

## **La limitation du droit à la carte médicale à Ixelles : une régression en matière de prévention et d'accès aux soins de santé**

Depuis trois mois, la majorité MR/PS qui dirige le CPAS d'Ixelles a limité l'accès à la carte médicale pour les Ixellois. Cette décision, apparemment frappée du bon sens, montre en réalité le tournant que la majorité actuelle entend prendre en matière d'aide sociale: éviter à n'importe quel prix que l'on puisse "profiter du système", même au risque de pénaliser des personnes dans une réelle situation de besoin.

### **La carte médicale, qu'est-ce que c'est?**

La carte médicale est un document délivré sous certaines conditions par le CPAS. Elle permet à son détenteur de pouvoir se rendre chez un des médecins agréés par le CPAS ou à la consultation d'un hôpital du réseau HIS sans devoir payer. Elle permet également au détenteur de ne payer que 50% de certains frais pharmaceutiques chez un des pharmaciens agréés<sup>1</sup>.

### **Quelles étaient les conditions d'accès auparavant?**

C'est sous la Présidence du Dr Michel de Heusch (MR) que furent instaurées les conditions d'accès à la carte médicale qui furent en vigueur encore récemment. La logique défendue par cet ancien président, assez concerné professionnellement par cette problématique, était d'améliorer l'accès aux soins et d'éviter le report des soins dans les populations financièrement fragiles. Pour ce faire, la carte pouvait être délivrée à tout Ixellois ayant des ressources inférieures à 1,5 fois le revenu d'intégration sociale (RIS) , c'est à dire vivant sous le seuil de pauvreté. Ceci visait donc aussi les personnes âgées avec une faible pension, les familles monoparentales à faibles revenus de travail ou du chômage, etc.

### **Quelles sont les restrictions aujourd'hui?**

L'actuelle majorité MR/PS déjuge donc aujourd'hui un de ses illustres membres, ce que la majorité "Olivier" 2 s'était bien gardée de faire vu la pertinence de la mesure. Sa logique repose sur le profit indu que certains pourraient retirer de cette mesure, en particulier ceux qui ont peu de frais de logement. L'hypothèse de base est qu'avec 10 euros disponibles par jour, une fois le loyer et les charges payées, une personne a suffisamment d'argent pour vivre et payer ses soins de santé. Dans ces 10 euros disponibles sont compris toutes les ressources, y compris les allocations familiales s'il y a des enfants. Nous sommes aujourd'hui face à une logique purement financière qui ne tient aucun compte de la réalité du coût de la vie et des comportements sociaux dans les populations fragilisées. Une logique qui ne tient aucun compte des études de santé publique et des recommandations qu'elles comportent.

### **Recadrer le problème de l'accès aux soins dans les milieux défavorisés.**

On sait depuis longtemps que les personnes qui occupent une position sociale plus élevée sont en meilleure santé et vivent plus longtemps. Mais toutes les recherches

---

1 Il y a plusieurs dizaines de médecins et pharmaciens agréés sur le territoire ixellois; a priori, tous ceux qui en font la demande peuvent être agréés. La limitation à 50% est justifiée par la volonté d'éviter la surconsommation.

2 De 2001 à 2007, la Commune d'Ixelles est gérée par une majorité Ecolo/PS/cdH

récentes<sup>3</sup> montrent que l'écart s'est accru ces dernières années. Les catégories sociales les plus élevées, qui avaient déjà une large avance sur les autres groupes, profitent le plus des progrès accomplis. Les catégories moyennes progressent en termes d'espérance de vie, mais moins rapidement. Et, pour les catégories les plus basses, on peut plutôt parler de stagnation, voire de recul.

Quant au dernier rapport pauvreté de l'Observatoire de la santé et du social, il met en évidence que les dépenses de soins de santé sont les dépenses sur lesquelles les familles rognent le plus, en attendant la dernière minute, avec pour conséquence fréquente une aggravation de leur état de santé et, in fine, des coûts plus importants.

Le dernier numéro de la revue *Bruxelles Informations Sociales* (BIS) du CBCS<sup>4</sup> (juin 2010) traite de la question de l'accès aux droits sociaux fondamentaux et consacre un de ses chapitres à l'accès à la santé: il met en évidence le caractère « *fondamental* » de la sécurité offerte par la carte médicale : « *la carte permet d'être soigné gratuitement ou à moindre frais. Elle évite en outre à la personne qui en bénéficie de devoir introduire une demande d'aide à chaque prestation. Elle offre donc aux personnes une sécurité par rapport à leurs besoins en soins de santé.[...]leur offrir cette sécurité revient à reconnaître leur existence et leur valeur.* »

La question de l'accès aux soins est suffisamment préoccupante pour que le fédéral ait progressivement introduit les statuts BIM (social, de « qualité ») et Omnio. La ministre de la Santé a annoncé fin mai que le BIM allait être étendu aux chômeurs de longue durée de moins de 50 ans et aux familles monoparentales, à partir de ce 1<sup>er</sup> juillet. La médico-mut vient d'accepter, à titre expérimental, pendant un an, pour les consultations uniquement, d'autoriser le tiers-payant social pour les assurés bénéficiant d'un régime préférentiel qui en feraient la demande.

On voit donc bien la priorité que les responsables politiques et associatifs donnent à cette problématique, et ce à juste titre.

### **La tactique: restreindre le droit sans en avoir l'air.**

La majorité MR/PS justifie sa position avec angélisme. Elle argumente:

- 1.elle n'a pas supprimé la carte médicale, alors que d'autres<sup>5</sup> CPAS ne l'octroient même pas
- 2.si l'assistant social estime que la suppression de la carte va poser problème (parce que la réalité, c'est qu'on la supprime à tour de bras), il peut présenter le dossier in extenso au Comité spécial du service social (CSSS) pour obtenir une dérogation à la règle de base
- 3.avec les statuts BIM et Omnio, les soins de santé ne coûtent finalement quasi plus rien aux usagers.

---

3 On peut se référer en la matière au tableau de bord de la santé à Bruxelles, aux données issues d'une recherche récente de la Politique scientifique fédérale (étude TAHIB, pour Tackling Health Inequalities in Belgium) ou à une recherche des Services Publics de Programmation Politique scientifique (programme de recherche Société et Avenir 2005/2010) menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), le Centre d'études Socio-Economiques de la Santé (Sesa) de l'UCL et le Steunpunt Demografie de la VUB.

4 Le Centre Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS), souvent confondu avec le CDCS qui en est membre, est une plateforme pluraliste regroupant 67 organismes francophones actifs dans l'action sociale et la santé ambulatoire en Région de Bruxelles-Capitale.

5 En fait, 15 CPAS octroient la carte médicale pour la médecine générale et 13 pour les médicaments

A cela nous pouvons répondre précisément:

1. que nul ne peut se prévaloir de la turpitude d'autrui; fonctionner "au réquisitoire 6" pour chaque recours aux soins est une injure sociale, une de ces pratiques héritées de l'assistance publique.

2. Ce n'est pas, comme nous le constatons chaque semaine, parce que l'assistant social propose une dérogation à la règle en raison d'une situation difficile qu'elle sera acceptée; ce n'est pas parce qu'une situation est difficile que l'assistant social va la présenter

3. si ça ne coûte finalement quasi rien aux usagers, ce qui peut être vrai dans beaucoup de cas, cela veut aussi dire que cela ne coûte finalement quasi rien au CPAS non plus; on est donc dans la gestion d'un fantasme et non dans la gestion d'un droit social et de l'accès aux soins.

## **Ce que la mesure induit réellement.**

### Des procédures supplémentaires

Il est surprenant, pour une majorité qui veut rendre le CPAS plus performant et "manager" de manière "moderne", que l'on instaure un surcroît de travail au service social pour un gain financier quasi nul. En terme de coût analytique, il est évident que cette mesure est néfaste au CPAS.

### La négation d'un principe de base en matière de prévention : donner confiance.

La carte est rassurante. Elle est même parfois peu utilisée. Mais elle est une sécurité, surtout pour les personnes âgées qui, selon les témoignages que nous avons pu recueillir auprès du service social et des associations, vivent cette suppression comme un drame. Elle calme les angoisses parentales face à la maladie des enfants. Bref, elle met les personnes dans une condition favorable pour se rendre à bon escient chez le praticien. Elle évite aussi le recours aux urgences hospitalières comme porte d'entrée gratuite (la facture vient plus tard) aux soins.

### Des surcoûts.

Ce n'est pas nous qui le disons; ce sont toutes les études en la matière. Le report des soins provoque des frais médicaux beaucoup plus importants. Or, nous l'avons dit, les personnes fragiles financièrement reportent en priorité les frais médicaux. Ce n'est pas pour rien que l'INAMI rembourse aujourd'hui intégralement les frais de dentisterie chez les enfants: il sait que, sur 20 ans, la collectivité y gagne. Mais nous savons aussi que cette mesure est mal connue dans les milieux sociaux populaires. La carte médicale peut pallier ce problème.

## **En conclusion**

Au-delà des arguments, il y a une vision fondamentalement différente de la politique à mener au CPAS. La majorité MR/PS est dans la seule logique de lutte active contre les fraudeurs et les profiteurs. Vous entendrez des remarques du style :

- "il faut voir que parfois, on donne plus en aide sociale à une personne que ce qu'on ne paie comme salaire à son assistant social"
- "je ne sais pas me payer de chaussures ce mois-ci et celle-là, on lui paye des nouvelles lunettes"
- "moi, avec 5 euros par jour, je me débrouillerais sans problème; je ferais même des

---

6 Il s'agit d'une méthode de travail qui contraint le demandeur à se présenter au CPAS avant de se rendre chez le médecin pour obtenir l'autorisation de s'y rendre. Il reçoit alors un réquisitoire qu'il doit présenter au médecin ou à la consultation. Certains CPAS ne délivrent même pas ces réquisitoires automatiquement pour leurs usagers ...

économies”

- “Et ces trois derniers mois, s'il n'avait pas de ressources, il a vécu de quoi? Du travail au noir, bien sûr!”

Ces remarques installent pernicieusement l'idée que le droit au RIS ou de vivre dans la dignité n'est peut-être pas toujours fondé. Au fond, pour la majorité MR/PS, à part ceux qui se bougent, qui cherchent vraiment du travail, qui font des formations ou des études vraiment utiles, ... bref, à part les “bons pauvres”, tous les bénéficiaires du RIS ou de l'aide sociale sont un peu des profiteurs.

Pour nous, cette vision est déconnectée de la réalité. Quand on vit avec un RIS ou un petit salaire, on est inévitablement dans la débrouille et on sombre très vite dans l'endettement. Pour échapper à l'endettement, une des premières conditions est d'avoir des dépenses de logement les plus basses possibles. Aujourd'hui, à Ixelles, la personne qui a la chance d'avoir trouvé un loyer modeste ou d'avoir pu garder la propriété de son petit appartement se voit retirer sa carte médicale. Faut-il ajouter que certains loyers modestes correspondant à des logements de très médiocre qualité, insalubres, donc mauvais pour la santé. C'est ça la réalité. Avec en main, en début de mois la somme “faramineuse” de 310 € pour vivre pendant 31 jours, la personne s'angoisse parce qu'elle sait elle qu'elle ne va pas vivre, mais seulement tenter de survivre : c'est ça la réalité. Une réalité mauvaise pour la santé.

### **L'opposition Ecolo / cdH,**

**Anne Herscovici**

**Monique Paulus**

**Yohann Fleury**

**André Vanderstraeten**

ooOoo