



# RAPPORT ANNUEL 2009

## CASO Centre d'accueil, de soins et d'orientation

### Bruxelles

---



# SOMMAIRE

---

REMERCIEMENTS	3
MEDECINS DU MONDE	4
PREFACE	5
LE CASO EN CHIFFRES	6
FONCTIONNEMENT DU CASO	7
L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS. POURQUOI ?	10
CADRE LEGISLATIF	13
LA PRATIQUE	15
TOURISME MEDICAL?	17
L'IMPORTANCE D'UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE	18
UNE ANNEE 2009 CHARGEE	22
RECOMMANDATIONS	27
COMMENT AIDER MEDECINS DU MONDE ?	29
NOTRE CHARTE	31

# REMERCIEMENTS

---

Le quotidien du CASO aurait été impossible sans l'aide précieuse de...

## → Nos bénévoles...

Claire Jaspers, Claudine Verly, Aude Delmas, Anifa Katangaza, Francis Perrichon, Stéphane Marius, Annik Grevesse, Ana Saraiva, Eliane Kestens, Eric Schillings, Herbert Dechaine, Mejeanne Van Herreweghe, Elise Delens, Rajae Serrokh, Cécile Foucart, Chloé Nadeau, Antonia de la Fuente Diaz, Rosario Pelaez, Véronique Lhoist, Dr. Sarah Hermans, Dr. Irène Ottenhof, Dr. David Van Osta, Dr. Christiane Tennstedt, Dr. Christophe Barbut, Dr. Françoise Tennstedt, Dr. Harry De Wilde, Dr. Jacques Scarcez, Dr. Jean-Christophe Berton, Dr. Marie-Antoinette Millet, Dr. Mireille Leyens, Dr. Michel Verras, Dr. Isabelle Crabbé, Dr. Guy Capelle, Dr. Mima De Flores, Dr. Jan Ampe, Dr. Eric De Groote, Nicole Van Oosterrwijck, Caroline Meert, Dr. Jacqueline Foidart, Dr. Michèle Szyper, Abdullah Duzenlioglu.

Un grand merci à Quentin Lechantre et Elise Delens pour leur motivation durant leur stage. Nos remerciements particuliers à Irma Bellis-Scheer et l'équipe entière des consultations spécialistes, Marc Bellis, Pierre Verbeeren, Philippe Deltour, Erik Struys et Dr. Michel Degueudre.

## → Nos partenaires...

Pharmaciens Sans Frontières, Clinilabo, PMG Athena, les CPAS de la région bruxelloise, les maisons médicales de la région bruxelloise et la Fédération des Maisons Médicales, l'ONE, Kind & Gezin, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, le CIRE, Siréas, Fedasil, Vlaams Minderheden Centrum, Alias, Medimmigrant, Ulysse, Exil, D'Ici et d'ailleurs, le Méridien, SESO, SMES-Belgique, Rivage, Anaïs, la Gerbe, BIPE, le SAMU Social, Infirmiers de Rue et tous les différents services et prestataires de soins qui ont accepté nos patients !

## → Nos financeurs...

Mr. Roland Gillot pour le NIF Trust [54%],  
L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) [18%],  
La Loterie Nationale [14%].  
Le SPP Intégration sociale [7%],  
Le Fonds d'impulsion à la politique des immigrés (FIPI) via la Région bruxelloise [7%]

Un immense merci à Zahra El Kohli, Johnny Kwami Amemavor, Claire Jaspers, Chantal Van Oudenhove et Cédric Pétau.

MERCI à Sophie Bleus, Marcia Alexandre Fradão, Amy To, Guerline Nizet, Sophie Damien, Natacha Dewitte, Dr. Pierre Ryckmans, Frank Vanbiervliet et l'équipe entière de Médecins du Monde.

Photo sur la première page: © Viviane Joakim

Les photos sans droit d'auteur font partie des archives de Médecins du Monde.

Les photos de presse sont disponibles au service de communication – 02 648 69 99 ou

[info@medecinsdumonde.be](mailto:info@medecinsdumonde.be).

# MEDECINS DU MONDE

---

Médecins du Monde est une organisation internationale d'aide médicale qui est principalement soutenue par l'engagement de ses membres (bénévoles professionnels venant du secteur médical et d'autres secteurs). Nous soignons les populations les plus vulnérables à travers le monde et en Belgique.

## →SOIGNER

Notre première mission est de soigner. Chaque jour, les volontaires de l'association viennent en aide aux populations les plus vulnérables : les victimes de catastrophes naturelles, de maladies, de conflits armés, les réfugiés, les peuples minoritaires, les enfants des rues et tous les exclus des soins de santé.



© Frédéric Pauwels/Luna

## →TEMOIGNER

Afin de rendre nos efforts durables, notre mission va au-delà des soins. A partir de sa pratique médicale, et en toute indépendance, Médecins du Monde témoigne des entraves à l'accès aux soins, des atteintes aux droits de l'homme et à la dignité. L'association construit un plaidoyer avec les acteurs de la société civile et engage le dialogue avec les autorités politiques pour améliorer la situation des populations. Au-delà du soin direct, Médecins du Monde veut transformer le système de santé du pays où il intervient afin que ce système n'exclut personne.



Médecins du Monde se bat contre l'injustice sous toutes ses formes. D'où qu'elle vienne.

Plus d'informations sur [www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be)

A la dernière page de ce rapport, vous trouverez notre Charte de Valeurs.

# PREFACE

---

Plus on prend de recul, plus on réalise que 2009 fut une année particulièrement difficile pour les plus démunis et les plus vulnérables. La crise économique a commencé un an plus tôt. En 2009, elle inocule son venin : les restructurations et les fermetures d'entreprises pleuvent. On sait que le budget santé d'un ménage est souvent la première victime de la pauvreté.

Dès janvier, les grèves de la faim des sans-papiers se font plus nombreuses, et lancent un appel désespéré pour la régularisation. Ce moyen d'action nous perturbe mais il s'agit d'hommes, des femmes et d'enfants. Ensuite, il y a la crise de l'accueil des demandeurs d'asile. Des milliers de personnes se voient abandonnées des pouvoirs publics, pourtant engagés légalement à accueillir ceux qui fuient leur pays pour menace sur leur vie. Enfin, l'hiver est long et froid. Les sans-abri subissent.

Quelque chose nous dit que ces problèmes ne vont pas disparaître miraculeusement en 2010... Par contre, nous savons que ces problèmes ne sont pas une fatalité. C'est le manque de volonté qui est responsable de cette misère, pas le manque de moyens, pas l'absence de solution. Le droit à l'accès aux soins de santé est universel quel que soit le statut de la personne : qu'on soit à la rue ou qu'on ait dû fuir son pays, qu'on soit femme ou homme, sans papier ou cosu.

Au cours de l'année 2009, l'équipe du CASO a pu dépasser pas mal d'obstacles et s'est battu féroce, à travers ses actions de terrain, pour faire respecter ces droits. Je lui en suis extrêmement reconnaissant. Ces efforts ne sont pas passés inaperçus puisque l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a reconnu l'utilité du CASO comme projet-pilote pour 3 ans. Cette reconnaissance marque surtout la reconnaissance d'un problème : le non accès aux soins malgré un droit presque parfait.

Il y a cependant peu de raisons de se réjouir en regardant le grand nombre de nouveaux patients qui – semaine après semaine – se présentent avec un grave problème médical ou psychologique. Au cours de 2010, le défi principal du CASO sera donc de développer davantage d'actions visant des solutions plus durables à l'accès aux soins, sans toutefois abandonner les nombreux patients qui font appel au centre.

Afin de pouvoir faire face à ce formidable défi, je compte d'abord sur tous les membres de l'équipe pour maintenir le professionnalisme. Je les encourage ensuite à témoigner des injustices et souffrances auxquelles ils sont confrontés chaque jour. Finalement, je les invite à participer activement à la réflexion. A nos différents partenaires, je demande de continuer notre collaboration dans le même esprit de confiance, afin de trouver ensemble des solutions durables à l'accès aux soins de ces personnes fragilisées. Parce que nous n'acceptons pas l'exclusion de ceux que le monde oublie peu à peu.

Frank Vanbiervliet  
Responsable des projets belges

# LE CASO EN CHIFFRES...

---

**192** personnes en  
grave souffrance psychique

**2787** consultations  
sociales

**2231**

consultations médicales

**Plus d'un patient sur deux**  
ne bénéficie pas d'un accès immédiat aux soins  
et présente une demande urgente en  
médicaments.

**36**

bénévoles, dont 17 médecins

**73%**

des patients présentent des signes de stress :  
hypertension artérielle, problèmes gastro-intestinaux,  
douleurs inexplicées jusqu'à des troubles  
psychologiques prononcés voire des syndrômes de  
stress post-traumatique (PTSD).

# FONCTIONNEMENT DU CASO

Un CASO est un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO). Il en existe 22 en France où Médecins du Monde les développe depuis 25 ans. Aujourd'hui, la Belgique en compte 2 : à Bruxelles et à Anvers.

Le CASO est un service ouvert à toute personne rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins de santé. Son seuil d'accès est très bas. Quiconque le souhaite peut se présenter lors d'une des consultations, qu'il s'agisse d'une personne belge en situation précaire, un ressortissant européen sans assurance maladie valable, une famille qui demande l'asile ou une personne en séjour irrégulier.



© Viviane Joakim

Le premier pas lors d'une consultation est un entretien avec l'assistant(e) sociale : on commence par analyser la demande du patient, son statut de séjour et les possibilités juridiques d'accès aux soins.

Parfois, une simple référence vers un médecin généraliste suffit, mais souvent (dans 82% des cas au cours de 2009), un accès aux soins dans l'immédiat était impossible.

Pourtant, le problème médical ou psychologique pour lequel on vient consulter est urgent. Le CASO offre alors des consultations médicales et psychologiques gratuites en attendant un accès effectif aux soins dans les structures traditionnelles de santé. Les situations complexes auxquels les membres de l'équipe sont confrontés, demandent une approche multidisciplinaire avec des concertations hebdomadaires et même journalières après chaque plage de consultation.

*Je m'occupe d'accueillir les patients avant qu'ils ne soient reçus par les médecins et assistantes sociales bénévoles – un poste clé qui permet de rassurer. Cette expérience au CASO m'aide à prendre du recul : désormais, quand les gens s'énervent contre le chauffeur d'un bus parce qu'il est coincé au carrefour, je sais faire la part des choses... Parfois, le CASO représente vraiment le dernier espoir. Comme pour cette dame, enceinte de neuf mois mais sans aucun suivi médical. Je ne pourrais jamais oublier ce visage-là.*

**Eric, accueillant bénévole au CASO**



© Viviane Joakim

L'objectif du centre n'est pas de remplacer les structures de soins classiques, bien au contraire. Nous informons les patients par rapport à leurs droits et obligations et les aidons à exercer ces droits de façon autonome. Dès que possible, les patients sont orientés vers la structure de soins la plus adaptée (souvent le médecin généraliste). Si nécessaire, l'équipe fait appel à un(e) interprète afin de pouvoir fournir l'accompagnement nécessaire.

Grâce à notre travail d'orientation et d'information, les services du CPAS, la cellule médicale de Fedasil mais surtout les services d'urgences hospitalières sont déchargés de demandes inadéquates.

Six fois sur dix, les patients ont urgemment besoin de médication. Idéalement, le patient prend alors en charge ses propres médicaments (8,9% en 2009). Si nécessaire, Médecins du Monde offre les médicaments les plus urgents : à travers un don de notre partenaire Pharmacies Sans Frontières (25,5%) ou à travers une prise en charge par Médecins du Monde. Dans 3,7% des cas, un accès alternatif aux médicaments est possible (prise en charge par le CPAS, Fedasil ou la mutualité).

Le CASO est aussi un baromètre qui informe les autorités locales, régionales et fédérales par rapport aux nouvelles catégories d'exclusion de soins de santé et par rapport aux nouvelles questions de santé public. A côté de l'accueil, des soins et de l'orientation de nos patients, le CASO veut dialoguer avec les acteurs locaux, régionaux et fédéraux pour trouver des solutions durables aux questions d'accès ou plutôt aux problèmes d'exclusion des soins. Faire bouger les lignes, faire reculer les frontières, tel est l'objectif ultime d'un CASO.

Le CASO fonctionne essentiellement grâce à l'aide de bénévoles professionnels : accueillants, médecins généralistes, médecins spécialistes qui consultent à l'hôpital Baron Lambert, psychologues, assistant(e)s sociales, collaborateurs aidant pour les aspects logistiques, administratifs et le volet gestion de projet.

Il y a également un noyau de professionnels salariés. Il s'agit de :

- trois assistantes sociales (1 personne temps-plein, 2 à mi-temps)
- un responsable médical (un médecin généraliste à 3/5 temps)
- une responsable de la santé mentale (une psychologue à 3/5 temps)
- une personne responsable de l'accueil (art. 60 via le CPAS)
- deux coordinatrices mi-temps
- un responsable des projets belges (1/3 temps au CASO)

*Pourquoi du bénévolat chez Médecins du Monde ? Je me laisse toujours guider par mes idéaux. Solidaire, équitable, juste... ce sont des valeurs qui me parlent. Je suis sensible à l'Autre, c'est aussi pour ça que je suis psychologue.*

**Antonia, psychologue bénévole**



*Les pathologies généralement rencontrées lors des consultations médicales du CASO sont similaires à celles d'un cabinet de médecine générale.*

*A noter toutefois un grand nombre de pathologies liées au **stress** :*

- hypertension artérielle (111)
- douleurs épigastriques et ulcères gastriques (130)
- douleur dorsale (101)
- angoisse, dépression (138)

*De plus, on constate de nombreuses **pathologies chroniques** ne bénéficiant d'aucun suivi (exemple : 57 cas de diabètes) et d'importants **problèmes dentaires** (119 cas de caries ou d'abcès).*

© Frédéric Pauwels/Luna

# L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS. POURQUOI?

---

Médecins du Monde n'est pas une organisation politique. Cependant, nous affichons clairement des opinions dans le cadre des soins de santé ! Selon nous, toute personne a droit à l'accès aux soins de santé de base, y compris les personnes sans titre de séjour. Pourquoi en sommes-nous convaincus ?



© Viviane Joakim

## → L'ACCES AUX SOINS DE SANTE: UN DROIT HUMAIN FONDAMENTAL

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant des Nations Unies, le Traité européen des Droits de l'Homme, la Directive Européenne concernant l'accueil des candidats réfugiés ou la Constitution belge ; toutes déclarent la même chose : « Chaque personne a droit aux soins ». Force est de constater que dans la pratique, ce droit n'est pas toujours respecté. En effet, l'Observatoire européen de Médecins du Monde constate que si 98% des demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière (des personnes « sans papiers ») en Belgique devraient bénéficier de l'accès aux soins, seuls 10% d'entre eux jouissent effectivement de ce droit.

## → UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS POUR UNE MEILLEURE SANTE PUBLIQUE

Les personnes vivant dans la précarité sont, pour de multiples raisons, plus vulnérables face aux maladies. Ces personnes vivant dans la pauvreté n'ont pas un accès aisé aux médicaments et traitements pour des maladies bénignes telles que la grippe ou la gale mais aussi pour celles, plus graves, comme la tuberculose, l'hépatite ou le SIDA.

Médecins du Monde met en garde contre ce manque flagrant, car il s'agit là d'une réalité qui est une menace pour la santé publique.

*M. B est un étudiant burundais âgé de 45 ans qui – depuis avril 2009 – suit un programme de formation de la coopération technique belge (CTB) dans notre pays. Il est diabétique et tuberculeux sous traitement. Il se présente au CASO au mois de mai, parce que des tests de laboratoire sont perturbés. Une mise au point démontre que la cause de ces ennuis est le traitement antituberculeux.*

**La tuberculose est une maladie rare mais contagieuse et dont le traitement est lourd et long (au moins six mois). Un traitement mal suivi ou interrompu peut mener à l'apparition de bacilles résistants à certains médicaments, un problème majeur dans la lutte contre la tuberculose. Un patient tuberculeux devrait toujours bénéficier d'un suivi optimal, autant pour sa propre santé que pour protéger la communauté dans laquelle il vit.**

*Pour une raison inconnue, la prise en charge par l'assurance de la CTB n'est pas reconnue par l'hôpital, qui refuse par conséquent de recevoir le patient. Le CPAS refuse fort logiquement d'octroyer une aide médicale urgente car le patient est encore sous visa.*

*Normalement, il aurait fallu changer le traitement antituberculeux sous surveillance médicale, et s'assurer d'une amélioration des résultats au niveau du foie. Cela aurait clairement identifié la cause des ennuis et permis de continuer avec le nouveau traitement. Au lieu de cela, M. B va simplement arrêter son traitement en cours (juin) et demander à être hospitalisé, mais sans y parvenir. Il faudra attendre un mois et de nombreux contacts de notre part pour s'assurer de la prise en charge par la CTB et de l'acceptation par l'hôpital pour que ce patient soit finalement hospitalisé et traité. Entretemps, M. B était redevenu contagieux et présentait donc un danger pour la santé publique.*

## → DE MEILLEURS SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR REDUIRE LES TAUX DE MORTALITE ET DE MORBIDITE ET DIMINUER LES COÛTS

L'aide médicale urgente destinée aux personnes en séjour irrégulier ne représente que 0,20% du coût total des soins de santé en Belgique. En outre, il est possible de réduire davantage ces coûts. On ne compte plus les études scientifiques qui ont démontré qu'une meilleure offre de soins de santé primaires entraîne moins de complications et de mortalité, et donc a une incidence positive sur les coûts.

Un exemple : refuser l'accès aux consultations prénatales aux femmes enceintes n'ayant pas de titre de séjour et n'ayant pas les moyens suffisants pour supporter les coûts de ces consultations entraîne inéluctablement une augmentation du risque de morbidité et de mortalité infantile. En effet, nombre de ces femmes n'ayant pas été suivies durant leur grossesse se présentent dans les services d'urgences au moment de l'accouchement.



© Viviane Joakim

De telles situations critiques ne peuvent qu'avoir des conséquences négatives pour la santé de la mère et

celle de l'enfant. De plus, elles génèrent des coûts supplémentaires pour la société. Faciliter l'accès aux soins de santé primaire permettrait également de **désengorger les services d'urgences hospitalières.**

## → REGULER LES FLUX MIGRATOIRES EN COMPLIQUANT L'ACCES AUX SOINS DE SANTE EST UNE POLITIQUE INADEQUATE

De façon intuitive, certains responsables politiques sont convaincus qu'une offre de soins de santé moins accessible découragera les migrants ou que, inversement, de meilleurs soins créeront un appel d'air. Jusqu'à présent, aucune recherche scientifique ne confirme ces hypothèses. Au contraire, plusieurs études démontrent que le nombre d'occidentaux qui se rendent à l'étranger pour obtenir des soins moins chers (tourisme médical) est beaucoup plus important que celui des étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique. Les migrants qui viennent en Europe pour des raisons médicales sont plutôt des 'réfugiés médicaux', vu qu'il n'y a aucun accès adéquat à des soins de santé dans le pays d'origine.

Les véritables raisons de migration sont principalement les facteurs liés au pays d'origine (violence, persécution, famine, pauvreté, etc.). L'ampleur de l'économie locale informelle et la présence d'autres membres d'une même communauté (capital social) peuvent jouer un rôle dans le choix du pays d'accueil. L'enquête que nous avons menée démontre que seuls 6% de toutes les personnes interrogées ont cité la santé dans leurs motifs de migration. **La migration médicale est un mythe.**

# CADRE LEGISLATIF

---

Médecins du Monde – Belgique plaide pour un meilleur accès aux soins pour toute personne qui réside sur le territoire belge quel que soit son statut. La Belgique fait pourtant partie des meilleurs élèves de la classe européenne en la matière : une majorité de la population a un accès juridique aux soins. Un aperçu.

→ Un **BELGE** relève de l'assurance maladie obligatoire par l'intermédiaire d'une mutualité ou de la caisse auxiliaire. Pour les personnes qui rencontrent des difficultés financières substantielles, le CPAS peut décider de contribuer en tout ou en partie au remboursement des factures médicales (par exemple, l'octroi d'une carte médicale qui permet la prise en charge de la partie tiers payant). Les patients qui n'ont pas payé leur contribution obligatoire à l'assurance, peuvent faire régulariser leur situation avec l'aide d'un service social.

→ Les **PERSONNES EN SEJOUR IRREGULIER** ("les sans-papiers") lorsqu'elles sont indigentes et non couvertes par une assurance dans leur pays d'origine, ont droit à l'Aide Médicale Urgente (AMU)<sup>1</sup>, que ce soit pour des soins préventifs ou curatifs. Ce droit est octroyé par le CPAS. Suite à la demande du patient, motivé par une attestation médicale, le CPAS dispose de 30 jours pour vérifier si la personne réside bien sur son territoire sans autorisation de séjour et qu'elle se trouve dans un état de besoin. Si le CPAS est d'accord de rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques du patient, il sera remboursé à 100% par l'Etat fédéral pour ces dépenses (SPP Intégration Sociale).

La plupart des examens cliniques sont remboursés (radio- et échographie, examens sanguins, etc.), ainsi que les traitements les plus fréquents (kinésithérapie, chimiothérapie, etc.). Par contre, le matériel médical comme les prothèses (dentaires, béquilles, fauteuil roulant, etc.) ainsi que les consultations psychologiques ne sont pas remboursés.

→ Depuis la nouvelle loi sur l'accueil<sup>2</sup>, les **DEMANDEURS D'ASILE** ont droit à une aide matérielle de la part de Fedasil ou un de ces partenaires. Cette aide prévoit l'hébergement, l'alimentation, mais également un accompagnement médical, psychologique, social et juridique. Les personnes qui sont accueillies au sein d'une structure d'accueil ouverte sont accompagnées par le médecin du centre. Les personnes qui se trouvent en dehors d'un centre pour une raison ou autre, doivent utiliser le système des réquisitoires. Lorsqu'une consultation médicale est nécessaire, la cellule médicale de Fedasil vérifie par l'intermédiaire d'une « demande de réquisitoire » si le patient est effectivement à charge de Fedasil. Après validation, un

---

<sup>1</sup> Comme décrit dans l'art. 57, paragraphe 2 de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976 et l'AR du 12 décembre 1996.

<sup>2</sup>Sources de droit : AR du 9 avril 2007 concernant l'aide et les soins médicaux pour les bénéficiaires de l'accueil et la loi d'accueil du 12 janvier 2007 pour les demandeurs d'asile et quelques autres groupes particuliers ; circulaire du 7 février 2007 et du 10 mai 2007 concernant les frais médicaux pour les demandeurs d'asile 'no show'. Fedasil est l'agence fédéral d'accueil des demandeurs d'asile. Plus d'informations via [www.fedasil.be](http://www.fedasil.be).

réquisitoire est délivré pour permettre au prestataire de soins d'être remboursé par Fedasil. Au bout du compte, la prise en charge des frais de santé pour demandeurs d'asile est également assurée par le SPP Intégration Sociale.

→ Les **EUROPEENS** ont le droit de circuler librement au sein de l'Union Européenne. En cas de maladie, le patient doit faire appel à son assurance maladie dans le pays d'origine.



© Viviane Joakim

# LA PRATIQUE

## → ACCES DIFFICILE A L'INFORMATION

En général, notre public-cible – particulièrement vulnérable – n'est que très peu voire pas du tout informé des procédures décrites ci-dessus. Les personnes en situation de séjour précaire et leur entourage sont souvent freinées dans leur recherche d'une aide médicale par la peur d'être dénoncé. Souvent, ces patients attendent très longtemps avant d'entamer les démarches pour pouvoir consulter un médecin. Ainsi, ce qui commence comme un problème relativement innocent (par exemple, une infection des voies respiratoires supérieures) peut devenir une pathologie extrêmement grave (le début d'une pneumonie), avec davantage de conséquences négatives pour la santé du patient et des traitements plus onéreux. De plus, de nombreux demandeurs d'aide s'expriment difficilement dans nos langues nationales, ce qui ajoute une barrière supplémentaire dans l'accès à l'information.

Les prestataires de soins qui sont prêts à aider les patients en situation précaire, restent sur leur faim. L'on ne demande pas uniquement aux médecins et psychologues de connaître leur propre métier. On exige également une bonne maîtrise du droit belge des étrangers très complexe. D'un autre côté, la dénomination « aide médicale urgente » crée pas mal de confusions: comme si les patients n'avaient qu'accès à des traitements urgents lors d'un danger imminent de mort.

## → PROCEDURES ADMINISTRATIVES COMPLEXES ET LENTES

Puisque le CPAS est obligé de mener une enquête sociale, le temps entre la demande d'aide et la réponse médicale des personnes sans papiers dépasse souvent un mois. De plus, le patient doit introduire une attestation médicale qui témoigne de la nécessité d'être soigné. Cette première consultation n'est pas toujours remboursée et de nombreux prestataires de soins ne connaissent pas la procédure.



© Frédéric Pauwels/Luna

Suite à la crise d'accueil, la cellule médicale de Fedasil était tout à fait débordée et donc très difficile à joindre au cours de l'année passée. Son fonctionnement (délivrance de réquisitoires) était particulièrement lent.

C'est pourquoi Médecins du Monde reste obligé d'organiser ses propres consultations, dans l'attente d'un accès au réseau de soins classique.

## → MANQUE DE SECURITE JURIDIQUE POUR PERSONNES SANS PAPIERS

Vu que l'aide médicale urgente (AMU) est octroyée par un CPAS – un institut communal et non fédéral – les procédures et critères d'accès peuvent varier considérablement de commune en commune. En outre, certains CPAS essayent d'utiliser l'AMU comme un instrument politique en pensant que cela aide à régler les flux migratoires locaux (voir la partie concernant le 'tourisme médical' – p.17).

## → MANQUE D'UN CADRE COHERENT CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIE ET LA LIBRE CIRCULATION DE RESSORTISSANTS EUROPEEN

De nombreux migrants pauvres, issus d'états membres qui ont adhéré récemment à l'Union européenne (la Pologne, Bulgarie, Roumanie, etc.) n'ont pas les moyens d'avancer les frais de santé qui ne seront remboursés que beaucoup plus tard par l'assurance dans leur pays d'origine. D'autres ressortissants européens ne disposent pas d'une assurance qui intervient également en Belgique ou ne sont plus en ordre avec leur assurance au pays d'origine. Les patients appartenant à ces catégories ne peuvent pas prendre une assurance belge, ni faire appel (dans l'immédiat) à l'aide médicale urgente comme c'est le cas pour les personnes sans autorisation de séjour.

## → MANQUE D'EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

Le soin des personnes en situation précaire demande une approche qui donne une réponse autant au niveau médical, psychologique, social et juridique. Les structures de soins classiques n'ont pas les moyens, ni l'expertise nécessaire à cette approche.

Plus d'informations sur le cadre juridique concernant l'accès aux soins et la réalité concrète de cet accès sur <http://www.huma-network.org>.

*J'ai toujours voulu travailler dans l'humanitaire, dès que j'ai commencé mes études. Dans les années 80 et 90, c'était «l'âge d'or» de l'investissement des ONG à l'étranger. Je suis donc souvent parti en mission et j'en garde des souvenirs exceptionnels. Aujourd'hui, je préfère répondre à l'urgence en Belgique au lieu d'entretenir une clientèle en cabinet. J'ose espérer qu'un jour nous parviendrons à changer les choses.*

*Comparé à il y a quelques années, nos patients connaissent mieux leurs droits et – malgré le fait que les démarches administratives restent complexes – parviennent plus facilement à obtenir leur couverture de santé.*

*Je trouve important qu'on soit attentif au développement de l'accès aux soins dans les pays d'origine des migrants que nous soignons. Ces pays disposent d'un potentiel énorme de compétences et de ressources. Aidons-les à mettre en place des dispositifs. L'immigration reste liée à la souffrance, elle déracine les familles et démantibule les gens.*

**Dr. Pierre Ryckmans, responsable médical du CASO**

# TOURISME MEDICAL?

---

Il arrive qu'une demande d'aide médicale urgente soit refusée pour motif de « tourisme médical ». On refuse alors l'accès aux soins urgents en mobilisant l'argument suivant : « le patient étranger est venu en Belgique avec pour seul et unique but de se faire soigner ». En réalité, le tourisme médical désigne plutôt les interventions médicales et essentiellement chirurgicales (esthétique, chirurgie dentaire, etc.) demandées par des occidentaux dans des pays moins prospères et donc moins chers.

Plusieurs études<sup>3</sup> démontrent que le nombre de **réfugiés médicaux** – des personnes qui fuient leurs pays parce que les soins nécessaires n'y sont pas accessibles – est très faible. La grande majorité des migrants ne se laisse pas guider par un potentiel accès aux soins là où ils décident de s'installer. La dernière enquête de l'observatoire européen du réseau international de Médecins du Monde<sup>4</sup> indique que 6% des migrants fréquentant nos centres ont quitté leur terre par manque d'accès aux soins dans leur pays d'origine. 26% ont fui une forme de violence dans leur pays d'origine, et que 56% viennent en Europe afin de trouver du travail et de donner un meilleur avenir à leurs enfants. Les facteurs déterminant le choix de terre d'accueil pour ces derniers sont la possibilité de trouver un travail dans l'économie informelle locale ainsi que la présence de membres de la même communauté (capital social).

D'autres études confirment que la présence de sécurité sociale ne crée pas un appel d'air pour des migrants. Un migrant ne compare pas rationnellement les avantages et les désavantages d'une certaine destination de migration, comme s'il était un consommateur belge qui choisit ses vacances. Non seulement la présence d'un accès aux soins n'attire pas de migrants, mais l'absence de services ne les poussent pas spécifiquement à cheminer vers d'autres endroits non plus<sup>5</sup>.

Essayer de réguler les flux migratoires en compliquant l'accès aux soins de santé est donc une mesure inadéquate. Médecins du Monde demande à ce que l'accès aux soins soit complètement détaché de la politique de migration. Dans certains cas (par exemple, des femmes enceintes sans autorisation de séjour, enfants en bas âge) nous demandons un accès inconditionnel aux soins.

---

<sup>3</sup> Voir notamment...

- Albrecht, H. (2002). 'Fortress Europe? - Controlling illegal immigration' in *European journal of crime, criminal law and criminal justice*, 10, 1: 481-493
- Faist, T. (1997) The Crucial Meso-Level. In T. Hammar, G. Brochmann, K. Tamas & T. Faist (Eds.), *International Migration, Immobility and Development*. Multidisciplinary perspectives (pp. 187-218). Oxford: Berg.
- Landelijke Commissie MAVB (2004). *Rapport: Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Tytsjerk: Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Nederland).
- Terry, N. P. (2007), 'Under – Regulated Health Care Phenomena in a Flat World: Medical Tourism and Outsourcing' in *Western New England Law Review*, 29, 421: 421-472

<sup>4</sup> Il est possible de télécharger le rapport complet sur notre site [www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be). Les résultats de l'observatoire européen de l'accès aux soins confirment les résultats des études sociologiques menées à ce sujet. Par exemple : Van Meeteren, M., Van San, M. en Engbersen, G. (2008). *Zonder papieren. Over de positie van irreguliere migranten en de rol van het vreemdelingenbeleid in België*. Leuven: Acco

<sup>5</sup> Romero-Ortuno, R. (2004), 'Acces to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?' in *European Journal of Health law*, 11: 245-272

# L'IMPORTANCE D'UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

On constate généralement que le risque de ne pas pouvoir orienter le public vulnérable fréquentant le CASO vers une offre adéquate de soins augmente avec le nombre de vulnérabilités accumulées par la personne.

Les vulnérabilités identifiées sont les suivantes : la précarité, la dépendance (alcoolisme, toxicomanie...), l'anxiété ou autre problème de santé mentale, les maladies chroniques, l'extrême précarité...

Pour **76%** des patients, une seule visite au CASO suffit pour recevoir les premiers soins, bénéficier d'aide dans les démarches administratives ou comprendre le fonctionnement d'accès aux structures de soin classiques. Pour les 24% restants, l'accès aux soins s'avère plus compliqué.

Autre constat : certains services sociaux ne tiennent pas suffisamment compte de l'état de santé d'un client.

Et inversement, certains prestataires de soins ne prennent pas assez en compte la réalité sociale du patient. (cf. témoignages p.19)

En général, la volonté de voir le patient dans sa globalité ne manque pas. Les services sociaux comme les structures de soin le désirent. Cependant, l'expertise et les moyens manquent souvent pour mettre en pratique cette approche globale.

L'offre du CASO consiste en un suivi social, médical et psychologique, complété par un suivi psychiatrique et juridique en externe. Le défi consiste à organiser le travail dans une synergie entre ces disciplines et non en juxtaposant. C'est pourquoi un débriefing multidisciplinaire a lieu après chaque plage de consultation. Une fois par semaine, les responsables des équipes sociale, médicale et psychologique se réunissent avec la coordination afin de déterminer le plan d'action pour les patients particulièrement vulnérables.

→ Médecins du Monde demande aux différents gouvernements responsables pour la santé et le bien-être des personnes vulnérables de mener une politique de subvention qui vise à renforcer l'offre pluridisciplinaire de soins.

## BARRIERES LINGUISTIQUES

Un service de santé mental refuse de faire un travail psychothérapeutique en triade avec un interprète ou ne dispose pas des moyens financiers pour le faire.

Personne au CPAS n'arrive à expliquer au client qu'il a besoin d'une attestation médicale avant de bénéficier de l'aide demandée. L'isolement de la personne ne lui permet pas de recourir à son entourage pour une traduction. Un dépliant dans la langue n'est pas disponible.

## BARRIERES JURIDIQUES

Lorsqu'un demandeur d'asile ou une famille avec enfant(s) sans papier ne reçoit pas de place d'accueil ni en centre, ni dans les hôtels sans accompagnement, il se retrouve à la rue. Dans ce cas, qui prend en charge les frais médicaux ? Certains CPAS et Fedasil se renvoient la balle. Le résultat pour le patient est qu'en pratique, il n'y a aucun moyen de consulter un médecin ou de se procurer un médicament sauf à payer cash le prix plein.

## BARRIERES SOCIALES

Après avoir vaincu sa propre peur d'être dénoncé, le patient sans autorisation de séjour n'arrive pas à convaincre les personnes chez qui il est hébergé de participer à l'enquête sociale du CPAS. Elles ont peur des éventuelles conséquences négatives d'héberger un sans-papier.

Sans attestation médicale, le patient en séjour irrégulier n'a pas accès à des soins (AMU). Le CPAS oriente le patient vers notre consultation au lieu d'établir et d'utiliser une convention avec des médecins généralistes dans leur propre commune.

## SANTE MENTALE

Une personne en situation précaire est trop psychotique pour maintenir un contact adéquat avec le service qui octroie ses revenus mensuels. La personne – se retrouvant sans moyens – perd également son logement...

Le psychiatre aux urgences prescrit un médicament antipsychotique afin de prévenir une nouvelle décompensation chez un patient en crise. Le médecin n'a pas pris en compte le fait que le médicament coûte très cher et que le patient n'a aucun accès aux soins...

L'équipe du CASO constate qu'il n'y a – actuellement – aucune solution de référencement dans la région bruxelloise pour patients toxicomanes aux benzodiazépines avec une situation sociale précaire (personnes en séjour irrégulier, personnes sans-abri, etc.)

## **Exemple d'un suivi multidisciplinaire intensif – Monsieur D**

**JUIN 2008.** A l'occasion de contusions après une bagarre en rue, le médecin du CASO aborde avec M. D son problème d'alcool. Le patient s'avère motivé à suivre une cure de désintoxication et il est donc référé vers un programme spécialisé d'un hôpital bruxellois. M. D arrive malheureusement en retard à son rendez-vous et est donc exclu du programme.

**JUILLET 2008.** Une nouvelle tentative de rendez-vous est plus fructueuse : Mr. D est finalement admis au programme, mais se fait exclure après une semaine parce qu'il a menacé un membre du personnel. Nous l'aidons à introduire une nouvelle demande de cure pour une autre institution, où on l'inscrit sur la liste d'attente. Entretemps, le fait d'aborder sans tabou ses problèmes de violence et d'agressivité, nous amène vite à un passé douloureux d'orphelin et d'adoption...

**AOÛT 2008.** Nous demandons l'aide du SMES pour nous aider à gérer nos relations complexes avec le patient. Celles-ci sont empreintes, à la fois de reconnaissance à notre égard, de difficultés de juste distance (il commence à nous considérer comme sa famille) mais aussi de tensions (non respect des horaires, attitude grossière à l'égard de certains membres de l'équipe...), relations toujours difficiles et tendues.

**DECEMBRE 2008.** M. D vit désormais à la rue : il a été mis dehors par les religieux qui l'hébergeaient jusqu'à présent, car il se montrait trop violent. Nous entrons en contact avec son éducatrice de rue qui le suit déjà depuis quelques années. Un autre problème à suivre est la demande d'asile que M. D a introduit il y a quelques années : si jamais sa demande était déboutée, il se verrait dans une impasse. En l'absence de convention entre l'état Belge et son pays d'origine, il serait inexpulsable.

**MARS 2009.** L'état physique de M. D se dégrade – il dort maintenant dans un squat. Il passe fréquemment aux urgences pour son problème d'alcoolisme et un problème bronchique. Suite à notre insistance explicite auprès de l'hôpital, il est finalement hospitalisé pour une mise au point complète pendant une semaine. Après, il était prévu qu'il puisse rester un temps dans une structure d'accueil d'urgence pour terminer son antibiothérapie, mais il se fait vite exclure pour faits de violence...

**MAI 2009.** M. D se rend avec nous à un rendez-vous en préparation de sa cure de désintoxication. Le prestataire de soins a besoin d'aide pour comprendre le statut de séjour, l'accès aux soins et la façon dont se déroule le remboursement des frais avant de finalement accepter. De la part de Fedasil, nous obtenons un accord de principe pour un accueil en centre pour la période postcure. Tout se met petit à petit en place.

**FIN MAI 2009.** Un toxicomane met le feu au squat dans lequel M. D vit. Pris de panique, celui-ci saute du deuxième étage et se fracture deux vertèbres. Emmené à l'hôpital, il est immédiatement opéré. Il reste paralysé des deux jambes, on ignore quelles sont les possibilités de récupération.

**JUIN 2009.** Le mois de juin se passe à l'hôpital, où la récupération est bonne mais les relations avec le personnel médical sont très mauvaises. A part son trouble de personnalité, M. D semble également présenter des traits psychotiques à certains moments. Cependant, le psychiatre de liaison estime que la problématique de M. D est surtout sociale – il se déclare donc incompetent.

**AOUT 2009.** Après une autre opération et de nombreux transferts, M. D est exclu de l'hôpital. Il ne suivait pas son programme de revalidation pourtant prometteur. Il s'absentait durant de longues périodes, buvait, insultait ou menaçait le personnel... Nous demandons à Fedasil de lui trouver un hébergement, car M. D est toujours en chaise roulante. Il peut loger à l'hôtel, comme une série d'autres demandeurs d'asile.

**SEPTEMBRE 2009 – JANVIER 2010.** M. D est de nouveau exclu de l'hébergement, de nouveau hospitalisé, de nouveau exclu, etc. Nous organisons une réunion autour de lui et surtout avec lui, pour voir quels sont les projets qu'il peut et veut faire. L'objectif est de le rendre plus que jamais acteur dans les démarches, toujours avec notre soutien, afin de ne plus se retrouver systématiquement dans des situations de crise et de nous interpeller au moment de l'urgence...



Salle d'attente du CASO

©Viviane Joakim

# UNE ANNEE 2009 CHARGEE...

En plus des projets sur le plus long terme (CASO Bruxelles, consultations pour les personnes sans-abri, consultations spécialistes et « Parle avec Elle »), Médecins du Monde a mené plusieurs actions ponctuelles et entamé un projet sur le long terme.

Un bref aperçu d'une année particulièrement intense.

## → OUVERTURE DU CASO ANVERS



A l'annonce de la fin des activités de Médecins Sans Frontières en Belgique, Médecins du Monde a souhaité continuer ce qui avait été lancé par l'autre ONG pour lutter contre l'exclusion des soins de santé à Anvers. Nous avons réagi par la création d'un CASO.

Depuis son démarrage en mai 2009, le CASO a accueilli plus de vingt nouveaux bénévoles.

L'année 2009 a servi principalement à lancer le projet et à mettre en place un plan d'action. Les membres de l'équipe, aussi bien ceux qui travaillaient pour MSF auparavant que ceux qui ont rejoint l'équipe lors de la reprise des activités, ont répondu à l'appel de Médecins du Monde avec dynamisme et enthousiasme.

1703 consultations sociales  
1123 consultations médicales  
276 consultations psychologiques

Les partenaires anversoises ne sont pas restés indifférents et ont participé à notre invitation de dialogue constructif.

La réalité anversoise et flamande est légèrement différente de celle de Bruxelles. Il existe un CPAS anversoise au lieu des 19 centres bruxellois. Par ailleurs, l'accès aux soins des femmes enceintes sans autorisation de séjour est plus difficile, ainsi que l'accès aux soins de santé mentale.

## → 5.400 VISITEURS A LA CHAMBRE NOIRE



© Viviane Joakim

Du 4 au 10 octobre 2009, Médecins du Monde a installé sa « Chambre Noire » à la gare centrale d'Anvers. Après un passage à travers 12 grandes villes européennes, l'exposition « 34 vues contre l'oubli » a été présentée au public anversois. Les visiteurs étaient particulièrement émus après avoir vu les images et avaient l'opportunité de confier leurs pensées à un livre d'or.

*“Des images disent tellement plus que des mots...”*

*“Une exposition extraordinaire. N'arrêtez surtout pas de montrer ces images !”*

*“C'était une bonne idée de créer – dans un lieu tellement dynamique – un espace de méditation par rapport à la vie difficile que mènent certains autres. Merci!”*

## → 563 CONSULTATIONS AUX DEMANDEURS D'ASILE SANS ACCOMPAGNEMENT

Entre fin juillet et la mi-octobre 2009, environ 35 infirmier(e)s bénévoles ont offert un accompagnement paramédical et psychosocial de base aux demandeurs d'asile temporairement hébergés à l'hôtel ou dans une structure d'accueil pour personnes sans-abri. Un séjour prolongé en hôtel peut paraître une vie facile; en réalité nos équipes mobiles y étaient confrontées à des situations particulièrement choquantes. Nous y avons rencontré des centaines de familles sans repères, sans aucune idée de comment obtenir des soins médicaux, l'alimentation pour leur nouveau-né ou la compréhension de leur procédure d'asile. Sans surprise, leur état général de santé était mauvais.

- **76%** de patients arrivés depuis moins de 3 mois, surtout issus d'Afghanistan, Kosovo, Slovaquie, Iraq et Iran
- **233** références médicales
- **40** patients avec une ou plusieurs pathologies chroniques
- **19** femmes enceintes sans aucun suivi prénatal
- **20%** de patients présentant des symptômes prononcés de grave souffrance psychique (PTSD, dépression, troubles d'anxiété ou de sommeil)

## → COLLABORATIONS EUROPEENNES

En septembre 2009, le réseau international de Médecins du Monde a publié à travers son observatoire européen la deuxième **enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière**: un témoignage unique sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier. Une attention particulière a été donnée aux plus vulnérables : les femmes enceintes et les enfants.

Les résultats dévoilent une population extrêmement vulnérable. Une personne sur deux dit se sentir isolée. La moitié des interrogés n'ont pas de logement propre (sans-abri, structure d'accueil, dormir chez des amis, etc.). Plus d'un tiers estime que leurs conditions de logement sont dangereuses pour leur propre santé et celle de leurs enfants. La moitié travaille (sans protection juridique) et 37% des travailleurs prestent des journées de plus que 10 heures.

Famine aiguë – violence domestique – persécution pour son orientation sexuelle – malnutrition chronique – violences de la part des forces de l'ordre – confiscation des moyens de survie – violences de guerre – emprisonnement pour des motifs politiques – prostitution forcée – racisme – mutilation génitale – violence psychologique – traite d'êtres

**59%**

*des personnes interrogées ont subi une forme de violence avant, durant ou même après leur parcours de migration.*

Seul **48%** des femmes enceintes interrogées bénéficient d'un suivi prénatal.

Au même moment, Médecins du Monde a publié à travers le réseau **HUMA** – Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers – une étude comparative de la législation dans 10 pays européens par rapport à l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier et demandeurs d'asile. Il s'avère que le droit à la santé n'est pas assuré à travers l'Union européenne.

Dans aucun pays, les personnes sans autorisation de séjour ne bénéficient du « droit au meilleur état de santé<sup>6</sup> susceptible d'être atteint (article 12 ICESCR, soit le 'Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels') ».

Dans la plupart des pays, les personnes sans-papiers doivent payer le coût complet de leurs frais de santé, ce qui est leur est souvent tout à fait impossible. Dans quelques pays, un accès aux soins est uniquement prévu en cas d'une urgence médicale. D'autres pays comme les Pays-Bas, la France ou la Belgique ont créé un système de prise en charge totale ou partielle. Cependant, même dans ces derniers pays cités, de nombreux obstacles demeurent: participation élevée dans les frais, démarches complexes, complications administratives, peur d'être dénoncé et manque d'information.

[www.huma-network.org](http://www.huma-network.org) pour l'étude comparative européenne de la législation.

[http://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/rapport\\_observatoire\\_FR.pdf](http://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/rapport_observatoire_FR.pdf)

pour le rapport complet de l'enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

## → UN CAMP DE REFUGIES AU CŒUR DE L'EUROPE



© Viviane Joakim

Novembre 2009. Le réseau de l'accueil des demandeurs d'asile est complètement saturé depuis des mois. Tandis que 1.300 candidats-réfugiés sont hébergés à l'hôtel sans aucun accompagnement, plus de 1.000 personnes sont obligées de vivre dans la rue. Le froid hivernal approche à grands pas.

A défaut de mesures concrètes de la part du gouvernement fédéral, 5 ONG (CIRÉ, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde et Caritas International) décident d'installer un camp de réfugiés au cœur de la capitale de l'Europe.

Afin que chaque demandeur d'asile ait un abri digne, ces organisations ont demandé au gouvernement de rendre disponible des bâtiments dans l'immédiat.

---

<sup>6</sup> *Etat de santé physique et mental le plus haut à atteindre* » comme cela est demandé dans les textes internationaux traitant de la protection des droits de l'homme).

La réaction du gouvernement fédéral a été décevante. Jusqu'au moment de la rédaction de ce document (avril 2010), plusieurs centaines de demandeurs d'asile sont toujours obligés de survivre dans la rue.

Le camp de réfugiés offrait un abri et un repas chaud à environ 50 personnes par nuit. Ces invités recevaient également une aide sociale, juridique et médicale. Ce dernier volet a été pris en charge par Médecins du Monde. En l'espace de quelques jours, 60 consultations paramédicales et 23 consultations médicales ont été effectuées.

Les plaintes les plus fréquentes, comme les infections respiratoires ou la sous-alimentation, étaient dues au manque de logement. Une famille avec un nouveau-né âgé de quelques mois, avait passé plusieurs semaines à la gare du Nord. Le nouveau-né avait déjà perdu beaucoup de poids : sa maman nous a expliqué que le bébé n'avait reçu que du thé pendant 10 jours...



© Viviane Joakim

## ➔ DISPOSITIF HIVERNAL POUR LES PERSONNES SANS-ABRI

Chaque année, Médecins du Monde double ses efforts pour les personnes sans-abri lors du froid hivernal. Entre mi-novembre 2009 et fin mars 2010, les équipes (para)médicales sont intervenues plus de 2.500 fois. A part les pathologies liées au froid et aux problèmes d'hygiène, l'énorme souffrance psychique des personnes sans-abri devient apparente : des symptômes de stress, de la fatigue chronique, des troubles du sommeil ou de l'humeur, des troubles anxieux, une perte de repères, etc.

*« Pourquoi mon travail en tant que bénévole auprès des SDF a du sens ? Les personnes que nous soignons manquent de tout, pas uniquement des soins gratuits que nous leur offrons. Mais au moins, ces gens – souvent refoulés ailleurs – sont considérés comme des humains ici. Le simple fait de se dire bonjour, de donner un sourire, les confirme dans leur existence. Trop souvent, les personnes sans-abri doivent mener une existence invisible. Les patients ne viennent pas uniquement me voir pour faire soigner leurs engelures ou leurs infections respiratoires. Ils ont un énorme besoin de parler, de renouer avec un autre être humain. »*

**Françoise – infirmière bénévole MDM au centre Masui du SAMU Social à Schaerbeek**

# RECOMMANDATIONS

---

Basé sur son expérience de terrain, Médecins du Monde formule des recommandations pour un meilleur accès aux soins de santé. L'attitude générale de MDM dans son plaidoyer est de CO-CONSTRUIRE avec les autorités responsables.

## → UNION EUROPEENNE

MDM demande que l'accès aux soins des ressortissants européens les plus démunis résidant dans un autre Etat membre fasse l'objet d'une attention particulière. Le besoin d'un cadre réglementaire européen se fait de plus en plus sentir. En attendant ce cadre, nous demandons au gouvernement fédéral belge de faciliter l'accès à l'aide médicale urgente (AMU) pour les européens démunis venant d'autres Etats Membres.

MDM lance un appel au parlement européen pour qu'il vote une résolution qui affirme la nécessité d'un égal accès aux soins pour tous, quel que soit le statut de la personne (et donc y compris les sans-papiers et demandeurs d'asile). MDM revendique :

- la protection à travers toute l'UE du secret médical et l'interdiction formelle de toute dénonciation ou arrestation des sans-papiers lors de l'accès aux soins;
- une protection spécifique aux enfants mineurs et aux femmes enceintes leur permettant l'accès à la prévention, aux soins et au suivi adapté des grossesses;
- la protection à travers toute l'UE des étrangers gravement malades qui ne peuvent pas avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine en leur délivrant une autorisation de séjour

## → DEMANDEURS D'ASILE

MDM demande urgemment l'application de la loi fédérale sur l'accueil des demandeurs d'asile. Cette loi stipule que chaque demandeur d'asile a droit à un accompagnement médical, psychologique et social.

Médecins du Monde propose la création d'une **carte médicale pour tout demandeur d'asile**, désignant un seul médecin généraliste et une seule pharmacie pour une période limitée de 3 mois, renouvelable tant que la procédure de demande d'asile est en cours. Ainsi, les demandeurs d'asile en dehors d'un centre d'accueil ou une ILA pourront également bénéficier de leur droit aux soins médicaux. Si nécessaire, le généraliste peut octroyer un réquisitoire qui donne accès au médecin spécialiste ou à un psychologue. Ce système garantit un accès aux soins tout en empêchant toute forme de surconsommation médicale.

Nos statistiques démontrent l'extrême vulnérabilité d'une fraction significative des demandeurs d'asile. MDM propose un **examen médical global** immédiatement au moment de la demande d'asile. Cet examen est nécessaire pour dépister plus vite les pathologies qui nécessitent une intervention rapide. La désignation d'un centre doit se faire en fonction de l'état de santé générale et mentale de la personne. Finalement, nous demandons davantage d'efforts de la part de Fedasil pour informer les

prestataires de soins par rapport au remboursement de leurs prestations et la façon d'orienter de façon adéquate et efficace le public des demandeurs d'asile.

## → PERSONNES SANS AUTORISATION DE SEJOUR

Médecins du Monde fait partie d'un groupe de travail d' « accès aux soins pour personnes sans séjour légal », composé également de Medimmigrant, le Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (orientation santé Flandre orientale), le Ondersteuningspunt Medische Zorg (point d'appui soins médicaux d'Anvers), le Vlaams Minderhedencentrum (centre flamand de minorités) et le VVSG (l'Union des Villes et Communes de Flandre).

Une proposition politique, cosigné par l'Union des Villes et Communes de Wallonie, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, CIRE et Sensoa a été remis au Secrétaire d'Etat compétent pour l'Intégration Sociale. Parmi les différentes recommandations développées, Médecins du Monde met l'accent sur l'exigence que les demandeurs d'asile et les personnes sans autorisation de séjour puissent bénéficier de la même offre de soins et que les CPAS puissent déléguer le règlement administratif et financier des dossiers médicaux à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI). Cette mesure permettra aux CPAS de revenir à leur métier de base : le travail social avec un public en situation précaire.

Des simplifications administratives sont urgemment nécessaires afin de supprimer les longs délais d'attente. Ces délais nuisent la santé des patients et font augmenter le coût des soins pour la société. L'enquête sociale du CPAS pourrait se faire au préalable (l'ouverture du droit aux soins précède le diagnostic médical) ou pendant qu'une première aide médicale est déjà octroyée.

Médecins du Monde exige un accès inconditionnel aux soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

## → BRUXELLES

Le conflit entre les CPAS bruxellois et FEDASIL sur la prise en charge de l'aide aux demandeurs d'asile doit être tranché d'urgence par voie politique. C'est le même ministre de tutelle pour les deux parties. L'incurie actuelle conduit des centaines de familles à demeurer sans aucun accès aux soins.

MDM demande une politique de subvention qui encourage davantage les formules de soins multidisciplinaires, combinant l'approche médicale et psychosociale.

# COMMENT AIDER MEDECINS DU MONDE?

---

## → DEVENIR BENEVOLE

Médecins du Monde recherche constamment des bénévoles pour mener à bien ses missions en Belgique. N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez plus d'informations. Actuellement, nous avons besoin de...

- médecins généralistes, mais également spécialistes (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, diabétologie, psychiatrie, etc.) et dentistes
- juristes
- psychologues expérimenté(e)s
- assistant(e)s sociaux(ales)
- bénévoles ayant une expérience dans le domaine de la gestion de projet, des ressources humaines ou de l'administration
- bénévoles pour nous aider ponctuellement sur nos événements.

N'hésitez pas à nous contacter pour d'autres propositions et à consulter notre site [www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be)

## → SOUSCRIRE A UN ORDRE PERMANENT

Faire un ordre permanent à Médecins du Monde, c'est choisir de vous engager en faveur des plus démunis. C'est un geste de solidarité précieux car grâce à vous, Médecins du Monde peut construire des projets dans la durée. Si le cumul de vos dons mensuels atteint 30€ ou plus par an, vous recevrez automatiquement une attestation fiscale l'année qui suit votre versement.



Médecins du Monde adhère au code de déontologie de l'Association pour une Ethique dans les Récoltes de Fonds (AERF). Cette association veille au respect de l'éthique dans la récolte de fonds.

## → KIDONAKI



Achetez, vendez et soutenez Médecins du Monde. Kidonaki est un nouveau concept qui initie une manière inédite de « faire un don ». Parallèlement aux sites d'enchères classiques, Kidonaki organise des transactions commerciales entre un vendeur et un acheteur, en y ajoutant un troisième opérateur : le bénéficiaire (une association, une ONG, une cause...). Autrement dit, le vendeur va renoncer au produit de sa vente en le cédant à une cause. L'acheteur reçoit donc l'objet qu'il paye, le vendeur fait un don sans déboursier de « cash » et l'association bénéficiaire reçoit l'argent. Plus d'informations sur [www.kidonaki.be](http://www.kidonaki.be).

## → EFFECTUER UN LEGS

En faisant un legs à Médecins du Monde, vous participez à la construction d'un édifice. Cet édifice, bénévoles et donateurs privés le construisent ensemble jour après jour. Faire un legs, c'est poser un geste solidaire sur le long terme. Et grâce au legs en duo, il est même possible de faire bénéficier vos proches tout en soutenant notre action.

Vous trouverez plus d'informations sur [www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be) et en prenant contact avec Donatienne Baise au 02 648 69 99 ou via [donatienne.baise@medecinsdumonde.be](mailto:donatienne.baise@medecinsdumonde.be).

## → CREER UN PARTENARIAT AVEC VOTRE ENTREPRISE

Vous êtes salarié dans une entreprise ? Proposez à votre direction de devenir l'un de nos partenaires : un événement ou le parrainage d'une mission avec une communication commune, l'organisation d'une tombola au profit de Médecins du Monde, etc. Prenez contact avec Pierre Verbeeren au 02 648 69 99 ou via [pierre.verbeeren@medecinsdumonde.be](mailto:pierre.verbeeren@medecinsdumonde.be) afin de discuter des possibilités de partenariat que nous pourrions mettre en place ensemble.

