



# Une redéfinition de l'aide médicale urgente qui ne dit pas son nom ?

mars 2018

  
**CIRÉ**

## Sommaire

Introduction	3
Le projet de loi du 16 janvier 2018	4
La situation actuelle en matière d'aide médicale urgente	4
DÉFINITION ET CONDITIONS DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE	4
LES CONDITIONS DE L'AMU SONT LES SUIVANTES	5
PROCÉDURE ET PRISE EN CHARGE DES SOINS	6
PROBLÈMES ACTUELS DU SYSTÈME D'AMU	6
Commentaires du projet de loi	7
SUR LA DÉFINITION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE	8
SUR LES CONTRÔLES EFFECTUÉS PAR LE MÉDECIN-CONSEIL DE LA CAAMI	9
SUR LA VOLONTÉ D'ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'AIDE	9
SUR LA QUESTION DES ABUS ET LA COMMUNICATION FAITE AUTOUR DU PROJET DE LOI	10
Recommandations	10

## Introduction

Le 16 janvier 2018, le gouvernement fédéral déposait auprès de la commission Santé publique du Parlement un projet de loi visant à améliorer et à simplifier la procédure d'aide médicale urgente. Cette procédure, qui permet aux personnes en situation irrégulière qui démontrent leur état de besoin et disposent d'un certificat médical d'avoir accès aux soins de santé en Belgique, est actuellement extrêmement complexe et génératrice d'inégalités de traitement d'une commune à l'autre, rendant l'accès aux soins difficile, voire impossible, pour une large partie de l'un des publics les plus vulnérables de notre société. La version actuelle du projet de loi nous fait craindre une rédéfinition de l'aide médicale urgente telle qu'elle est appliquée aujourd'hui et une augmentation de la pression déjà à l'oeuvre dans cette procédure sur les prestataires de soins et les CPAS.

## Le projet de loi du 16 janvier 2018

Le projet de loi déposé le 16 janvier 2018 par le gouvernement et actuellement à l'examen au sein de la commission Santé de la Chambre des représentants a pour objectif annoncé de poursuivre l'amélioration et la simplification de la procédure d'aide médicale urgente, entamée il y a quelques années. Il vise ainsi à :

- permettre la communication des tarifs de remboursement par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) aux prestataires de soins
- encadrer et renforcer les contrôles de la CAAMI et créer une fonction de médecin-contrôle au sein de celle-ci
- prévoir des sanctions financières contre les CPAS qui n'effectueraient pas ou mal l'enquête sociale
- prévoir une récupération auprès des dispensateurs de soins
- instaurer une nouvelle règle de compétence territoriale des CPAS pour l'aide médicale
- étendre la période précédant la décision du CPAS de 45 à 60 jours
- préciser la définition de l'aide médicale urgente

Le projet est justifié par le fait que des lacunes auraient été constatées dans la relation avec les dispensateurs de soins, suite à l'entrée en vigueur de la réforme du 27 décembre 2012 instaurant la procédure Mediprima. L'exposé des motifs indique également la volonté de l'État belge d'établir une « *jurisprudence de la justification médicale des attestations d'AMU* ». Enfin, des communications des ministres Borsus et Ducarme, ainsi que du rapport de la première lecture du texte<sup>1</sup>, il est ressorti que celui-ci avait également pour objectif de lutter contre les abus.

## La situation actuelle en matière d'aide médicale urgente

### DÉFINITION ET CONDITIONS DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

Les personnes en séjour irrégulier, qui ne disposent pas ou plus d'un titre de séjour valide en Belgique et ne peuvent de ce fait être affiliées à une mutuelle, ne disposent pas d'une couverture santé. Elles ont uniquement droit à ce que l'on appelle l'« aide médicale urgente » (AMU). Pour pouvoir en bénéficier, ces personnes doivent s'adresser elles-mêmes au CPAS de leur commune de résidence, ou la demander par l'intermédiaire du service social de l'établissement de soins dans lequel elles sont traitées, lorsqu'elles n'ont pu la demander au préalable. En effet, conformément à l'arrêté royal du 12 décembre 1996<sup>2</sup>, l'aide médicale « urgente » couvre les soins « *de nature tant préventive que curative* » qui peuvent être délivrés en hôpital ou en ambulatoire.

Pour pouvoir bénéficier de l'AMU, le CPAS doit d'abord vérifier que la personne en remplit les conditions et ensuite, définir l'étendue de la prise en charge sur base d'un examen individuel.

<sup>1</sup> Projet de loi modifiant les articles 2 et 9 ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale, rapport de la première lecture, 2 février 2018, DOC 54 2890/002.

<sup>2</sup> 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, M.B., 31 décembre 1996 : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi)

## LES CONDITIONS DE L'AMU SONT LES SUIVANTES

- **la compétence du CPAS** : le CPAS doit être compétent territorialement pour examiner la demande d'AMU (il faut donc que le demandeur vive effectivement sur le territoire de la commune).
- **l'état d'indigence** : les personnes doivent démontrer leur état d'indigence, c'est-à-dire l'absence de moyens permettant de vivre conformément à la dignité humaine, ou permettre qu'il soit établi dans le cadre d'une enquête sociale. L'enquête sociale est celle visée à l'article 19, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale qui prévoit que<sup>3</sup>: « *L'enquête sociale comprendra un récapitulatif des éléments qui ont permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide. L'enquête sociale doit au minimum comprendre les éléments d'identification du demandeur d'aide, mentionnés ci-après : - son nom et prénom; - son numéro national; - sa nationalité; - son état civil; - sa composition de ménage; - sa résidence effective; - sa situation de séjour. « La visite à domicile fait partie de l'enquête sociale. Elle est réalisée au moment de l'ouverture du dossier et reconduite chaque fois que c'est nécessaire et au minimum une fois par an ».*

En outre, la personne doit ne pas déjà disposer d'une couverture médicale (par exemple, si elle a déjà été affiliée à une mutualité en Belgique et que la couverture est toujours valide, si elle bénéficie d'une couverture de soins de santé dans son pays d'origine, si elle a contracté une assurance privée couvrant les frais médicaux, si elle est couverte par la carte d'assurance européenne, si elle dispose d'un titre de séjour sur base d'une procédure d'asile en cours ...). Le CPAS vérifie également qu'aucune autre personne résidant en Belgique ne s'est portée garante pour la personne en séjour irrégulier. Si c'est le cas, le CPAS demande au garant de payer les soins de santé nécessaires.

Enfin, le CPAS collecte des informations sur les ressources du demandeur d'AMU ainsi que sur celles des personnes qui cohabitent avec lui (partenaire, ascendants ou descendants).

En résumé, le CPAS ne prendra en charge les soins de santé d'une personne en séjour irrégulier qu'à la condition que ni elle, ni une autre personne, ne puisse les payer.

- **le certificat médical** : la personne doit présenter un certificat médical spécifique délivré par un médecin ou un dentiste qui atteste le besoin de soins médicaux « urgents ». Le certificat doit préciser le type de soins nécessaires, ainsi que le traitement médicamenteux éventuel. En principe, un certificat est nécessaire pour chaque situation de maladie ou de soins.

3 Loi concernant le droit à l'intégration sociale, M.B., 31 juillet 2002 : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?la nguage=fr&la=F&cn=2002052647&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?la nguage=fr&la=F&cn=2002052647&table_name=loi)

## PROCÉDURE ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

Lorsqu'une personne a introduit une demande d'AMU auprès du CPAS compétent, celui-ci doit prendre sa décision d'accorder ou non l'AMU dans les 30 jours de la date d'introduction de la demande. La décision est alors notifiée au demandeur dans les 8 jours par recommandé, et doit être motivée en cas de refus. Dans ce cas, un recours peut être introduit auprès du tribunal du travail. Si l'AMU est accordée, le CPAS délivre un « réquisitoire » au demandeur indiquant quels soins et traitements éventuels seront couverts. C'est là la garantie de paiement pour le prestataire de soins. Certains CPAS délivrent une carte médicale individuelle qui remplace le réquisitoire du CPAS et ne doit pas être renouvelée à chaque nouvel épisode de soins, ou pour chaque ordonnance. Pour les soins hospitaliers, la notification de prise en charge par le CPAS se fait par voie électronique grâce au système MediPrima (entre les CPAS, les hôpitaux, la CAAMI et le SPP intégration sociale).

Pour chaque personne en séjour irrégulier, le CPAS décide quels soins de santé seront pris en charge. L'aide médicale urgente accordée peut être globale (tous les soins prescrits par le médecin sont alors couverts), ou limitée à des soins ou des médicaments spécifiques. L'AMU est généralement accordée pour une durée de 92 jours, mais cette durée peut varier d'un CPAS à l'autre. Pour les soins de première ligne, le prestataire de soins doit transmettre sa facture au CPAS et le CPAS se fera rembourser par l'État, via le SPP intégration sociale. Pour les soins hospitaliers, le prestataire de soins transmet sa facture à la CAAMI via MediPrima et la CAAMI se fait rembourser par le SPP intégration sociale. La plupart des CPAS proposent aux personnes de choisir un médecin, un hôpital, ou un pharmacien parmi ceux avec lesquels ils ont signé une convention. Cette convention stipule les recommandations du CPAS en matière d'AMU et constitue la garantie de paiement pour les prestataires de soins<sup>4</sup>.

## PROBLÈMES ACTUELS DU SYSTÈME D'AMU

De nombreux acteurs de terrain (médecins, CPAS, associations...) sont témoins depuis plusieurs années de la complexité de la procédure actuelle d'AMU et des difficultés qu'elle engendre pour les personnes en séjour irrégulier, en termes d'accès et de continuité des soins qui leur sont nécessaires. C'est ainsi qu'une réflexion approfondie, sous forme d'un Livre blanc, a été menée par l'INAMI en 2014, en collaboration avec Médecins du Monde et plus de 300 acteurs de la santé et du social. Suite à cette réflexion, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a été chargé en 2015 d'analyser les mécanismes actuels et de formuler des recommandations. Ces analyses font état des principaux dysfonctionnements du système actuel et notamment de<sup>5</sup>:

### la lourdeur de la procédure

La procédure actuelle d'aide médicale urgente est extrêmement complexe (et donc difficile à comprendre pour les usagers et mêmes les prestataires de soins). Elle est également souvent très longue avant que les personnes aient effectivement accès aux soins de santé qui leur sont nécessaires. Ainsi, l'enquête sociale est complexe à mener et ralentit souvent le processus. Le délai légal de 30 jours endéans lequel une décision doit être prise par les CPAS ne peut ainsi souvent pas être respecté. Certains CPAS répètent par ailleurs l'enquête sociale pour une même personne très régulièrement afin d'éviter d'être sanctionnés financièrement en cas d'attribution inappropriée d'une AMU. Si les personnes déménagent, la condition de territorialité impose que l'enquête sociale soit répétée par le nouveau CPAS compétent, car l'enquête sociale réalisée par un autre CPAS ne sera pas valable sur le nouveau territoire. Il est par ailleurs parfois difficile de déterminer la compétence d'un CPAS pour certains lieux de résidence qui sont à cheval sur plusieurs territoires communaux (ex : gares). Cette lourdeur administrative implique que l'aide médicale urgente est de plus en plus difficile à obtenir pour de nombreuses personnes en situation de séjour irrégulier.

4 Centre fédéral d'expertise des soins de santé, « Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier », 2015.

5 Idem.

## le manque d'information sur l'AMU

Le KCE a également constaté un manque d'information sur l'AMU tant chez les prestataires de soins que chez les personnes en séjour irrégulier qui ne connaissent pas suffisamment, ou parfois pas du tout, la procédure et l'étendue de la couverture médicale possible. Les chiffres montrent d'ailleurs que l'AMU est sous-utilisée.

## la variabilité des décisions d'un CPAS à l'autre

Les communes et leurs CPAS jouissent en Belgique d'une grande autonomie. Si cela permet d'adapter les pratiques aux réalités locales, cela engendre également une grande disparité de pratiques, des plus souples aux plus restrictives.

Ainsi, d'un CPAS à l'autre, le seuil pour déterminer que les ressources du demandeur sont insuffisantes varie et l'étendue de la prise en charge varie également lorsque ce seuil est dépassé.

La couverture des soins de santé peut également être très différente d'un CPAS à l'autre et parfois d'un usager à l'autre d'un même CPAS. Ainsi, certains CPAS prennent en charge les soins de façon globale, d'autres sont plus sélectifs et décident au cas par cas quels soins spécifiques seront pris, ou non, en charge. Comme les CPAS peuvent décider de prendre en charge, sur fonds propre, des prestations de santé ou des médicaments non couverts par l'INAMI, certains CPAS recourent à cette possibilité, d'autres pas. Enfin, la durée de l'AMU peut également varier. Si elle est habituellement accordée pour 92 jours, elle peut être plus courte (1 jour ou 30 jours) ou plus longue (1 an).

Cette variabilité est problématique, car elle entraîne des décisions différentes dans des situations similaires et donc, des décisions discriminatoires et un accès inégal aux soins de santé.

## Commentaires du projet de loi

Au regard des dysfonctionnements actuels du système d'aide médicale urgente, tels que décrits ci-dessus, il nous semble également, comme l'indiquent d'ailleurs les objectifs du projet de loi, que l'aide médicale urgente doit être simplifiée et harmonisée. La présente réforme passe à côté de ces objectifs et risque en sus de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de santé pour ce public déjà extrêmement fragilisé que sont les personnes en séjour irrégulier. Ce projet de loi comporte par ailleurs trop d'imprécisions pour être voté en l'état. Il laisse une marge de manœuvre beaucoup trop importante au gouvernement qui sera amené à prendre plusieurs mesures essentielles à cette réforme par voie d'arrêté royal. Ainsi, c'est par arrêté royal que seront détaillés les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée, notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente, ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. De même, il y est prévu que le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire du médecin-contrôle de la CAAMI soit fixé par arrêté royal.

Nous revenons ci-dessous sur les dispositions de cette réforme qui nous paraissent les plus problématiques.

## SUR LA DÉFINITION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

Bien que le Ministre Ducarme indique dans le rapport de la première lecture du texte que l'objectif n'est pas de restreindre l'aide médicale urgente, différents éléments portent à croire qu'il est précisément question de redéfinir les contours de l'aide médicale urgente.

L'exposé des motifs du projet de loi indique tout d'abord que l'État, via le médecin-contrôle de la CAAMI, pourra établir une « *jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente* ». Le Ministre Borsus avait indiqué en son temps qu'il souhaitait préciser le caractère « urgent » de l'aide, estimant que celle-ci ne devait pas faire l'objet de soins variés mais bien rester dans le domaine du « nécessaire »<sup>6</sup>. Le Ministre Ducarme, quant à lui, a évoqué publiquement le fait que les soins couverts par l'AMU devront être les soins « *nécessaires, incontournables, essentiels* »<sup>7</sup>. Enfin, le résumé du projet de loi lui-même indique que l'un des objectifs du texte est bien de « *préciser la définition de l'aide médicale urgente* »<sup>8</sup>.

Or, les articles du projet de loi ne disent rien quant à la définition de l'aide médicale urgente, ni quant aux contrôles qui seront effectués par le médecin-contrôle de la CAAMI. Le texte renvoie à cet égard à l'arrêté royal à venir. À l'heure actuelle, c'est le médecin traitant qui est chargé d'évaluer si les soins envisagés entrent dans le cadre et la définition de l'AMU. Nous craignons qu'avec cette réforme, la définition de l'AMU ne soit de fait modifiée et restreinte et que la question ne soit pas posée ouvertement dans le cadre des débats parlementaires.

Il faut rappeler que le caractère « nécessaire » de l'aide médicale dépend de la situation individuelle de chaque personne et qu'il appartient aux médecins de déterminer l'urgence de l'aide médicale à assurer. Rappelons que le législateur, en 1996, précisait dans les travaux préparatoires que « *l'aide médicale urgente n'est pas limitée à l'hospitalisation ou aux soins reçus dans un service d'urgence, mais peut comprendre un large spectre de soins y compris des traitements préventifs, des prothèses ou autre...* »<sup>9</sup>. Pour l'administration de l'intégration sociale, « *l'aide médicale urgente peut également avoir trait à un examen médical, un traitement chez le kinésithérapeute ou même une simple visite chez le médecin généraliste* »<sup>10</sup>.

Enfin, le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé dans son communiqué du 25 janvier 2018, son avis du 19 septembre 2015 concernant la notion de « caractère urgent » de l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS<sup>11</sup>. Selon le Conseil, « *ce n'est pas à la dénomination de l'aide médicale qu'il convient de s'attacher, mais aux besoins qu'elle doit couvrir* ». « *Sur base du respect de la dignité humaine par les membres du corps médical, le Conseil national considère que les soins médicaux dispensés aux étrangers en séjour irrégulier ne peuvent se limiter aux soins immédiats et urgents à caractère vital, mais qu'ils doivent inclure tous les soins nécessaires à une vie conforme à la dignité humaine* ».

Il nous semble que le caractère « urgent » de l'aide médicale doit toujours pouvoir être évalué par le médecin traitant, dans le cadre d'un examen individuel du patient. Par ailleurs, une liste de soins couverts sur base du critère du caractère nécessaire des soins pour mener une vie conforme à la dignité humaine pourrait être établie, comme le préconise le KCE, afin d'offrir un cadre légal clair pour tous les acteurs concernés par la procédure d'AMU<sup>12</sup>.

6 <http://ducarme.belgium.be/fr/l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-urgente-mieux-encadr%C3%A9-et-davantage-contr%C3%B4l%C3%A9>

7 « Denis Ducarme se confie : « Les soins de confort gratuits pour les migrants, c'est fini », La Dernière Heure, 20 janvier 2018. <http://www.dhnet.be/actu/belgique/denis-ducarme-se-confie-les-soins-de-confort-gratuits-pour-les-migrants-c-est-fini-5a623d28cd70b09cefbf0c95>

8 Projet de loi modifiant les articles 2 et 9 ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale, 18 janvier 2018, DOC 54 2890/001 : <http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?legislist=legisnr&dossierID=2890>

9 ADDE, « Réforme de l'AMU : l'accès aux soins de santé des sans papiers serait-il menacé ? » : <http://www.adde.be/publications/newsletter-juridique>

10 Idem.

11 <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/communique-de-presse-aide-medicale-urgente-aux-etrangers-qui-sejourne-illegalement-dans-le-royaume>

12 Myria, « Être étranger en Belgique en 2016 », décembre 2016.



---

## SUR LES CONTRÔLES EFFECTUÉS PAR LE MÉDECIN-CONSEIL DE LA CAAMI

L'article 5 du projet de loi prévoit que la CAAMI sera chargée non seulement d'une mission d'information au sujet des tarifs de remboursement, mais aussi des mesures prises en cas de manquements administratifs et de montants payés indûment. Un arrêté royal doit être pris afin de détailler les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée, notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente, ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. Une fonction de médecin-contrôle est également créée au sein de la CAAMI dont le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire sera fixé par arrêté royal.

Le texte permet au médecin-contrôle de la CAAMI d'opérer un contrôle du caractère urgent ou non des soins et dès lors de sanctionner a posteriori les prestataires de soins, en ne procédant pas au remboursement des prestations. Cela va nécessairement engendrer une pression importante sur les prestataires de soins qui risquent de ne plus accomplir leurs prestations auprès du public sans papiers, de peur d'être sanctionnés financièrement. Il nous paraît dangereux qu'un contrôle du caractère nécessaire des soins puisse être effectué a posteriori et uniquement sur base du dossier médical, par le médecin-contrôle. Le texte de loi ne dit par ailleurs rien sur les critères qui seront utilisés par le médecin-contrôle pour effectuer ses contrôles et élaborer cette « jurisprudence » voulue par le gouvernement. Le texte de loi ne prévoit d'ailleurs aucune garantie d'indépendance du médecin-contrôle de la CAAMI, renvoyant la détermination du statut de ce fonctionnaire à un arrêté royal.

Il nous semble que ces discussions devraient à tout le moins pouvoir se faire au sein du Parlement.

---

## SUR LA VOLONTÉ D'ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'AIDE

L'article 2 du projet de loi prévoit que désormais, le CPAS qui a pris la décision d'AMU sera compétent pour assurer cette aide médicale pendant toute la durée de validité de la décision et pendant la durée ininterrompue de l'hospitalisation de la personne, le cas échéant. Cela permettrait d'assurer une continuité dans l'octroi de l'aide aux personnes et dans la prise en charge des factures médicales pour les hôpitaux.

Il est louable de vouloir éviter des interruptions dans l'aide médicale accordée, mais la mesure aurait pu aller plus loin et prévoir l'instauration d'une carte médicale harmonisée (à la place des réquisitoires), assortie d'une durée de validité déterminée et qui reste valable en cas de déménagement du bénéficiaire vers une autre commune, garantissant ainsi la continuité des soins.

## SUR LA QUESTION DES ABUS ET LA COMMUNICATION FAITE AUTOUR DU PROJET DE LOI

Le Ministre Ducarme a communiqué en janvier sur le fait qu'il souhaitait mettre fin au « *remboursement des soins de confort, comme la chirurgie esthétique ou les échographies de grossesse non nécessaires* »<sup>13</sup>.

Le rapport du KCE indique qu'il y aurait en Belgique entre 85.000 et 160.000 personnes en séjour irrégulier (soit 0,8% à 1,4% de la population). Le KCE estime qu'en 2013, 10 à 20% des personnes en séjour irrégulier ont fait appel à l'AMU et que le nombre annuel de recours à l'AMU est resté stable depuis 2011. Il n'y aurait pas, selon le KCE, d'éléments objectifs indiquant une utilisation abusive des services de santé par les personnes en séjour irrégulier. Parmi les personnes qui ont bénéficié de l'AMU, 20% ont été hospitalisées. Une grande partie des bénéficiaires de l'AMU y ont fait appel dans les grandes villes (la moitié dans la Région de Bruxelles-Capitale, Anvers, Gand). Selon l'enquête, le budget annuel consacré à l'AMU s'élevait à 38 millions d'euros en 2006, contre 44,5 millions d'euros en 2013 (soit une hausse de 17,3% en 7 ans). 70 % des dépenses sont consacrés aux frais d'hospitalisation, souvent très onéreux. Le coût moyen de l'AMU par bénéficiaire a augmenté, passant de 1.695 euro en 2006 à 2.539 euro en 2013 (+49,8% en 7 ans). Cette augmentation est principalement liée à une forte hausse des coûts d'hospitalisation (+76,3%)<sup>14</sup>.

## Recommandations

De manière générale, nous estimons que la procédure d'AMU doit être simplifiée, mais pas en redéfinissant l'aide médicale urgente et en la limitant au détriment de la dignité des personnes et du respect de leur droit à la santé. Le droit aux soins de santé est un droit fondamental et on ne peut en exclure une partie de la population, uniquement en raison de sa situation administrative de séjour, sous peine de faire courir à ces personnes mais aussi à l'ensemble de la population des risques graves de santé publique.

En revanche, il devient urgent de simplifier et d'harmoniser les procédures pour les usagers, les travailleurs sociaux et les prestataires de soins et de mieux informer l'ensemble des acteurs. Nous rejoignons pour ce faire les recommandations formulées par le KCE dans son analyse de 2015.

13 « Denis Ducarme se confie : « Les soins de confort gratuits pour les migrants, c'est fini », La Dernière Heure, 20 janvier 2018. <http://www.dhnet.be/actu/belgique/denis-ducarme-se-confie-les-soins-de-confort-gratuits-pour-les-migrants-c-est-fini-5a623d28cd70b09cefbfoc95>

14 Myria, « Être étranger en Belgique en 2016 », décembre 2016.



## Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Créé en 1954, le CIRÉ est une structure de coordination pluraliste réunissant 24 organisations aussi diversifiées que des services sociaux d'aide aux demandeurs d'asile, des organisations syndicales, des services d'éducation permanente et des organisations internationales. L'objectif poursuivi est de réfléchir et d'agir de façon concertée sur des questions liées à la problématique des demandeurs d'asile, des réfugiés et des étrangers.

### CIRÉ asbl

rue du Vivier, 80-82 | B-1050 Bruxelles

t +32 2 629 77 10 | f +32 2 629 77 33

cire@cire.be | www.cire.be

 Votre soutien compte ! Faites un don

IBAN : BE91 7865 8774 1976 - BIC : GKCCBEBB

### Les organisations membres

- Aide aux personnes déplacées (APD)
- Amnesty international
- Association pour le droit des étrangers (ADDE)
- BePax
- Cap migrants
- Caritas international
- Centre d'éducation populaire André Genot (CEPAG)
- Centre social protestant
- Convivium
- Croix-Rouge francophone de Belgique (département accueil des demandeurs d'asile)
- CSC Bruxelles-Hal-Vilvorde
- CSC Nationale
- Équipes populaires
- FGTB Bruxelles
- Interrégionale wallonne FGTB
- Jesuit refugee service – Belgium (JRS)
- Médecins du Monde
- Mentor-escale
- Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie (MRAX)
- Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
- Présence et action culturelles (PAC)
- Point d'appui
- Service social de Solidarité socialiste (SES0)
- Service social juif (SSJ)