

Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers

Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique

BWR (Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad)

Avec la collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale.

Bruxelles, juin 2001

Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers

Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique

Contenu

Introduction

Le questionnaire

Point de départ

Objectifs spécifiques

Le questionnaire

Les réponses

Le traitement des données

Les résultats

1. les principaux outils en application en ce qui concerne l'article

1.1. La carte médicale et pharmaceutique

1.2. Le réquisitoire (comme moyen de paiement)

1.3. Organisation des soins par les CPAS mêmes

1.4. La franchise sociale

1.5. Le tiers payant

1.6. Autres

1.7. Application de l'article 57 en dehors de la carte médicale

2. Application de la carte médicale et pharmaceutique

2.1. Application

2.2. Prestataires de soins

2.3. Soins, médicaments et aides

3 Evaluation

3.1. Degré de satisfaction de l'application de la carte

3.2. Perspective d'adaptation ou d'extension de la carte

3.3. Perspective d'adaptation ou d'extension du système global d'intervention

3.4. Perspective d'harmonisation du système utilisé par les différents CPAS

3.5. Concertation entre les CPAS au sujet de l'adaptation de l'article 57

3.6. Le respect de la vie privée de l'utilisateur

3.7. La continuité des soins

Résumé

Conclusions et recommandations

Introduction

L'enquête émane du groupe de travail "Accessibilité" réuni au sein du BWR (Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad) Ce groupe est composé de 18 organisations ou regroupements de services, actifs dans les domaines sociaux et de la santé en région bruxelloise, soit en matière d'aide aux usagers, soit en matière de politique sociale. Pour la mise en œuvre de cette enquête, le groupe a fait appel au BWR et à l'Observatoire de la Santé.

Le point de départ de l'enquête est la constatation selon laquelle tant les travailleurs sociaux que les usagers ne sont pas informés de la manière dont chaque CPAS mène son travail en matière de soins de santé. L'expérience démontre que chaque CPAS mène sa propre politique et utilise ses propres critères et tarifs. Souvent, les décisions sont prises selon des critères divergents ou sans critères, selon qu'elles sont prises par le Conseil de l'aide sociale ou par le travailleur social. La transparence est rare dans les CPAS et elle n'existe pas au niveau régional. Pour les travailleurs sociaux qui accompagnent des usagers dans différentes communes, il est difficile de décrypter les différents systèmes. Dès lors, ils ne peuvent informer leurs usagers de l'aide qu'ils peuvent obtenir. Ceux qui déménagent vers une autre commune font l'expérience de différences importantes : ce qui est possible dans un CPAS ne l'est pas dans l'autre. L'absence de transparence se marque surtout dans la pratique de la carte médicale et/ou pharmaceutique.

L'objectif des membres du groupe de travail est d'obtenir, par cette enquête, une vision d'ensemble des interventions des différents CPAS en matière de soins médicaux destinés à leurs usagers.

Le questionnaire

Point de départ

Le questionnaire prend comme point de départ l'article 57 de la loi sur les CPAS

<p><i>Art. 57. Le CPAS a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité.</i></p> <p><i>Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive.</i></p> <p><i>Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique.</i></p>
--

Le questionnaire veut mettre en lumière de quelle manière les CPAS mettent cet article en application. Etant donné que la plupart des CPAS travaillent avec une carte médicale et/ou pharmaceutique, le groupe de travail veut examiner spécialement de quelle manière elle est utilisée.

Objectifs spécifiques

Le questionnaire a pour but d'examiner:

- les outils mis en place par les CPAS pour assurer les frais médicaux de leurs usagers,
- la mesure dans laquelle ces outils sont utilisés,
- le nombre de CPAS travaillant avec la carte médicale et/ou pharmaceutique,
- les catégories d'usagers bénéficiaires de la carte, les critères d'attribution de la carte,
- la décision d'attribution ou de prolongation de la carte, des soins et des médicaments
- la question du libre choix des prestataires de soins, des pharmaciens et des hôpitaux

- les prestataires de soins et les prestations, médicaments et aides payés via le système de la carte et leur importance et
- la manière dont les services sociaux évaluent la mise en pratique de leurs interventions.

Le questionnaire

Les questions ont été rédigées en mars 2000 par le groupe de travail. Elles ont été révisées par un travailleur de CPAS pour examiner leur pertinence. Elles ont ensuite été retravaillées et finalisées par le BWR et l'Observatoire de la Santé de la Commission communautaire commune (CCC). Les 19 CPAS bruxellois ont reçu une demande en juin 2000, signée par le président du BWR et par le Fonctionnaire dirigeant de la CCC, ainsi que le questionnaire.

Les réponses

Etant donné le manque de temps et la surcharge de travail dont souffrent les services des CPAS, les réponses ont pris beaucoup de temps. 16 des 19 CPAS ont finalement répondu à l'enquête. Le plus souvent, le questionnaire a été rempli par le responsable du service social, une fois par un travailleur social, une fois par une infirmière du service médical, une fois par une secrétaire de l'administration. Deux CPAS n'ont pas répondu. Un autre aurait renvoyé le questionnaire mais il n'est pas arrivé. Finalement ces 3 CPAS ont été interrogés par téléphone.

Le traitement des données

Lors du traitement des données, il est apparu que certaines questions avaient été interprétées différemment par les personnes qui ont rempli le questionnaire. C'est la raison pour laquelle un questionnement complémentaire a été réalisé par téléphone en février 2001 afin de rassembler des informations plus correctes et plus complètes. Les chercheurs ont choisi de restituer et de discuter les données globalement plutôt que par centre parce que le souhait est d'évaluer le système pour toute la région et non par CPAS. Mettre en exergue les différences réciproques est plus important que les systèmes individuels.

Dans la première partie, ce sont les principaux outils dont disposent les CPAS pour rencontrer les besoins de santé de leurs usagers qui sont énoncés. La deuxième partie traite de l'application de la carte médicale et/ou pharmaceutique. Dans la troisième partie, les travailleurs livrent leurs réflexions au sujet de la qualité du système mis en place par leur CPAS.

Avant de commenter les résultats de l'enquête, il faut constater que la plupart des services sociaux de CPAS font un effort particulier pour répondre aux besoins de leurs usagers. La surcharge de travail des travailleurs sociaux n'est pas sous-estimée.

Le nombre de tâches qui leur est attribuée, le nombre d'usagers et la complexité des demandes de soins croissent constamment.

Les chercheurs remercient vivement les CPAS des efforts fournis pour contribuer à cette étude.

Les résultats

1. Application de l'article 57

Sont traités ici 5 moyens principaux mis en place par les CPAS pour rencontrer les besoins médicaux de leurs usagers. Ces dispositifs sont souvent combinés.

1.1. La carte médicale/pharmaceutique

Une carte médicale et/ou pharmaceutique est une carte attribuée par le CPAS à l'utilisateur, pour une durée et un type de prestations déterminées. La carte médicale mentionne le médecin généraliste (parfois aussi le kinésithérapeute, l'hôpital...) et la carte pharmaceutique, le pharmacien. L'utilisateur ne doit plus demander l'autorisation du CPAS pour toutes les prestations ou médicaments et celui-ci paie la facture (ou sa plus grande partie).

1 seul CPAS ne travaille avec aucune carte, 1 autre a supprimé la carte médicale et ne travaille plus qu'avec la carte pharmaceutique. 1 CPAS travaille avec un système de bons pour le pharmacien, 1 autre avec une feuille, qui est complétée chaque mois par le pharmacien et grâce à laquelle la plupart des frais sont pris en charge. 1 CPAS ne travaille pas avec une carte à proprement parler, mais avec des réquisitoires qui peuvent être valables pour une certaine période. Etant donné que ce système est équivalent à la carte médicale, nous le considérons comme tel. Dans 1 CPAS, la carte médicale et/ou pharmaceutique a été supprimée depuis 1996 pour des raisons financières. Elle n'est utilisée que dans certains cas. Cela signifie que presque tous les CPAS (17 des 19) travaillent avec la carte médicale. 11 d'entre eux travaillent souvent avec ce système alors que 6 autres le font parfois. La carte pharmaceutique est utilisée par 16 CPAS sur 19. 11 CPAS l'utilisent souvent et 5 parfois.

11 CPAS combinent les 2 cartes, parfois appelée la carte santé. 1 CPAS utilise 3 cartes: l'une pour les assurés, une autre pour les usagers sans assurance maladie et une autre qui ne vaut que pour les consultations dans les hôpitaux du réseau IRIS de leur territoire (le système devrait être modifié prochainement).

1.2. Le réquisitoire

Un réquisitoire est un moyen de paiement octroyé par le CPAS à l'utilisateur, avec lequel celui-ci obtient gratuitement des soins, tout en offrant au prestataire de soins la garantie de paiement par le CPAS.

Les réquisitoires sont délivrés aux médecins généralistes et aux spécialistes, aux pharmaciens, aux services de soins à domicile, aux dentistes, aux hôpitaux, paramédicaux, etc. Tous les CPAS utilisent des réquisitoires, 15 d'entre eux souvent et 4 parfois. Moins on utilise la carte médicale, plus on utilise des réquisitoires.

Les réquisitoires sont distribués par le CPAS, et pour l'un d'entre eux, par le médecin lorsqu'il oriente le patient vers un hôpital IRIS.

L'utilisation de réquisitoires dans les hôpitaux.

Seuls 2 CPAS utilisent la carte médicale pour des consultations qui ont lieu dans l'hôpital public de leur territoire. Dans tous les autres cas, les réquisitoires sont octroyés pour une consultation ou une prise en charge dans un hôpital.

L'utilisation d'un réquisitoire pour les hôpitaux est inscrit dans la convention IRIS du 2 avril 1996. Elle mentionne les conditions auxquelles l'utilisateur est soigné afin de maintenir le coût des soins sous contrôle.

Un modèle de réquisitoire a été transmis, sur lequel sont mentionnés 15 CPAS.

4 CPAS n'ont pas signé la convention IRIS. Pour ceux-ci, l'utilisateur peut choisir librement son hôpital. Trois de ces 4 CPAS ne voient pas la nécessité d'une convention, puisqu'ils n'ont pas d'hôpital public sur leur territoire. " Selon la loi de 1965, les usagers peuvent se faire soigner dans un hôpital public et la facture est payée par le CPAS lorsqu'il la

reçoit. 1 des ces CPAS a de plus une convention avec 2 hôpitaux privés. 1 autre CPAS a une convention avec un hôpital public et un hôpital privé.

Les 15 CPAS qui ont signé la convention IRIS, ne travaillent pas tous exclusivement avec les 9 hôpitaux IRIS. 11 CPAS orientent "de préférence" vers les 9 hôpitaux IRIS. 1 CPAS a en outre une convention avec 2 hôpitaux privés. 1 CPAS oriente de préférence vers les 2 hôpitaux IRIS de son territoire, où la carte médicale est valable pour les consultations. Dans 1 autre CPAS, l'utilisateur a la liberté de choix. Le terme "de préférence" signifie que dans certains cas, on peut s'adresser à un autre hôpital, lorsqu'il s'agit d'une spécialisation particulière ou (parfois) lorsque l'utilisateur a déjà un dossier ailleurs.

1.3. Soins organisés par les CPAS

Peu de CPAS offrent eux-mêmes des soins médicaux.

1 CPAS dispose d'une polyclinique et 1 autre d'un centre médical. 1 autre encore a un dispensaire avec un médecin et une infirmière, où l'on s'attache aussi à la prévention, mais où il manque du personnel pour les visites à domicile. 1 CPAS possède un dispensaire et un service de soins à domicile. 1 autre n'a qu'un service de soins à domicile.

1.4. La franchise sociale

Ce dispositif est destiné à certaines catégories de personnes (inscrites) à bas revenus afin qu'elles ne paient pas plus de 15.000 F de ticket modérateur¹. Bien que ce système soit prévu par la loi, seulement 8 CPAS en tiennent compte, dont 6 souvent et 2 parfois. Certains CPAS tiennent compte des avantages de la franchise sociale pour les frais médicaux, d'autres non.

Pour ces raisons, dans 1 CPAS, la carte médicale est attribuée à un nombre limité de cas. On peut en conclure que $15.000 : 12 = 1.250$ F par mois est considéré comme un montant supportable pour la plupart des usagers. On considère aussi que si l'état fédéral offre cette possibilité, l'utilisateur ne doit pas être remboursé une seconde fois. On parlera ici d'une double couverture dans les systèmes de prise en charge.

1 autre CPAS a un accord avec les mutualités, par lequel le ticket modérateur trop payé lui est directement remboursé, au lieu de le rembourser à l'utilisateur.

1.5. Le système du tiers payant

Par ce système, l'utilisateur ne paie que le ticket modérateur. Celui-ci est constamment adapté aux coûts hospitaliers et des médicaments. L'utilisateur peut aussi demander l'application de ce système chez le médecin et autres prestataires s'il se trouve dans une situation de besoin. Le prestataire de soins n'est pas tenu d'appliquer ce système.

Sur les 16 CPAS qui ont complété le questionnaire, il y en a 8 qui n'ont pas d'utilisateurs pour lesquels cette règle peut s'appliquer. 2 centres signalent qu'ils ont des utilisateurs qui en font usage sans que le CPAS n'y joue un rôle. 6 CPAS jouent un rôle d'intermédiaire dans ce dispositif.

Quel est le rôle du CPAS ? Quelle est la procédure ?

En général, le CPAS paie les prestataires de soins au tarif INAMI, demande procuration à l'utilisateur pour encaisser la partie remboursable auprès de sa mutuelle et envoie la

¹ Tous les tickets modérateurs ne sont pas inclus dans la franchise, en sont exclus entre autres les médicaments. Pour le moment, un nouveau système est mis en œuvre, la "facture maximale" qui à terme, permettra de reprendre plus de tickets modérateurs (et de publics cibles) dans la franchise.

procuration à la mutuelle, accompagnée des attestations de soins octroyés afin de récupérer les frais engagés.

C'est parfois l'utilisateur qui paie le ticket modérateur, parfois le CPAS. Les usagers qui veulent l'utiliser doivent faire compléter une "attestation de situation de besoin" par le prestataire de soins. Dans 1 CPAS, ce n'est pas requis pour les minimexés et équivalents minimexés.

Par convention, 1 autre CPAS autorise les médecins et un kinésithérapeute à appliquer le tiers payant et à ne plus demander de ticket modérateur. Ces médecins règlent directement leurs honoraires avec la caisse maladie. Le CPAS n'a plus besoin d'intervenir, sauf pour les usagers qui n'ont pas d'assurance maladie.

1.6. Autres interventions

Il s'agit ici du remboursement des médicaments (lorsque la carte pharmaceutique n'est pas octroyée) et des interventions dans d'autres frais tels que les services de santé mentale. Peu de réponses ont été fournies à cette question, vraisemblablement parce que les CPAS travaillent presque exclusivement avec la carte médicale et/ou pharmaceutique ou avec les réquisitoires.

Aucune question n'a été posée au sujet d'autres dispositifs de la sécurité sociale qui ont été mis en place pour rencontrer les besoins de santé (services médicaux de quartier appliquant un système de paiement forfaitaire, dossier médical global, tarif préférentiel, interventions pour maladies chroniques et affections rares,...). Ces dispositifs n'ont pas été énumérés spontanément.

1.7. L'application de l'article 57 sans utilisation de la carte médicale.

Il s'agit de savoir dans quelle mesure il est fait appel aux réquisitoires, à la franchise sociale, à ses propres services ou à d'autres interventions.

Généralement, l'on peut constater que les réquisitoires sont largement utilisés pour tous types de soins. Les services propres des CPAS ne font presque pas partie de l'offre. Les autres interventions ne sont pas énumérées spontanément, pas plus que le tiers payant.

2. Application de la carte médicale et/ou pharmaceutique

2.1. Application

Tableau 1: Nombre de minimexés et nombre de cartes médicales octroyées.

	Nombre de minimexés jan. '00 ²	Proportion de la population en %, déc. 99 en	Nombre de cartes médicales
Bruxelles	2663	2,2	6593 en 2000
Ixelles	1499	2,0	Presque tous les usagers
Molenbeek-St-Jean	1410	2,0	
St-Gilles Sint-Gillis	1396	3,3	
Schaerbeek	1251	1,2	2090 en 2000
Anderlecht	1074	1,2	208
Etterbeek	942	2,4	
Uccle	695	1,0	

² Rapport annuel 2000 sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale, Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale

St-Josse-ten-Noode	613	2,7	201
Forest	600	1,2	650
Jette	447	1,1	275
Evere	406	1,2	
Woluwe-St-Lambert	295	0,6	54 en 1999
Auderghem	290	1,0	
Watermael-Boisfort	143	0,6	82
Berchem-St Agathe	135	1,2	10
Koekelberg	151	1,0	171
Woluwe-St-Pierre	153	0,4	Presque tous les usagers
Ganshoren	78	0,4	29

Ce qui est demandé, c'est le nombre de cartes médicales octroyées et non les cartes pharmaceutiques. Tous les CPAS n'ont pas pu fournir ces chiffres. Ils doivent être considérés avec des réserves parce que certains CPAS les renseignent pour un an, d'autres à une date donnée (par exemple 31 janvier 2001). De même, le système est appliqué de différentes manières. Il ne s'agit dès lors que d'une indication.

A titre indicatif, le nombre de minimexés est mentionné pour délimiter l'importance du nombre d'usagers. En effet, le nombre total d'usagers forme un groupe nettement plus important. Il apparaît qu'il y a d'énormes différences entre les CPAS en nombre d'usagers : parfois, il s'agit de dizaines, parfois de centaines, parfois de milliers.

Les différences entre le nombre de cartes médicales octroyées et le nombre de minimexés (repris à titre indicatif) semble encore plus important. Certains CPAS attribuent la carte médicale à un grand nombre d'usagers mais dans d'autres communes, elles sont fortement limitées.

A quelles catégories d'usagers la carte médicale et/ou pharmaceutique est-elle octroyée ?

Tableau 2 : Nombre de CPAS qui octroient une carte médicale et/ou pharmaceutique

	<i>Jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>souvent/ toujours</i>
A. Ayants droit au minimex		5	13
B. Equivalents minimex (tel que revenu garanti pour personnes âgées)	1	5	12
C. Ayants droit au minimex mis au travail dans l'article 60 ou dans d'autres programmes de mise au travail	9	7	2
D. Personnes ayant des frais médicaux trop élevés eu égard à leurs revenus	1	8	9
E. Personnes qui perçoivent des avances	6	10	3
F. Réfugiés légaux	7	5	6
G. Personnes sans papiers	13	4	

Globalement, ce sont surtout les ayants droit au minimex (ou équivalent) qui font usage de la carte.

Les personnes ayant des revenus du travail, y compris les personnes mises au travail via l'article 60 ou dans d'autres programmes de mise au travail, n'en bénéficient généralement

pas, sauf lorsque leurs revenus sont insuffisants pour couvrir d'importants frais médicaux à régler.

Pour des personnes qui reçoivent des avances et les réfugiés légaux, cela dépend de commune à commune : dans certaines communes jamais, dans d'autres parfois et dans d'autres encore, souvent ou toujours.

Pour les personnes sans papiers, l'arrêté royal d'aide médicale urgente est généralement appliquée sans carte médicale ou pharmaceutique.

Dans un CPAS, les personnes qui bénéficient de la franchise sociale ne reçoivent pas de carte médicale. Dans un autre, c'est le cas des personnes qui sont en ordre de mutualité. Dans ces communes, la carte est limitée aux usagers qui se trouvent dans une situation problématique spécifique.

Bien que certains CPAS affirment que la carte est souvent /toujours octroyée aux minimexés, cela n'apparaît pas dans les chiffres repris dans le tableau 1. 1 CPAS affirme octroyer la carte souvent/toujours aux personnes de catégorie A,B, D, et F, alors que le tableau 1 montre que seulement un cinquième du nombre de minimexés reçoit la carte médicale. Cette discordance vaut dans une moindre mesure pour 2 autres CPAS. Seul le nombre de cartes médicales a été demandé dans le tableau 1 et les deux cartes dans le tableau 2, dès lors il est possible que la carte pharmaceutique soit plus utilisée dans ces communes.

Des critères complémentaires spécifiques ou une réglementation pour l'utilisation de la carte.

- 3 CPAS n'appliquent pas de critères complémentaires. Dans un CPAS, cette carte est automatiquement liée à l'attribution du minimex (ou équivalent)
- 1 CPAS n'attribue pas la carte lorsque l'utilisateur est en ordre avec l'assurance maladie, sauf pour la catégorie D. Dans ce cas, il compte sur la franchise sociale. Idem dans un autre CPAS où la carte n'est pas accordée aux VIPO.
- 3 centres disposent d'un règlement propre : dans 1 CPAS, les critères sont établis par le Conseil mais le document n'a pas été fourni. On pourrait en conclure que des personnes qui reçoivent l'aide sociale du CPAS pourraient recevoir une carte médicale du service social sans accord complémentaire du Comité spécial. 2 CPAS ont bien joint un document, mais il ne définit pas de critères d'attribution.

Généralement, les critères sont à la fois financiers et sociaux.

Les critères (complémentaires) suivants sont énumérés :

- habiter la commune de manière permanente (1 CPAS)
- avoir des revenus inférieurs à 1.5 fois le minimex (1 CPAS)
- le sérieux et la chronicité de la maladie (voir aussi catégorie D)
- l'absence de possession d'une voiture
- une situation sociale particulière : dettes, charge d'enfants, ...
- Dans un CPAS, on calcule par usager, ce qui reste après avoir déduit ses charges fixes. Si cette moyenne journalière est inférieure à 324 F, il peut obtenir une carte médicale et un remboursement partiel de ses médicaments.

Le Conseil prend-il la décision de l'octroi de la carte ?

C'est le cas la plupart du temps. Le Conseil décide souvent ou toujours dans 11 des 15 CPAS, parfois dans 3 CPAS et jamais dans 1 autre.

Si ce n'est pas le cas, qui prend la décision ? Dans quels cas ?

5 CPAS se réfèrent au Comité spécial de l'aide sociale (CSAS).

Dans les cas urgents, c'est parfois le président ou le chef du service social qui prend la décision.

(Dans certains CPAS, le CSAS prend beaucoup de décisions. Par exemple, dans un CPAS, le Comité se réunit 6 à 7 heures par semaine pour délibérer sur l'octroi de l'aide. (Il n'y a pas d'informations au sujet du temps consacré aux décisions d'octroi de la carte)

La carte est-elle valable pour une période définie ?

C'est le cas partout sauf dans un CPAS.

Cette période varie d'un jour à un an maximum, la plupart du temps de 3 à 6 mois.

Dans 1 CPAS, la période n'est pas limitée mais la carte est révisible chaque année.

Qui décide de la prolongation ?

Dans 9 CPAS, c'est le CSAS qui en décide, parfois le Conseil, ça et là un travailleur social, 1 seule fois, c'est le président ou le chef du service social.

Lorsque la carte est attribuée, l'avis ou la prescription du médecin désigné est-il toujours suivi ?

Dans 7 CPAS, l'avis ou la prescription du prestataire de soins est toujours suivi, surtout dans 4 d'entre eux. Dans 4 CPAS, le consentement du Conseil est encore nécessaire.

Tableau 3: Nombre de CPAS où le Conseil doit approuver l'avis ou la prescription du prestataire de soins.

	Souvent/ Toujours	Parfois
octroi du médicament prescrit	1	5
consultation d'un spécialiste	3	3
consultation d'un Service de santé mentale	3	3
examen/traitement dans un hôpital	3	1
examen/traitement dans un hôpital privé	4	3
soins paramédicaux	2	2

Il faut mentionner ici qu'à l'exclusion de la première catégorie, il s'agit de soins qui ne sont généralement pas couverts par la carte médicale et/ou pharmaceutique, comme il ressort du tableau 4.

La politique diffère fortement d'un CPAS à l'autre. Dans 3 CPAS, le Conseil doit donner son accord à peu près sur tout.

Dans les CPAS qui mentionnent "parfois", il s'agit de médicaments non remboursés par la mutuelle ou qui n'apparaissent pas dans la liste établie. 1 CPAS signale que malgré l'octroi de la carte et l'accord du Conseil, soit le bénéficiaire doit encore demander un cachet de l'administration sur chaque prescription, soit il a besoin d'un réquisitoire pour un certain nombre de prestations de soins.

Dans 1 CPAS, le médecin (conventionné) rédige lui-même un réquisitoire avec lequel le patient peut aller consulter un hôpital IRIS sans qu'il ait besoin d'un accord supplémentaire du Conseil.

2.2. Prestataires de soins.

La carte porte-t-elle mention d'un prestataire de soins déterminé par discipline ?

C'est le cas dans 9 CPAS. Dans 1 CPAS, c'est le médecin généraliste du patient. Dans les autres cas, l'usager choisit un médecin dans la liste des médecins conventionnés⁴. 6 CPAS

ne mentionnent pas de prestataire de soins déterminé. 3 d'entre eux présentent une liste à l'utilisateur dans laquelle il peut choisir chaque fois.

Dans 5 CPAS, l'utilisateur peut choisir parmi tous les pharmaciens de la commune.

Lorsqu'il y a un prestataire de soins fixe:

- A qui l'utilisateur doit-il s'adresser en cas d'absence de ce prestataire de soins? (week-end, vacances)

Dans 5 CPAS sur 9, l'utilisateur peut faire appel à n'importe quel remplaçant désigné par le prestataire de soins. Dans 3 communes, le remplaçant doit être conventionné avec le CPAS. Dans une commune, les usagers peuvent et dans 1 autre, ils doivent s'adresser à l'hôpital. Dans 3 communes, l'utilisateur peut de plus faire appel à un service de garde.

- Dans ces cas, l'utilisateur est-il libéré du paiement des honoraires ?

6 des 9 CPAS répondent ici positivement.

- Le remplaçant est-il payé de la même façon que le médecin désigné de l'utilisateur ?

C'est le cas dans 6 des 9 CPAS.

Tous les prestataires de soins qui le demandent peuvent-ils être candidats pour travailler avec la carte ?

C'est le cas dans 5 CPAS. 8 CPAS demandent que le candidat accepte une convention qui est accordée avec ou sans l'accord du Conseil. Dans la convention, il est spécifié que les médecins travaillent aux honoraires officiels de l'INAMI.

2 CPAS n'acceptent des médecins que sur seule demande de l'utilisateur.

Quels sont les prestataires de soins reconnus dans le système de la carte ? Les CPAS qui ne peuvent donner de chiffres mentionnent les disciplines par une croix.

2 CPAS ne sont pas repris ici, 1 parce qu'il ne travaille qu'avec la carte pharmaceutique, 1 autre parce qu'il travaille exclusivement avec des réquisitoires.

Tableau 4: Nombre de prestataires de soins qui sont reconnus dans le système de la carte

CPAS	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k,l,m
Médecin généraliste	32	80	80	x	11	>500	10+ ³	30	tous ⁴	x	X
Pharmacien	46	100	tous ⁵	tous ⁶	5	Tous ⁵	tous ⁶	6	Tous ⁶	x	X
Soins à domicile indépendants			4								
Service de soins à domicile			x								
Dentiste								2		x	
			h ⁷								
Kinésithérapeute		±10	27					2		x	
Service de santé mentale		1	x					1			
Hôpital public Général	1 ⁸		1 ⁹								
Psychiatrie											

³ 10 médecins généralistes + les médecins de la polyclinique

⁴ Tous les médecins généralistes des usagers

⁵ Tous les pharmaciens des usagers

⁶ Tous les pharmaciens de la commune

⁷ Les dentistes des hôpitaux Etterbeek-Ixelles

Hôpital privé Général Psychiatrie											
Autres		4	11 ⁹								

La carte médicale et/ou pharmaceutique est surtout utilisée pour les médecins généralistes et les pharmaciens. En ce qui concerne les médicaments, dans certains CPAS, une autorisation supplémentaire est chaque fois nécessaire. Le CPAS en a ainsi le contrôle de l'utilisation.

Le nombre de médecins (pharmaciens) qui collaborent diffère fort de commune à commune. Certains CPAS travaillent avec peu de médecins généralistes et de pharmaciens, d'autres avec tous les médecins généralistes et pharmaciens de la commune ou des usagers, 1 autre avec plus de 500 médecins généralistes dont également des médecins d'autres communes. Les soins à domicile sont rarement couverts par la carte médicale, les dentistes le sont dans 3 communes, les kinésithérapeutes dans 4 communes, le service de santé mentale dans 3 communes.

Pour une consultation ou prise en charge dans un hôpital (IRIS), un réquisitoire est toujours exigé. Les hôpitaux demandent eux-mêmes ce mode de paiement. Dans 2 CPAS, la carte médicale est bien valable pour les consultations de l'hôpital IRIS de leur territoire. La carte médicale couvre aussi sporadiquement d'autres prestataires de soins: des spécialistes de la polyclinique, un podologue, des opticiens, un centre de planning familial.

Y a-t-il assez de prestataires de soins prêts à travailler avec ce système ?

10 CPAS le confirment. 3 CPAS répondent négativement. 2 d'entre eux fournissent l'explication d'une trop longue durée d'attente de paiement.

Dans 1 CPAS, la question n'est pas d'actualité parce qu'il travaille toujours avec le médecin du patient. 1 CPAS n'a pas pu répondre à la question parce que le service social n'est pas impliqué dans l'élaboration de la liste.

2.3. Soins, médicaments et aides

De quels soins et/ou médicaments le CPAS tient-il compte pour le paiement des frais via la carte médicale ?

Si l'intervention est partielle, on demande de spécifier quelle est la part remboursée par le CPAS (en % ou en forfait).

Tableau 5: Soins et médicaments qui sont remboursés partiellement ou complètement par le CPAS (en nombre de CPAS)

	Entièrement	Partiellement
Consultation médecin généraliste	10	1 CPAS: reste à charge de l'usager, 20% du ticket modérateur 2 CPAS: part de l'INAMI
Soins à domicile: services indépendants	1	
Consultations SSM	2	
Consultations de spécialistes		

⁸ Seulement pour les consultations

⁹ 1 podologue et 10 opticiens

Dentiste	1	
Kinésithérapeute	2	
Consultations/traitement en hôpital public - Général - Psychiatrie	2 (seulement les consultations en hôpital IRIS situé dans la commune)	
Consultations/traitement en hôpital privé - Général - Psychiatrie		
Autres prestataires de soins	1	
Prothèses dentaires	4 (dont 1 parfois)	1
Autres prothèses	2	3 (dont 1 selon les cas)
Lunettes (montures, verres)	3	3 (dont 1 selon les cas)
Autres moyens		
Médicaments	8 (dont 2 parfois)	7 (parmi d'autres avantages)

Au début, ce tableau a été rempli de façon plus complète, mais il semble que beaucoup de centres n'ont pas seulement mentionné les interventions couvertes par la carte médicale. Un questionnement complémentaire n'a pas apporté toute la clarté escomptée. Dès lors, il est impossible d'avoir un tableau complet. Il doit donc être considéré avec des réserves.

2 centres ajoutent que l'utilisateur doit de plus obtenir un cachet sur sa prescription de la part du service administratif. Seuls les médicaments remboursés par l'INAMI sont pris en considération.

1 CPAS ne travaille pas avec la carte médicale, mais surtout avec des réquisitoires qui permettent le paiement complet du médecin généraliste, du spécialiste, du dentiste, du kinésithérapeute, du service de santé mentale, de l'hôpital public et des soins à domicile. Les soins en hôpital privé sont partiellement couverts. Les lunettes et les prothèses dentaires sont aussi payées, parfois partiellement par l'utilisateur. Les médicaments sont remboursés après achat, soit entièrement, soit partiellement, selon la situation sociale.

1 CPAS ne travaille plus avec la carte médicale ou pharmaceutique au sens strict. Les réquisitoires sont produits en 3 exemplaires (un exemplaire pour l'utilisateur, un pour le CPAS et un pour le prestataire de soins). Un tel réquisitoire peut être valable pour une période déterminée, par exemple lorsqu'une personne va régulièrement chez son médecin. Le CPAS intervient intégralement pour une consultation ou une prise en charge dans un hôpital. Les prothèses dentaires, montures de lunettes et médicaments sont parfois entièrement remboursés selon la situation financière et sociale de l'utilisateur. Le CPAS intervient également pour tous les autres soins de santé mais son intervention est limitée parce que la plupart des prestataires de soins travaillent avec le ticket modérateur.

1 autre CPAS stipule que des réductions sont accordées par des pharmaciens qui collaborent au système.

Une liste de tarifs a été demandée. Elle semble impossible à obtenir. Les CPAS prennent les tarifs INAMI comme base. En outre, chaque CPAS a ses propres tarifs pour certains médicaments et aides. Pour certains soins ou aides, une intervention maximale est arrêtée, parfois un pourcentage, parfois un montant forfaitaire. Aucun CPAS ne peut fournir de liste exhaustive des tarifs. Un seul règlement organique du service socio-médical a été transmis, dans lequel est repris une liste de médicaments et d'aides pris en charge par le CPAS. Elle contient aussi une liste de médicaments qui ne sont pas payés par l'INAMI, mais bien par le CPAS. 1 autre CPAS a fourni une liste de médicaments reprenant ceux qui sont énumérés par la FAMGB (médecins généralistes francophones) et une liste de médicaments acceptés par le CPAS.

Cette question devait donner une vue générale de ce qui est ou n'est pas remboursé par les différents CPAS. Les règles appliquées par les CPAS sont tellement compliquées que les tableaux ne suffisent pas à dessiner cette vue générale. Des questions complémentaires ont été posées par téléphone pour clarification, ce qui n'a pas plus donné le résultat escompté.

2.3. Evaluation

La question posée ici s'adresse au **travailleur** qui a répondu au questionnaire. C'est donc son avis qui est donné au sujet de l'application de l'article 57 par le CPAS dans lequel il travaille.

2.3.1. Satisfaction au sujet de l'application de la carte.

Selon 8 réponses sur 15, l'application de la carte médicale est satisfaisante tant pour l'utilisateur que pour les travailleurs médico-sociaux. 1 seul d'entre eux hésite vraiment sur la satisfaction de l'utilisateur.

6 réponses sur 15 y voient des avantages et des inconvénients.

1 travailleur est très insatisfait.

Le CPAS qui ne travaille pas avec la carte médicale est satisfait de son système d'intervention.

Les avantages relevés sont:

- la fonction préventive de la carte médicale. L'utilisateur peut s'adresser directement au prestataire de soins et ne doit pas payer. Certains paient une partie ; de cette façon ils constatent que tout n'est pas gratuit.
- le respect du choix du médecin (offre importante, de même pour les spécialistes travaillant dans l'hôpital situé sur le territoire de la commune)
- les soins gratuits, facilement utilisables et importants
- une facilité d'utilisation tant pour les travailleurs sociaux que pour les usagers
- le contrôle des soignants, un usager motivé pour les soins, la prévention de la surconsommation de soins médicaux et de médicaments, des consultations et des aides, des équipes pluridisciplinaires.
- l'accès aux soins et une meilleure gestion du budget
- moins de formalités administratives (l'utilisateur ne doit pas chaque fois demander l'intervention du CPAS)
- la fidélité à un médecin. Les minimexés et équivalents reçoivent la carte automatiquement.
- les usagers qui disposent de la carte médicale ne doivent plus se déplacer au CPAS (c'est surtout un avantage pour les malades chroniques et les personnes âgées).
-

Globalement, les avantages portent sur:

- l'accessibilité : prix bas pour l'utilisateur, peu de formalités administratives, peu de déplacements, gestion du budget, fonction

- la fidélité à un médecin, le choix du médecin

Les inconvénients relevés sont:

- la limitation de la carte médicale à un hôpital
- le risque d'abus, de refacturation des pharmaciens
- la non-restitution de la carte médicale lorsque l'aide est terminée. Il est parfois difficile d'obtenir la procuration de l'usager envers la mutualité. Il y a peu de contrôle sur la consommation des soins médicaux
- le suivi administratif est lourd
- des soignants refusent de traiter la personne si elle ne paie pas immédiatement. Les usagers doivent avancer l'argent et se faire rembourser ensuite.
- trop de contrôles administratifs au détriment de l'efficacité et du droit à la protection de la vie privée du bénéficiaire

Globalement, les inconvénients portent sur:

- les limites pour l'usager : dans le choix des prestataires de soins ou de l'hôpital, le manque de protection de la vie privée
- les abus : la carte médicale n'est pas toujours restituée lorsque l'aide est terminée, peu de contrôles de la consommation de soins médicaux.
- la bureaucratie, le manque d'efficacité
- le manque de collaboration avec les prestataires de soins.

2.3.2. Les souhaits d'adaptation du système de la carte médicale.

10 travailleurs sont satisfaits du système utilisé. 1 CPAS ne pouvait pas encore répondre. Son système a été récemment adapté et doit encore être évalué.

Certaines personnes souhaitent une extension ou une adaptation du système :

- Une meilleure collaboration avec les pharmaciens qui doivent jouer un rôle dans la responsabilisation dans l'usage de la carte. Pour l'instant, il y a surconsommation (grandes quantités et aussi shampoing, nourriture de bébé...). L'usager est trop libre dans l'achat de médicaments.
- Le système devrait être étendu à tous les hôpitaux IRIS.
- La liste des médicaments autorisés doit être adaptée.
- Les Conseillers sont trop peu conscients de l'importance de l'aide médicale, ils sont surtout attentifs aux finances.
- L'application de la carte médicale pourrait être plus étendue pour les personnes à revenus modestes et pour celles qui doivent faire face à de grandes dépenses médicales.

2.3.3. Les souhaits d'adaptation ou d'extension du système global utilisé en matière d'interventions dans les frais médicaux.

7 travailleurs sont satisfaits.

Les autres livrent différentes remarques :

- l'approche "cas par cas" est défendable en ce qui concerne le principe de l'accessibilité.
- l'intervention dans les médicaments devrait être étendue à toute la nomenclature de l'INAMI.
- il serait préférable que les interventions soient restreintes à l'application du régime VIPO, à l'assurabilité et (dans une mesure limitée) à la franchise sociale et fiscale, par lesquels seuls quelques cas exceptionnels de frais médicaux importants ont besoin d'une aide extraordinaire.

- le règlement des "soins médicaux et pharmaceutiques gratuits" fixé par le Conseil pourrait être étendu.
- une concertation devrait avoir lieu avec des médecins, des pharmaciens, d'autres prestataires de soins et les services social et administratif pour pouvoir aboutir à un meilleur système dans ce domaine.
- trop de travail administratif. L'aide devrait être octroyée de manière plus simplifiée. Les soins sont tout de même gratuits.

2.3.4. Le souhait d'une certaine harmonisation dans les différents systèmes des CPAS.

Seul 1 CPAS trouve qu'une harmonisation n'est pas nécessaire. 1 autre CPAS trouve qu'elle est difficilement réalisable parce que chaque CPAS a un système propre qui dépend de l'existence d'un hôpital sur son territoire et d'un pharmacien qui y est lié.

Les autres 14 sont partisans d'une harmonisation. Un CPAS souhaite qu'il y ait une plus grande clarté tant pour les usagers que pour les prestataires de soins, mais il ajoute que c'est difficilement réalisable en raison de l'autonomie de décision et de politiques dans les différentes communes. Plusieurs CPAS mentionnent que pour les usagers qui déménagent vers une autre commune, ce n'est pas pratique d'avoir des systèmes si différents. Ces usagers ne comprennent pas pourquoi ce qui dans une commune est possible ne l'est pas dans une autre.

2.3.5. Concertation entre les CPAS au sujet de l'application de l'article 57

Selon 10 travailleurs, il n'existe - à leur connaissance - pas de concertation entre les CPAS dans ce domaine.

2 CPAS se réfèrent à la convention IRIS du 2-9-96.

1 CPAS fait mention de projets qui sont à l'étude dans le cadre de la conférence des présidents et secrétaires de CPAS de la région bruxelloise, mais il n'a pas pu donner d'informations à ce sujet.

2.3.6. La vie privée de l'usager (le travailleur social ou l'employé administratif a connaissance des médicaments que l'usager utilise, quelles interventions il doit subir).

9 CPAS considèrent qu'il n'y a pas de problèmes au sujet de la vie privée. 3 CPAS la trouvent problématique.

Que peut-on faire pour garantir le respect de la vie privée ?

- 5 travailleurs trouvent que le secret professionnel suffit. Un travailleur spécifie que les articles 36 et 50 de la loi organique doivent être respectés, tout comme l'article 458 du code pénal (l'article 36 traite du secret professionnel, l'article 50 aussi, mais il est étendu à tous les membres du personnel.)
- Un travailleurs souhaite qu'il y ait moins de contrôle des services administratifs parce qu'il n'ont pas la compétence pour décider ce qui est nécessaire ou pas pour le patient.
- Un travailleur propose de travailler avec un médecin conseil lié au CPAS, comme à Charleroi.

2.3.7. La continuité des soins.

12 travailleurs trouvent que leur système est suffisant pour garantir la continuité des soins. 1 travailleur fait une exception pour les réfugiés qui habitent hors de la région, 1 autre pour les illégaux. 1 travailleur y ajoute que le système favorise la fidélité à un seul médecin.

4 travailleurs signalent bien des problèmes :

- il y a trop de seuils. Certains problèmes (par exemple garder le médecin généraliste) peuvent être résolus par l'intervention du travailleur social, moyennant rapport au conseil, mais on n'est pas toujours au courant de cette possibilité ou bien le travailleur social y attache trop peu d'attention (aussi par manque de temps). D'autres obstacles sont à attribuer à l'organisation, par exemple le bénéficiaire de la carte médicale doit s'adresser au service administratif à certaines heures (10-11 heures). Que se passe-t-il lorsqu'on a un besoin urgent en dehors de ces heures, etc.
- la délivrance du réquisitoire prend trop de temps.
- il existe un problème pour la prise en charge /consultation psychiatrique. Une convention avec BRU-PSY-NET devrait pouvoir l'améliorer.
- la lenteur des délais de paiement des prestataires de soins avec pour conséquence qu'ils refusent de soigner des usagers sans paiement immédiat.

Résumé

Etant donné que nombre de prestataires de soins bruxellois éprouve des difficultés en ce qui concerne les interventions des CPAS bruxellois dans les frais médicaux de leurs usagers, le groupe Accessibilité a donné mission au BWR et à l'Observatoire de la Santé de mettre ces pratiques en carte, et spécialement l'application de la carte médicale. 16 CPAS ont rempli le questionnaire. Les données manquantes ont été demandées par téléphone.

Résultats du questionnaire

Natures des interventions

Pour répondre à l'article 57 de la loi sur les CPAS, presque tous les CPAS bruxellois font usage d'une "carte" (médicale, pharmaceutique ou de santé) avec laquelle l'utilisateur peut s'adresser gratuitement ou moyennant une petite contribution au médecin généraliste ou au pharmacien, sans qu'il ait chaque fois besoin d'une autorisation du CPAS. De plus, le réquisitoire est souvent employé comme moyen de paiement pour des cas ad hoc. Peu de CPAS offrent eux-mêmes des services médicaux. Environ la moitié des CPAS tient compte du système de la franchise sociale, une petite moitié joue un rôle dans le système du tiers payant. Les formes de prise en charge des frais médicaux sont souvent combinées. Un autre sujet est l'orientation vers l'hôpital. 15 CPAS ont une convention avec les 9 hôpitaux publics. Certains CPAS ont une convention avec 1 ou 2 hôpitaux privés. L'utilisateur est envoyé de préférence vers les hôpitaux avec lesquels le CPAS a noué une convention, mais souvent le choix est limité à 1 ou 2.

Application de la carte médico- pharmaceutique

Publics Cibles : Les différences dans le nombre de cartes attribuées par rapport au nombre de minimexés sont très importantes. Certains CPAS attribuent une carte à beaucoup d'utilisateurs, d'autres à seulement un groupe très limité. Actuellement, ce sont surtout les minimexés (ou équivalents) qui font usage de la carte, les personnes à revenus professionnels y font peu appel sauf lorsque leurs revenus sont insuffisants pour les frais médicaux (importants) auxquels elles doivent faire face. Pour les personnes qui reçoivent des avances et pour les réfugiés légaux, cela dépend fort des communes : jamais dans certaines communes, dans d'autres parfois et dans d'autres souvent ou toujours. Pour les personnes sans papiers, on applique l'arrêté royal de l'aide médicale urgente", généralement sans carte médicale ou pharmaceutique. Dans 2 CPAS, les personnes qui sont affiliées à une mutualité, qui bénéficient de la franchise sociale, ne reçoivent pas de carte médicale. Dans ces communes, la carte est limitée au "vrais cas problématiques".

Le besoin est le critère le plus important pour obtenir une carte, il est souvent lié au statut du revenu. Ici et là, des critères complémentaires sont utilisés, ils sont différents de CPAS à CPAS. Très peu de CPAS disposent d'un règlement écrit.

La carte est presque toujours valable pour une période déterminée. Elle peut être prolongée. La plupart du temps, c'est le Conseil ou le Comité spécial du Service Social qui prend la décision de l'attribution ou de la prolongation de la carte.

Une fois la carte octroyée, l'avis du médecin est suivi la plupart du temps. Dans 4 CPAS sur 15 qui travaillent avec la carte médicale, les usagers ont en outre besoin d'une autorisation du Conseil pour chaque prescription. Dans les autres CPAS, ce n'est nécessaire que dans les cas qui s'écartent de la prescription. La politique diffère beaucoup d'un CPAS à l'autre.

Dans 9 CPAS sur 15, un prestataire de soins ou un pharmacien déterminé est mentionné sur la carte. Dans 1 autre, l'utilisateur peut toujours choisir dans une liste de prestataires de soins ou de pharmaciens, généralement conventionnés avec le CPAS. Dans 5 CPAS, tout médecin qui le souhaite peut travailler avec la carte médicale. 8 CPAS demandent que les candidats soient conventionnés avec le CPAS. S'ils ne sont pas enclins à collaborer, c'est parce qu'ils ont peur de devoir attendre trop longtemps avant d'être payés.

La carte médicale /pharmaceutique est surtout employée pour le médecin généraliste et le pharmacien. Le nombre de médecins et/ou de pharmaciens qui collaborent diffère de manière importante de commune à commune. Les soins à domicile, les soins dentaires, la kinésithérapie et les soins de santé mentale sont rarement couverts par la carte médicale. Pour une consultation ou prise en charge dans un hôpital (IRIS), on exige encore toujours un réquisitoire. La carte médicale couvre sporadiquement aussi d'autres prestataires de soins.

Les chercheurs ont tenté de donner un aperçu de ce qui est ou non remboursé par les différents CPAS. Les règles qui sont pratiquées sont hélas si compliquées qu'aucun CPAS n'a pu donner une réponse claire à cette question. Aucun CPAS n'a pu donner une liste générale des tarifs. La plupart des CPAS prennent les tarifs de l'INAMI comme base. En outre, chaque CPAS a ses propres tarifs pour certains médicaments et aides. Pour certains soins ou aides, c'est une intervention maximale, parfois un pourcentage, parfois un montant forfaitaire qui est fixé.

Evaluation.

Environ la moitié des centres est satisfaite de la manière dont la carte est appliquée dans son CPAS. Un centre est franchement insatisfait. Les autres y voient des avantages et des inconvénients.

Avantages : l'accès (bas prix pour l'utilisateur, peu de formalités administratives, peu de déplacements, fonction préventive), la fidélité à un médecin, le choix du médecin, la continuité des soins, la prévention de la surconsommation.

Inconvénients : restrictions pour le client (de choix du prestataire de soins ou de l'hôpital, manque de protection de la vie privée), abus, bureaucratie, manque d'efficacité, manque de collaboration avec les prestataires de soins.

Souhaits : des collaborations avec de nouveaux hôpitaux, une extension de la liste des médicaments ou des groupes cibles, plus de concertation, moins de travail administratif. Enfin, la plupart des travailleurs sont partisans d'une harmonisation de la politique des CPAS des 19 communes.

Conclusions et recommandations

1. Toutes les possibilités ne sont pas (suffisamment) utilisées dans l'application de l'article 57.

Dans le cadre de l'application de l'article 57, la plupart des CPAS utilisent une carte médicale et/ou pharmaceutique, mais pas tous dans la même mesure. La moitié des travailleurs qui ont répondu au questionnaire en est satisfaite. Une petite moitié y voit des avantages et des inconvénients, seul un travailleur est insatisfait.

Le CPAS peut aussi faire appel aux mécanismes de la sécurité sociale qui sont prévus par les autorités fédérales en vue d'un meilleur accès aux soins de santé pour les groupes cibles fragiles¹⁰.

Du questionnaire, il ressort que les CPAS n'utilisent pas toujours ces dispositifs, surtout le système du tiers payant.

Recommandations: Les services sociaux doivent donner priorité à l'utilisation maximale des mécanismes de sécurité sociale par les usagers. Le système du tiers payant doit être généralisé pour ce public.

2. L'insatisfaction porte sur les grandes différences entre CPAS dans l'application de la carte médicale et/ou pharmaceutique

Aux yeux des membres du groupe de travail, le questionnaire devait servir à avoir un aperçu des différentes manières d'appliquer la carte médicale et/ou pharmaceutique. Cet aperçu des interventions couvertes par la carte dans les différents CPAS n'a pu être obtenu. Par contre, l'enquête établit bien qu'il existe de grandes différences d'application de la carte médicale dans les 19 CPAS. La plupart des travailleurs qui ont répondu sont aussi partisans d'une harmonisation des différents systèmes.

Les différences apparaissent dans les domaines suivants :

1. Les critères d'attribution de la carte :

Problème: Lorsqu'il existent, les critères sont différents partout. Ceci induit une dépendance du client ici et maintenant, en fonction de la bonne volonté du CPAS. Ni les usagers, ni les travailleurs médico-sociaux ne savent sur quelle aide ils peuvent compter.

2. Le pouvoir de décision des différents acteurs :

Problème: Dans un CPAS, le pouvoir de décision du Conseil ou du Comité spécial est étendu, dans un autre, le service social a plus d'autonomie. Pour prévenir les abus en matière d'utilisation de la carte, à plusieurs endroits, le Conseil, le Comité spécial ou l'administration doit encore donner un accord sur chaque prescription. A vrai dire, ils ne sont pas compétents

¹⁰ une plus grande "assurabilité" dans la mise en oeuvre de mesures sélectives, comme la franchise sociale et la facture maximale, l'extension du tarif préférentiel, la possibilité d'application du système du tiers payant, le paiement forfaitaire dans les services de santé de quartier, le dossier médical global pour les plus de 50 ans et l'intervention pour le traitement des maladies chroniques et rares (et pour être complet, il faut encore y ajouter le fonds spécial d'assistance de la Commission communautaire commune)

pour juger de la nécessité des soins et des aides qui sont mis en œuvre à cette fin. Le trajet administratif que doit suivre la demande de l'utilisateur, est souvent trop long. De plus, la protection de la vie privée de l'utilisateur est mise en péril de cette manière.

3. Les différentes sortes de soins, de médicaments et de services couverts par la carte.

Problème: Les CPAS prennent comme base les tarifs de l'INAMI. En outre, chaque CPAS a ses propres tarifs pour certains médicaments et aides. Pour certains soins ou aides, on fixe une intervention maximale, parfois un pourcentage, parfois une somme forfaitaire à défacturer. Certains CPAS prennent beaucoup à leur charge, d'autres peu. Il n'y a ni vue globale ni transparence dans ce domaine. Ni les prestataires de soins ni les patients ne savent sur quelle intervention ils peuvent compter. Pour les collaborateurs de CPAS, s'y retrouver exige beaucoup de travail.

4. Les critères auxquels les prestataires de soins ou les pharmaciens doivent satisfaire pour pouvoir travailler avec la carte.

Problème : Dans certains CPAS, tous les prestataires de soins qui le souhaitent peuvent travailler avec la carte, sans conditions. D'autres CPAS imposent des limites et demandent que les prestataires de soins signent une convention avec eux. C'est la raison pour laquelle certains CPAS travaillent avec beaucoup de prestataires de soins, y compris avec ceux d'autres communes, d'autres avec un nombre limité. Certains prestataires de soins ne sont pas acceptés. C'est une limite au libre choix des usagers. De même, toutes les disciplines ne peuvent pas travailler avec la carte médicale.

L'utilisateur doit parfois décliner les services de son propre médecin. Devoir changer de prestataire de soins ou de service médical ne favorise ni la continuité des soins ni la qualité, étant donné l'importance de l'existence d'une relation de confiance.

5. Le remplacement du médecin traitant en cas d'absence.

Problème: L'utilisateur ne peut pas toujours choisir à qui il s'adresse en cas d'absence de son médecin traitant. Parfois, il doit s'adresser au service d'urgence, ce qui encourage un usage impropre des services d'urgence. Les pharmaciens n'acceptent parfois pas la prescription d'un autre médecin que celui qui est indiqué sur la carte.

Le remplaçant éprouve parfois des difficultés de paiement de ses honoraires.

6. La collaboration avec les hôpitaux :

Problème: Certains CPAS collaborent seulement avec un ou quelques hôpitaux. Ceci ne limite pas seulement le libre choix de l'utilisateur, mais cela concentre un public défavorisé dans certains hôpitaux, alors que les autres ont également une responsabilité sociale.

Recommandation:

Il est souhaitable que les CPAS se concertent pour aboutir à un système harmonisé et transparent en matière de carte médicale et/ou pharmaceutique, qui puisse être communiquée clairement aux usagers, aux travailleurs médico-sociaux, aux prestataires de soins, aux pharmaciens, aux assurances maladie et aux hôpitaux.

Lexique

Le ticket modérateur

L'INAMI paie une grande partie des frais médicaux des patients qui sont affiliés à une assurance maladie. Le patient paie lui-même une participation limitée appelée le ticket modérateur. Cette contribution personnelle doit empêcher la surconsommation.

Le tarif préférentiel

Quelques catégories de personnes bénéficient d'un ticket modérateur réduit : les pensionnés, veufs et veuves ayant des bas revenus, les personnes ayant des allocations d'invalidité ou de handicap, les minimexés et personnes assimilées, c'est-à-dire les chômeurs de longue durée (ceux-ci exclusivement pour les prises en charge hospitalières de longue durée).

Cette qualité (ancien VIPO) est mentionnée sur la carte SIS.

La franchise sociale

Celle-ci est (était) applicable pour les catégories susmentionnées et les chefs de famille ou personnes isolées qui sont au chômage depuis plus de 6 mois.

La mutualité comptabilise le montant des tickets modérateurs. Dès que le patient a dépassé un certain montant de tickets modérateurs, l'entièreté de ses dépenses médicales lui est remboursée pour le restant de l'année (incluant le ticket modérateur, à l'exception du supplément).

Jusqu'il y a peu, les médicaments et la plupart des frais hospitaliers n'étaient pas inclus. Le système de la facture maximale qui est en vigueur depuis cette année remédie à cette situation. Le système prévoit également une extension à toute la population et une adaptation des plafonds (à commencer par 18.000 F pour les bas revenus).

Système du tiers payant

Ce système permet au patient de payer exclusivement le ticket modérateur à son prestataire de soins ou à son pharmacien. Ce dernier perçoit la part restante de ses honoraires ou du prix de vente des médicaments de l'assurance maladie. Ce système est constamment adapté pour les frais hospitaliers et pharmaceutiques, de même qu'il existe aussi pour d'autres prestations de soins (médecin généraliste, dentiste, kinésithérapeute, soins à domicile, ...).

Cette disposition est destinée à peu près aux mêmes catégories de personnes que les mesures précédentes. Cependant, toute personne "qui se trouve dans une situation (individuelle) de besoin" peut demander l'application de ce système à son prestataire de soins. Celui-ci n'est pas obligé de l'appliquer.