

29 oct 2019 -06:47

Pistes pour un accès plus équitable des demandeurs d'asile aux soins de santé

Tout migrant qui arrive sur le sol belge et y demande l'asile reçoit automatiquement un accès aux soins de santé pendant le temps que durent les procédures. Or plusieurs rapports belges et internationaux ont souligné que l'accès à ces soins n'est pas égal pour tous les demandeurs d'asile. Il a été demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de proposer des pistes pour remédier à cette situation, qui met la Belgique en porte-à-faux avec les traités internationaux qu'elle a signés. L'essentiel du problème réside dans le fait que le financement de ces soins de santé dépend d'instances différentes selon que le demandeur d'asile est hébergé dans un centre d'accueil collectif ou dans une Initiative locale d'accueil gérée par un CPAS. Le KCE propose de simplifier l'organisation de l'accès aux soins en intégrant tout dans une même enveloppe globale. Qui va gérer cette enveloppe ? Différentes options sont possibles ; le KCE les a analysées, mais la décision finale revient au pouvoir politique.

Tout migrant qui arrive sur le sol belge et y demande l'asile reçoit automatiquement une « aide matérielle » qui comprend le gîte et le couvert pendant le temps que durent les procédures. Cette protection, régie par les traités internationaux que la Belgique a contresignés, recouvre également les soins de santé. Or plusieurs rapports belges et internationaux ont souligné que l'organisation de ces soins de santé dans notre pays manque d'efficacité et d'équité.

Le rapport que publie aujourd'hui le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) vise à analyser la situation actuelle et à proposer des pistes d'amélioration de l'équité en termes d'accès administratif. Il repose essentiellement sur une consultation de tous les acteurs impliqués dans les soins aux demandeurs d'asile¹.

De combien de personnes parlons-nous ?

Selon les chiffres de l'Office des Étrangers, le nombre de demandeurs d'asile oscille entre 20 et 25.000 personnes chaque année, dont environ la moitié recevront un avis positif. La réponse doit en théorie leur être délivrée endéans les 6 mois. Si leur demande est acceptée, ils doivent s'inscrire auprès d'une mutualité et intègrent alors le circuit de soins ordinaire.

En 2018, les demandeurs d'asile provenaient principalement de Syrie, de Palestine et d'Afghanistan. Pour les mineurs étrangers non accompagnés (MENA), les principaux pays d'origine sont l'Afghanistan, la Guinée et l'Érythrée.

Un accès aux soins qui dépend du lieu d'hébergement

L'analyse de la situation actuelle met en lumière une série d'obstacles de nature essentiellement administrative à l'accès équitable aux soins. La principale pierre d'achoppement est que cet accès varie en fonction du lieu d'hébergement du demandeur d'asile. Dans les centres d'accueil collectifs, la majorité des soins de première ligne sont assurés en interne par des infirmiers, en collaboration avec des médecins généralistes et des psychologues venus de l'extérieur ; tous sont payés par Fedasil. Par contre, dans les initiatives locales d'accueil (ILA), principalement des habitations privées le plus souvent gérées par le CPAS local, c'est ce dernier qui décide d'accorder ou pas l'autorisation de consulter un professionnel de la

santé.

Dans les centres d'accueil collectif, les extractions dentaires, les lunettes pour les enfants, le lait pour bébés et certains médicaments comme les antidouleurs ou les antiacides sont aussi remboursés, tandis que dans les ILA, les CPAS sont libres de les prendre en charge ou non – mais sur leurs propres deniers.

Pour les soins spécialisés, la situation est encore plus complexe. Et pour les MENA (mineurs étrangers non accompagnés), le système est encore différent. Ces différences de traitement tiennent principalement au fait que les soins dispensés via les CPAS ne sont pas financés par Fedasil mais par le SPP Intégration sociale, et que les deux institutions ne fonctionnent pas selon les mêmes principes. Cette coexistence de systèmes parallèles entretient une complexité dans laquelle ni les demandeurs d'asile, ni même les soignants ne trouvent facilement leur chemin.

Trois principes de base

Tous les acteurs de la chaîne de l'accueil et des soins aux demandeurs d'asile ont été invités à réfléchir ensemble aux pistes d'amélioration possibles, via une succession de rencontres et d'un sondage en ligne. Trois principes de base traversent l'ensemble de leur réflexion : 1/ la « loi Accueil » de 2007, qui définit l'aide matérielle devant être prodiguée aux demandeurs d'asile, mais qui stipule également que leurs besoins spécifiques doivent également être pris en compte, en particulier pour ceux considérés comme vulnérables ; 2/ l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile ne devrait pas dépendre de leur statut ni de leur lieu de résidence, et ne devrait pas créer d'inégalités entre eux ; 3/ la réforme de l'organisation actuelle des soins de santé aux demandeurs d'asile doit aller dans le sens d'une simplification. Ce dernier point est d'ailleurs conforme à la volonté politique actuelle en matière de soins de santé, qui vise à intégrer autant que possible les différentes catégories de population dans le régime de l'assurance maladie obligatoire, de manière à éviter la coexistence de systèmes parallèles pour de petits groupes de population (voir notamment le rapport KCE 293 sur les soins de santé aux détenus).

Une enveloppe globale ?

L'idée générale proposée par le KCE serait que le financement des soins de santé pour tous les demandeurs d'asile soit intégré dans une enveloppe globale, qui comprendrait également la prévention, la promotion de la santé et les services de soutien (traducteurs, transports, etc.). En absence de données complètes, il n'a pas été possible de calculer l'impact budgétaire de cette réforme mais compte tenu du nombre de personnes concernées et de la durée restreinte de leur prise en charge, on peut estimer que cet impact ne devrait pas être prohibitif.

INAMI ou Fedasil ?

La question de la distribution de cette enveloppe financière est évidemment centrale. En gros, deux options se dégagent : soit les demandeurs d'asile sont intégrés dans l'assurance maladie obligatoire, soit la gestion de leurs soins est centralisée par Fedasil. Le rapport analyse les avantages et inconvénients de ces options, avec quelques variantes, ainsi que les conditions de leur implémentation. Quelques « quick wins » sont également envisagés, permettant à tout le moins d'améliorer ponctuellement la situation, mais sans modifier fondamentalement la situation.

En termes de mise en œuvre pratique, toutes les options semblent réalisables, mais certaines exigeraient des réformes organisationnelles plus radicales et d'autres des investissements techniques plus lourds.

L'impact sur la charge de travail des services concernés a été considéré comme gérable dans tous les cas. La décision revient à présent aux instances politiques.

1) Depuis mars 2018, la dénomination officielle est « demande de protection internationale ».

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème
étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Responsable de la communication et P&O
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be