

SYNTHÈSE

DEMANDEURS D'ASILE: OPTIONS POUR UN ACCÈS PLUS ÉQUITABLE AUX SOINS DE SANTÉ. UNE CONSULTATION DES STAKEHOLDERS



SYNTHÈSE

DEMANDEURS D'ASILE: OPTIONS POUR UN ACCÈS PLUS ÉQUITABLE AUX SOINS DE SANTÉ. RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION DE STAKEHOLDERS

MARIE DAUVRIN, JENS DETOLLENAERE, CHRIS DE LAET, DOMINIQUE ROBERFROID, IRM VINCK



■ PRÉFACE

Ce que l'on pourrait appeler 'la problématique' des migrants et demandeurs d'asile est éminemment politique car elle cristallise des enjeux humains, philosophiques, anthropologiques et éthiques mais aussi économiques et budgétaires. Des domaines qui n'appartiennent pas en première instance aux champs d'investigation du KCE ; des préoccupations qui exigent aussi des compétences que l'on ne retrouve pas particulièrement en son sein. C'est donc avec la plus grande modestie que nous avons abordé les questions sensibles qui touchent celles et ceux pour qui notre territoire peut devenir un lieu d'accueil, ne fût-ce que temporairement. La modestie qu'il nous a fallu adopter s'exprime de deux manières. Tout d'abord par le type de questions de recherche dont nous nous sommes emparés. Il s'agissait de proposer des scénarios susceptibles de rendre l'accès aux soins de santé plus équitable entre les demandeurs d'asiles. En effet, ces droits s'avèrent différents en fonction de la 'porte d'entrée' dans notre pays et notre système d'accueil. L'équité exige pourtant de traiter les égaux de manière égale en octroyant les mêmes droits à toutes les personnes dans la même situation. Notre ambition s'est également montrée limitée car nous n'avons pas fondé nos scénarios sur une quelconque évidence, ce à quoi nous sommes accoutumés et aguerris. C'est donc seulement à une consultation de parties prenantes que nous avons eu recours pour faire émerger des scénarios qui paraissaient possibles à la plupart des intervenants. Un petit pas pour les demandeurs d'asile, mais un pas indispensable car il représente une condition nécessaire à une prise en charge médicale équitable. Plus que jamais, la décision appartient maintenant aux responsables politiques ; une fois de plus il nous faut bien admettre que leur tâche n'est pas aisée.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|--------|---|-----------|
| 1. | INTRODUCTION | 6 |
| 1.1. | CONTEXTE | 6 |
| 1.2. | QUESTIONS DE RECHERCHE | 7 |
| 1.3. | MÉTHODES UTILISÉES..... | 8 |
| 2. | ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS DE SANTÉ POUR LES DEMANDEURS D'ASILE EN BELGIQUE | 9 |
| 2.1. | LA PROCÉDURE DE PROTECTION INTERNATIONALE | 9 |
| 2.2. | LES DEMANDEURS D'ASILE EN BELGIQUE | 12 |
| 2.2.1. | Nombre de demandeurs d'asile | 12 |
| 2.2.2. | État de santé des demandeurs d'asile..... | 13 |
| 2.3. | LE RÉSEAU D'ACCUEIL ET LES MODALITÉS DE DISPENSATION DE SOINS..... | 13 |
| 2.3.1. | Les centres d'accueil collectif..... | 16 |
| 2.3.2. | Les Initiatives Locales d'Accueil (ILA)..... | 16 |
| 2.3.3. | Les personnes avec un code 207 "No show" | 17 |
| 2.3.4. | Les mineurs étrangers non-accompagnés (MENA)..... | 17 |
| 2.4. | QUELS SONT LES SOINS COUVERTS ? | 17 |
| 2.5. | COÛT DES SOINS AUX DEMANDEURS D'ASILE | 20 |
| 3. | IDENTIFICATION PAR LES STAKEHOLDERS DES PROBLÈMES DANS L'ORGANISATION ACTUELLE..... | 21 |
| 3.1. | NIVEAU MICRO | 21 |
| 3.1.1. | Inégalités d'accès aux soins | 21 |
| 3.1.2. | Inégalités de traitement..... | 23 |



| | | |
|--------|---|-----------|
| 3.1.3. | Inégalités de résultats | 24 |
| 3.1.4. | Autres problèmes | 24 |
| 3.2. | NIVEAU MÉSO..... | 25 |
| 3.2.1. | Opacité du système pour les professionnels de santé extérieurs | 25 |
| 3.2.2. | Manque de professionnels de la santé qualifiés pour les soins de santé spécifiques des demandeurs d'asile | 25 |
| 3.2.3. | Turnover des professionnels de santé | 26 |
| 3.2.4. | Réticence et/ou surcharge des professionnels de santé | 26 |
| 3.2.5. | Problèmes liés à la communication entre les acteurs dans et entre lieux d'accueil | 26 |
| 3.2.6. | Manque d'informations appropriées pour les demandeurs d'asile | 26 |
| 3.3. | NIVEAU MACRO | 27 |
| 3.3.1. | Manque de coordination et de collaboration | 27 |
| 3.3.2. | Manque de monitoring | 27 |
| 3.3.3. | Manque de transparence sur les dépenses de santé | 27 |
| 3.3.4. | Manque de soutien et de personnel administratif | 28 |
| 3.4. | PROBLÈMES SPÉCIFIQUES RELATIFS AUX MENA..... | 28 |
| 3.4.1. | Pénurie de tuteurs..... | 28 |
| 3.4.2. | Difficultés à respecter les conditions d'accès à l'assurance maladie obligatoire | 28 |
| 3.4.3. | Couverture par les mutualités pas toujours effective pour les MENA | 28 |
| 3.5. | PROBLÈME PARTICULIER DES CENTRES FERMÉS..... | 29 |
| 3.6. | PROBLÈME PARTICULIER DU « TOURISME MÉDICAL » | 29 |
| 4. | OPTIONS POUR RENDRE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE PLUS ÉQUITABLE : RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DES STAKEHOLDERS | 29 |
| 4.1. | FINANCEMENT DES SOINS..... | 30 |



| | | |
|--------|--|-----------|
| 4.1.1. | Option 1 : L'INAMI finance et les mutualités distribuent = intégration des demandeurs d'asile dans le système d'assurance maladie obligatoire belge | 31 |
| 4.1.2. | Option 2 : Fedasil finance et joue le rôle de distributeur pour tous les demandeurs d'asile | 33 |
| 4.1.3. | Option 3 : Les acteurs actuels distribuent le financement, administration par MediPrima et accès aux soins de santé couverts par l'assurance maladie | 34 |
| 4.2. | GOUVERNANCE DU SYSTÈME | 35 |
| 4.2.1. | Option 1 : La gouvernance du système de soins de santé pour les demandeurs d'asile est confiée à Fedasil | 35 |
| 4.2.2. | Option 2 : La gouvernance du système est confiée à un comité stratégique | 36 |
| 4.3. | AMÉLIORATIONS POSSIBLES ET RAPIDES DU SYSTÈME ACTUEL (QUICK WINS) | 38 |
| 4.3.1. | Quick wins au niveau macro | 38 |
| 4.3.2. | Quick wins au niveau des CPAS | 39 |
| 4.3.3. | Quick wins au niveau de Fedasil | 39 |
| 5. | CONCLUSION | 40 |



LISTE DES ABBREVIATIONS

ABBREVIATION

DÉFINITION

| | |
|---------|--|
| AIM | Agence Inter Mutualiste |
| CAAMI | Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité |
| CGRA | Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides |
| CPAS | Centre Public d'Action Sociale |
| COO | Centre d'Observation et d'Orientation |
| CRB | Croix-Rouge de Belgique |
| EASO | European Asylum Support Office |
| FARES | Fonds des Affections Respiratoires -asbl |
| FEDASIL | Agence fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile |
| IBZ | Service Public Fédéral Intérieur (Intérieur – Binnenlandse Zaken) |
| ILA | Initiative Locale d'Accueil |
| INAMI | Institut National d'assurance Maladie Invalidité |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| MIPEX | Migrant Integration Policy Index |
| MENA | Mineurs Etrangers Non-Accompagnés |
| OE | Office des Etrangers |
| ONE | Office de la Naissance et de l'Enfance |
| RKV | Rode Kruis Vlaanderen |
| VRGT | Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding |



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Quelle que soit l'opinion que l'on professe vis-à-vis de la problématique des migrants, certains principes sont incontournables. Ils ont été écrits noir sur blanc le 19 septembre 2016 par l'Assemblée générale des Nations Unies, dans la **Déclaration de New York**^a sur les réfugiés et les migrants. Cette déclaration affirme **la nécessité d'une prise en charge globale des réfugiés et des demandeurs d'asile, avec une attention toute particulière aux plus vulnérables d'entre eux, à savoir « les femmes en danger, les enfants, en particulier ceux qui ne sont pas accompagnés ou qui sont séparés de leur famille, les membres de minorités ethniques ou religieuses, les victimes de violence, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes discriminées sur quelque base que ce soit, les peuples autochtones, les victimes de la traite des êtres humains et les victimes d'exploitation et de sévices dans le contexte du trafic de migrants »** (United Nations, 2016, p.5). Cette déclaration s'ajoute aux précédentes directives européennes et à d'autres recommandations internationales sur l'accueil et la prise en charge des demandeurs d'asile.

La Belgique a contresigné ces engagements internationaux, mais sa politique de soins de santé envers les demandeurs d'asile n'a pas encore été complètement mise en œuvre.

Le Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique^b publié en 2014 par l'INAMI et Médecins du Monde (Belgique) ainsi que le rapport de la Cour des comptes de 2017^c et le rapport Migrant Integration Policy Index (MIPEX)^d soulignent notamment les points suivants :

- Système **non efficace et non équitable** en raison des variations et inégalités d'accessibilité, d'organisation, de disponibilité, de couverture et de qualité des soins entre demandeurs d'asile
- **Absence de continuité des soins** pour les demandeurs d'asile en cas de transfert entre établissements d'accueil, de décisions négatives, de rapatriement volontaire ou forcé ou lorsque les demandeurs d'asile sont reconnus comme réfugiés.
- Nécessité d'une **meilleure mise en œuvre de la législation existante** sur l'accès des demandeurs d'asile aux soins de santé.

De façon générale, on considère que la principale pierre d'achoppement de l'accès équitable aux soins de santé des demandeurs d'asile est la **coexistence de plusieurs procédures administratives complexes, coûteuses et consommatrices de temps**. Le Livre Blanc sur l'accès aux soins en Belgique (qui a fait suite au Livre Vert)^e suggérait d'ailleurs d'harmoniser l'accès aux soins de santé pour toutes les populations vulnérables – dont les demandeurs d'asile – en les intégrant dans le régime d'assurance maladie ordinaire.

^a Voir la déclaration complète ici : <https://refugeesmigrants.un.org/declaration>

^b INAMI et Médecins du Monde. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. Brussels: Kluwer; 2014. www.cbcs.be/IMG/pdf/doc-pour-lien-acces-soins-livre-vert-fr.pdf?347/d57044fe477707dc46c9327346beb192fe7d98da

^c Cour des Comptes. Accueil des demandeurs d'Asile. Bruxelles: Cour des Comptes; 2017. Rapport de la Cour des Comptes remis à la Chambre des Représentants D/2017/1128/36

^d IOM. Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports. Geneva: IOM; 2016.

^e <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx>



Un accès plus équitable aux soins de santé permettrait à la Belgique de se mettre en ordre vis-à-vis de ses obligations nationales et internationales en matière de droits de l'homme, de droit à la santé et de protection de la santé publique.

1.2. Questions de recherche

Cette recherche a été demandée par l'INAMI. Elle s'articule autour des deux questions de recherche suivantes :

1. Comment les soins de santé pour les demandeurs d'asile sont-ils actuellement organisés en Belgique ?
2. Quels sont, d'après les stakeholders, les principaux problèmes de l'organisation actuelle des soins de santé pour les demandeurs d'asile en Belgique ?
3. Quelles sont, d'après les stakeholders, les options possibles pour rendre l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile plus équitable ?
4. Quels sont, d'après les stakeholders, les avantages et les inconvénients de chacune de ces options ?

Cette étude porte sur l'accès aux soins de santé pour tous les demandeurs d'asile en Belgique, qu'ils se trouvent dans les centres d'accueil collectif (de Fedasil ou de ses partenaires^f), les initiatives locales d'accueil (ILA) ou les centres spécifiques pour mineurs non accompagnés (MENA) ou pour les victimes de la traite des êtres humains. Les personnes qui demandent à

bénéficier d'une protection pour des raisons humanitaires (9bis) ou en raison de leur état de santé (9ter)^g (voir plus loin) sont également concernées. Enfin, les demandeurs d'asile dits « code 207 *No show* » (voir plus loin) ainsi que les demandeurs d'asile placés dans un centre fermé mais avec une demande d'asile en cours sont également inclus dans le champ de cette recherche, bien qu'ils soient considérés comme « extérieurs » au réseau d'accueil proprement dit. Dans la suite de ce rapport nous désignerons l'ensemble de ces personnes par le terme « demandeurs d'asile^h ».

Par contre, ce rapport ne concerne pas les demandeurs d'asile déboutés séjournant dans les centres de détention (sans demande d'asile), les migrants sans papiers et/ou en transit, les touristes et toutes les personnes en situation de mobilité internationale (étudiants, travailleurs ou réunification familiale) parce que ces personnes bénéficient d'autres formes de protection.

^f Le principal partenaire de Fedasil pour l'accueil des demandeurs d'asile est la Croix-Rouge de Belgique (Croix-Rouge de Belgique pour Bruxelles et la Wallonie, et Rode-Kruis Vlaanderen pour la Flandre). Les autres partenaires sont notamment le Samu Social, le CIRE, Caritas.

^g Dans le cas des procédures 9ter, il s'agit uniquement des personnes ayant également introduit une demande d'asile. Le rapport porte uniquement sur leur accès aux soins de santé et pas sur l'expertise médicale liée au problème de santé qui a motivé leur demande.

^h Depuis mars 2018, le terme « demandeur d'asile » est officiellement remplacé par « demandeur de protection internationale », qui inclut à la fois les demandeurs d'asile et les personnes bénéficiant d'une protection subsidiaire. Pour fluidifier la lecture, nous utiliserons néanmoins le terme « demandeur d'asile » dans ce rapport.

ⁱ Les soins de santé pour les migrants sans papiers ont déjà fait l'objet d'un rapport du KCE : Roberfroid D., et al. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 257Bs. D/2015/10.273/109.



1.3. Méthodes utilisées

Cette recherche est essentiellement une consultation de stakeholders ; elle a été menée selon une approche progressive :

Au cours d'une **première phase exploratoire**, nous avons croisé trois sources de données afin de décrire l'organisation actuelle et d'identifier les principaux problèmes ainsi que les solutions envisageables : 1) la littérature (scientifique) belge; 2) les bases de données existantes et 3) des entretiens semi-structurés avec des stakeholders (les noms des stakeholders ayant participé à ce rapport se trouvent dans le colophon).

Cette première phase nous a permis d'identifier **trois caractéristiques-clés** de l'organisation actuelle, sur la base desquelles nous avons ensuite élaboré les options proposées dans ce rapport :

- Les responsabilités en matière de gouvernance et d'organisation des soins de santé sont réparties entre différents acteurs.
- L'organisation, la disponibilité et la nature des soins couverts dépendent du type d'hébergement et ne sont pas identiques pour tous les demandeurs d'asile.
- Les soins de santé pour les demandeurs d'asile sont financés par différents acteurs, selon différentes modalités.

Au cours de cette phase, nous avons également identifié des premières options possibles pour remédier aux problèmes actuels.

- Lors de la **deuxième phase**, ces pistes de solutions ont été soumises à un large panel d'experts belges, d'acteurs de terrain et de décideurs politiques via une enquête en ligne (en français et néerlandais) afin de valider les éléments-clés identifiés lors de la phase exploratoire et de recueillir les préférences par rapport aux options proposées.
- Au cours de la **troisième phase**, les résultats et les éléments non consensuels de l'enquête ainsi que les options proposées, ont été affinés lors d'une séance de travail avec 35 experts, travailleurs de terrain et décideurs politiques.

- Une **quatrième phase** nous a permis de développer les différentes options présentées dans ce rapport, au cours de consultations individuelles avec les stakeholders qui seraient affectés par les options : l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil), le SPP Intégration sociale et l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI).
- Lors de la **cinquième et dernière phase**, nous avons réuni tous les stakeholders pour discuter des options proposées et évaluer leur faisabilité. Une consultation finale en ligne a permis de nous accorder sur les formulations définitives.

L'annexe 1 du [rapport scientifique](#) présente le détail de ces méthodes. Dans la suite de ce rapport, les différentes sources de données ont été triangulées et seront présentées de façon intégrée. Il est également à noter que les demandeurs d'asile eux-mêmes n'ont pas été directement consultés lors de cette recherche.



2. ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS DE SANTÉ POUR LES DEMANDEURS D'ASILE EN BELGIQUE

2.1. La procédure de protection internationale

La protection internationale – dont font partie les soins de santé et l'assistance aux demandeurs d'asile et aux réfugiés – est régie par plusieurs directives européennes, qui ont été transposées dans la législation belge.

Encadré 1 – La loi Accueil du 12 janvier 2007^j

« La loi Accueil fixe le principe d'une aide matérielle pour les demandeurs d'asile et confie à Fedasil la mission de la délivrer. L'aide matérielle comprend l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique, l'octroi d'une allocation journalière ainsi que l'accès à l'aide juridique, à des services tels que l'interprétariat et à des formations.

Depuis son entrée en vigueur en juin 2007, la loi Accueil a été modifiée à de nombreuses reprises, en particulier pour tenter de répondre à la crise de l'accueil rencontrée de 2009 à 2012 ou encore se conformer aux réformes du régime d'asile européen commun et à la jurisprudence. »

Source : www.fedasil.be

La Loi Accueil prévoit également l'établissement de conventions entre Fedasil et des partenaires comme la Croix-Rouge pour la délivrance de l'aide matérielle (art 62). La mission d'accueil et d'aide matérielle peut également être gérée par les CPAS (art 64).

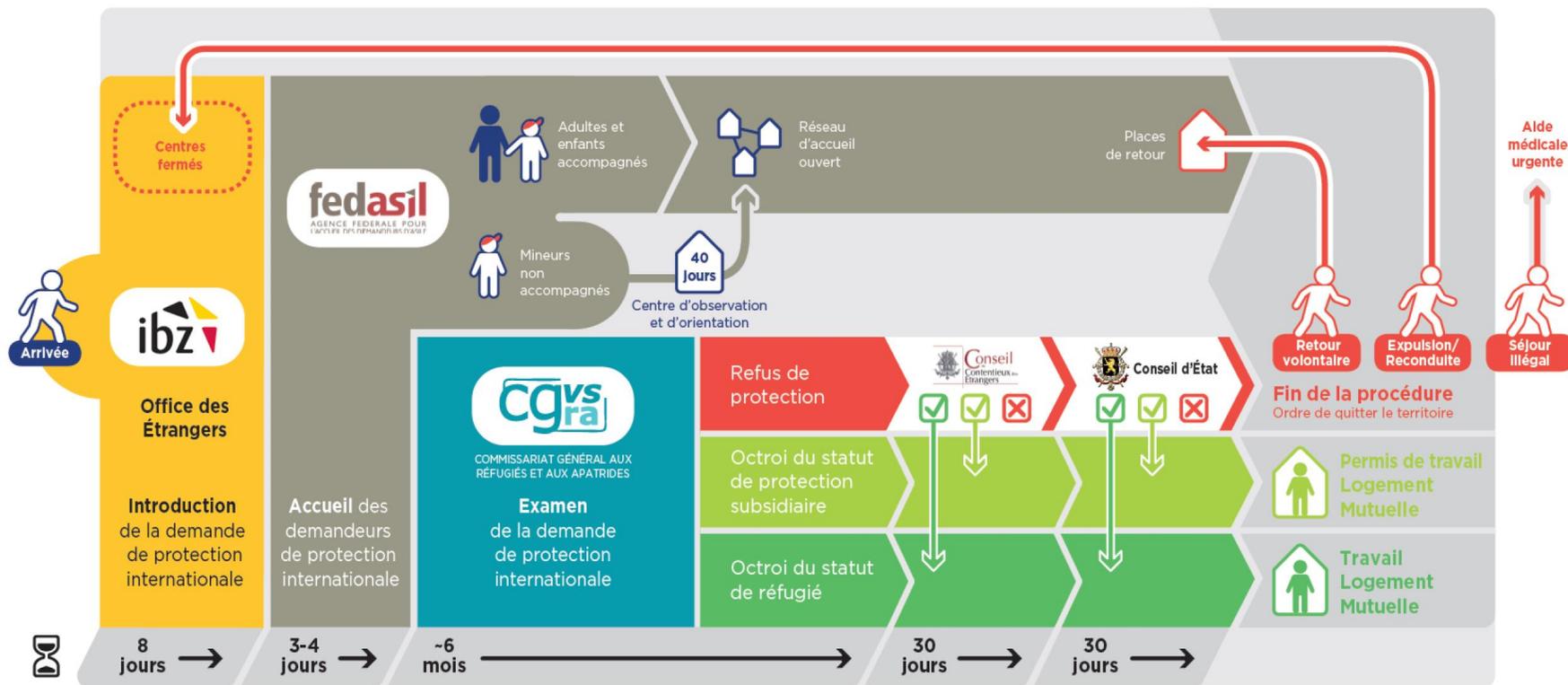
La figure 1 donne un aperçu de la procédure de protection internationale en Belgique.

^j Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, M.B. 7 mai 2007



Figure 1 – Protection internationale en Belgique^k

PROTECTION INTERNATIONALE EN BELGIQUE



^k Cette figure inclut des éléments d'une infographie sur la procédure d'asile développée par Cultures et Santé. Le graphique original et l'outil pédagogique l'accompagnant sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/431-la-procedure-d-asile-en-belgique.html>



1^e étape : l'Office des étrangers (OE) enregistre la demande d'asile et vérifie la compétence de la Belgique par rapport à cette personne (Convention de Dublin). Si la demande est déclarée recevable par l'OE, elle est transférée au **Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)**.

Dans les 3 jours, le demandeur d'asile est reçu au Dispatching de Fedasil et se voit assigner un lieu de résidence obligatoire (son « code 207 »). En fonction de sa situation familiale, de son état de santé, des langues parlées et de la langue de la procédure d'asile, il est orienté prioritairement vers un centre d'accueil collectif ou, plus rarement, vers une Initiative Locale d'Accueil (ILA). Les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) sont orientés vers des centres spécifiques d'observation et d'orientation (C.O.O).

Si pour l'une ou l'autre raison, le demandeur d'asile n'accepte pas l'hébergement qui lui est proposé ou s'il introduit une demande ultérieure, il reçoit un « code 207 *No show* » et doit trouver lui-même un lieu d'hébergement (par exemple chez une connaissance).

Dès qu'il a demandé l'asile auprès de l'OE, le demandeur a droit à « l'accompagnement médical nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine » dans le cadre de l'aide matérielle, comme le stipule la loi Accueil de 2007.

2^e étape : le CGRA analyse la demande d'asile et prend la décision finale. Depuis 2018, **cette prise de décision doit se faire endéans les 6 mois à compter du jour de réception de la demande par le CGRA**. Le CGRA s'accorde pendant **une durée maximale de 21 mois** pour les cas complexes.

3^e étape : en fonction de la réponse du CGRA, le demandeur d'asile se retrouve dans l'une des situations suivantes :

- il obtient le statut de **réfugié** pour une période de 5 ans (illimité après la période de 5 ans),
- il obtient un statut de **protection subsidiaire**^I pour une période d'un an (renouvelable pour deux fois deux ans, illimité après cinq ans),
- il se voit opposer un **refus**.

4^e étape : **Si le statut de réfugié (ou la protection subsidiaire) est accordé par le CGRA**, le demandeur d'asile dispose d'un délai de **deux mois** pour trouver un lieu de résidence (trois mois en cas de vulnérabilité particulière). Il peut alors demander une aide sociale auprès du CPAS de ce nouveau lieu de résidence. Le **statut de réfugié** lui donne **droit à l'assurance maladie obligatoire**, et il doit **s'inscrire à une mutualité** ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

La présente étude porte sur les demandeurs d'asile, c'est-à-dire les personnes qui se trouvent dans la 1^e ou la 2^e étape, en attente de la réponse de l'OE puis du CGRA, ou dans la 3^e étape, s'ils ont fait appel d'un refus de leur demande d'asile.

^I La protection subsidiaire concerne les personnes qui ne remplissent pas les critères pour le statut de réfugié, mais pour lesquels il a été clairement établi que le renvoi vers le pays d'origine risquerait de leur faire subir un préjudice grave (peine de mort, exécution, torture ou traitements dégradants, menace grave pour la vie du fait de la violence liées à des conflits armés).

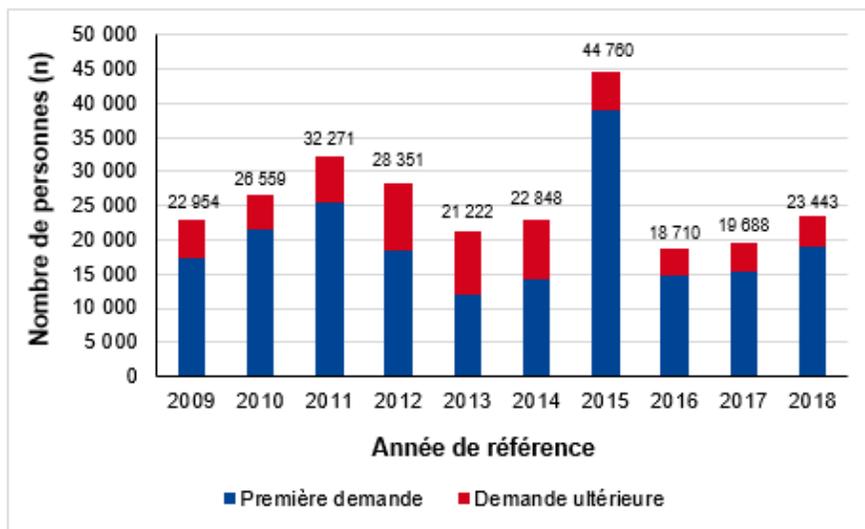


2.2. Les demandeurs d'asile en Belgique

2.2.1. Nombre de demandeurs d'asile

La figure 2 présente l'évolution du nombre de demandes d'asile entre 2010 et 2018 (premières demandes et demandes ultérieures confondues).

Figure 2 – L'évolution du nombre de demandes d'asile entre 2010 et 2018 (premières demandes et demandes ultérieures confondues)



Source: Adapté du CGRA, 2019

En 2018, selon le CGRA, **23 443 personnes ont introduit une demande d'asile en Belgique**, dont 19 038 premières demandes et 4 405 (18,8 %) demandes ultérieures. Les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) étaient au nombre de 1239.

Le CGRA a pris une décision finale sur 15 700 dossiers, ce qui correspond à 20 080 personnes, dont des enfants mineurs accompagnés de leurs parents. Le statut de réfugié a été octroyé à 8706 personnes, et la protection subsidiaire à 1777 personnes, ce qui, d'après le CGRA, correspond à un taux de protection de 49,1% (il était de 50,7% en 2017).

Tableau 1 – Décisions finales du CGRA par personne et par dossier pour l'année 2018

| Décisions | Personnes | (%) | Dossiers* | (%) |
|---|---------------|-------------|---------------|-------------|
| • Statut de réfugié | 8706 | 43,3 | 6144 | 39,1 |
| • Statut de protection subsidiaire | 1777 | 8,8 | 1433 | 9,1 |
| • Refus pour demande jugée irrecevable | 3466 | 17,3 | 2961 | 18,9 |
| • Refus pour demande jugée infondée | 695 | 3,5 | 515 | 3,3 |
| • Refus après examen de la demande | 5156 | 25,7 | 4382 | 27,9 |
| • Retrait du statut de réfugié ou de protection subsidiaire | 280 | 1,4 | 265 | 1,7 |
| Total | 20 080 | 100% | 15 700 | 100% |

*Un dossier peut concerner plusieurs personnes (p.ex. une famille).

Source: Adapté de CGRA 2019, page 6.

Les principaux pays d'origine des demandeurs d'asile sont actuellement (2018) la Syrie, la Palestine et l'Afghanistan. Pour les MENA, les principaux pays d'origine sont l'Afghanistan, la Guinée et l'Érythrée.

Au niveau européen, d'après l'*European Asylum Support Office* (EASO), 634 700 demandes d'asile ont été enregistrées en 2018 dans les 28 États membres de l'Union européenne, en Norvège et en Suisse.



2.2.2. État de santé des demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile ont en général un état de santé moins bon que celui de la population du pays d'accueil. Le rapport 2018 du Bureau régional de l'OMS en Europe a identifié les sujets de préoccupation suivants concernant la santé des demandeurs d'asile :

- maladies transmissibles : maladies évitables par la vaccination, tuberculose, VIH, hépatites B et C, infections virales ;
- maladies non transmissibles : diabète sucré de type 2, maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cérébraux et cardiopathies ischémiques) et cancer (en particulier cancer du col de l'utérus) ;
- santé mentale, y compris les troubles de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété ;
- santé maternelle ;
- santé sexuelle et reproductive, en accordant une attention particulière aux violences sexuelles antérieures ;
- santé des enfants et des adolescents.

De nombreux facteurs pré/post migration sont susceptibles d'avoir un impact sur l'état de santé des demandeurs d'asile, tels que les conditions de vie précaires dans le pays d'origine, la torture et la violence, le traumatisme de l'exil, la détention, la durée des procédures, les barrières linguistiques et culturelles ou le manque de connaissance du pays hôte. Les conditions de leur accueil pourraient également avoir un impact négatif sur leur santé, ainsi que sur les dépenses en matière de soins.

Il n'existe actuellement en Belgique aucune base de données centralisée rassemblant des données relatives aux problèmes de santé des demandeurs d'asile ou à leur utilisation des soins de santé. La plupart ne possèdent pas de dossier médical informatisé et ils ne sont pas repris dans les enquêtes de santé (nationales ou régionales). Les seules données disponibles à leur sujet sont le fruit d'initiatives locales. À noter que, dans la littérature, les études ne font pas toujours de distinction claire entre les demandeurs d'asile et d'autres catégories de migrants.

2.3. Le réseau d'accueil et les modalités de dispensation de soins

Globalement, le réseau d'accueil comprend :

- les **centres d'accueil collectif** : dont certains sont gérés par Fedasil et d'autres par des partenaires tels que la Croix-Rouge de Belgique et la Rode Kruis Vlaanderen. Certains de ces centres sont réservés aux MENA.
- et les **Initiatives Locales d'Accueil (ILA)**, dont la majorité sont gérées par les CPAS des communes où elles sont situées, et d'autres par des ONG.

Dans ce rapport, nous considérons également les **code 207 « No show »** même si ceux-ci sont en réalité en dehors du réseau d'accueil proprement dit.

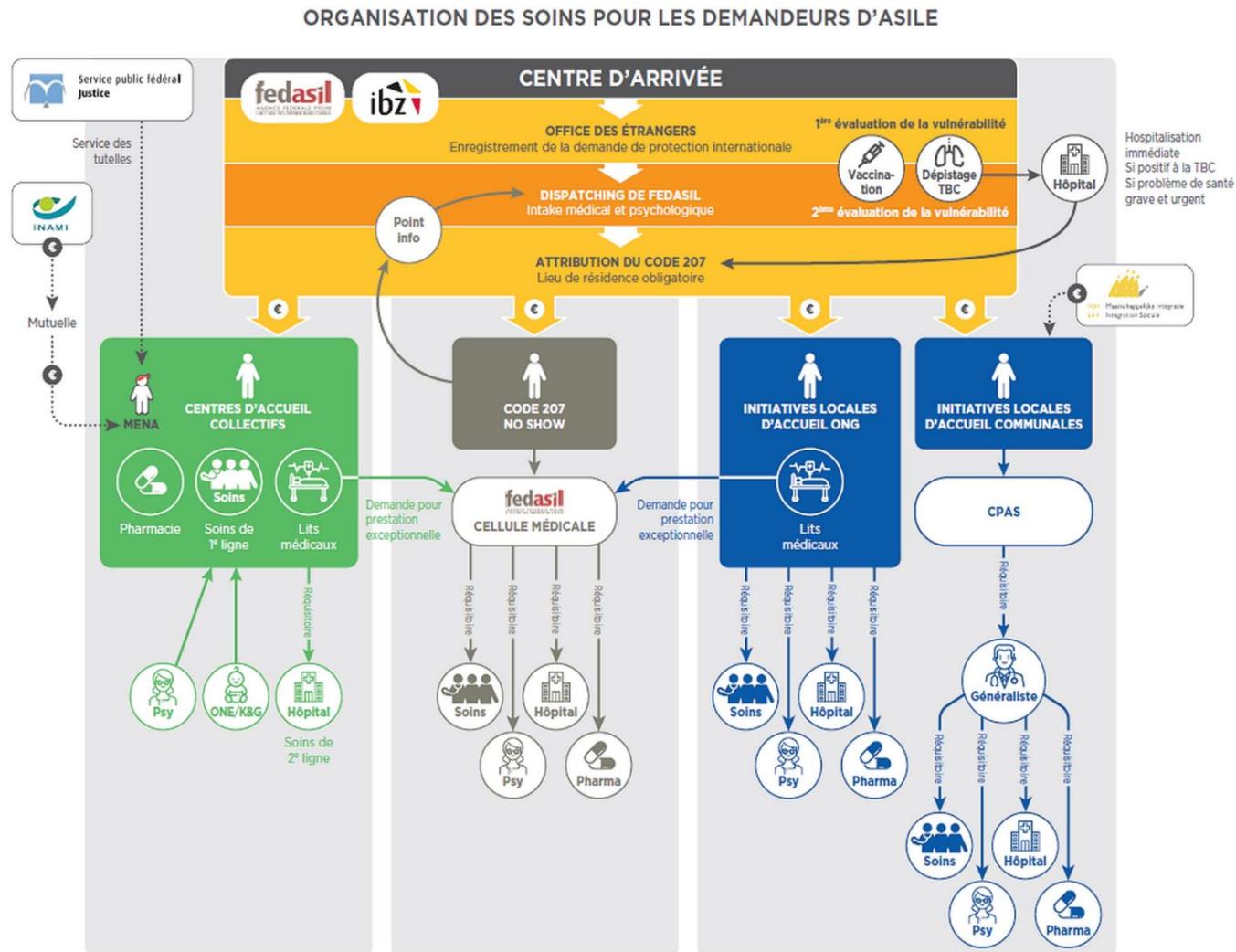

Tableau 2 – Description du réseau d'accueil (situation en février 2019)

| Type d'hébergement | Réseau d'accueil | | | Hors réseau d'accueil | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|--|
| | Centres Fedasil y compris COO pour les MENA | Centres partenaires | ILA gérées par une ONG | ILA gérées par un CPAS | Logements privés Code 207 "No show" |
| Nombre de centres | 18 (dont 4 COO) | 20 gérés par la Croix-Rouge de Belgique (CRB) 15 gérés par la Rode Kruis Vlaanderen (RKV) 9 gérés par d'autres partenaires* | 3 | 457 | n/a |
| Nombre de places disponibles | 5380 (dont 130 places en COO) | CRB : 5828 RKV: 2607 Autres: 825 | Caritas: 200 Ciré: 166 Stad Gent: 85 Mentor Escale: 50 | 5573 | 444 |
| Personnes hébergées | Tous les demandeurs d'asile COO: MENA Priorité à ceux qui ont des besoins médicaux | Tous les demandeurs d'asile | Priorité à certains groupes vulnérables | Priorité à ceux qui viennent de pays à taux de protection élevé | Demandeurs d'asile qui ont des amis/de la famille en Belgique ou qui ont fait une demande ultérieure |

* Les autres partenaires gérant des centres d'accueil collectif sont : Samu Social (n=299), Agentschap Jongerenwelzijn – AJW- (n=145), Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse – AGAJ - (n=104), Mutualités Socialistes (n=47), Synergie 14 (n=10), Sam (n=4) et Oranje Huis (n=3).



Figure 3 – Organisation des soins de santé pour les demandeurs d'asile en Belgique





2.3.1. Les centres d'accueil collectif

Les centres d'accueil collectif représentent la formule d'hébergement la plus fréquente. Ce sont des **centres ouverts** : les demandeurs d'asile y sont libres d'aller et venir. Les familles sont hébergées dans des chambres séparées, tandis que les célibataires partagent généralement un dortoir. Tous doivent prendre en charge leur propre linge, le nettoyage de leurs chambres et participer aux services communautaires (maintenance des espaces communs, distribution des repas ou soutien aux différentes activités).

À quelques détails près, **l'accès aux soins de santé y est organisé de la même façon partout** et les soins sont gratuits pour les résidents.

Les **soins de première ligne** sont souvent organisés **au sein du centre**, principalement gérés par des infirmiers, qui constituent le premier point de contact pour les demandeurs. Des médecins généralistes et des psychologues externes y donnent des consultations pendant la semaine. Les soins pédiatriques de 1^e ligne sont pris en charge via des partenariats avec Kind & Gezin et l'ONE. Si les demandeurs d'asile consultent des professionnels ou services de santé en dehors du cadre de Fedasil, ils doivent en couvrir personnellement les frais.

Certains centres Fedasil sont dotés de **lits médicalisés** pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé physique, avec une continuité infirmière 24/7. Par ailleurs, dans chaque centre, des personnes de référence sont désignées pour les questions de vulnérabilité particulière, de problèmes de santé mentale et de mutilations génitales féminines. Des projets pilotes d'appui psychosocial (médiateurs interculturels et conseillers psychosociaux) sont actuellement menés dans plusieurs centres en partenariat avec Médecins Sans Frontières. Des collaborations locales avec des associations sont également organisées autour de la promotion de la santé ou la prévention (p.ex. SIDA'SOS).

Les **consultations de spécialistes et les hospitalisations** sont conditionnées à l'octroi d'une garantie de paiement (appelée « réquisitoire ») qui est délivrée par le centre d'accueil sous le contrôle du médecin généraliste ou de l'infirmier (= gatekeeping). Les rendez-vous sont pris directement par l'infirmier du centre d'accueil. Il n'est pas prévu que les demandeurs d'asile puissent avoir le choix de leurs prestataires de soins

externes mais, dans la pratique, les travailleurs sociaux, les généralistes et les infirmiers s'efforcent autant que possible de respecter les préférences du patient. Dans les grandes villes, il existe souvent un accord préalable avec certains hôpitaux (le plus souvent publics).

2.3.2. Les Initiatives Locales d'Accueil (ILA)

Les **Initiatives Locales d'Accueil (ILA)** sont pour leur part **financées et gérées par les CPAS** (sauf quelques-unes qui dépendent d'ONG – voir tableau 2). Il s'agit le plus souvent de logements privés meublés, adaptés à la composition du ménage. Les demandeurs d'asile y arrivent le plus souvent après avoir passé quelques mois dans un centre d'accueil collectif. Ils peuvent y organiser leurs activités quotidiennes de façon autonome, avec le soutien du CPAS.

Les modalités d'accès aux soins de santé y sont différentes de celles des centres d'accueil collectif.

L'accès à l'assistance matérielle (et donc aux soins) est conditionné par une **enquête sociale** effectuée par un travailleur social du CPAS. Cette enquête sociale évalue l'entièreté des besoins et des ressources du demandeur d'asile (et de ses cohabitants) ; elle ne se limite donc pas aux aspects « santé ». Dans certains CPAS, la situation personnelle du demandeur d'asile est réévaluée à intervalles réguliers pour adapter l'assistance matérielle à ses besoins. Les soins couverts peuvent varier d'un CPAS à l'autre (voir plus loin).

Lorsqu'il a besoin de **soins de 1^e ligne**, le demandeur d'asile doit d'abord demander au CPAS de lui fournir un document de garantie de paiement (réquisitoire) qu'il remettra au prestataire de soins (parfois, le demandeur doit d'abord présenter un certificat médical pour recevoir le réquisitoire). En cas d'urgence, le médecin consulté doit joindre à sa note d'honoraires une attestation médicale confirmant a posteriori le caractère urgent de la consultation.

Certains CPAS fournissent un réquisitoire pour chaque acte de soins, d'autres délivrent une « carte de soins » couvrant les soins de santé de 1^e ligne pour une période définie (généralement 3 mois). Selon les cas, le professionnel de la santé leur est désigné, ou ils peuvent le choisir sur une liste de professionnels reconnus par la CPAS, ou encore ils sont entièrement libres de leur choix. En pratique, les CPAS ont tendance à préférer établir des accords avec des médecins / maisons médicales pour



des raisons de facilité administrative. Le CPAS paie les honoraires/factures des professionnels de santé et est ensuite remboursé par le SPP Intégration Sociale, pour les actes couverts par la nomenclature INAMI

Les **consultations de spécialistes et les hospitalisations** sont conditionnées à la délivrance d'un réquisitoire par le CPAS. Pour les soins de santé dispensés à l'hôpital, le réquisitoire du CPAS est délivré par voie électronique depuis 2014, grâce à un système de transfert de données informatisé appelé **MediPrima**, qui met en lien les CPAS, les hôpitaux et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI), ainsi que le SPP Intégration Sociale. MediPrima sera prochainement étendu aux médecins généralistes et aux pharmacies.

Dans les **ILA gérées par des ONG**, les modalités d'accès aux soins sont variables. Les soins y sont financés directement par Fedasil.

2.3.3. *Les personnes avec un code 207 "No show"*

En cas de demandes ultérieures ou de refus du lieu de résidence obligatoire, le demandeur d'asile reçoit un « code 207 No show » et doit dès lors trouver à se loger de sa propre initiative. Du point de vue de Fedasil, ces demandeurs d'asile ne sont pas inclus dans le réseau d'accueil. Ils ont toutefois toujours droit aux soins de santé (dans le cadre de l'aide matérielle), mais selon des modalités différentes. Ainsi, ils peuvent choisir directement leurs professionnels de soins (de 1^e ligne ou spécialisés), mais le réquisitoire préalable doit être demandé directement auprès de la cellule médicale de Fedasil. En cas d'urgence, le médecin doit joindre à sa note d'honoraires une attestation médicale confirmant a posteriori le caractère urgent de la consultation.

C'est Fedasil qui gère ensuite les factures et notes d'honoraires. En pratique, ces personnes s'adressent en grande majorité à des maisons médicales ou à des ONG telles que Médecins du Monde. Depuis décembre 2018, ils peuvent également se présenter au centre d'arrivée du Petit-Château où ils ont un accès direct à des soins de première ligne. Les soins spécialisés sont principalement dispensés dans des hôpitaux publics et par des professionnels de la santé sous contrat.

2.3.4. *Les mineurs étrangers non-accompagnés (MENA)*

À leur arrivée, les **MENA** sont envoyés pendant 40 jours dans des **centres d'orientation et d'observation (COO)** spécifiques (il en existe quatre). Au cours de ce séjour, ils subissent des examens afin de confirmer leur minorité et d'identifier leurs vulnérabilités potentielles. Ces examens permettront d'aider le dispatching de Fedasil à les orienter vers le lieu d'hébergement le plus approprié au sein du réseau d'accueil collectif (p.ex. à Rixensart, un centre spécial a été créé pour l'accueil des mères mineures isolées et célibataires).

Une fois leur minorité confirmée, le **Service des tutelles du SPF Justice leur attribue un tuteur** chargé de l'inscrire à l'assurance maladie obligatoire (en tant que titulaire), de lui trouver une école, de lui trouver un avocat, de l'aider dans sa demande d'asile si cela n'a pas encore été fait, de lui donner des conseils pratiques et juridiques, etc. Les MENA ont **droit à l'assurance maladie obligatoire belge** à la condition d'avoir passé **au moins trois mois consécutifs dans l'enseignement** primaire ou secondaire (ou d'avoir été exempté de l'obligation scolaire par un organisme agréé).

2.4. *Quels sont les soins couverts ?*

Même si l'organisation des soins de santé dépend globalement de Fedasil, leurs modalités et leur couverture varient en fonction des structures d'accueil. **Les soins de santé ne sont donc pas identiques pour tous les demandeurs d'asile.**

La **couverture de base des soins médicaux** comprend l'ensemble des soins repris dans la **nomenclature INAMI**, à l'exception de certains actes (**Liste Moins** – voir encadré 2), et s'étend à certaines prestations ne dépendant pas de l'INAMI mais néanmoins prises en charge pour les demandeurs d'asile (**Liste Plus** – voir encadré 2). Cette couverture de base est d'application dans les centres Fedasil et les centres partenaires, dans les ILA ne dépendant pas d'un CPAS, ainsi que pour les demandeurs « No show ». **Dans les ILA gérées par un CPAS**, celui-ci détient un pouvoir discrétionnaire sur l'octroi ou non des soins repris dans les listes Plus et Moins.



Encadré 2 – Listes Moins et Plus

Liste Moins : aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil

- Orthodontie
- Investigation et traitement de l'infertilité
- Prothèses dentaires, lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quel que soit l'âge du demandeur d'asile
- Interventions purement esthétiques sauf pour la reconstruction après la chirurgie ou un trauma
- Soins dentaires et les extractions dentaires sous anesthésie générale

Liste Plus : aide et soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil

- Médicaments catégorie D (non remboursables) sur prescription, à l'exception de médicaments pour le traitement de l'impuissance.
- Médicaments catégorie D accessibles sans prescription d'un médecin, repris dans les rubriques suivantes : antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, analgésiques en antipyrétiques (paracétamol, acide salicylique, ibuprofène 400 mg, naproxène de sodium 220 mg), médicaments des affections bucco-pharyngées.
- Extractions dentaires.
- Prothèses dentaires, uniquement pour rétablir la capacité de mastication.

- Lunettes pour les enfants, prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.
- Lunettes pour les adultes en cas d'un indice de réfraction d'au moins 1D au meilleur œil, prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.
- Lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible.

La loi Accueil prévoit également l'accès aux soins psychologiques pour les demandeurs d'asile. Fedasil en a précisé les modalités, qui sont assez superposables à celles ouvrant l'accès aux soins médicaux de 1^e ligne, avec approbation préalable et délivrance du réquisitoire par le médecin traitant / le service médical de la structure d'accueil ou par le travailleur social du CPAS.

Fedasil rembourse maximum deux consultations individuelles ou familiales par mois (exceptionnellement davantage en cas de problème aigu si autorisation formelle du service médical / médecin traitant). Certaines thérapies de groupe sont également prises en charge (une séance par semaine à condition que le remboursement de la thérapie de groupe soit préalablement approuvé par le coordinateur psycho-social de Fedasil).

Les frais pour des interprètes professionnels sont également remboursés avec l'accord de la structure d'accueil (sur le budget de leurs frais de fonctionnement).


Tableau 3 – Récapitulation des modalités d'accès et de financement des soins en fonction des lieux d'hébergement

| | Centres Fedasil y compris COO | Centres partenaires | ILA gérées par une ONG | ILA gérées par un CPAS | Logements privés Code 207 "No show" |
|--|---|---|--|--|--|
| Lieu de délivrance des soins de 1^e ligne | À l'intérieur du centre d'accueil | À l'intérieur du centre d'accueil | À l'intérieur de l'ILA pour les problèmes graves (lits médicalisés); dans le système de soins ordinaire pour les autres DA | Système de soins de santé ordinaire | Système de soins de santé ordinaire |
| Gatekeeping vers les soins spécialisés | Réquisitoire délivré par le centre d'accueil si soins en dehors du centre | Réquisitoire délivré par le centre d'accueil si soins en dehors du centre | Réquisitoire délivré par l'ONG | Réquisitoire délivré par le CPAS | Réquisitoire délivré par la cellule médicale de Fedasil |
| Couverture des soins | Nomenclature INAMI Listes Plus & Moins | Nomenclature INAMI Listes Plus & Moins | Nomenclature INAMI Listes Plus & Moins | Nomenclature INAMI Pas de remboursement officiel des listes Plus & Moins par le SPP Intégration sociale : le remboursement est laissé à la discrétion des CPAS | Nomenclature INAMI Listes Plus & Moins |
| Accès aux interprètes | Tous les centres sont équipés pour la vidéoconférence pour la médiation interculturelle | Tous les centres sont équipés pour la vidéoconférence pour la médiation interculturelle | Gratuit si le DA est envoyé dans un lieu de soins équipé pour la médiation interculturelle | Gratuit si le DA est envoyé dans un lieu de soins équipé pour la médiation interculturelle | Gratuit si le DA est envoyé dans un lieu de soins équipé pour la médiation interculturelle |
| Liberté de choix du prestataire de soins | Non | Non | Varie d'une ONG à l'autre | Varie d'un CPAS à l'autre | Oui |
| Financier | Fedasil | Fedasil | Fedasil | SPP Intégration sociale si nomenclature INAMI Liste Plus : CPAS sur budget propre | Fedasil |
| Gestion des factures / honoraires | Facturation directe à Fedasil | Centralisation des factures par le partenaire, puis envoi à Fedasil | <i>Varie en fonction de l'ONG</i> Centralisation des factures puis envoi à Fedasil si soins délivrés en interne | Facturation au CPAS Remboursement du CPAS-par le SPP Intégration sociale si en dehors de MediPrima | Facturation directe à Fedasil |



| | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|---|---|-----|
| | | | OU Soins payés par le DA qui se fait ensuite rembourser par l'ONG | Facturation directe par le CPAS à la CAAMI si via MediPrima | |
| | | | OU Facturation directe à Fedasil | | |
| Ticket modérateur | Non | Non | Non | Non | Non |

2.5. Coût des soins aux demandeurs d'asile

Selon le lieu d'hébergement, Fedasil ou le SPP Intégration Sociale (ou le CPAS pour les frais de santé non couverts par la nomenclature INAMI) ont la responsabilité financière des soins de santé des demandeurs d'asile (voir annexe 4). Il n'existe pas de base de données centralisée. Ni la base de données des mutualités (Agence Inter-mutualiste - AIM), ni celle des données hospitalières (RHM), ni le système Finhosta ne disposent actuellement de données sur l'utilisation et les coûts des soins de santé aux demandeurs d'asile. Les quelques données disponibles ne permettent pas de donner une vue d'ensemble complète de l'utilisation et des coûts des soins de santé aux demandeurs d'asile en Belgique.



3. IDENTIFICATION PAR LES STAKEHOLDERS DES PROBLÈMES DANS L'ORGANISATION ACTUELLE

La description des problèmes telle qu'elle est relatée dans cette section provient d'entretiens avec des stakeholders des secteurs de la migration et de la santé des migrants, ainsi que d'éléments d'informations récoltés au cours des différentes réunions qui ont été menées (voir 1.3 – méthodes de travail).

Globalement, il ressort de ce travail que le système actuel de dispensation des soins aux demandeurs d'asile en Belgique est très complexe et génère des problèmes d'équité et d'efficacité. Nous avons réparti ces problèmes en trois niveaux (même si certains d'entre eux sont étroitement liés et peuvent être intégrés à plusieurs niveaux) :

- **micro** : niveau des demandeurs d'asile individuels
- **méso** : niveau de l'organisation des institutions, des professionnels et de la répartition des ressources
- **macro** : niveau de la gouvernance et de la politique

3.1. Niveau micro

3.1.1. Inégalités d'accès aux soins

Les demandeurs d'asile n'ont pas un accès satisfaisant aux soins de santé mentale, aux interprètes, aux services de prévention et de promotion de la santé, au planning familial, à la santé sexuelle et reproductive et aux soins spécialisés tels que les soins dentaires et l'ophtalmologie. Les raisons sont en partie inhérentes à des caractéristiques culturelles préexistantes, mais aussi à l'organisation du système de soins.

3.1.1.1. Disponibilité et accès des services de santé spécialisés

La répartition inégale des demandeurs d'asile sur le territoire belge complique leur accès aux services de soins spécialisés. Dans certaines régions du pays, la population locale rencontre déjà des difficultés pour accéder à des services spécialisés (par exemple, de santé mentale) ; pour les demandeurs d'asile qui nécessitent parfois des soins très spécifiques et qui disposent de moyens de transport plus limités, la situation est encore plus compliquée (par exemple, un jeune demandeur d'asile devant prendre le train d'Arlon à Bruxelles pour se rendre à une consultation de psychologue). Par ailleurs, les deux centres de référence reconnus par l'INAMI pour le traitement des mutilations génitales féminines sont situés à Bruxelles et à Gand ; le CARDA, le centre d'accueil unique pour les demandeurs d'asile souffrant de graves problèmes de santé mentale, est situé en région liégeoise. Outre cette dispersion géographique, les stakeholders ont souligné l'absence de cartographie complète de l'offre sanitaire et sociale pour les demandeurs d'asile.

D'autres obstacles encore peuvent empêcher l'accès aux soins des demandeurs d'asile, comme le manque de garderies pour les enfants ou les contraintes financières liées au transport.



Selon Bradby et coll.^m, la politique d'installation des demandeurs d'asile ne tient pas toujours compte des ressources existantes ou n'entraîne pas le développement de soutiens locaux spécifiques. Le projet SH-CAPACⁿ rapporte la même chose.

3.1.1.2. Barrières linguistiques et culturelles

Il est clair que l'accès aux services de santé est fortement entravé par des barrières linguistiques et culturelles. La barrière linguistique entraîne des difficultés à expliquer les symptômes ressentis, une mauvaise compréhension des traitements, des informations médicales minimales et des durées de traitement plus longues. Dans les centres d'accueil collectif et dans certains hôpitaux, il est possible d'avoir accès gratuitement à une médiation interculturelle par vidéoconférence, mais cette ressource est sous-utilisée par les professionnels privés, possiblement par réticence à impliquer une tierce partie dans la relation thérapeutique – en particulier dans les soins de santé mentale – ou par manque d'(in)formation pour travailler efficacement avec ce type d'intervenants.

Les problèmes linguistiques sont renforcés par le manque de littératie en santé des demandeurs d'asile (en termes de connaissances sur la santé, le droit aux soins, les services disponibles et la manière de s'y retrouver dans le système de soins).

3.1.1.3. Obstacles administratifs

Les demandeurs d'asile hébergés dans des ILA ou qui ont un code 207 « *No show* » sont confrontés à des obstacles administratifs que ne rencontrent pas ceux qui résident dans un centre d'accueil collectif. Pour tout contact avec le système de santé, ils doivent d'abord demander une garantie de paiement (réquisitoire) au CPAS dont dépend leur ILA. Certains CPAS délivrent ce document au cas par cas, d'autres pour une période définie (p.ex. carte médicale de 3 mois).

L'accès aux soins spécialisés ou aux hospitalisations requiert des procédures administratives longues et complexes, et ce quel que soit le lieu d'hébergement. Ces procédures prennent parfois un temps disproportionné par rapport aux besoins à rencontrer. De plus, si une consultation ou une hospitalisation est reportée ou annulée, le demandeur d'asile doit parfois renouveler toute la procédure de demande. Pour les demandeurs d'asile résidant en ILA, certains CPAS exigent une estimation préalable des coûts avant d'autoriser une prestation de soins spécialisés, et ne couvrent pas toujours la première consultation. Enfin, il a également été souligné – et confirmé par la dernière évaluation MIPEX (2015)^o – que les différences de pratiques relatives aux listes Plus et Moins (voir encadré 2, point 2.4) entre CPAS contribuent à la complexité du système.

^m Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. Copenhagen: WHO; 2015

ⁿ SH-CAPAC vise à aider les États membres de l'Union européenne soumis à une pression migratoire particulière à répondre aux défis liés à la santé. Les activités du projet répondent à la double nature de la réponse sanitaire nécessaire: a) répondre aux besoins humanitaires pressants et b) répondre aux défis structurels liés à l'intégration de la réponse dans les systèmes de

santé nationaux. Ce projet a été cofinancé par le programme Santé de l'Union européenne en 2016. (www.sh-capac.org)

^o « Migrant Integration Policy Index » Le MIPEX est un outil qui mesure les politiques d'intégration des migrants dans différents pays (accès à la nationalité, lutte contre la discrimination, éducation, regroupement familial, santé, mobilité sur le marché du travail, résidence permanente et participation à la vie politique). Le MIPEX est financé par l'Union européenne, EQUI-HEALTH et l'IOM (International Organisation for Migration).



3.1.1.4. Hétérogénéité dans le libre choix du prestataire de soins

Tous les demandeurs d'asile n'ont pas la possibilité de choisir librement leurs prestataires de soins. Ainsi, quand ils sont hébergés dans un centre d'accueil collectif, ils ne peuvent pas choisir les professionnels auxquels ils s'adressent ; s'ils souhaitent consulter un autre médecin que celui qui est attaché au centre, ils doivent couvrir les frais eux-mêmes.

Pour ceux qui vivent dans une ILA, la situation est variable. Certains CPAS désignent eux-mêmes les professionnels de la santé, d'autres fournissent une liste des professionnels de la santé auxquels le demandeur d'asile peut choisir et, dans certains cas, les demandeurs d'asile peuvent choisir directement leurs professionnels de la santé.

3.1.2. Inégalités de traitement

3.1.2.1. Hétérogénéité de la couverture de soins

La couverture des soins de santé accordée aux demandeurs d'asile est définie par la loi Accueil et son Arrêté royal^p ; elle inclut la nomenclature INAMI, à l'exception de la liste Moins (même si ces services sont inclus dans la nomenclature INAMI), mais avec l'ajout de la liste Plus (même si ces services ne sont pas remboursés aux citoyens ordinaires) (voir 2.4). La loi Accueil prévoit également les soins psychologiques (article 30).

Les listes Plus et Moins sont automatiquement appliquées dans les centres d'accueil collectif gérés par Fedasil ou ses partenaires. Elles sont également d'application dans les ILA gérées par des ONG. Par contre, ce n'est pas le cas pour les demandeurs d'asile hébergés dans les ILA gérées par des CPAS. En effet, le SPP Intégration Sociale n'applique pas la liste Plus et n'en rembourse pas les coûts aux CPAS. Ceux-ci sont libres de décider de les couvrir ou non sur leur propre budget, et de choisir d'en couvrir certains

et pas d'autres. Ce pouvoir discrétionnaire mène à une grande hétérogénéité dans les soins couverts pour les demandeurs d'asile résidant en ILA, mais pose également question du fait que ces choix sont posés sur une base budgétaire et non en fonction d'une réelle évaluation des besoins par un professionnel de la santé.

Certains stakeholders ont également signalé des divergences dans la couverture des frais liés aux soins résidentiels (maisons de repos et de soins, centres spécialisés pour personnes handicapées, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées).

La coexistence de régimes de soins différents en fonction du lieu de résidence constitue donc une source importante d'inégalité de traitement entre demandeurs d'asile. Il est toutefois impossible de quantifier l'importance des différences de remboursements entre les centres d'accueil collectif et les ILA, et entre ILA entre elles, étant donné que le manque de données détaillées sur les dépenses de santé aux demandeurs d'asile.

3.1.2.2. Absence d'évaluation globale de l'état de santé à l'arrivée et au départ

Conformément aux recommandations internationales et aux audits de qualité, Fedasil a établi des recommandations pour une évaluation médicale complète et normalisée à l'arrivée en Belgique. Malgré cela, certains stakeholders ont rapporté que, dans les faits, cette évaluation se limite au dépistage de la tuberculose et à une vérification de la vaccination. L'ouverture récente du centre d'arrivée du Petit-Château à Bruxelles devrait améliorer cette première prise en charge médicale en permettant de systématiser le dépistage et d'instaurer des premiers traitements en cas de besoin.

^p Arrêté royal du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil, M.B. 7 mai 2007



Les stakeholders ont également regretté l'absence d'évaluation systématique de la santé lorsque les demandeurs d'asile quittent le centre d'accueil, ce qui serait pourtant utile pour la continuité des soins. Par exemple, des patients nécessitant un traitement chronique ne reçoivent pas toujours les médicaments nécessaires avant leur départ, ou bien aucune mesure n'est prise pour organiser les soins de médecine générale dans leur lieu d'arrivée. Du côté des ILA, si le médecin traitant est absent, le CPAS n'a pas accès au dossier médical du demandeur d'asile et ne peut donc organiser un éventuel accompagnement sanitaire.

3.1.2.3. Absence et faible implémentation de guidelines

Les stakeholders ont regretté qu'il n'existe que peu de recommandations de pratique clinique sur les soins aux demandeurs d'asile qui soient adaptées au contexte belge. Il existe bien des checklists pour le suivi médical dans les centres Fedasil, mais elles sont utilisées de manière inégale par le personnel, en particulier celles liées à la santé mentale.

À part les recommandations du FARES et de la VRGT sur la tuberculose ou certaines recommandations de l'autorité flamande sur la vaccination, les praticiens de terrain ne disposent pas de beaucoup de sources d'informations, ni de possibilités de formation au travail avec cette population particulière (par exemple, comment travailler avec un interprète).

3.1.2.4. Limitations des soins de santé mentale

Comme largement souligné par la littérature, les soins de santé mentale (préventifs et curatifs) devraient être une priorité pour les demandeurs d'asile, qui sont particulièrement vulnérables en raison de leur histoire personnelle. Les stakeholders ont été nombreux à regretter que seule la thérapie par la parole (la psychothérapie classique) soit prise en compte, alors que d'autres formes de traitement considérées dans la littérature pourraient être adéquates, en particulier pour les MENA, comme les thérapies assistées par des animaux, ou différentes formes d'art-thérapie ou de thérapie par le mouvement. La littérature scientifique recommande également de considérer les problèmes de santé mentale dans une perspective de déterminants sociaux de la santé et de ne pas se limiter à l'aspect purement médical.

Il existe également un manque de services hospitaliers spécialisés capables de prendre en charge les problèmes de santé mentale les plus sévères. Certains professionnels disent devoir recourir à l'internement pour faciliter l'accès au traitement.

3.1.3. Inégalités de résultats

Comme indiqué précédemment dans ce rapport, nous ne pouvons pas fournir une vue d'ensemble des résultats de santé des demandeurs d'asile en Belgique en raison du manque de données disponibles.

Au niveau international, l'OMS Europe a tenté de dresser un premier aperçu de la santé des réfugiés et des migrants en Europe. Leur taux de mortalité (toutes causes confondues) semble assez similaire à celui des populations des pays d'accueil. Toutefois, si l'on analyse les causes particulières de mortalité, on observe que les infections, certaines maladies du sang et les troubles cardiovasculaires sont plus élevés pour les populations migrantes. En ce qui concerne la santé reproductive et la santé mentale, l'état de santé des demandeurs d'asile est moins bon que celui des populations des pays d'accueil.

3.1.4. Autres problèmes

Certains stakeholders ont attiré l'attention sur une certaine infantilisation des demandeurs d'asile dans les centres d'accueil collectif. Ils ont peu de possibilités de faire des choix personnels pour leurs activités quotidiennes (par exemple, dans certains centres, ils ne sont pas autorisés à aller dans les dortoirs pendant la journée). De leur côté, les agents de terrain souhaiteraient parfois une plus grande réactivité de la part des demandeurs d'asile mais reconnaissent que les conditions de leur accueil ne le favorisent pas toujours. Le caractère impersonnel des centres empêche aussi la mise en place d'une relation de confiance entre les demandeurs d'asile et le personnel.

Par ailleurs, la littérature démontre clairement l'impact négatif des centres d'accueil collectif sur la santé des demandeurs d'asile. Les travailleurs de terrain rencontrés estiment qu'au-delà de 4 mois, un séjour dans un centre d'accueil collectif devient préjudiciable au bien-être des résidents, avec



apparition de problèmes de santé tels que manque de sommeil, anxiété et dépression. Le temps passé dans les centres d'accueil collectif devrait donc être aussi limité que possible.

En outre, la proximité entre groupes ethniques différents peut entraîner des tensions et des conflits, que les professionnels de la santé se sentent incapables de gérer.

3.2. Niveau méso

3.2.1. Opacité du système pour les professionnels de santé extérieurs

Les stakeholders ont évoqué les nombreuses difficultés rencontrées par les professionnels de la santé pour comprendre le système de soins actuel et s'y retrouver dans les différentes procédures à suivre pour facturer leurs prestations. Ainsi par exemple, un médecin généraliste collaborant avec différents types d'accueil devra envoyer ses notes d'honoraires soit au centre Fedasil ou au centre partenaire local, soit au CPAS, soit encore directement à l'ILA, avec à la clé chaque fois une procédure administrative différente, sans parler des procédures spécifiques pour les mineurs non accompagnés (couverts par une mutualité) ou les demandeurs avec un code 207 « *No show* ». Si ce généraliste travaille avec plusieurs CPAS, les choses sont encore plus compliquées, car les différents CPAS peuvent avoir leurs propres procédures administratives. Enfin, s'il souhaite envoyer un patient à l'hôpital pour des examens complémentaires, il devra également suivre des procédures différentes pour chaque type d'hébergement.

Dans les CPAS, les décisions de couverture en matière de soins de santé sont prises par des assistants sociaux et non par des professionnels de la santé. Ceci est considéré comme particulièrement problématique par les stakeholders, car ces personnes ne détiennent pas de compétences en matière de santé. Par ailleurs, certains CPAS confondent les demandeurs d'asile (couverts par la loi Accueil de 2007) et les migrants sans papiers (qui ont uniquement droit à une aide médicale urgente), ce qui a également été dénoncé par l'évaluation MIPEx.

Plusieurs stakeholders ont également déploré un manque de transparence dans les décisions prises par la cellule médicale de Fedasil sur la couverture des soins des demandeurs avec un code 207 « *No show* ». Aucune explication ne serait transmise au sujet des décisions (positives ou négatives) prises par la cellule médicale et il n'y a quasi aucune jurisprudence ou décision officielle sur cette question.

3.2.2. Manque de professionnels de la santé qualifiés pour les soins de santé spécifiques des demandeurs d'asile

De façon générale, les centres d'accueil disposent de bonnes compétences en matière de santé pour les demandeurs d'asile ; par contre, dans le système de soins de santé ordinaire, de telles compétences sont beaucoup moins disponibles. D'après les stakeholders, le secteur des soins de santé aux demandeurs d'asile manque de professionnels de la santé mentale, d'interprètes et de médiateurs interculturels. Le projet SH-CAPAC confirme un manque de psychologues / psychiatres – notamment pédiatriques – spécifiquement formés aux troubles de stress post-traumatique et aux autres problèmes de santé mentale assez spécifiques de la population de demandeurs d'asile. À ce problème vient s'ajouter une sous-utilisation par les demandeurs d'asile des psychologues disponibles, en raison de la stigmatisation des problèmes de santé mentale, la peur des préjugés, le manque de connaissances des problèmes de santé mentale, etc. Enfin, comme déjà souligné, la répartition des demandeurs d'asile sur le territoire les empêche parfois d'avoir accès à des ressources appropriées en santé mentale (voir 3.1.1.1)

La littérature démontre que les barrières linguistiques et culturelles (décrites en 3.1.1.2) peuvent être réduites grâce au recours à des interprètes et à des médiateurs interculturels. Malheureusement, ces intervenants sont en nombre insuffisant et sont rarement formés à intervenir pour des problèmes de santé mentale. Il est donc souvent fait appel à des interprètes non professionnels. La littérature confirme aussi abondamment la nécessité de former les professionnels de la santé à certains aspects spécifiques des soins aux demandeurs d'asile, tels que l'identification, l'accompagnement et les soins des victimes de traumatismes, de torture, de violences sexuelles ou de mutilations génitales féminines. Plus largement, il est également



nécessaire de mieux les former aux maladies transmissibles, maladies héréditaires, maladies chroniques et carences nutritionnelles afin de leur permettre de prendre en charge une population diversifiée.

Du côté des agents de terrain eux-mêmes, nombreux sont ceux qui déclarent ne pas se sentir aptes à interpréter correctement certains comportements perturbés ou à identifier des problèmes psychologiques complexes, des violences familiales ou sexuelles ou des cas de traite des êtres humains. Des formations ad hoc sont organisées par certaines ONG et associations mais, aux dires de certains stakeholders, elles pourraient être améliorées.

3.2.3. Turnover des professionnels de santé

Le système actuel ne semble pas très attrayant pour les professionnels de santé, comme en témoignent les taux de rotation élevés du personnel dans les centres d'accueil collectifs. Les rythmes élevés d'ouverture et de fermeture des centres d'accueil n'arrangent pas la situation. Il est à craindre que cette pénurie de personnel qualifié ne conduise à l'embauche de personnes sous-qualifiées.

3.2.4. Réticence et/ou surcharge des professionnels de santé

Les stakeholders ont également signalé que certains professionnels de la santé locaux hésitent, voire refusent, de recevoir des demandeurs d'asile dans leur cabinet privé. Les causes pourraient être la complexité déjà évoquée des démarches à effectuer pour se faire payer, le manque de soutien administratif et logistique (interprètes), des craintes pour leur réputation, etc. De plus, comme les demandeurs d'asile sont concentrés dans certaines zones, la charge de travail des professionnels de la santé ou des hôpitaux qui les accueillent est disproportionnée, ce qui pourrait également conduire à des refus de soins. Le personnel infirmier des centres d'accueil collectif organise des séances d'éducation à la santé, mais la charge de travail administratif les empêche de s'investir réellement dans ce type d'activités.

3.2.5. Problèmes liés à la communication entre les acteurs dans et entre lieux d'accueil

Le secteur des soins aux demandeurs d'asile semble peu propice au développement d'une bonne communication interne. Ainsi, dans les centres d'accueil, des tensions surgissent entre la confidentialité que l'on doit assurer au traitement d'un patient et la sécurité de l'ensemble des résidents, par exemple en cas de maladies transmissibles.

Des difficultés de transmission d'information sont également signalées en cas de transfert : la rétention de certaines informations pourrait empêcher les services sociaux de fournir un soutien approprié. Certaines ONG regrettent que les demandeurs d'asile ne soient orientés vers elles que lorsque leur situation (de santé) est déjà détériorée. Quand des conventions sont établies entre un centre d'accueil et une association extérieure, les collaborations se déroulent en général bien et permettent de clarifier les rôles respectifs des acteurs et d'éviter les malentendus.

Certains services de santé externes, notamment en santé mentale, refusent de prendre en charge des demandeurs d'asile en raison de l'incertitude sur la durée de leur séjour dans les centres et de l'impossibilité d'établir un travail thérapeutique de qualité sur de trop courtes durées.

3.2.6. Manque d'informations appropriées pour les demandeurs d'asile

Des stakeholders ont également souligné le manque de supports d'information comme des brochures ou des animations d'éducation à la santé adaptées à la situation spécifique des demandeurs d'asile. Certains sujets sont abondamment couverts (p.ex. lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH) tandis que d'autres ne sont pas couverts du tout (maladies chroniques). Certains problèmes sont signalés comme particulièrement difficiles à traiter – et ne le sont presque jamais : la santé mentale, la sexualité ou la violence intrafamiliale.



3.3. Niveau macro

Les stakeholders dans leur ensemble ont déploré une mauvaise coordination des politiques et un manque de communication et de collaboration entre les différents acteurs aux niveaux fédéral et local.

3.3.1. *Manque de coordination et de collaboration*

Les entités fédérées ne partagent pas la même vision de l'accueil des demandeurs d'asile : les autorités de santé flamandes ont choisi de couvrir toutes les activités de soins de santé relevant de leur compétence, tandis que la Wallonie estime que l'ensemble des questions concernant les demandeurs d'asile sont du ressort du niveau fédéral, même celles qui sont de sa compétence, comme la vaccination et la santé mentale.

Ces différences de philosophie ont un impact négatif sur la continuité des soins, notamment quand un demandeur d'asile change de région de résidence. Ce problème semble encore plus flagrant pour les personnes handicapées ou ayant besoin de soins médicaux spécifiques. Tout en reconnaissant que la Belgique dispose d'un cadre légal robuste par rapport à d'autres pays européens en matière d'accès aux soins de santé, l'évaluation du MIPEX confirme cette absence de politique de santé globale pour les demandeurs d'asile en Belgique et souligne les disparités dans la mise en œuvre de la législation.

Au niveau du réseau, les stakeholders ont fait remarquer que Fedasil et le réseau des ILA n'entretiennent guère de collaborations. Ils ont également souligné la réticence de certains centres d'accueil ou CPAS à collaborer avec des projets de soins de santé proposés par des ONG ou des organisations locales à but non lucratif, par exemple dans le domaine de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

3.3.2. *Manque de monitoring*

L'absence de données et d'indicateurs centralisés empêche le suivi adéquat de l'état de santé des demandeurs d'asile, de leurs besoins, de la qualité des soins dispensés et de leurs coûts. Ce problème est particulièrement aigu pour les codes 207 « No show ».

Certaines données sont recueillies, mais à l'aide de systèmes de collecte non compatibles entre eux, ce qui empêche à la fois l'obtention d'une image globale de la situation et la mise en place d'un monitoring efficace, avec pour conséquence un manque de congruence entre les besoins et l'offre.

3.3.3. *Manque de transparence sur les dépenses de santé*

Les stakeholders ont regretté l'absence d'informations détaillées sur la nature des coûts des soins dispensés aux demandeurs d'asile (médicaments, consultations, etc.). Les factures envoyées par les hôpitaux ou les professionnels de la santé ne sont pas systématiquement contrôlées, par manque de personnel chez Fedasil. Fedasil n'a pas non plus de possibilité de contrôler la manière dont ses centres partenaires et les ILA utilisent leurs budgets. Les premiers envoient en effet des factures globales, tandis qu'au niveau des CPAS, les dépenses consenties pour les demandeurs d'asile sont incluses dans le budget général de l'aide sociale.

L'absence de compatibilité entre les systèmes administratifs des mutualités et des structures d'accueil ouvre la porte au risque de double facturation.

Il n'est actuellement pas possible d'avoir une vision correcte des soins prestés pour les demandeurs d'asile, ni de leurs coûts globaux, étant donné que seules les données collectées par l'INAMI sont complètes et transparentes. C'est ainsi que les (coûts des) soins fournis par certaines organisations de soins qui consacrent une partie importante de leurs activités aux demandeurs d'asile sont sous-estimés.



3.3.4. Manque de soutien et de personnel administratif

Fedasil et les CPAS interviennent comme des « mutualités parallèles » mais ne disposent pas des outils informatiques et administratifs adéquats, ni des mécanismes de contrôle équivalents à ceux des mutualités. C'est la cellule médicale de Fedasil qui doit jouer le rôle de médecin-conseil pour délivrer les autorisations a priori pour les soins spéciaux (médicaments ou interventions chirurgicales spécifiques). Cette cellule manque actuellement de personnel pour assurer ses missions et les infirmiers des centres d'accueil manquent de soutien administratif. Par ailleurs, ses procédures administratives sont perçues comme longues et complexes par les professionnels de la santé ou les services sociaux.

3.4. Problèmes spécifiques relatifs aux MENA

Les soins de santé pour les MENA sont actuellement organisés en un système parallèle, ce qui pose des problèmes spécifiques autres que ceux mentionnés ci-dessus.

3.4.1. Pénurie de tuteurs

Tous les MENA, quel que soit leur lieu de séjour, doivent être assistés par un tuteur dans leurs démarches d'asile, lors des audiences du CGRA, mais aussi pour d'autres activités personnelles. Les tuteurs ont par exemple le devoir d'inscrire le MENA à une mutualité. Mais il manque gravement de tuteurs et le service des tutelles du SPF Justice est dans l'incapacité d'offrir à chaque MENA le soutien et l'accompagnement auquel il a droit. Les ONG et les associations à but non lucratif jouent un rôle majeur dans l'accompagnement des tuteurs, mais manquent de soutien. Les tuteurs sont donc souvent isolés et leur investissement dans le soutien du MENA peut fléchir, ce qui expose ces jeunes à des inégalités supplémentaires.

3.4.2. Difficultés à respecter les conditions d'accès à l'assurance maladie obligatoire

Les MENA ne peuvent s'inscrire à une mutualité qu'après avoir fréquenté une école (primaire ou secondaire) pendant au moins 3 mois consécutifs (voir 2.3.4). Les stakeholders ont indiqué qu'il était difficile pour certains MENA de remplir ces conditions de fréquentation scolaire. Par exemple, la grande majorité des MENA arrivés d'Afghanistan n'ont jamais fréquenté d'école en raison de la situation de guerre dans leur pays et sont analphabètes à l'âge de 16 ou 17 ans. Dans leur pays d'origine, ils sont considérés comme des adultes et de ce fait, ils ont des difficultés à respecter les règlements scolaires en Belgique. Autre exemple, un nombre croissant de mineurs originaires d'Afrique subsaharienne abandonnent l'école pour commencer à travailler afin de rembourser leur voyage ou payer la rançon d'un membre de leur famille détenu par des trafiquants d'êtres humains. Enfin, certains MENA souffrent de troubles mentaux graves les empêchant d'aller à l'école.

3.4.3. Couverture par les mutualités pas toujours effective pour les MENA

Les MENA ont droit à l'assurance maladie obligatoire belge. Par ailleurs, Fedasil ou le CPAS doivent toujours intervenir pour couvrir le ticket modérateur (qui n'est pas réclamé aux autres demandeurs d'asile, étant donné qu'ils ne sont pas inscrits à une mutualité) et les autres frais médicaux non couverts par l'assurance maladie (Liste Plus et soins psychologiques).

D'après certains stakeholders, il semble que les MENA ne bénéficient pas toujours de cette couverture élargie car les tuteurs ou les professionnels de santé ne sont pas toujours au courant de l'intervention de Fedasil ou du CPAS. De plus, certains tuteurs n'enregistrent pas automatiquement les MENA auprès d'une mutualité (car la procédure d'enregistrement est complexe) ; par conséquent, Fedasil continue à couvrir leurs frais médicaux. Il en résulte une certaine hétérogénéité d'accès aux soins entre MENA.



3.5. Problème particulier des centres fermés

Actuellement, l'organisation et le paiement des soins de santé pour les personnes placées dans des centres fermés – souvent des demandeurs d'asile déboutés – sont directement gérés par l'Office des Étrangers. Bien que ces personnes ne fassent pas/plus partie du réseau d'accueil, les stakeholders ont signalé que leur accès aux soins de santé pourrait être amélioré, en particulier pour les soins de santé mentale.

Par ailleurs, certaines personnes retenues dans les centres fermés sont toujours en attente de la décision finale concernant leur demande de protection internationale et doivent donc toujours être considérées comme des demandeurs d'asile, sous la responsabilité de Fedasil. Cependant, aucun des acteurs contactés n'a pu nous fournir d'informations claires sur le financement des soins de santé pour ces personnes.

L'impact négatif de la détention sur la santé et les soins de santé avait déjà été signalé. L'OMS Europe insiste également pour que les centres fermés restent la dernière solution possible.

3.6. Problème particulier du « tourisme médical »

Selon certains stakeholders, des ressortissants de pays non membres de l'UE viennent en Belgique pour recevoir des soins médicaux onéreux, mais ne demandent pas nécessairement un visa médical, car le taux de refus est élevé. Dans certains cas, des arrangements seraient pris directement avec les hôpitaux avant le départ du pays d'origine. Dès leur arrivée en Belgique, ces personnes introduisent une demande d'asile et sont directement envoyées à l'hôpital pour y être soignées. Cependant, lors de la rédaction de ce rapport, nous n'avons pas pu trouver des chiffres relatifs à ce « tourisme médical ».

4. OPTIONS POUR RENDRE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE PLUS ÉQUITABLE : RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DES STAKEHOLDERS

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, l'organisation actuelle des soins de santé pour les demandeurs d'asile crée des problèmes majeurs d'égalité d'accès aux soins aux niveaux macro, méso et micro. Par conséquent, une réorganisation et une simplification en profondeur du système sont souhaitables. Les pistes d'amélioration que nous proposons à cet effet sont le résultat final des différentes phases de la consultation de stakeholders (décrites au point 1.3) Le lecteur intéressé trouvera des descriptions plus détaillées de ces différentes options dans le [rapport scientifique](#) en anglais.

Les principes fondamentaux suivants ont guidé notre réflexion et doivent être gardés à l'esprit :

1. Les demandeurs d'asile ont droit à une assistance matérielle leur permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Comme le stipule la loi Accueil, l'assistance matérielle est une forme d'aide sociale qui devrait comprendre: logement, nourriture, vêtements, assistance médicale / sociale / psychologique, allocation journalière, aide juridique, accès à des interprètes et à une formation, programme de retour volontaire. Les *besoins spécifiques* des demandeurs d'asile devraient également être pris en compte, en particulier pour ceux considérés comme vulnérables. L'assistance médicale est toujours garantie, même lorsqu'une décision de limitation ou de retrait de l'assistance matérielle est prise.

2. L'égalité d'accès aux soins de santé entre tous les demandeurs d'asile devrait être assurée.

L'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile ne devrait pas dépendre de leur statut ni de leur lieu de résidence, et ne devrait pas créer d'inégalités entre eux.



3. La réforme de l'organisation actuelle des soins de santé aux demandeurs d'asile doit aller dans le sens d'une simplification.

La majorité des stakeholders s'accordent sur le fait que les systèmes parallèles qui caractérisent la situation actuelle ne sont pas efficaces, essentiellement parce qu'ils représentent un grand déploiement d'énergie pour une population somme toute assez restreinte (23 443 personnes en 2018) et pour des périodes assez limitées (en principe moins de six mois). Par conséquent, ces systèmes parallèles devraient être réformés et tous les demandeurs d'asile intégrés dans un système global. Cette option est d'ailleurs conforme à la philosophie politique actuelle, qui vise à uniformiser le système d'assurance maladie obligatoire pour d'autres catégories de la population (voir notamment le rapport KCE sur les soins de santé aux détenus^q).

Dans ce chapitre, nous proposons différentes options pour l'organisation future de l'accès des demandeurs d'asile aux soins de santé. Ces options se concentrent principalement sur :

- la distribution du financement,
- la gouvernance (c'est-à-dire la politique, l'organisation et la coordination globales de la délivrance des soins de santé).

Étant donné que la distribution du financement a une incidence sur les options de gouvernance, nous discuterons de cet aspect en premier lieu.

4.1. Financement des soins

La majorité (64,4%) des stakeholders consultés dans le cadre de notre enquête en ligne) se sont prononcés en faveur d'un changement du système actuel de financement des soins aux demandeurs d'asile pour évoluer vers **une enveloppe globale** couvrant :

- les actes et services repris dans la nomenclature de l'INAMI sauf liste Moins actuelle
- la liste Plus actuelle,
- la prévention et le dépistage,
- la promotion de la santé
- les services de soutien (traducteurs, transports, etc.).

Environ un quart des répondants (25,1%) ont toutefois répondu qu'ils n'étaient pas compétents pour répondre à cette question.

À la question de savoir **qui devait être le distributeur de cette enveloppe globale**, la majorité des répondants (36,6%) a opté pour l'INAMI (à travers les mutualités), principalement pour des raisons pratiques ; 32,3% se sont prononcés en faveur de Fedasil et 21,8% en faveur du SPP Intégration Sociale.

Nous analysons ci-après les avantages et inconvénients d'une attribution du rôle de distributeur à l'INAMI (à travers les mutualités) ou à Fedasil (avec ou sans le soutien administratif de la CAAMI).

^q Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64.



4.1.1. Option 1 : L'INAMI finance et les mutualités distribuent = intégration des demandeurs d'asile dans le système d'assurance maladie obligatoire belge

Dans cette première option, **les demandeurs d'asile sont inclus dans le système global d'assurance maladie obligatoire belge**. Les mutualités peuvent jouer le rôle de distributeurs comme pour tous les autres assurés, c'est-à-dire la quasi-totalité de la population belge. Dans cette option, il n'y a plus **qu'un seul système global de financement des soins**.

Il a été récemment démontré que le fait de permettre aux personnes sans titre de séjour légal d'accéder à la même couverture médicale que la population générale d'un pays diminue les coûts globaux pour la société^r. Une étude allemande^s a également montré que donner un accès aux soins égal aux demandeurs d'asile et aux citoyens ordinaires est plus coût-efficace en termes de dépenses de santé que le maintien de systèmes parallèles qui génèrent des coûts plus élevés parce que cela mène à des retards de traitement, à des problèmes de santé aigus qui auraient pu être évités par de la prévention et de la promotion de la santé et à des coûts administratifs plus élevés (car le système parallèle doit gérer ses propres systèmes de financement et de remboursement).

4.1.1.1. Avantages et inconvénients de cette option

L'INAMI et les mutualités sont les organisations qui possèdent actuellement la plus grande expertise en gestion des dépenses de santé ; par contre leur expertise en matière de santé et migrations est limitée. L'INAMI et les mutualités disposent en outre des systèmes informatiques nécessaires et sont en train de s'adapter aux dernières évolutions technologiques en matière de prescriptions électroniques, de facturation et de paiement

numériques, de contrôle numérique de l'assurabilité, d'e-santé, etc. Le transfert de la distribution du financement vers les mutualités devrait également permettre de réduire les coûts et les désagréments administratifs en utilisant les mécanismes de contrôle existants (gains de temps et d'argent). Ceci impliquerait toutefois des modifications assez profondes du fonctionnement actuel de Fedasil.

Le fait de centraliser le financement et le remboursement des soins de santé garantirait également un traitement égal de tous les demandeurs d'asile, quel que soit leur lieu d'hébergement, et une simplification administrative pour tous les professionnels de la santé.

Les représentants des mutualités ne prévoient pas de problèmes techniques majeurs s'ils doivent intégrer les demandeurs d'asile dans l'assurance maladie obligatoire.

Les ressources utilisées par Fedasil pour gérer la distribution des fonds pourraient être libérées et consacrées à d'autres tâches comme l'amélioration de la coordination des soins et la formation des professionnels de santé aux spécificités de la population de demandeurs d'asile.

La continuité de l'assurabilité serait également mieux assurée pour ceux à qui le statut de réfugié ou de protection subsidiaire sera accordé (environ 50% des demandes) ; leur intégration dans le système d'assurance maladie ordinaire (y compris l'enregistrement auprès d'une mutualité ou de la CAAMI) serait plus simple. La courte durée – théorique – de la procédure d'asile doit néanmoins être prise en considération par rapport aux démarches administratives nécessaires à l'affiliation à une mutuelle.

^r European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Luxembourg: FRA; 2015. (TK-04-15-508-EN-N) Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>. AND Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. The economic benefits of financing refugee and migrant health.

In: Proceedings of Refugee and Migrant Health Workshop; 2017; Athens, Greece.

^s Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS One. 2015;10(7):e0121483



Enfin, cette option ouvrirait aussi la possibilité de couvrir de manière uniforme les séjours dans des établissements de soins résidentiels (maisons de repos et de soins, centres de revalidation), ce qui serait un pas de plus vers l'égalité d'accès et de couverture financière pour tous les demandeurs d'asile sur le territoire belge.

4.1.1.2. Conditions d'implémentation de cette option

La principale condition à la mise en œuvre de cette option est la **création d'un statut d'assurabilité** pour les demandeurs d'asile :

- soit en créant un **nouveau statut d'assurabilité**, qui serait attribué à tous les demandeurs d'asile indépendamment de leur type d'hébergement. Cette solution garantirait l'égalité d'accès aux soins. Elle aurait aussi l'avantage de permettre d'adapter la couverture des soins remboursés aux particularités des demandeurs d'asile, dans l'esprit de la déclaration de New York, qui enjoint les pays signataires à répondre « aux besoins de soins de santé *spécifiques* rencontrés par les populations migrantes ». Les listes Plus et Moins du système actuel sont déjà adaptées à ces besoins spécifiques ; elles pourraient être intégrées et / ou adaptées dans la nouvelle catégorie d'assurabilité.
- soit en **assimilant le statut des demandeurs d'asile à celui des résidents belges**. Cette option rejoint l'idée de traiter autant que possible les demandeurs d'asile comme des citoyens nationaux (comme ce fut d'ailleurs le cas jusqu'à la réforme de la procédure d'asile en 2006). Si cette option est choisie, il faudra toutefois s'interroger sur l'application intégrale des règles auxquelles sont soumis les citoyens belges « ordinaires ».

Quel que soit le choix du type de statut d'assurabilité, les questions suivantes devront être abordées et résolues :

- *Paiement des cotisations de sécurité sociale?*

Les demandeurs d'asile sont souvent sans ressources financières suffisantes et ne représentent qu'une population très restreinte par rapport à l'ensemble des citoyens belges couverts par l'assurance maladie. Il serait éventuellement possible de ne pas faire dépendre la couverture de soins de

cette nouvelle catégorie du paiement de cotisations de sécurité sociale (sauf s'ils ont des revenus suffisants).

- *Définition des soins couverts*

L'existence et surtout le contenu des listes Plus et Moins actuelles devraient être examinés. L'attention portée aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile peut justifier de couvrir des services de soutien tels que des interprètes, des transports médicaux, des médiateurs, etc. Ces services de soutien ne sont actuellement pas couverts par la nomenclature et ne figurent pas dans ces listes ; ils pourraient être financés directement par Fedasil.

- *Libre choix de la mutualité ou affiliation obligatoire à la CAAMI ?*

Toute personne doit être inscrite auprès d'une mutualité ou de la CAAMI pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de ses soins de santé. Deux options sont envisageables pour les demandeurs d'asile : soit ils choisissent librement une mutualité (les cotisations de mutuelle sont alors payées soit par le demandeur, soit par Fedasil), soit ils s'affilient obligatoirement à la CAAMI où aucune cotisation n'est requise. Une autre option encore serait que les mutualités renoncent aux cotisations pour les demandeurs d'asile pendant la durée de la procédure d'asile.

- *Droit temporaire ou prolongement du droit ?*

La règle générale pour les personnes assurées par l'assurance maladie obligatoire est qu'une fois qu'un droit à l'assurance maladie est établi (année X), il ne peut expirer qu'à la fin de l'année civile suivant celle de son établissement (année X +1). Étant donné que la procédure d'asile prend (en principe) 6 mois maximum, une personne dont la demande est refusée pourrait donc, en théorie, continuer à bénéficier du droit aux soins de santé pendant encore un an et demi. Ceci pourrait mener à ce qu'une personne dont la demande d'asile a été refusée mais qui reste en Belgique sans titre de séjour légal aurait droit à l'assurance maladie. Une telle situation pourrait donc entrer en conflit avec le système de l'aide médicale d'urgence (AMU) pour les étrangers sans titre de séjour légal. Une alternative serait d'accorder aux demandeurs d'asile un droit temporaire correspondant à la durée de la procédure d'asile.

- *Moyen d'identification du statut d'assurabilité ?*

Le statut d'assurabilité est lié à un document d'identité (jadis carte SIS, actuellement carte d'identité électronique). Il serait donc nécessaire de prévoir un document permettant l'identification du statut d'assurabilité des demandeurs d'asile.

- *Transferts budgétaires ?*

Dans l'option d'une intégration des demandeurs d'asile dans le système d'assurance maladie belge, il serait nécessaire de définir clairement les transferts budgétaires à effectuer à partir de Fedasil vers l'INAMI pour couvrir les coûts des soins de santé de ces personnes. Il conviendrait aussi de préciser quelles parties de la couverture de soins resteraient sous la responsabilité (financière) de Fedasil (par exemple, services d'appui, cotisations, etc.).

4.1.2. *Option 2 : Fedasil finance et joue le rôle de distributeur pour tous les demandeurs d'asile*

Dans cette deuxième option, nous pourrions imaginer que Fedasil gère l'ensemble du budget des soins de santé pour les demandeurs d'asile, y compris ceux des ILA.

Fedasil pourrait s'appuyer sur la nomenclature INAMI existante pour le paiement des professionnels de santé.

Dans ce scénario, **deux systèmes de distribution** pourraient théoriquement être envisagés :

1. **Option 2.1 : Fedasil assume le rôle de mutualité** pour tous les demandeurs d'asile, comme c'est le cas actuellement pour les demandeurs hébergés dans les centres d'accueil collectifs. En pratique, le système resterait donc « tel quel », à la différence que Fedasil interviendrait également pour les demandeurs d'asile en ILA et les MENA (qui ne devraient donc pas s'inscrire à une mutualité).
2. **Option 2.2 : Fedasil gère l'enveloppe globale mais l'administration est assurée par la CAAMI** via le système MediPrima. La CAAMI serait responsable du paiement des prestataires de soins et du contrôle des

factures (via MyCareNet). Fedasil continuerait à financer directement les services de support tels que les interprètes, les transports, etc.

4.1.2.1. *Avantages et inconvénients de cette option*

Cette option, comme la précédente, **respecte le principe d'égalité d'accès aux soins** pour tous les demandeurs d'asile quel que soit leur lieu d'hébergement. Par contre, elle **maintient deux systèmes de soins parallèles**, l'un pour les citoyens belges, l'autre pour les demandeurs d'asile.

Cette option table sur l'importante expertise que détient Fedasil en matière de besoins spécifiques des demandeurs d'asile ; par contre l'expertise de Fedasil en matière de gestion des frais de santé est très limitée. Contrairement à l'INAMI et aux mutualités, il ne dispose pas des systèmes électroniques nécessaires et leur mise en place impliquerait un investissement considérable, probablement disproportionné par rapport au nombre de personnes concernées et à la courte durée de leur situation de demande d'asile.

Si l'administration devait être assurée par la CAAMI, le système MediPrima pourrait être utilisé, à condition qu'il soit étendu aux soins de 1^e ligne (actuellement, ce système n'est utilisé que dans le secteur hospitalier). Cette solution – techniquement possible de l'avis des représentants de MediPrima – entraînerait toutefois une augmentation de la charge de travail de la CAAMI.

Fedasil ne dispose pas non plus de médecins conseils comme les mutualités, ni de mécanismes de contrôles à posteriori des facturations comme l'INAMI ; il n'est pas non plus habilité à négocier des conventions de soins avec les professionnels de la santé et les institutions de soins.

Comme dans l'option précédente (intégration dans l'assurance maladie obligatoire), le fait de centraliser le financement et le remboursement des soins chez Fedasil apporterait un certain degré de simplification administrative, mais le maintien des deux systèmes de remboursement parallèles, un reproche majeur adressé au système actuel, resterait peu pratique pour les professionnels de la santé. Quant aux demandeurs d'asile dont la demande est acceptée, ils devraient toujours s'inscrire auprès d'une



mutualité ou de la CAAMI. Or passer d'un système d'assurance à un autre n'est pas simple ; la continuité de l'assurabilité serait donc moins bien garantie.

Par contre, Fedasil peut compter sur des budgets flexibles, ce qui est un atout pour faire face aux fluctuations des phénomènes migratoires.

4.1.2.2. Conditions d'implémentation de cette option si Fedasil intervient seul (option 2.1)

- **Mise en place des systèmes électroniques** requis (voir plus haut)
- **Révision de la procédure administrative de Fedasil et augmentation des effectifs**: la cellule médicale de Fedasil ne compte actuellement que 3 ETP. Ces effectifs devraient être renforcés pour permettre le suivi et la distribution des paiements en temps voulu (actuellement nombreux sont les stakeholders qui ont souligné d'importants retards de paiement). En outre, la durée actuelle des réquisitoires est limitée à une journée. Il devrait être possible de délivrer des réquisitoires couvrant des périodes plus longues, ce qui améliorerait la continuité des soins et diminuerait la charge de travail de la cellule médicale de Fedasil.
- **Ouverture d'accès à la même information que les mutualités** pour garantir l'exactitude du remboursement des soins de santé (par exemple, MyCareNet).
- **Extension de l'autorité de Fedasil aux soins de santé des demandeurs d'asile dépendant des ILA gérées par des CPAS**, avec transfert du budget correspondant. Cette liste de conditions résume uniquement les changements structurels qui seraient nécessaires au niveau macro pour permettre la mise en œuvre de cette option. Il est évident que de nombreux problèmes au niveau micro (par exemple le fait qu'il n'y a pas de contrôle a priori sur les médicaments soumis à l'autorisation du médecin-conseil) ne seraient pas automatiquement résolus par ces changements structurels.

4.1.2.3. Conditions d'implémentation de cette option si Fedasil intervient avec la CAAMI (option 2.2)

- **Étendre le système MediPrima aux soins de 1^e ligne** est une condition *sine qua non*. Actuellement, ce système n'est utilisé que pour les soins hospitaliers. Des projets pilotes sont actuellement en cours avec des généralistes et d'autres sont prévus avec des pharmaciens et d'autres prestataires de soins.
- **Améliorer le fonctionnement global de MediPrima**, qui laisse actuellement à désirer, d'après de nombreux stakeholders. Sur le plan logistique, l'inscription de tous les demandeurs d'asile dans MediPrima ne devrait toutefois pas poser de problème particulier.
- **Créer une nouvelle catégorie d'identification** dans MediPrima pour différencier les demandeurs d'asile des autres catégories qui y ont recours (par exemple les étrangers sans titre de séjour légal). Ceci est essentiel pour permettre un suivi de la consommation de soins de santé des demandeurs d'asile.
- **Fournir un moyen d'identification unique** pour tous les demandeurs d'asile.

4.1.3. Option 3 : Les acteurs actuels distribuent le financement, administration par MediPrima et accès aux soins de santé couverts par l'assurance maladie

Dans cette option, les coûts des soins de santé resteraient à la charge des organismes de financement actuels (Fedasil et les CPAS). Les mêmes acteurs garderaient donc les mêmes compétences pour les différentes catégories de demandeurs d'asile, et les mêmes responsabilités financières.

Tous les demandeurs d'asile auraient droit à la couverture de soins de santé de l'assurance maladie obligatoire ; les codes de nomenclature existants pourraient être utilisés par les professionnels de santé ; la facturation et le contrôle des factures seraient effectués via MediPrima. Selon certains stakeholders, les listes Plus et Moins deviendraient superflues et seraient abandonnées.



4.1.3.1. Avantages et inconvénients de cette option

En laissant les compétences et responsabilités chez les mêmes acteurs qu'actuellement, on fait l'économie d'une réforme en profondeur qui demande toujours des investissements en énergie et en temps. Cette option apporterait davantage d'uniformité dans les règles de remboursement par rapport aux résidents belges (puisque les règles seraient les mêmes pour tout le monde), ce qui serait un peu plus clair pour les professionnels de la santé (mais ne supprimerait pas le problème des deux systèmes de financement parallèles).

L'inconvénient majeur de cette option est qu'elle représenterait un pas en arrière par rapport à la situation actuelle en ce sens qu'elle **s'écarterait du principe de la Déclaration de New York** qui veut que les besoins spécifiques des demandeurs d'asile soient pris en compte, surtout si la liste Plus devait être supprimée. De plus, même si les demandeurs d'asile auraient tous droit, en théorie, à la même couverture, l'accès aux soins de ceux vivant en ILA resterait conditionné à l'enquête sociale du CPAS, ce qui maintiendrait *de facto* **deux poids deux mesures** par rapport aux demandeurs hébergés dans les centres collectifs. De plus, si le contrôle *a priori* des soins exceptionnels devait continuer à être assumé par les services respectifs du CPAS et de Fedasil, les inégalités actuelles dans les prises de décision persisteraient.

4.1.3.2. Conditions d'implémentation de cette option

- Toutes les conditions liées à la mise en œuvre du système **MediPrima** sont également valables ici.
- L'investissement nécessaire à la mise en place des **systèmes électroniques** requis resterait indispensable, pour éviter de devoir continuer à vérifier manuellement les taux de remboursement des actes médicaux.
- Mise en place de **systèmes de contrôle** (contrôle *a priori* similaire à celui des médecins-conseils des mutualités et contrôle *a posteriori* similaire à celui de l'INAMI).

4.2. Gouvernance du système

Dans sa forme actuelle, l'organisation des soins de santé pour les demandeurs d'asile est complexe et fragmentée. Une vision intégrée du financement des soins de santé aux demandeurs d'asile implique que la gouvernance du système (politique générale, organisation et coordination) soit elle aussi centralisée. C'était d'ailleurs l'avis de 85% des répondants à l'enquête en ligne réalisée dans le cadre de ce rapport. Nous présentons dans cette section deux options possibles pour la gouvernance globale de ce système :

- soit Fedasil prend le leadership de cette politique (option soutenue par 39,3% des répondants),
- soit un comité de coordination stratégique est mis en place pour coordonner cette politique (option soutenue par 28,3% des répondants).

Les autres options sont fragmentées entre différents acteurs et n'ont pas été retenues (voir Figure 11 du rapport scientifique).

4.2.1. Option 1 : La gouvernance du système de soins de santé pour les demandeurs d'asile est confiée à Fedasil

La position clé de Fedasil dans l'accueil des demandeurs d'asile et sa longue expérience en la matière ont été les principaux arguments invoqués par les presque 40% des répondants qui ont choisi cette option.

4.2.1.1. Avantages et inconvénients de cette option

Fedasil détient l'expertise nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile en matière de santé. Il est également capable de réagir rapidement et de manière adéquate à des variations rapides des flux de migration.

Dans cette option, **la cellule gestion médicale de Fedasil** garderait son rôle d'organisation et de coordination, mais avec une extension de ses compétences au réseau des ILA. Ceci solutionnerait le problème d'inégalité des soins aux demandeurs d'asile en fonction de leur lieu d'hébergement.



Outre ses autres missions actuelles (dont certaines pourraient disparaître si les demandeurs d'asile étaient intégrés dans l'assurance maladie obligatoire), la cellule gestion médicale de Fedasil pourrait alors notamment :

- élaborer une **stratégie nationale** en matière de soins de santé pour les demandeurs d'asile et soutenir sa mise en œuvre au niveau local – y compris lors de pics inattendus de migration
- dans l'option où Fedasil serait également chargé du financement et de la distribution, la cellule gestion médicale pourrait établir un **monitoring** de l'état de santé des demandeurs d'asile, de leur besoins en matière de santé, de leur consommation de soins, de la qualité des soins et des coûts (avec le service d'études de Fedasil). Si par contre les demandeurs d'asile sont intégrés à l'assurance maladie obligatoire, cette tâche serait transférée à l'INAMI
- élaborer et /ou adapter des **recommandations** cliniques (guidelines) relatives à la prise en charge des demandeurs d'asile à l'attention des professionnels de la santé (par exemple en partenariat avec le Réseau belge EBP)
- **coordonner** les acteurs publics et privés impliqués dans la santé des demandeurs d'asile
- **coordonner** les actions de prévention et de promotion de la santé des entités fédérées avec d'autres initiatives (locales)
- organiser la **formation** des professionnels de la santé

4.2.1.2. Conditions d'implémentation de cette option

- **Adaptation de la loi Accueil** qui devrait mentionner clairement et spécifiquement l'extension des compétences de Fedasil à l'organisation des soins pour tous les demandeurs d'asile indépendamment de leur lieu de résidence, ainsi que les tâches spécifiques que cela implique. Ceci devrait se faire en tenant compte du fait que certains aspects des soins, comme par exemple la prévention, sont soumis à la compétence des entités fédérées. En

fonction du contenu et de l'ampleur des tâches ainsi définies, le personnel de Fedasil devrait être renforcé par du personnel spécialisé.

- **Collaboration entre l'INAMI et Fedasil** : il est évident que, dans l'option où les demandeurs d'asile seraient intégrés à l'assurance maladie obligatoire et où la répartition des fonds serait assurée par les mutualités, une collaboration soutenue entre l'INAMI et Fedasil serait indispensable. Le recours à l'expertise de Fedasil pour déterminer / adapter la couverture spécifiquement destinée aux demandeurs d'asile serait une valeur ajoutée pour le Comité de l'assurance de l'INAMI.

4.2.2. Option 2 : La gouvernance du système est confiée à un comité stratégique

En guise d'alternative à la gouvernance par Fedasil, l'enquête en ligne proposait aux stakeholders de considérer la possibilité de créer un comité stratégique réunissant des représentants des institutions publiques (fédérales et fédérées) et privées impliquées dans le financement et la fourniture de soins de santé aux demandeurs d'asile. Ce comité stratégique serait chargé de l'élaboration de la politique (fédérale) de santé pour les demandeurs d'asile, de la répartition des missions entre les acteurs opérationnels et du suivi des recommandations.

Cette option n'a été soutenue que par 28,3% des répondants à l'enquête en ligne, et certains intervenants ont mis en doute la nécessité et la faisabilité d'un tel comité stratégique, estimant qu'il s'agirait d'une « boîte vide ».

Toutefois, lors de l'analyse de cette option, les stakeholders ont spontanément redéfini le rôle du comité « stratégique » en celui de « **comité consultatif** » composé des mêmes représentants. Ce comité pourrait ainsi devenir une **plate-forme facilitant la coordination** entre les activités organisées par les différents acteurs (par exemple, les activités de prévention), et différents experts en soins aux demandeurs d'asile pourraient y proposer des modèles d'organisation pour une politique plus intégrée. Les membres potentiels des institutions publiques pourraient être, entre autres, le SPF Santé Publique (y compris la cellule de médiation interculturelle), les entités fédérées chargées de la promotion de la santé et de la prévention, le Centre fédéral Migration (Myria) et Fedasil. Parmi les



partenaires privés, les membres potentiels pourraient être, entre autres, la Croix Rouge de Belgique, Rode Kruis Vlaanderen, Médecins du Monde, Vluchtelingenwerk Vlaanderen et le CIRÉ^t. Un tel « comité consultatif » est tout à fait compatible avec la première option où la gouvernance est confiée à Fedasil.

Enfin, les stakeholders ont unanimement convenu de la nécessité d'une plus grande collaboration entre les différents acteurs de la santé, même indépendamment de la création d'un nouveau comité, fût-il stratégique ou consultatif. On peut en effet espérer qu'il est possible d'accroître les collaborations et la communication entre les acteurs actuels des soins de santé aux demandeurs d'asile, dans la ligne de la récente mise à jour des recommandations ETHEALTH^u demandée par la ministre de la Santé.

4.2.2.1. Avantages et inconvénients de l'option du comité stratégique

La création d'un comité stratégique permettrait de stimuler les interactions et les échanges entre experts et acteurs des soins aux demandeurs d'asile. Toutefois, la création d'un nouveau comité pourrait entraîner une complexification supplémentaire du système de santé et compromettre l'objectif de simplification du système.

Un comité stratégique permettrait d'endosser différentes compétences relevant des entités fédérales, fédérées et non-gouvernementales, et d'assurer leur coordination. Il permettrait également une bonne représentativité des différents acteurs impliqués, offrirait une vision plus large et une combinaison inédite d'expertises, ce qui pourrait ouvrir la voie à des idées neuves.

Un désavantage potentiel est qu'il pourrait allonger la prise de décision puisque de nombreuses parties seraient impliquées. Par ailleurs, il ne sera

pas aisé de déterminer quels membres du comité disposeraient d'un pouvoir décisionnel ou d'une simple voix consultative.

4.2.2.2. Conditions d'implémentation de cette option

- **Création du comité stratégique** : sélection des représentants d'institutions publiques et privées à impliquer et définition de leurs missions et tâches spécifiques dans la législation. Si le comité stratégique ne dispose pas d'un cadre législatif lui permettant de statuer sur des questions essentielles, il pourrait effectivement devenir une « boîte vide ».
- **Expertise** : les membres du comité stratégique devraient détenir une expertise pertinente en matière de soins de santé pour les demandeurs d'asile. Afin de réduire la fragmentation de la politique de soins de santé pour les personnes issues de l'immigration, le comité stratégique pourrait être chargé non seulement de la réflexion sur les soins de santé pour les demandeurs d'asile, mais pour toutes les personnes en situation de migration ou d'exil, quel que soit leur statut.
- **Pouvoir décisionnel** : au cas où le comité stratégique obtiendrait l'autorité de prendre des décisions, celles-ci devraient pouvoir être prises de manière indépendante.
- **Approche santé dans toutes les politiques & perspective intersectorielle** : le comité devrait considérer l'impact que toutes les politiques et les autres secteurs peuvent avoir sur la santé des demandeurs d'asile (comme la politique de réallocation, l'accès au marché du travail ou le système éducatif) à travers le prisme des déterminants sociaux de santé.

^t Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers : www.cire.be

^u Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep

voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (mise à jour en cours de publication).



4.3. Améliorations possibles et rapides du système actuel (quick wins)

Certains stakeholders ont mis en doute l'opportunité et la valeur ajoutée d'une réorganisation poussée de l'organisation actuelle de soins de santé aux demandeurs d'asile et ont proposé de procéder par étapes plutôt que de lancer une réforme majeure ou de mettre en œuvre des options intermédiaires permettant d'améliorer a minima le système existant. Par conséquent, nous proposons dans cette section quelques améliorations potentielles et rapides de l'organisation actuelle (« quick wins »).

4.3.1. Quick wins au niveau macro

- **Réviser la politique de réallocation** : le transfert des demandeurs d'asile d'un centre d'accueil à un autre ou entre différents organisations partenaires de l'accueil complique considérablement la continuité des soins. Celle-ci devrait être au centre de la réflexion sur la nouvelle politique de réallocation. La mise au point d'un dossier médical électronique pour tous les demandeurs d'asile irait dans le même sens (voir + loin).
- **Analyser et harmoniser les listes Plus et Moins** : la pertinence des listes Plus et Moins par rapport aux besoins en soins de santé des demandeurs d'asile devrait être analysée. Cette analyse devrait se baser sur le contenu et la fréquence des demandes de remboursement pour frais exceptionnels. Cet exercice devrait être effectué en toute transparence, conjointement par Fedasil et le SPP Intégration Sociale (représentant tous les CPAS). Les listes Plus et Moins ainsi révisées pourraient alors être utilisées de façon similaire par les CPAS et Fedasil, ce qui uniformiserait la compréhension de la réglementation actuelle tant pour les demandeurs d'asile que pour les professionnels de la santé concernés.
- **Élargir l'offre actuelle de médiation interculturelle et sensibiliser les professionnels à son utilité** : ceci relève actuellement de la compétence du SPF Santé Publique.
- **Améliorer l'accès des professionnels de la santé aux guidelines et aux informations sur la santé des migrants**. Aux Pays-Bas, un site web offre des informations centralisées pour les médecins généralistes^v. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a publié une série de directives relatives à la gestion, au dépistage et à la vaccination éventuelle contre les maladies infectieuses, en ce compris la tuberculose, le VIH et les hépatites B et C. Le Mental Health & Psychosocial Support Network (MHPSS) est une autre ressource qui pourrait être mobilisée par les professionnels de la santé pour les questions de santé mentale.
- **Améliorer la formation des professionnels de santé** : des initiatives existent déjà en Belgique et devraient être poursuivies, comme par exemple une formation en ligne pour les médecins généralistes disposés à prendre en charge les demandeurs d'asile lancée par Fedasil, en partenariat avec Domus Medica et le SSMG^w.
- **Établir des médecins coordinateurs dans les CPAS** sur le modèle des médecins généralistes coordinateurs des maisons de retraite et de soins, afin d'assurer la continuité du dossier médical lorsqu'un demandeur d'asile quitte un centre d'accueil Fedasil (ou partenaire) pour une ILA.
- **Développer l'usage du dossier médical informatisé dans le réseau d'accueil** afin de permettre une meilleure communication entre les lieux d'hébergement et les professionnels de la santé. Fedasil met actuellement au point un tel dossier médical informatisé, tel quel recommandé par l'Organisation Internationale pour les Migrations et l'OMS Europe.

^v <https://www.huisarts-migrant.nl/>

^w <https://www.ssmg.be/choisir-un-cours-2-2/>



- **Assurer la compatibilité des différents systèmes informatiques**, par exemple entre les systèmes de l'Office des Étrangers et de Fedasil, notamment pour éviter les redondances et les pertes d'information lors la vérification de l'état de vulnérabilité des candidats.

4.3.2. *Quick wins au niveau des CPAS*

- **Améliorer le système des garanties de paiement (réquisitoires)** : accorder des garanties de paiement pour des périodes définies plutôt que travailler au cas par cas ou jour par jour. De ce point de vue, une carte médicale pour une période d'un mois, similaire à la carte médicale des migrants sans papiers, pourrait être envisagée. Cela permettrait d'éviter les retards dans l'accès aux soins de santé, d'assurer une meilleure continuité des soins et de réduire la charge de travail administratif des CPAS.
- **Harmoniser les enquêtes sociales** : certains CPAS réalisent une enquête sociale pour l'ensemble du ménage tandis que d'autres le font pour chaque individu séparément (et donc plusieurs enquêtes sociales distinctes pour un ménage). Il est souhaitable de définir et d'appliquer des règles standardisées dans tous les CPAS.
- **Encourager les CPAS à établir des listes communes minimales** de soins et de produits pharmaceutiques qu'ils s'engagent à fournir dans tous les cas, sur le modèle de la liste commune des médicaments de Classe D pour les 19 communes bruxelloises proposée par la Fédération des CPAS de Bruxelles et la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois (FAMGB).

4.3.3. *Quick wins au niveau de Fedasil*

- **Simplifier les procédures de paiement des prestations de soins** : actuellement, les paiements sont effectués séparément par chacun des centres où interviennent les prestataires de soins, et les centres se font à leur tour rembourser par Fedasil. Il serait beaucoup plus efficace (et rapide) que le paiement des honoraires et factures des professionnels de la santé soit centralisé chez Fedasil. Ceci nécessiterait toutefois un renforcement des effectifs de Fedasil.
- **Renforcer les effectifs de la cellule médicale** : indépendamment du point précédent, les ressources humaines de la cellule médicale de Fedasil devraient être renforcées. Cette cellule ne compte actuellement que 3 ETP, ce qui est insuffisant pour les missions qui leur sont confiées.
- **Renforcer ou adapter les effectifs dans les centres d'accueil** : il n'existe actuellement pas de normes concernant les effectifs en personnel de santé dans les centres d'accueil (par exemple, le nombre d'infirmières ETP par centre). Une définition claire des normes auxquelles devraient se conformer les professionnels de la santé des centres d'accueil permettrait de renforcer les compétences disponibles par le biais de formations adéquates, de rendre les conditions de travail plus attrayantes et de ralentir le turnover de personnel.



5. CONCLUSION

L'organisation actuelle des soins de santé pour les demandeurs d'asile est perçue comme complexe et chaotique. Comme le soulignait en 2014 le « Livre Vert de l'accès aux soins », cette complexité favorise un manque global de transparence et des inégalités entre demandeurs d'asile en matière de soins de santé. Dans sa suite, le « Livre Blanc de l'accès aux soins » suggérerait d'harmoniser l'accès aux soins de santé pour toutes les populations vulnérables – dont les demandeurs d'asile – en les intégrant dans le régime d'assurance maladie ordinaire. Le présent rapport vise à explorer plus largement cette piste ainsi que d'autres options de financement et de gouvernance qui permettraient d'accroître l'égalité d'accès aux soins pour cette population limitée mais très vulnérable, et ce, sur la base d'une large consultation des stakeholders. Le rapport ne prétend pas évaluer la performance du système de soins aux demandeurs d'asile, ni la qualité de ces soins. Les options proposées doivent donc être interprétées comme une étape préparatoire vers une réforme en profondeur du système de soins de santé aux demandeurs d'asile.

Les principes de base qui ont guidé notre réflexion sont :

1. Les demandeurs d'asile ont droit à une assistance matérielle leur permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine, y compris la prise en compte de leurs besoins spécifiques conformément à la Déclaration de New York.
2. L'égalité d'accès aux soins de santé entre tous les demandeurs d'asile doit être assurée
3. La réforme de l'organisation actuelle des soins de santé aux demandeurs d'asile doit aller dans le sens d'une simplification.

Nous proposons donc différentes options qui ont en commun d'abolir les systèmes parallèles et d'intégrer tous les demandeurs d'asile, quel que soit leur statut (y compris les mineurs non accompagnés) et quel que soit leur lieu d'hébergement, dans un seul système global de délivrance et de financement des soins de santé. Ceci va dans le même sens que l'actuelle volonté politique d'intégrer autant que possible les différentes catégories de population dans le régime de l'assurance obligatoire, de manière à

augmenter l'uniformité de la couverture. Ainsi par exemple, au moment de la rédaction de ce rapport, des discussions sont en cours sur l'intégration des détenus au système d'assurance maladie-invalidité. Le tableau 5 ci-dessous résume l'impact des différentes options proposées sur les problèmes identifiés aux différents niveaux (chapitre 3) si toutes les conditions de mise en œuvre sont remplies.

L'option 1 selon laquelle les mutualités assument le rôle de distributeur de fonds est celle qui répond le mieux aux trois exigences fondamentales d'égalité d'accès aux soins de santé pour tous les demandeurs d'asile, de respect de leurs besoins spécifiques et de simplification du système. Cette option supprime les systèmes parallèles et intègre tous les demandeurs d'asile, sans distinction de statut ou de lieu d'accueil, dans un système complet et global. Cependant, cette option est aussi celle qui exige la réorganisation la plus radicale.

L'option 2.1 permettant à Fedasil d'assumer le financement de tous les soins aux demandeurs d'asile garantit également l'égalité d'accès aux soins et le respect de leurs besoins spécifiques. En termes d'efficacité du système, elle requiert toutefois davantage de modifications techniques et d'investissements en personnel et en formations. Pour Fedasil, l'investissement nécessaire pour arriver à un fonctionnement aussi efficace que les mutualités existantes serait considérable.

L'option 2.2 dans laquelle Fedasil assume le financement de tous les soins, mais où l'administration est assurée par l'INAMI peut apporter une solution aux modifications techniques et aux investissements mentionnés ci-dessus. Cette option présente un certain nombre d'avantages en termes de faisabilité, car elle est conforme au système actuel pour les sans-papiers. Cependant, une condition importante est que le logiciel MediPrima soit étendu aux soins de santé de 1^{re} ligne.

L'option 3 selon laquelle les compétences et le financement restent du ressort des mêmes organisations qu'actuellement et où tous les demandeurs d'asile ont accès aux soins de santé selon la nomenclature de l'assurance maladie (en utilisant MediPrima comme outil administratif) répond à l'exigence de couverture égale des soins de santé pour tous les demandeurs d'asile. Toutefois l'accès restera différent puisque les



organisations gestionnaires existantes (Fedasil et CPAS-OCMW) maintiennent leurs compétences respectives pour les différentes catégories de demandeurs d'asile. Ce système garantit aux demandeurs d'asile qu'ils recevront les mêmes traitements que la population générale, mais risque d'être moins attentive à leurs besoins spécifiques, tels que spécifiés dans la Déclaration de New York. Cette option est aussi la moins radicale, puisque les compétences respectives des organisations gestionnaires ne changent pas.

Il est important de souligner que cette étude ne visait pas à calculer les coûts que généreraient les options proposées. Nous nous attendons à ce qu'elles se traduisent par une meilleure couverture de soins pour les demandeurs d'asile, ce qui, en soi, pourrait entraîner une augmentation des coûts à court terme. Toutefois, cet effet ne devrait être que transitoire, car la simplification du système et la meilleure utilisation des services par les demandeurs d'asile et les professionnels de la santé devraient ensuite mener à une baisse globale des coûts. Il est en effet démontré que le fait de permettre aux personnes sans titre de séjour légal d'accéder à la même couverture médicale que les nationaux diminue les coûts globaux pour la société^x. Des résultats similaires ont été trouvés en Allemagne après la réorganisation des soins médicaux pour les demandeurs d'asile^y.

En termes de mise en œuvre pratique, toutes les options semblent réalisables. Les représentants des mutualités ne prévoient pas de problèmes techniques majeurs s'ils doivent intégrer les demandeurs d'asile dans l'assurance maladie obligatoire. Les représentants du système MediPrima sont également d'avis qu'il est techniquement possible d'inclure tous les demandeurs d'asile dans leur système. Puisqu'il ne concerne qu'un

groupe relativement restreint d'individus, l'impact sur la charge de travail des services concernés a également été considéré comme gérable dans tous les cas.

Certains stakeholders ont proposé de procéder par étapes plutôt que de lancer une réforme majeure, ou de mettre en œuvre des options intermédiaires (« quick wins ») permettant d'améliorer à minima le système existant. Cependant, bien que ces « quick wins » semblent plus « faciles » à mettre en œuvre à court terme, ils n'apporteront pas de solution à long terme aux problèmes du niveau macro.

En ce qui concerne la gouvernance, tous les stakeholders ont quasi unanimement convenu qu'il est nécessaire de pouvoir compter sur une organisation centrale pour coordonner les soins de santé aux demandeurs d'asile pour toutes les structures d'accueil et toutes les catégories de demandeurs d'asile. L'option selon laquelle ce rôle est endossé par Fedasil est privilégiée, car la création d'un nouvel organe décisionnel fait craindre une complexification supplémentaire du système. Pourtant, la valeur ajoutée d'un « comité consultatif » composé d'acteurs et d'experts a été largement soulignée, une option parfaitement compatible avec une gouvernance confiée à Fedasil.

^x European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. . Luxembourg: FRA; 2015. (TK-04-15-508-EN-N) Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>. AND Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. The economic benefits of financing refugee and migrant health. In: Proceedings of Refugee and Migrant Health Workshop; 2017; Athens, Greece.

^y Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS One. 2015;10(7):e0121483.



Tableau 4 – Effet attendu des différentes options sur les problèmes identifiés

| | Distributeur des moyens financiers | | | | Gouvernance | |
|---|------------------------------------|-------------|-----------------|---|-------------|--------------------|
| | Option 1 | Option 2.1. | Option 2.2 | Option 3 | Option 1 | Option 2 |
| | Mutualités | Fedasil | Fedasil + CAAMI | Situation inchangée MediPrima + nomenclature | Fedasil | Comité stratégique |
| PROBLÈMES AU NIVEAU MACRO | | | | | | |
| Manque de coordination et de collaboration | N/A | N/A | N/A | N/A | 😊 | 😊 |
| Différences régionales | N/A | N/A | N/A | N/A | 😊 | 😊 |
| Manque de monitoring de la consommation de soins et des coûts | 😊 | 😞 | 😊 | 😞 | 😞 | 😞 |
| Manque de transparence sur les dépenses de santé | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | N/A | N/A |
| Manque de soutien administratif et de personnel administratif qualifié | 😊 | 😞 | 😊 | 😞 | N/A | N/A |
| PROBLÈMES AU NIVEAU MÉSO | | | | | | |
| Opacité du système pour les professionnels des soins de santé | 😊 | 😞 | 😊 | 😊 | N/A | N/A |
| Inégalités en fonction du lieu d'hébergement | 😊 | 😊 | 😊 | 😞 | 😊 | 😊 |
| Manque de professionnels qualifiés pour les soins de santé spécifiques aux demandeurs d'asile | N/A | N/A | N/A | N/A | 😞 | 😞 |
| Turnover important des professionnels de la santé | N/A | N/A | N/A | N/A | 😞 | 😞 |
| Surcharge des professionnels de santé | N/A | N/A | N/A | N/A | 😞 | 😞 |
| Problèmes de collaboration entre les acteurs dans et entre lieux d'accueil | N/A | N/A | N/A | N/A | 😞 | 😞 |
| Tensions liés au secret professionnel | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Manque d'informations appropriées pour les demandeurs d'asile | N/A | N/A | N/A | N/A | 😞 | 😞 |
| PROBLÈMES AU NIVEAU MICRO | | | | | | |
| Accessibilité et disponibilité des services de soins spécialisés | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 |
| Barrières culturelles et linguistiques | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 |
| Obstacles administratifs | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | N/A | N/A |
| Hétérogénéité dans le libre choix du prestataire de soins | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 | 😞 |
| Hétérogénéité dans la couverture de soins | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 |



| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|----|----|
| Absence d'anamnèse globale au moment de l'arrivée/du départ | N/A | N/A | N/A | N/A | ☹️ | ☹️ |
| Absence et faible implémentation de guidelines | N/A | N/A | N/A | N/A | ☹️ | ☹️ |
| Limitations des soins de santé mentale | N/A | N/A | N/A | N/A | ☹️ | ☹️ |

PROBLEMES SPECIFIQUES POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pénurie de tuteurs | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Difficultés à respecter les conditions d'accès à l'assurance maladie obligatoire | ☺️ | N/A | N/A | ☹️ | N/A | N/A |
| Couverture insuffisante par les mutualités | ☺️ | ☺️ | ☺️ | ☹️ | N/A | N/A |

DEGRÉ DE RÉORGANISATION

+++ ++ ++ + + ++

☺️ effet attendu positif, ☹️ effet attendu incertain (en fonction des choix qui seront faits) ou mixte, ☹️ effet attendu négatif, N/A pas d'effet attendu.



COLOPHON

| | |
|----------------------------|---|
| Titre : | Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders – Synthèse |
| Auteurs : | Marie Dauvrin (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Chris De Laet (KCE), Dominique Roberfroid (KCE), Irm Vinck (KCE) |
| Facilitateur de projet : | Nathalie Swartenbroeckx (KCE) |
| Superviseur senior : | Chris De Laet (KCE), Dominique Roberfroid (KCE) |
| Rédaction de la synthèse : | Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE) |
| Relecture : | Cécile Camberlin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE) |
| Experts externes : | David Ingleby (UVA), Roumyana Petrova-Benedict (International Organisation for Migration IOM), Ann Van den Bruel (KULeuven) |
| Stakeholders : | Pascal Breyne (INAMI – RIZIV), Fabienne Crauwels (VVSG), Cécile Daron (Brulocalis), Régina De Paepe (Cabinet of the minister M. De Block), Tom De Spiegeleer (Mutualité Chrétiennes), Elvire Delwiche (SPF Justice – FOD Justitie), Isabelle Demaret (Cabinet of the minister A. Greoli), Florence Durieux (Mutualités Neutres), Jean Hermesse (Collège Intermutualiste National), Christel Heymans (INAMI – RIZIV), Annemarie Hoogewys (Fedasil), Wilhelmus Janssen (Fedasil), Philippe Karamanis (Cabinet of the minister D. Ducarme), Ibrahim Kebe (Cabinet of the minister B. Debaets), Christian Lejour (Brulocalis), Eva Prins (Cabinet of the minister C. Jodogne), Valérie Proumen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Cécile Thoumsin (Union des Villes et Communes de Wallonie), Joni Van Capellen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Bart Vancanneyt (Liberale Mutualiteit), Glen Van Humbeeck (Liberale Mutualiteit), Lies Verlinden (Cabinet of the State Secretary T. Francken), Danica Zamurovic (CAAMI – HZIV), Myriam Mertens (Croix-Rouge de Belgique); Pierre Skillbecq (Médecins Sans Frontières), Angela Modarelli (Médecins Sans Frontières), Kathia Van Egmond (Fedasil), Nicolas Jacobs (Fedasil), Bieke Machiels (Fedasil), Patricia Lecoq (Myria), Alexandra Buchler (Myria), Lisa Assleman (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Kathia Fournier (Plateforme Mineurs en Exil), Seppe Brantegem (SPF Justice – FOD Justitie), Myrtielle Bakunde Mukundwa (SPF Justice – FOD Justitie), Ellen Belmans (Rode Kruis Vlaanderen), Hajare Boujzat (Médecins du Monde), Isabelle Coune (SFP Santé publique – FOD Volksgezondheid), Fabienne Crauwels (Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten), Stéphanie De Maesschalck (UGent), Marie Lissa Denerville-St Louis (CAAMI – HZIV), Ilse Derluyn (UGent), Frank Douchy (Fedasil), Marie-Christine Drion (Initiative spécifique Santé en Exil du Service de Santé Mentale de Montignies-sur-Sambre), Veerle Evenpoel (MedImmigrant), Jean-Marc Feron (UCLouvain), Kurt Gesquiere (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Christof Godderis (Médecins Sans Frontières), Françoise Guillaume (Fedasil), Jasmijn Helsen (Caritas International), Voltaire Komi (HE Léonard de Vinci), Maureen Louhenapessy (Plateforme Prévention SIDA), Christine Louwagie (CPAS de Schaerbeek – Schaarbeek OCMW), Fulgence Lupaka |



(INAMI – RIZIV), Benoit Mathieu-Daboïs (CPAS de Bruxelles – Brussels OCMW), Marine Michel (CPAS de Bruxelles – Brussels OCMW), Laurence Martin (Fedasil), Luc Nicolas (Fedasil), Grace Ntunzwenima (Plateforme Prévention SIDA), Nina Roox (Fedasil), Sylvia Servranckx (Caritas International), Pascal Sinda (HE Léonard de Vinci), Michele Telaro (Médecins Sans Frontières), Tomas Tiels (Médecins Sans Frontières), Claire Uwimana (CPAS de Schaerbeek – Schaerbeek OCMW), Dominique van Zuylen (Croix-Rouge de Belgique), Rita Vanobberghen (Geneeskunde voor het Volk), Annika Waag (Agentschap Integratie en Inburgering), Werner Vanhout (SPF Justice – FOD Justitie), Joni Van Cappellen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Thuy Pham (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Virginie Simonis (Fedasil)

Validateurs externes :

Sibyl Anthierens (UAntwerpen), Isabelle Aujoulat (UCLouvain), Alain Denis (Yellow Window)

Remerciements :

Gabrielle Baes (CGRA – CGVS), Veerle Evenepoel (MedImmigrant), Nicolas Jacobs (Fedasil), Anna Van der Borght (Atlas), Annika Waag (Agentschap Integratie en Inburgering), Tim Vromant (Fedasil), Wilhelmus Janssens (Fedasil) et tous les travailleurs de terrain qui ont participé à l'enquête en ligne.

Intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine « Asylum seekers ». A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Infographiques:

Nathalie Da Costa (Figures 1 et 3)

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

5 novembre 2019 (2nd édition ; 1st édition : 29 octobre 2019)

Domaine :

Health Services Research (HSR)



MeSH : Delivery of Health Care; Economics; Health Policy; Health Services Administration; Refugees.
Classification NLM : WA300 Health problems
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2019/10.273/52
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Dauvrin M., Detollenaere J., De Laet C., Roberfroid D, Vinck I. Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 319Bs. D/2019/10.273/52.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.