniques (ex. hypertension artérielle, bronchite chronique, dépression), son intérêt est peut-être sous-estimé en ce qui concerne la détection précoce de certaines maladies telles que l'asthme, le diabète et certaines pathologies cancéreuses.

Le suivi médical permet un accès à la médecine préventive et l'éducation à la santé par un contact individualisé, contact qui complètera les informations transmises au grand public. Pensons à l'importance de la lutte contre le diabète et les maladies cardiovasculaires ou la réduction des risques en matière d'usage de drogue ou de prises de risque sexuel.

Au fil des contacts avec le patient, le médecin généraliste récolte un certain nombre de données. Il réalise la synthèse de l'état de santé¹⁷ de l'individu. Les résultats de cette synthèse permettent des échanges pertinents entre médecins généralistes et médecins spécialisés. Ils évitent également la répétition

¹⁷ Définition de la Santé par l'OMS (1946) : «Etat de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité».

d'examens complémentaires superflus. Le dossier médical global (DMG)¹⁸ et le module prévention du DMG (DMG plus) sont des outils de synthèse.

Les objectifs sont :

1) **Garantir un accès effectif à la première ligne de soins.**

a) *Encourager l'usage d'une carte santé harmonisée entre les CPAS*

Est-il normal qu'une mère de famille dont le plus jeune enfant est fiévreux soit obligée de s'adresser au bureau du CPAS préalablement à chaque consultation de médecine de proximité ? Outre les risques de complications suite au retard de traitement, ne favorise-t-on pas le recours systématique au service des urgences pour des situations qui relèvent de la médecine générale ? Qu'en est-il du suivi médical ? Comment avancer les frais pharmaceutiques et médicaux lorsque vos trois enfants tombent malades le même mois ?

La carte santé est un document délivré par le CPAS au patient pour une période déterminée. Pendant cette période, le CPAS garantit le paiement des frais médicaux et/ou pharmaceutiques selon des conditions précises. Par exemple : paiement des prestations médicales au médecin généraliste et le remboursement des médicaments inclus dans la « liste médicament CPAS » au pharmacien attitré. De la sorte, le patient ne doit pas avancer l'argent lié à ces frais. Par ailleurs, le médecin généraliste a la possibilité de rédiger un réquisitoire si le patient nécessite des examens complémentaires (par ex. radiographie, prise de sang) ou un avis spécialisé. Selon les cas, elle permet également d'éviter la nécessité d'un réquisitoire à l'acte pour la première ligne de soins et permet au patient de ne pas avancer des frais de santé qui seront directement versés par le CPAS au

¹⁸ A.R. du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général. (M.B. 17/07/1999). L'arrêté royal définit le DMG comme «un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé ». Son but est «d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes».

prestataire de soins. Certains CPAS prévoient également que la carte santé puisse éviter le réquisitoire pour les soins de santé spécialisés (biologie clinique, imagerie médicale, consultations spécialisées, hospitalisations).

Son usage évite au patient malade le passage répété au bureau de son assistant social et libère les assistants sociaux de la responsabilité de la délivrance des réquisitoires¹⁹, leur permettant de se consacrer davantage à la prise en charge sociale du patient.

La carte santé garantit le paiement des honoraires médicaux aux prestataires et le remboursement du ticket modérateur des médicaments aux pharmaciens. Elle favorise le lien patient-médecin et la prise en charge globale. Elle tend de ce fait, à éviter la surconsommation des soins et le « shopping médical ».

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

L'usage généralisé de la carte santé par les CPAS.

- La carte santé précise le contenu des soins possibles et leurs modalités.
- Elle assure au patient l'accessibilité aux soins et l'accès direct aux médicaments remboursés par l'INAMI.
- Elle simplifie le travail administratif des médecins généralistes.

¹⁹ Les réquisitoires sont des documents délivrés par les CPAS (ou parfois par les médecins généralistes conventionnés avec le CPAS) au patient pour obtenir la gratuité des soins de santé auprès d'un prestataire ou d'un établissement hospitalier. Ces réquisitoires assurent la prise en charge d'une partie ou de la totalité des honoraires médicaux par le CPAS pour les consultations, examens complémentaires ou traitements précisés.

- b) *Permettre le remboursement des médicaments inclus dans la liste D par tous les CPAS de la Région bruxelloise*

Pour les actes médicaux et médicaments non remboursés par l'INAMI, chaque CPAS peut décider ceux qu'il prendra en charge sur fond propre. Depuis plusieurs années, les membres de la commission CPAS de la FAMGB se réunissent avec les représentants des CPAS des 19 communes afin d'établir une liste commune de médicaments non pris en charge par l'INAMI et qui seront remboursés par les CPAS.

Cette liste commune est importante pour permettre aux prestataires de soins de connaître exactement quelle forme de paracétamol par exemple est pris en charge par le CPAS et d'éviter des allers-retours et du travail inutiles aux patients et aux médecins. Malheureusement cette liste n'est pas appliquée par tous les CPAS de la Région. Or cet outil construit de commun accord avec les médecins généralistes pour la liste ambulatoire est un outil de simplification précieux.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

L'usage généralisé de la liste FAMGB-CPAS de médicaments D.

Nous souhaitons à cette fin une participation plus assidue des CPAS à l'élaboration de la liste.

- c) *Harmoniser les pratiques en matière d'aide médicale (documents et les procédures administratives) entre les 19 CPAS.*

Des réquisitoires à l'acte délivrés par le CPAS ou le médecin traitant conventionné, des cartes pharmaceutiques, médicales ou santé couvrant des frais médicamenteux et/ou médicaux différents et pour des durées variables selon les CPAS, des attestations de détresse pour certains, des attestations d'Aide Médicale Urgente de durée variable, des cartes santé pour l'aide médicale et des réquisitoires à l'acte pour l'AMU d'un même CPAS, des documents à remplir parfois en plusieurs exemplaires, à faxer, à envoyer ou à conserver en fonction des modalités de chaque CPAS : pour le médecin qui soigne les patients dans plusieurs communes, l'absence d'harmonisation des procédures au sein des 19 CPAS alourdit son quotidien et ne permet une prise en charge optimale des personnes les plus fragiles et les plus en marge de la société.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Une harmonisation des documents et des procédures administratives entre les 19 CPAS de la Région afin de faciliter le travail administratif des prestataires de soins et de garantir à tout ayant-droit l'accès effectif aux soins de première ligne.

2) **Offrir davantage de transparence dans l'accès à l'aide médicale**

Quels sont les critères d'octroi de l'aide médicale et pharmaceutique ? Quelles sont les procédures à suivre pour y avoir accès ou pour son utilisation pratique ?

S'il est possible de trouver des informations générales sur les missions et les aides apportées par les CPAS, il est très difficile, voire parfois impossible de trouver les renseignements pratiques nécessaires à l'obtention de l'aide médicale et notamment aux procédures demandées par chaque CPAS (utilisation de la carte médicale, des réquisitoires, renouvellements, etc.).

La Région bruxelloise compte 19 CPAS, soit autant de types d'aides disponibles différentes, de procédures différentes pour l'utilisateur et de procédures différentes pour les prestataires de soins. En soi, cette situation est déjà complexe. Mais en réalité, la variabilité est bien plus importante. Le manque de clarté dans les procédures d'aide médicale ou pharmaceutique entraîne des interprétations fluctuantes dans le temps, variables selon l'assistant social ou le personnel administratif des hôpitaux, ce qui transforme parfois l'utilisation de cette aide médicale en véritable parcours d'obstacles.

Elle décourage bon nombre de prestataires de soins qui seraient disposés à accueillir des personnes aidées par le CPAS mais qui sont rebutés par la lourdeur des procédures et le manque d'information.

En dehors de la nécessité d'une plus grande harmonisation et simplification des procédures entre CPAS, le besoin d'une plus grande transparence sur ces procédures s'impose de façon pressante.

a) *Des outils de transparence pour favoriser l'accessibilité à l'aide médicale.*

■ ***Vade-mecum de l'utilisateur***

Une fois l'aide accordée, les obligations et devoirs, mais aussi les procédures à suivre devraient être clairement décrites et remises dans un document écrit à l'utilisateur du CPAS. Ce document devrait également être mis à la disposition des prestataires de soins qui pourraient s'y référer le cas échéant.

■ ***Vade-mecum du prestataire de soins***

Ce document reprendrait les différents règlements ou conventions concernant ces prestataires (chaque type de prestataire pouvant consulter également le règlement des autres). Ce vade-mecum devrait être fourni non seulement aux prestataires de soins mais

aussi aux secrétaires ou infirmières assurant l'accueil dans les services hospitaliers.

- ***Jurisprudence ou règles interprétatives***

Quel que soit le soin apporté à la rédaction d'un règlement, apparaissent au cours du temps des problèmes qui n'avaient pas été envisagés ou des points pour lesquels il faut préciser une interprétation. L'ensemble de ces éléments, ainsi que les décisions prises après les réunions de concertation CPAS/Prestataires de soins devraient être rassemblés et communiqués aux médecins et aux assistants sociaux.

- ***Coordonnées des assistants sociaux***

Les noms et téléphones des assistants sociaux, leurs possibilités de déplacement à domicile, leurs moments de disponibilité téléphonique, le nom d'une personne de ressource en cas d'urgence devraient être fournis aux prestataires de soins. Chaque document remis à l'utilisateur devrait reprendre les informations relatives à l'assistant social qui a son dossier en charge (nom et numéro de téléphone).

- ***Document de liaison***

Trop souvent les usagers sont envoyés du CPAS au médecin, du médecin au CPAS, etc. avec des demandes qui ne sont pas toujours claires ou pour modifier l'un ou l'autre point dans un formulaire. Le transfert de l'information nécessaire est laissé à l'attention de l'utilisateur, usager qui n'a pas toujours compris la demande exacte et qui n'est pas toujours au courant des différentes démarches à suivre.

Un document de liaison devrait être établi pour signaler le type d'information souhaité (de façon plus détaillée que : «certificat médical») ou le cas échéant, ce qui devrait être modifié par rapport à un document déjà établi pour répondre à la fois au besoin de l'utilisateur et aux exigences du CPAS.

3) Faciliter la prise en charge des personnes en situation irrégulière

Quels sont les problèmes rencontrés par le médecin généraliste dans la prise en charge médicale des personnes en séjour irrégulier ?

Le médecin généraliste est freiné par une prise en charge administrative trop lourde. Une attestation d'aide médicale urgente²⁰ (AMU) doit être fournie à chaque prestation. Le médecin est incapable de connaître le statut exact du patient (clandestin, demandeur d'asile, touristes dont le séjour légal est échu, etc.) et donc la couverture santé l'aide médicale dont il peut bénéficier²¹. La législation est trop complexe et changeante. La situation sociale très précaire des personnes sans papier nécessite la coordination des intervenants. Ceci dépasse le cadre de la prise en charge du médecin généraliste.

Concernant la première demande de soins ambulatoires, le médecin est incapable de gérer la demande en situation aiguë si le CPAS n'a pas été contacté au préalable par le patient. Pas de remboursement des médicaments, ni des examens complémentaires, ni des consultations tant que le CPAS n'a pas été reconnu compétent. Ce dernier doit attester de l'état de nécessité du patient par une enquête sociale dans le mois. Et surtout, la première demande « AMU » doit être introduite par le patient lui-même au CPAS.

Certains patients ont peur de se voir expulser du territoire belge et ne se présentent pas au service social. La non-reconnaissance entraîne une incohérence dans l'accès aux soins et une discrimination difficilement acceptable.

²⁰ L'aide médicale urgente est définie par l'A.R. du 12 déc. 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS aux étrangers qui séjournent illégalement dans le royaume. (M.B. du 31/12/1996). Cette aide est strictement médicale. Son caractère urgent doit être attesté par un certificat médical. Elle peut être prestée dans un établissement de soins ou en ambulatoire. Elle couvre « des soins de nature tant préventive que curative ». L'Etat fédéral rembourse les CPAS des frais liés l'aide médicale urgente « à condition que celui-ci fournisse un certificat médical attestant l'urgence des prestations effectuées.»

²¹ Pour plus de détails : www.medimmigrant.be - Aperçu des procédures relatives aux soins de santé.

A cela, s'ajoute le problème de la barrière de la langue. Donc, le suivi médical de ces patients est très difficile si les aides ne sont que ponctuelles.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent donc :

Simplifier les procédures liées à l'AMU

- Le CPAS auquel s'adresse la personne accorde une prise en charge pour un mois, le temps que l'enquête sociale détermine le CPAS compétent. Ceci permettrait que la première consultation et les prescriptions délivrées soient couvertes.
- Tenant compte de la circulaire ministérielle de 2005²², le CPAS reconnu comme compétent accorde une aide médicale urgente par l'usage d'une carte médicale « AMU » valable pour une période de 3 mois. Cette validité est un bon compromis entre les possibilités de soins pour le prestataire et le changement potentiel de statut de la personne en séjour illégal. Ceci est déjà d'application dans certains CPAS bruxellois.
- La liste ambulatoire des médicaments D validées par la FAMGB et les CPAS bruxellois (les antipyrétiques par exemple) devrait pouvoir être utilisée dans le cadre de l'AMU car est nécessaire à la prise en charge médicale au même titre que les médicaments remboursés par l'INAMI.
- Vu la complexité de la situation sociale des patients en séjour irrégulier, un accompagnement spécifique social, juridique et psychologique est indispensable. Aussi encourageons-nous les CPAS à créer une cellule «

²² SPP Intégration Sociale. Aide médicale urgente aux étrangers qui séjournent illégalement dans le pays, circulaire du 14 juillet 2005.

AMU » composée d'assistants sociaux spécialisés. Le CPAS de Molenbeek a déjà expérimenté ce système.

- Augmenter les liens entre les CPAS et les associations de première ligne qui ont une grande expérience dans l'accueil des personnes en situation irrégulière : ces associations devraient avoir un accès facilité aux bureaux du CPAS afin d'améliorer de manière indirecte, l'accessibilité aux soins de santé.

4) Généraliser l'accès à MediPrima pour la première ligne de soins

MediPrima est un système informatisé permettant de gérer les décisions de prise en charge de l'aide médicale par les CPAS. Le CPAS reste responsable de l'enquête sociale auprès du demandeur d'aide. Les décisions de prise en charge (avec leurs limites éventuelles) sont encodées dans une base de données accessible à l'ensemble des intervenants du système y compris les prestataires de soins, ce qui assure une plus grande transparence et une disponibilité rapide d'une information centralisée. La partie des frais médicaux prise en charge par l'Etat est payée directement aux prestataires par l'intermédiaire de la CAAMI (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité). La CAAMI assure également le contrôle des factures. La charge administrative devrait donc être considérablement réduite pour les CPAS (moins de contrôles des factures, des prestations médicales et de la tarification complexe de celles-ci). Dans un premier temps, seule l'aide médicale urgente est incluse dans le système. MediPrima intégrera secondairement l'aide médicale des personnes en séjour régulier.

Dans ce système, le prestataire a la garantie que les traitements, les consultations et les soins qu'il prodigue, conformes aux conditions de la décision électronique, seront pris en charge.

Information transparente, diminution de la charge administrative pour les CPAS, sécurité juridique pour les patients et les prestataires de soins, le système MediPrima devrait constituer un progrès dans la prise en charge médicale des personnes ayant des difficultés financières.

Malheureusement, le phasage prévu pour la mise en route de MediPrima exclut actuellement les médecins généralistes : dans un premier temps en effet seuls les hôpitaux y ont accès.

On peut donc craindre que certains CPAS, pensant à la simplification administrative que constitue MediPrima pour eux, choisissent de délivrer des décisions de prise en charge qui seraient limitées aux hôpitaux.

La FAMGB rappelle que le médecin généraliste reste le seul spécialiste de la prise en charge du patient complexe (ce que les patients précarisés sont souvent). Leur connaissance du patient dans toutes les dimensions (y compris psychologique) et la centralisation des données qu'ils assurent permettent d'assurer de soins de bonne qualité, à faible coût.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Intégrer la première ligne de soins dès de la mise en place de MediPrima

- que les CPAS n'excluent pas les médecins généralistes de la prise en charge des patients précarisés,
- que les médecins généralistes soient inclus dans le système MediPrima le plus rapidement possible,
- que leurs représentants soient associés au développement de l'outil informatique qu'ils auront à utiliser. Du fait d'une utilisation spécifique (la consultation et l'encodage des données se feront souvent par eux-mêmes pendant leurs consultations et non par du personnel administratif en dehors de celles-ci), il est indispensable que le système soit simple et facile d'accès.

Favoriser les gardes de médecine générale est une réponse à l'engorgement aberrant des urgences hospitalières

5) **Alléger le travail administratif du médecin généraliste conventionné avec le CPAS.**

- ❖ La prise en charge globale du patient dépendant du CPAS demande au médecin du temps (multiples documents administratifs à remplir, recherche des informations concernant les procédures CPAS, contacts téléphoniques avec les assistantes sociales ou l'administration, etc.) et une connaissance minimale des ressources sociales disponibles qui dépasse la simple prise en charge médicale.

Le médecin généraliste s'inquiétera du contexte de vie et des ressources sociales du patient (entourage aidant, logement, aspects économiques, etc.) et en tiendra compte pour répondre à ses besoins.

De plus, il veillera à l'utilisation la plus judicieuse du budget en soins de santé pour pouvoir continuer à offrir une qualité de soins à l'ensemble de la population sans discrimination.

- ❖ L'application SINCRHO qui permet d'établir des réquisitoires en ligne est une réponse partielle apportée à notre demande d'assistance logistique. Malheureusement certains CPAS Bruxellois ne l'utilisent pas ou ne confient pas son accès aux médecins généralistes.

La mise en place du «Tiers Payant Social» et récemment de «MyCareNet» a accéléré le paiement des honoraires, tout au moins pour les patients en ordre de mutuelle, mais aux dépens parfois d'une charge de travail accrue.

Pour les médecins dont une partie importante de la patientèle dépendant du CPAS, le temps consacré à ces tâches administratives devient non négligeable.

Le principe de la fausse économie :

Un diabétique, faute de soins, est hospitalisé pour longue durée.

Il en sortira aveugle et amputé de deux membres.

- ❖ Mais cette spécificité est également vérifiée dans le cadre de la garde population (la Garde Bruxelloise), notamment en garde fixe, au poste médical de garde de médecins généralistes (PMG)²³.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Fournir au médecin généraliste une aide logistique

- Nous demandons toujours une aide logistique (programme de facturation, aide d'un informaticien, etc.) afin de réduire les tâches administratives qui prennent du temps, ce temps que nous préférons consacrer à soigner les patients.
- Par ailleurs, il nous semble logique que les CPAS soient subsidiés en fonction du nombre de dossiers à traiter et de la complexité des situations sociales.

4.2 La continuité des soins

1) Prolongation de la couverture santé

Depuis l'instauration de MediPrima, nous constatons de plus en plus d'interruption de couverture santé alors qu'un CPAS est compétent pour une aide médicale. La durée de validité des cartes santé a souvent été réduite de 3 mois à un mois. Or cette période est totalement insuffisante

²³ Athéna fait l'objet d'une demande de collaboration de plus en plus étroite avec Médecins du Monde, en complémentarité avec la consultation ouverte à toute personne rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Ce projet ne peut se réaliser sans une aide administrative adaptée.

Le morcellement des interventions nuit à la continuité des soins

pour permettre une prise en charge effective. En effet, pour peu qu'un examen complémentaire ou qu'un avis spécialisé soit nécessaire, la validité de la couverture santé expire avant que le bilan puisse avoir été fait. En effet si le rendez-vous est fixé après la validité de la carte, la personne doit faire renouveler sa carte avant d'obtenir un réquisitoire.

Lors de pathologies chroniques, les démarches de soins sont fréquentes et une validité de carte santé restreinte ne permet pas la programmation des soins au long court, ni même à moyen terme.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Favoriser des cartes santé de trois mois minimum

- Accorder des cartes santé de validité suffisante que pour permettre un bilan de santé et la poursuite des soins chroniques.
- Faciliter les démarches de prolongation de la couverture santé.

2) Transfert entre CPAS

La relation de confiance établie entre le patient et le médecin est indispensable à la réussite d'un projet thérapeutique. Elle évite de manière indirecte les consultations inutiles et le shopping médical.

La plupart du temps, le médecin généraliste traite plusieurs membres de la famille. Il est « le médecin de famille » qui connaît l'histoire de la famille, sa dynamique et le contexte de vie de ses membres. En situation de crises, un soutien familial et cependant extérieur est souvent apprécié. Cette expertise familiale s'est construite au fil du temps. Tout changement entraîne pour le patient déjà fragilisé, une rupture sociale supplémentaire puisque qu'il va devoir s'habituer à un autre médecin de famille.

Le médecin généraliste va devoir également apprendre à connaître son nouveau patient, son histoire personnelle et familiale, son environnement social, son réseau de soutien, outre ses antécédents médicaux, afin de garantir une prise en charge globale et de qualité. Cet apprentissage prend du temps, nécessite plusieurs consultations. Cette modification du référent médical a donc non seulement un coût financier, mais également un coût humain. C'est une dépense en temps qui pourrait tout à fait être épargnée si, au sein de la Région Bruxelloise, le patient et son médecin généraliste pouvaient poursuivre leur relation thérapeutique malgré les déménagements.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Permettre au patient dépendant du CPAS de garder son médecin généraliste de référence quel que soit le lieu d'activité du médecin et quel que soit le lieu de résidence du patient.

- Nous demandons que les CPAS acceptent de se conventionner avec des médecins généralistes d'autres communes.
- En harmonisant le fonctionnement de l'aide médicale entre les 19 CPAS de la région, un médecin conventionné avec un CPAS connaîtrait les règles de fonctionnement des autres CPAS. Il pourrait de la sorte poursuivre le suivi d'un patient qui change de commune en déménageant en face de chez lui. L'idée n'est pas de permettre à un médecin de Watermael-Boitsfort de suivre des personnes résidant à Berchem St-Agathe, mais de permettre le suivi dans les rues des communes limitrophes au cabinet de médecine générale, comme c'était le cas auparavant.

3) Participation du patient dans la gestion de sa santé et de celle des soins de santé

Une prise en charge médicale optimale implique la participation du patient à la gestion de sa santé. Qu'il s'agisse de maladie chronique ou d'épisode aigu, il doit pouvoir trouver des interlocuteurs fiables en qui il a confiance. Les pays et les régions qui pratiquent une politique volontariste dans ce domaine font des économies substantielles et améliorent les indices de bonne santé.

L'ambiance globale qui considère que les défavorisés sont responsables de leurs sort est particulièrement délétère. L'absence de directives nationales et régionales à cet égard est spécialement défavorable.

La prise en charge des plus démunis se doit être multidisciplinaire au minimum²⁴ Des exemples pertinents existent dans la prise en charge de certaines pathologies : le service d'accompagnement social (SAS) du CPAS de la Ville de Bruxelles pour les toxicomanes, le réseau hépatite C, ou les structures plus globales comme le RML pour les patients diabétiques qui sont plus souvent démunis.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent

**Travailler avec les réseaux de collaboration entre médecins,
et entre médecins et paramédicaux, soit :**

²⁴ L'idéal serait une prise en charge transdisciplinaire.

Le travail multidisciplinaire apporte une plus-value appréciable. Dans la pratique, le cloisonnement fonctionnel des différentes structures limite l'optimisation de ce travail.

- a) Du fait que le médecin généraliste ne peut travailler 24H/24, 7jours/7, 365 jours/an, il travaille en réseau avec d'autres médecins généralistes pour assurer la continuité des soins de ses patients.

Nous demandons aux CPAS de reconnaître les médecins qui remplacent leur confrère même si ceux-ci n'ont pas signé la convention du CPAS. Bien entendu, le médecin remplaçant suivra le règlement en vigueur dans le CPAS en question.

- b) Un réseau de soins en ambulatoire s'est créé au fil des rencontres entre médecins et paramédicaux.

Les paramédicaux comme les psychologues qui travaillent dans les services de santé mentale ou les kinésithérapeutes qui travaillent au tarif de la convention INAMI, devraient être reconnus par les CPAS.

- c) Concernant la kinésithérapie, nous rencontrons un sérieux problème pour gérer les soins ambulatoires en cas de bronchiolites chez le petit enfant. Ils nécessitent dans certains cas des séances de kinésithérapies respiratoires en urgence. Que pouvons-nous proposer aux parents du jeune patient un vendredi soir ou un jour de week-end?

Nous demandons le remboursement de cinq séances de kinésithérapie respiratoire pour les enfants de moins de trois ans en urgence sans accord préalable du CPAS.

- d) Malgré la convention établie entre les hôpitaux du réseau IRIS et les 19 CPAS bruxellois, certains CPAS limitent l'accès aux hôpitaux de proximité. D'un point de vue médical, nous ne

comprenons pas cette limitation et déplorons ce choix, chaque hôpital du réseau.

Si le patient nécessite un examen complémentaire ou une consultation spécialisée, nous demandons d'avoir la possibilité d'orienter celui-ci vers n'importe quel hôpital du réseau IRIS²⁵.

4.3 La collaboration entre prestataires sociaux et première ligne de soins

Si les points de vue des intervenants sont parfois différents, nous travaillons tous dans l'intérêt du patient et de la société. Au niveau local, CPAS et médecins généralistes prennent en charge les mêmes personnes précarisées. Ce sont les patients des généralistes qui font des démarches auprès des assistants sociaux des CPAS pour pouvoir se soigner.

D'une manière générale, la communication entre le CPAS et les associations de médecins généralistes est indispensable afin de résoudre efficacement les problèmes pratiques. Un manque de dialogue entre les médecins de première ligne et les administrations de certains CPAS aboutit à un malaise général lié à l'incompréhension des contraintes et impératifs de chacun.

²⁵ Hôpitaux IRIS : CHU-Brugmann, CHU Saint-Pierre, HUDERF, Institut J. Bordet, Hôpitaux IRIS Sud (Joseph Bracops, Molière Longchamp, Etterbeek-Ixelles, Etterbeek-Baron Lambert).

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Favoriser la concertation entre le CPAS et les associations de médecins généralistes au niveau local comme régional

- Au niveau régional, la concertation entre les CPAS et les associations de médecins permettrait d'examiner certaines propositions en tenant compte des responsabilités et des droits de chacun.
- Au niveau plus local, discutons et recherchons ensemble, CPAS et médecins généralistes, des solutions pratiques afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles, financières comme humaines. Lorsque des rencontres peuvent avoir lieu, elles bénéficient tant aux patients qu'aux prestataires de service : les uns sont mieux soignés, les autres voient leur travail facilité.
- En cas de difficulté particulière entre un CPAS et un médecin généraliste, une cellule médiatrice composée de médecins généralistes pourrait servir d'intermédiaire entre le CPAS et le médecin concerné.

4.4 Le respect du secret médical

Tout médecin est tenu au secret médical comme le précise l'article 458 du Code pénal :

«Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en

justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs» (article 458 du Code pénal).

Les exceptions légales concernant le partage du secret médical sont spécifiées dans l'article 58 du Code de déontologie médicale :

«Les exceptions légales concernent notamment dans les limites expressément prévues, les cas énumérés ci-dessous. Le médecin apprécie en conscience si le secret professionnel l'oblige néanmoins à ne pas communiquer certains renseignements» (article 58 du code de déontologie médicale).

Cependant, le médecin peut être amené à demander l'aide de l'assistante sociale afin de trouver la solution la plus adéquate au problème médico-social du patient. Avec son accord, le médecin jugera de la nécessité de fournir les renseignements médicaux pertinents à l'assistante sociale, elle-même tenue au secret envers l'administration du CPAS²⁶.

Par rapport à l'administration du CPAS, le médecin transmettra les documents utiles de type administratif, financier ou comptable afin qu'elle puisse répondre aux exigences de la loi organique du 8 juillet 1976 sans qu'il soit nécessaire de divulguer le secret médical. Les conseillers du CPAS pourront de ce fait consulter, comme le prévoit la loi, le dossier administratif de la personne qui demande l'aide sociale.

Quel que soit son statut, tout patient jouit des dispositions de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient. Seuls les praticiens impliqués dans les soins à un patient peuvent revendiquer l'application du « secret médical partagé ». Cependant, dans le contexte des patients sans domicile légal et très souvent sans couverture sociale, le CPAS prend en charge les frais médicaux et, dans

²⁶ Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 10/10/1981. Dossier médical – Secret professionnel. Bulletin n°30, p. 27

ce sens, joue le rôle d'une mutualité. On peut dès lors comprendre que, dans certaines situations, une demande d'information puisse se justifier.

Propositions

Les médecins généralistes bruxellois demandent :

Garantir le respect du secret médical aux personnes bénéficiant d'une aide du CPAS pour leurs soins de santé.

- Nous insistons sur l'importance de garder le secret médical. Nous demandons l'utilisation préférentielle du certificat médical proposé par notre Commission²⁷, signalant les informations indicatives mais non précises.

²⁷ Voir page suivante.

Garantir le secret
médical :

nous demandons
l'utilisation
préférentielle du
certificat ci-contre,
disponible sur
simple demande à
famgb@famgb.be

JUSTIFICATION MEDICAL

Je soussigné,

Docteur en Médecine,

certifie que :

Nom — Prénom du patient :

-
- Est atteint
 - d'une maladie chronique ou de longue durée ou grave
 - qui nécessite la prise de médicaments pour une période de plus de six mois

OUI/NON (*)

- Doit prendre des médicaments régulièrement : OUI/NON (*)

- Nécessite :
 - un suivi en médecine générale
 - et/ou des examens complémentaires de manière régulière
 - et/ou un suivi en médecine spécialisée (*).

- Est atteint de symptômes ou d'une pathologie qui nécessite(nt) un bilan médical important.

Les informations qui sont en ma possession me font penser que ce patient devrait peut-être bénéficier d'une carte médicale.

Signature :

Cachet :

(*) Biffer les mentions inutiles.

Conclusions

La pauvreté à Bruxelles et la disparité sociale n'ont cessé de croître à Bruxelles. Les généralistes sont témoins de cette aggravation. L'état de santé est souvent corrélé avec de mauvaises conditions sociales, et la maladie elle-même a tendance à être un facteur qui influence négativement les conditions sociales. S'il est encore possible d'avoir droit à des technologies de pointes en étant démuné, il est par contre de plus en plus flagrant que l'accès à un suivi médical de qualité devient beaucoup plus complexe. Beaucoup de déterminants de la santé sont non médicaux - logement, éducation, travail, équilibre psycho-sociaux - mais la part d'un suivi médical préventif de première ligne est très mal assurée. Si des progrès dans ce domaine ont été observés il y a une vingtaine d'année, on a l'impression que petit à petit, on assiste à un émiettement des dispositifs les plus efficaces.

Un des exemples les plus significatifs est l'emploi malheureux et l'interprétation erronée de l'aide médicale urgente, qui concerne le suivi médical de patient nécessitant et sans couverture sanitaire²⁸. Le sens précis de la loi inclut bien entendu le suivi de la maladie chronique grave comme l'hypertension, diabète. Certains ont interprété ce concept en soin aigu, l'urgence immédiate ou vitale.

Deux exemples simples pour illustrer l'absurdité de ce type d'approche :

Une hypoglycémie traitée à domicile, coût 30 €;

L'intervention d'une ambulance, 300 €; hospitalisation 3000 €.

²⁸ Henkinbrant V. et Mokrane S., "Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal", Revue du droit des étrangers, 2013, n°173, pp 232-239.

Un patient sans possibilité de suivi médical était diabétique mais l'ignorait. Suite à un malaise, il est hospitalisé durant des mois. A sa sortie, il est aveugle et amputé des deux membres.

Les exemples et les études montrent à foison que l'approche sélective sans prise en compte de la première ligne est beaucoup plus coûteuse pour la société qui doit supporter les conséquences d'une approche trop sélective. Les certificats exigés par les CPAS pour donner accès aux soins sont une bonne illustration de ce type d'incohérence. Appliquées aveuglément, les procédures administratives sont aussi un monument digne de Courteline. Autant nous pouvons attester que des personnes vues pour la première fois risquent d'avoir besoin de soins à court ou moyen terme, autant il nous semble inapproprié de nous demander d'établir un diagnostic précis, alors que pour débrouiller ces situations complexes, il faudra beaucoup de temps, une bonne relation avec le patient, et parfois des examens complémentaires plus poussés.

La pression de la pauvreté, l'éclatement des compétences et son corolaire, l'absence d'une politique globale, font que les politiques ressemblent souvent à un renvoi de la patate chaude. On demande au patient malade de solliciter une allocation d'handicapé, les CPAS des communes riches renvoient vers les CPAS des communes pauvres, on fait beaucoup de difficulté pour attribuer un revenu d'intégration à des SDF, on renvoie des patients vers Fedasil, ou plus cynique encore, on n'octroie pas d'aide du tout. Les pressions du Ministère de l'Intégration Sociale sont très fortes, et surtout basées sur le contrôle. Si ce dernier est insuffisant, ce sont les CPAS qui sont lourdement sanctionnés.

Pourtant lors d'un débat au sénat en 2014 sur l'accès aux soins au plus démunis, des études ont été présentées. Elles montraient que finalement le contrôle était coûteux et moins rentable que des politiques proactives. Les médecins sont les témoins impuissants de cette dérive improductive et peuvent attester que les fraudeurs sont bien moins nombreux que ceux qui n'accèdent pas à temps à des soins de santé performants.

Puissent les propositions contenues dans ce Livre Blanc, construit autour de quatre axes - l'accès aux généralistes pour tous, la continuité des soins, la collaboration et la multidisciplinarité, le respect du secret médical - ouvrir le dialogue avec les 19 CPAS bruxellois et les autorités politiques fédérales et régionales, afin de trouver des solutions concrètes aux problèmes soulevés dans le plus grand intérêt du patient, de la santé publique et de la société.

Bruxelles, le 6 mai 2015.

Informations sur la FAMGB

Président : Dr. Michel De Volder

Vice-présidents : Dr. Lawrence Cuvelier, Dr. Lishin Tsien.

Trésorier : Dr. Grégoire Van Brée.

La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, Cercle reconnu de médecins généralistes à Bruxelles, regroupe les 13 associations bruxelloises de médecine générale et oriente son action autour de trois axes principaux :

1

Etre **la voix de la médecine générale en Région Bruxelloise** : La FAMGB est l'interlocuteur pour tous ceux qui veulent dialoguer avec les médecins de terrain ; elle défend le travail du médecin traitant et vise à harmoniser au mieux le travail de chacun.

2

Etre un **partenaire actif dans l'élaboration de la politique de santé à Bruxelles**. La FAMGB est à l'écoute des mutations de la société et contribue à la mise sur pied d'une politique de santé visant à améliorer la qualité de soins à Bruxelles, et à leur accès à tous, notamment au public fragilisé. Elle favorise et soutient le développement de réseau de proximité des soins de santé.

3

Etre **l'outil de référence à la disposition des médecins généralistes de Bruxelles**. Les généralistes bruxellois sont regroupés en associations locales. La FAMGB est le lieu où chaque association rapporte les expériences réalisées, les souhaits et problèmes concernant la pratique de la médecine générale à Bruxelles. La FAMGB en dégage ensuite les grandes lignes et en assure la coordination.

Informations de contact

Commission CPAS

Fédération de Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles asbl
(FAMGB)



Avenue Léon Tombu, 4, 1200
Bruxelles



02/379.03.33



02/374.08.27



famgb@famgb.be



www.famgb.be



La Garde Bruxelloise - 24h/24, 7 J/7
02/201.22.22

