



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale



Sous la direction de Marie-Thérèse CASMAN
Par Dounia CHAOUI MEZABI

Sommaire

1. Cadre et objectifs de l'étude :	3
Contexte :	3
Réalisation de l'étude :	4
2. Méthodologie appliquée :	5
a) Consultation de rapports réalisés par divers associations :	5
b) L'élaboration d'un questionnaire (QCM) :	5
c) Entretiens qualitatifs :	6
3. Présentation du matériel d'investigation :	7
a. Enquête par questionnaire :	8
b. Entretiens qualitatifs :	10
• Organisation de la carte médicale :	10
• Avantages de la carte médicale :	11
• Freins à la mise en place de la carte médicale :	12
• Quelques exemples de bonne pratique :	13
c. Synthèse de la documentation :	16
d. Participation aux rencontres provinciales du printemps 2009 :	18
4. Réfléchir la carte médicale :	21
5. Recommandations :	23
Bibliographie :	24
Annexes :	25

1. Cadre et objectifs de l'étude :

Cette enquête a été commanditée par le SPP Intégration Sociale suite à la table ronde du 10 décembre 2008, qui avait réuni le Secrétaire d'État à la Lutte contre la Pauvreté Jean-Marc DELIZEE, le SPP Intégration Sociale et des représentants d'une quarantaine de CPAS. Le constat général a révélé d'une part l'hétérogénéité des formes que prend l'aide médicale dans les CPAS et d'autre part, que la carte médicale n'était pas généralisée dans tous les CPAS, et ce pour différentes raisons : préexistences de systèmes d'aide fonctionnels, des résistances éventuelles à toute forme de changements ou encore une simple méconnaissance du processus.

Il est apparu alors indispensable de dresser un inventaire des pratiques en matière de carte médicale avec la proposition-clé d'une carte médicale comme cadre englobant les autres aides et régulant les rapports du CPAS avec les autres acteurs concernés (usagers, prestataires de soins).

La démarche a été d'essayer de faire émerger les structures de mise en place de la carte médicale, les différents publics bénéficiaires et finalement, les avantages et freins à l'organisation d'un tel processus. Nous avons tenté de dresser un tableau des différentes modalités afin de mettre en évidence des exemples de bonnes pratiques.

Contexte :

La carte médicale est un système d'intervention sociale qui prend la forme d'un document fourni par le CPAS à destination de l'utilisateur, dans lequel il s'engage à prendre en charge financièrement certains frais en soins de santé, et ce pendant une période déterminée.

La carte médicale a été prônée par Christian DUPONT, Ministre de l'Intégration Sociale de l'époque, dans sa circulaire du 14 juillet 2005. Plusieurs types d'aide aux soins de santé existant déjà, l'objectif était de tenter de proposer un cadre d'intervention transposable à l'ensemble des CPAS, cadre qui doit faciliter l'accès aux soins de santé et qui lie trois parties : le bénéficiaire de l'aide, le prestataire de soins et le CPAS, chaque acteur disposant d'un champ d'action clair et précis. La carte médicale s'insère dans une volonté d'harmoniser les pratiques d'aide médicale, comme ce fut le cas pour l'aide médicale urgente (AMU), qui s'adresse exclusivement aux personnes en situation irrégulière et dont l'état de santé nécessite des soins urgents. Les frais relatifs à l'AMU sont remboursés aux CPAS par le SPP IS après vérification par ce dernier, contrairement à la carte médicale dont le budget est entièrement à charge du CPAS.

La carte médicale se veut plus générale dans la mesure où elle englobe d'autres catégories de personnes que celles se trouvant en situation irrégulière. Elle accorde aux prestataires de soins la garantie de paiement de leurs honoraires et donc une sécurité pécuniaire indéniable.

D'un autre côté, la carte médicale joue un rôle préventif étant donné qu'elle encourage les usagers à consulter avant que leur état de santé ne se détériore. Le CPAS parvient à remplir son rôle d'action sociale et régule les échanges entre les usagers et les prestataires de soins.

En même temps, d'autres systèmes d'aide médicale ont déjà été mis en place, par exemple les bons médicaux et pharmaceutiques, les réquisitoires ou le simple remboursement par le CPAS des frais qu'il juge trop lourds pour l'utilisateur. Dans tous les cas, une enquête sociale est menée par l'assistant social référant qui détermine l'étendue des besoins du demandeur en terme de durée et de dépense, et ce en rapport avec sa situation socioéconomique. Les résultats de cette enquête sont ensuite rediscutés au Conseil qui vote la décision finale.

La carte médicale a dû s'intégrer dans un réseau complexe de mesures préexistantes et par la même occasion, prouver sa pertinence comme une intervention sociale favorisant l'accès aux soins pour les personnes fragilisées.

Les raisons de sa mise en place semblent être résumées à des choix politiques que le Conseil du CPAS adopte, plutôt qu'à des orientations idéologiques de l'action sociale. Il n'empêche que dans beaucoup de CPAS, la carte médicale garde une place légitime dans un système d'action complexe et représente un cadre d'intervention plus claire et flexible que les autres mesures. De fait, elle devient de plus en plus présente parmi les pratiques de CPAS.

Réalisation de l'étude :

La présente enquête a été réalisée par le Panel Démographie Familiale de l'Université de Liège (ULG), sous la direction de Marie-Thérèse Casman et par Dounia Chaoui Mezabi. La recherche s'est étendue sur 3 mois (de mars à mai 2009).

2. Méthodologie appliquée :

Notre enquête s'est déroulée en quatre phases principales :

a) Consultation de rapports réalisés par divers associations :

La problématique de l'accès aux soins de santé intéresse un grand nombre d'associations actives dans la mouvance de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Plusieurs études ont été menées depuis qu'il a été question de prise en charge financière des frais de soins de santé des personnes en situation irrégulière par les CPAS. Par la suite, cette prise en charge s'est généralisée et d'autres demandes de remboursement se sont présentées aux CPAS qui ont élargi les conditions de prises en charge des frais en soins de santé. Cependant, les formes qu'a cette généralisation ne sont pas identiques. D'un CPAS à l'autre, l'aide médicale s'est organisée en fonction des choix (notamment, politiques) qu'effectue le Conseil. De la carte médicale aux réquisitoires, en passant par les bons médicaux et pharmaceutiques, l'aide médicale générale change de configuration exécutive, tandis que la mise en place de l'aide médicale urgente (AMU) se précise pour prendre la forme d'une convention avec le SPP IS qui se charge de rembourser les frais des cas AMU aux CPAS. L'évolution de la question de l'aide médicale intéresse alors les associations qui tentent de voir dans quelle mesure la carte médicale parvient à favoriser l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation précaire.

b) L'élaboration d'un questionnaire (QCM)¹ :

Composé de 3 items fermés et d'une question ouverte, le questionnaire à choix multiples (QCM) tente d'obtenir quelques indicateurs chiffrés concernant les éléments suivants :

- Le nombre de CPAS appliquant le système de carte médicale ;
- Les catégories de personnes qui bénéficient de la carte médicale ;
- Les différents types de soins que la carte médicale couvre.

Ces indicateurs nous permettent d'élaborer un premier constat national sur la mise en place d'un système de carte médicale, et servent de support pour les rencontres provinciales du printemps entre le SPP IS et les CPAS. Le questionnaire a été envoyé à tous les CPAS du pays. La participation étant libre, le QCM est resté disponible sur le web pendant environ un mois.

Étant donné les délais de réalisation de l'étude, nous ne pouvions élaborer un questionnaire « trop » long qui serait non seulement susceptible de décourager les éventuels répondants, mais qui aurait rendu le traitement des données plus complexe. Opter pour un questionnaire court

¹ Le QCM est inséré en annexe -1-

implique l'insertion de propositions non-exhaustives. Ce faisant, nous avons ajouté la proposition « autre » qui permet de prendre en compte d'autres éléments.

c) Entretiens qualitatifs :

Notre partie qualitative a été réalisée par des entretiens semi-directifs avec des membres du personnel des CPAS. Le choix des CPAS s'est effectué au fur et à mesure de l'avancée de nos prises de contact et par conséquent, en fonction des disponibilités de chacun.

Nous avons d'abord pris en compte les CPAS des grandes villes (Anvers, Genk, Bruxelles, Liège, Namur et Charleroi). Ensuite, nous avons contacté d'autres CPAS concernés par la problématique de l'accès aux soins de santé et qui ont mis en place soit la carte médicale, soit d'autres mécanismes d'aide médicale. Nous tentions de voir quelles seraient les réticences développées vis-à-vis de la carte médicale, et quels sont les arguments qui permettent de les dissiper. En même temps, nous nous sommes intéressées aux inconvénients que comporte la carte médicale lors de son application, et quelles solutions sont envisagées pour les atténuer, sans oublier les avantages qu'elle représente pour les bénéficiaires, les prestataires de soins et les CPAS. La grille est donc restée précise par rapport au thème de la carte médicale mais assez ouverte pour englober les différents points qui gravitent autour du projet².

Finalement, nous avons eu l'occasion de rencontrer directement quinze CPAS (cinq wallons, trois bruxellois et sept flamands) et de nous entretenir par téléphone avec trois (deux wallons et un bruxellois).

Nous avons pris contact également avec d'autres organismes belges en lien direct (ou indirect) avec notre sujet de recherche. Il s'agit d'abord de la section CPAS des Unions des Villes et des Communes des 3 régions bruxelloise, flamande et wallonne, et ensuite du réseau wallon de la lutte contre la pauvreté (RWLP). Ces contacts nous ont apporté des perspectives divergentes étant donné les angles de vues différents et spécifiques à chaque institution.

Notre grille d'entretien a été articulée autour de deux thèmes principaux : d'une part, les points de vue de ces institutions en tant qu'experts concernant la facilitation de l'accès aux soins de santé et d'autre part, les échos que ces personnes auraient pu percevoir des CPAS ou des autres associations.

² La grille est insérée en annexe -2-

3. Présentation du matériel d'investigation :

Notre analyse s'est effectuée au fur et à mesure de nos entretiens. Nous avons structuré nos données de façon à faire émerger 3 points essentiels :

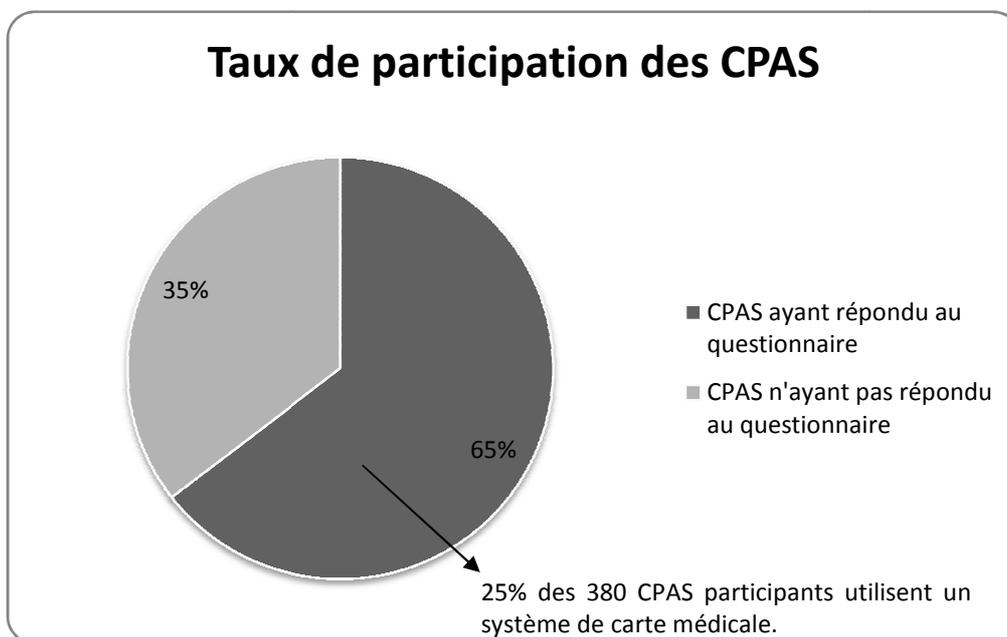
- Un modèle généralisable d'une carte médicale, issu des exemples de bonnes pratiques rencontrées ;
- Les freins et avantages que peut présenter la carte médicale ;
- Les éléments de solution pratique constatés dans divers CPAS.

Par la suite, nous avons regroupé quelques éléments de réflexion mettant en évidence les prérogatives qui aiderait la carte médicale à éviter certains pièges.

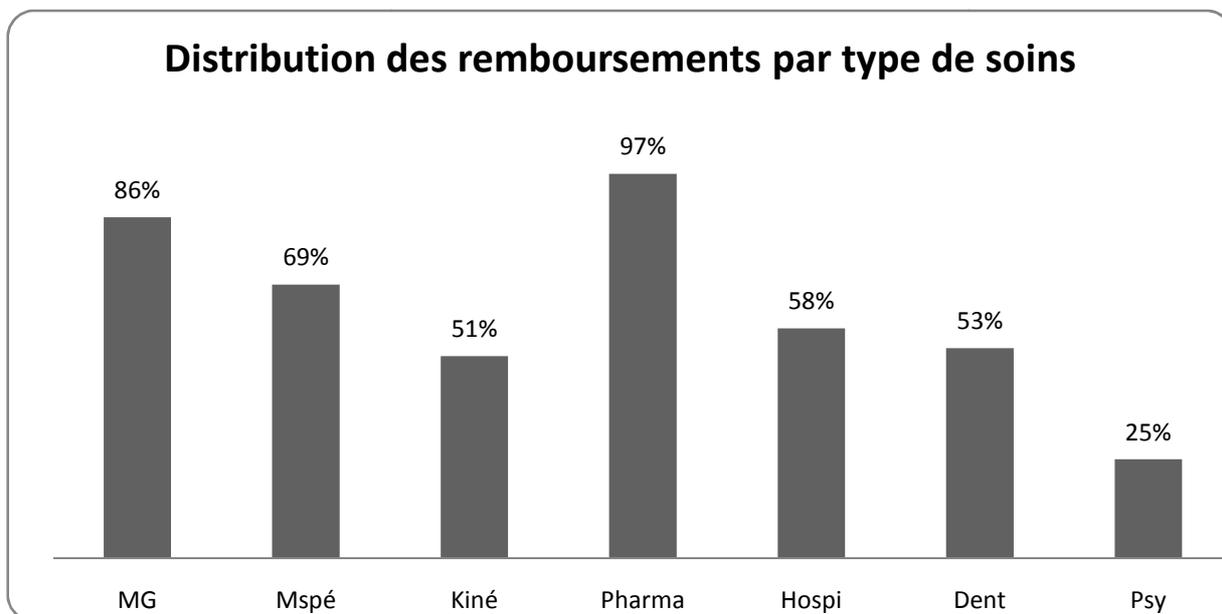
Suite à la finalisation de la présentation Power Point, qui a servi de support pendant les rencontres provinciales, nous nous sommes rendues à quelques unes de ces dernières afin de récolter un feedback sur notre enquête. Les réactions des CPAS ont permis de mieux relativiser nos premières conclusions et par conséquent, de présenter des éléments encore plus pragmatiques.

a. Enquête par questionnaire :

380 CPAS ont rempli le QCM. Le taux de réponse est donc assez important. 97 CPAS ont déclaré mettre en place un système de carte médicale au sens de la circulaire de 2005.



Toutefois, il faut souligner la relativité des données récoltées. En effet, 35% de non-réponse implique la possibilité que des CPAS utilisant la carte médicale n'ont pas répondu à notre enquête. Ces chiffres sont donc incomplets mais fournissent tout de même un premier indicateur concernant l'étendu de l'utilisation de la carte médicale.



-MG: Médecins généralistes

-Mspé: Médecins spécialistes

-Kiné: Kinésithérapeutes

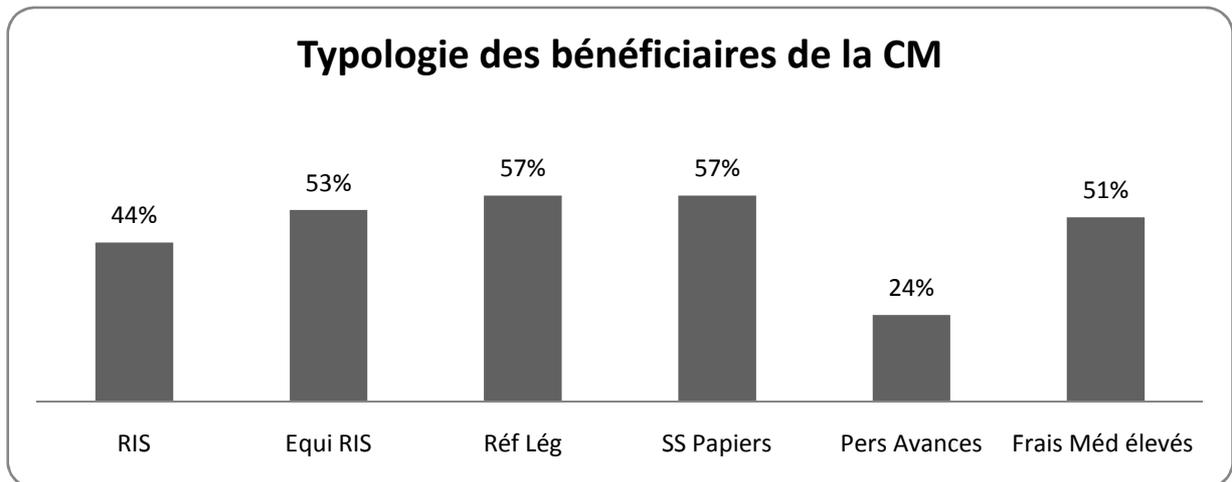
-Pharma: Pharmaceutiques

-Hospi: Frais Hospitaliers

-Dent: Dentistes

-Psy: Psychologue

Le graphique représente les pourcentages des remboursements pris en charge par les CPAS utilisant une carte médicale. 94 CPAS affirment utiliser le système de carte médicale pour rembourser les frais pharmaceutiques. Nous constatons que les frais en médicaments et en médecine générale sont les plus remboursés. Cependant, le remboursement des frais de psychothérapie ne semble pas être fréquent au sein des mêmes CPAS.



-RIS: Bénéficiaires du revenu d'intégration sociale

-Réf Lég: Réfugiés légaux

-Pers Avances: Personnes recevant des avances

-Equi RIS: Ayant droit à l'équivalent RIS

-SS Papiers: Personnes en situation irrégulière

-Frais Méd élevés: Personnes ayant des frais médicaux trop élevés par rapport à leurs revenus

La distribution indique les catégories de personnes qui sont les plus ciblées par la carte médicale. En effet, le statut « légal » est le critère qui est le plus pris en charge par les CPAS pour accorder une carte médicale. Vient ensuite le droit au RIS ou à l'équivalent RIS. Les bas revenus sont tout aussi bien concernés. Habituellement, il s'agit des personnes dont les frais médicaux sont trop importants par rapport à leur rémunération. Cependant, la tendance est à la généralisation de la carte médicale à d'autres catégories de personnes vivant des situations de précarité et ne percevant pas de revenus professionnels, comme par exemple les personnes en médiation de dettes, les personnes sans ordre de la mutuelle, les pensionnées GRAPA ou encore, les demandeurs d'emploi.

Soulignons que cette généralisation est d'actualité mais qu'elle reste encore insuffisante (selon les données de notre enquête).

b. Entretiens qualitatifs :

- **Organisation de la carte médicale :**

La carte médicale a été intégrée dans les pratiques des CPAS comme une aide pour faciliter l'accès aux soins de santé. Cependant, les mécanismes d'aide médicale semblent hétérogènes et rendent l'établissement d'un constat général assez complexe et ce pour deux raisons : d'abord, chaque CPAS possède des caractéristiques qui lui sont propres (taille, budget, types de public). Ensuite, ces caractéristiques influencent l'orientation des interventions qu'il met en place. De fait, en fonction de chaque critère, le CPAS donnera par exemple la priorité à certaines actions au détriment d'autres. Le développement des aides médicales est lié à la place attribuée aux actions visant à favoriser l'accès aux soins de santé. Juger de la pertinence de la carte médicale comme intervention sociale reste relatif à chaque CPAS. Les modalités pratiques de son organisation varient donc en fonction de l'environnement du CPAS et de sa politique d'intervention.

Ces modalités concernent principalement les points qui suivent :

Zone de compétence du CPAS : La couverture territoriale détermine les frontières des compétences des CPAS. En effet, les prestataires de soins doivent (a priori) se situer dans la commune du CPAS. Cependant, certaines communes ne possèdent pas (ou peu) de prestataires sur leur territoire. Par conséquent, le CPAS peut prendre en charge les frais de consultation d'un prestataire de soins situé sur une commune avoisinante.

Durée de validité de la carte médicale : La décision d'attribution de la CM est annuelle (en général). Toutefois, l'application de la dite décision peut être révisée tous les trois, six ou neuf mois. La carte médicale est donc une aide ciblée et non-permanente.

Catégories de personnes bénéficiaires : Les conditions d'attribution diffèrent d'un CPAS à l'autre. Elles sont liées aux revenus, au statut civil, à la composition du ménage, à l'état de santé du demandeur. Tous ces éléments sont déterminés non seulement par l'enquête sociale effectuée par l'assistant social chargé du dossier, mais aussi par les choix qu'opèrent les CPAS quant aux publics qui devraient bénéficier de cette de cette aide

Types de soins pris en charge par le CPAS : en effet, il a le choix de rembourser les consultations médicales, les frais pharmaceutiques et ceux hospitaliers. Ces remboursements peuvent être proportionnels et plafonnés selon une durée déterminée.

Forme pratique de la carte médicale : elle peut varier du format A4, à la mini-carte plastifiée (comme une carte de bibliothèque). Plusieurs informations peuvent y figurer : le nom du bénéficiaire, celui du CPAS, de l'assistant social référent, du médecin titulaire, de la pharmacie, ...etc. Plusieurs CPAS préfèrent y ajouter une photo également, et ce pour éviter les cas de

fraudes. D'autres ajoutent les noms des personnes constituant le ménage du chef de famille. La carte peut être renouvelée tous les trois mois ou annuellement. Ceci dépend en effet de la durée d'exécution de la décision du Conseil du CPAS³.

La carte médicale reste donc un moyen effectif pour garantir un meilleur accès aux soins de santé. Il s'agit d'un outil flexible qui peut être adapté et actualisé au fur et à mesure des changements. De fait, ces modalités pratiques ne sont pas rigides et restent prêtes pour toutes adaptations ultérieures. L'aide médicale est donc également adaptée en fonction de chaque demande et peut prendre plusieurs formes (bons, avances, réquisitoires), formes qui s'insèrent dans un cadre plus global qu'est la carte médicale.

Ce dispositif est intégré dans chaque CPAS en fonction des particularités de ce dernier (nombre des bénéficiaires, taille du réseau médical, moyens humains et financiers) et reste un outil flexible étant donné qu'il garantit un plus large accès aux soins de santé et qu'il peut inclure d'autres formes d'aide médicale.

- **Avantages de la carte médicale :**

L'avantage premier du système de la carte médicale est le fait de faciliter l'accès aux soins de santé, et ce par rapport à d'autres mécanismes d'aide comme les réquisitoires et les bons médicaux/pharmaceutiques. Ceci remplit une fonction préventive dans la mesure où ça permet aux usagers de bénéficier de soins à temps et donc, d'éviter une dégradation de leur état de santé. Les réquisitoires nécessitent des déplacements fréquents et exigent donc une certaine disponibilité pour effectuer les trajets pour chaque acte médical (domicile/lieu de travail – prestataire de soins – CPAS). Quant aux bons médicamenteux, leur utilisation efficace repose sur la « bonne volonté » de l'utilisateur qui assume l'entière responsabilité en cas de problèmes. Il est important de proposer à l'utilisateur un outil qui le responsabilise sans pour autant l'accabler et l'isoler dans sa démarche. L'autonomisation passe par la responsabilisation de tous les acteurs de façon à ce que chacun agisse en bonne connaissance de ses devoirs et de ses obligations. L'intérêt de la carte médicale réside en sa capacité à impliquer l'ensemble des acteurs concernés et de les conscientiser aux implications de leurs actions.

Le CPAS intervient selon des conventions établies avec des partenaires. Ces conventions réduisent les démarches administratives grâce à une standardisation des procédures qui offre un cadre clair d'intervention sociale, cadre qui détermine les cas dans lesquels le CPAS intervient et selon quelles modalités. En prévoyant une structure d'action, le CPAS maintient des possibilités

³ Un exemple de carte médicale est inséré en annexe -3-

d'extension du règlement et peut répondre à d'autres demandes qui ne sont pas prévues au départ. La flexibilité de la carte médicale réduit les discriminations liées aux statuts de l'utilisateur étant donné qu'elle peut englober des demandes émanant d'utilisateurs autres que le bénéficiaire du revenu d'intégration sociale. Les personnes ayant des frais médicaux trop lourds par rapport à leurs revenus peuvent alors bénéficier de cette aide et ce même si elles ont un emploi et fatalement des revenus professionnels.

Les prestataires de soins bénéficient d'une sécurité étant donné qu'ils obtiennent la certitude de percevoir leurs honoraires. Ce sentiment de sécurité est lié à l'établissement de conventions qui leur permettent d'avoir un interlocuteur précis en cas de problèmes.

- **Freins à la mise en place de la carte médicale :**

Ce sont les éléments mis en évidence par les CPAS qu'ils aient ou pas un système de carte médicale. En effet, plusieurs CPAS ont mis en avant l'argument financier comme principale crainte face à la mise en place d'un tel mécanisme d'aide, surtout lorsqu'il s'agit de contrôler des dépenses et par conséquent, de gérer les factures. Les cas de fraudes et de surconsommation exacerbent cette crainte puisque les CPAS s'attendent à une augmentation substantielle de leurs budgets sociaux et ainsi, à une perte considérable du contrôle de leurs dépenses. Cependant, les cas de fraude semblent rares et s'apparentent -souvent- soit à une incompréhension des règlements liés à la carte médicale, soit à des cas d'abus liés à des prescriptions frauduleuses, donc à une forme de complaisance des médecins.

Le manque de coopération de ces derniers est un autre inconvénient perçu par les CPAS qui s'exprime de différentes façons. Certains prestataires de soins semblent craindre d'être associés à une forme de précarité étiquetée négativement. Ils refuseraient des patients pour le simple prétexte de leur situation socioéconomique et de leur bénéfice d'une carte médicale. Le CPAS se retrouve « isolé » face à des partenaires éventuels mais réticents à son projet. Cet inconvénient complique la communication entre ces types d'acteurs et dessert les usagers qui sont pris en otage. Le respect du secret professionnel peut parfois être mis en péril du fait de la gestion des données personnelles des usagers. L'intervention d'un médecin conseil garantit une meilleure préservation du secret médical. De plus, il possède des prérequis que le travailleur social maîtrise peu de par sa formation. Cependant, les prestataires de soins risquent de percevoir l'intervention du médecin conseil comme une ingérence dans leur travail, et par conséquent, de refuser toute communication constructive.

Un autre frein est celui de la gestion administrative que nécessitent la mise en place et le suivi de la carte médicale. Même si cette dernière simplifie les démarches pour l'utilisateur, il n'empêche qu'elle exige des réformes administratives qui peuvent paraître importantes. Ces

réformes sont inéluctables étant donné que la carte médicale se veut à la fois flexible et englobant les autres types d'aide médicale.

Parmi les CPAS consultés, la question de la liberté du choix du médecin a souvent été posée comme une difficulté complémentaire à celle de la coopération des prestataires de soins. Orienter les usagers vers une liste préétablie de prestataires pour qu'ils y choisissent un qu'ils doivent par la suite garder, engendre le risque de créer un circuit de soins parallèle et par conséquent, d'enfermer les usagers dans un système de soins « pour les pauvres ». En même temps, ceci risque d'entraver leurs libertés de choix d'un médecin, avec lequel ils sont censés entretenir une relation de confiance.

Soulignons que ces freins ne sont pas systématiques et encore moins persistants dans le temps. Leurs effets peuvent être atténués voir même dissipés grâce à des mesures que les CPAS introduisent que ce soit en amont de façon préventive, ou au fur et à mesure de leurs apparitions de façon corrective.

- **Quelques exemples de bonne pratique :**

Plusieurs CPAS mettent en place des éléments de solution qui permettent d'atténuer les freins que pourrait présenter la carte médicale.

Ces bonnes pratiques concernent trois niveaux : la politique de communication, la gestion administrative et l'organisation des rapports usager-CPAS-prestataire de soins. Interdépendants, ces niveaux prennent part à la mise en œuvre du projet.

Politique de communication

Comme tout nouveau dispositif, la carte médicale exprime la nécessité de se faire connaître en tant que dispositif d'aide efficace. Pour ce faire, le CPAS doit renforcer les informations de première ligne à destination des usagers et des prestataires de soins, que ce soit à l'aide de brochures informatives ou alors de lettres explicatives aux prestataires.

Les explications concernent les modalités pratiques (de conventionnement et de remboursement par exemple), les personnes de contact en cas de questions mais aussi les listes des soins pris en charge par le CPAS. Il s'agit par la même occasion d'informer les prestataires des avantages de la carte médicale (par exemple, la garantie de paiement des honoraires) sans oublier ses objectifs sociaux. L'informatisation des échanges permet de simplifier la circulation des données et des renseignements entre les prestataires et le CPAS.

Gestion administrative

La carte médicale permet de diminuer les formalités administratives, que ce soit pour l'utilisateur ou pour le prestataire de soins, en fournissant un cadre clair d'action pour l'ensemble des acteurs.

Cette forme de gestion peut passer par des mesures d'application du Maximum à Facturer (MàF), du tiers payant (qui règle en partie la question des avances) ou encore, par l'élaboration des listes de médicaments et de soins que le CPAS prend en charge. En cas de conventionnement des prestataires de soins, une liste reprenant ceux conventionnés doit être accessible aux usagers.

Une base documentaire reprenant les documents que doit remplir les prestataires, peut être mise à disposition de ces derniers via internet. L'informatisation des communications est également un moyen de faciliter la circulation des renseignements.

Toutefois, ces listes standardisées ne visent qu'une facilitation du déroulement de l'aide. La carte médicale reste assez flexible pour permettre d'englober d'autres cas de prises en charge, comme par exemple, des remboursements de médicaments de type D, non remboursés par l'INAMI.

Un CPAS a décidé de travailler avec un office administratif qui opère comme sous-traitant du corps médical et qui gère directement les questions administratives avec les prestataires de soins et le CPAS.

La gestion administrative s'applique aussi en termes de moyens d'identification des usagers. La carte médicale peut prendre la forme discrète d'une petite carte que l'utilisateur présente à chaque consultation.

Finalement, le médecin conseil peut être appelé pour aider à mieux justifier les soins de santé et donc le remboursement des factures. De plus, ceci contribue à préserver le secret médical.

Partenariat et collaboration

Le fonctionnement de la carte médicale passe par la coopération entre le CPAS et les prestataires de soins. Il est alors important de les sensibiliser aux objectifs sociaux du projet ainsi qu'aux problèmes liés aux abus et aux prescriptions frauduleuses. Cette sensibilisation peut également être effectuée par l'INAMI et les différentes associations représentatives des médecins.

Des collaborations avec des organismes comme l'ONE et KIND EN GEZIN, les maisons médicale, les relais santé, ...etc. peuvent être mises en place afin de s'adresser aux femmes enceintes vulnérables, aux mineurs d'âge, ou alors à d'autres situations de précarité non-prévues par la carte médicale, mais qu'elle peut traiter sous la forme d'extension des modalités pratiques.

Les groupes de concertation peuvent être mis en place dès le lancement du projet, ou organisés au fur et à mesure de l'évolution du système d'aide et ce afin de préserver une relation de confiance de qualité entre les trois acteurs : d'une part, le prestataire de soins qui se voit impliqué, responsabilisé et réceptif aux modalités du projet, d'autre part, l'utilisateur qui se sent écouté, concerné par le fonctionnement de la carte et rassuré par une fidélisation à un prestataire ainsi que par une aide fournie par le CPAS.

Ce tableau présente un récapitulatif des pratiques que nous avons précitées :

Politique de communication	<ul style="list-style-type: none">✓ Informations de première ligne✓ Liste de médicaments et soins remboursés, des médecins conventionnés par le CPAS✓ Moyens d'identification de l'utilisateur, d'information des remboursements auxquels il a droit✓ Informer le corps médical des avantages de la carte médicale✓ Sensibiliser les prestataires de soins aux objectifs de la carte médicale
Gestion administration	<ul style="list-style-type: none">✓ Réduire le ticket modérateur pour favoriser le tiers payant✓ Diminuer les formalités administratives✓ Contrôler les dépenses médicales à l'aide d'un office de tarification, du médecin conseil qui vérifient les factures✓ Intégrer le MAF✓ Établir des modes de convention✓ Favoriser les TIC
Partenariats	<ul style="list-style-type: none">✓ Importance des relais sociaux et des collaborations✓ Groupes de concertation avec les prestataires de soins✓ Responsabilisation de l'utilisateur et des prestataires de soins✓ Favoriser:<ul style="list-style-type: none">• Le Dossier Médical Global et une relation de confiance• Des suivis personnalisés et qualitatifs

c. Synthèse de la documentation :

Comme expliqué dans la partie liée à la méthodologie, des rapports traitant de la carte médicale ont été consultés et ce afin d'en dégager des éléments pertinents.

Le réseau flamand de lutte contre la pauvreté dénonce la position faible des usagers qui s'adressent au CPAS pour obtenir l'aide médicale. Ils se sentent d'autant plus démunis s'ils ne reçoivent pas assez d'informations qui répondent à leurs questions. La communication est donc importante pour leur permettre de sortir de leur isolement et d'oser s'adresser aux personnes habilitées à répondre à leurs demandes. Le CPAS doit être disponible pour fournir tous les renseignements nécessaires et garantir une relation de confiance entre lui et l'utilisateur.

Dans certains CPAS, il est exigé d'avancer la somme totale liée aux soins avant de se voir rembourser les frais en question. Le ticket modérateur est souvent un frein pour les personnes à faibles revenus et dont les frais médicaux sont parfois considérables. Le tiers payant règle la question des avances et permet donc aux usagers d'accéder à des soins plus facilement. Cependant, aussi modique qu'il puisse être, le tiers payant représente parfois une somme dont les usagers ne disposent pas. Le constat est le même pour les systèmes d'aide participative, où la personne est amenée à céder un forfait (fixe ou proportionnel) pour avoir droit au remboursement du CPAS. Cette participation forfaitaire interroge l'intervention sociale dans le cas où l'utilisateur en grande précarité ne disposerait pas de l'avance.

D'un autre côté, l'organisation administrative de l'aide influe l'accès aux soins de santé dans la mesure où elle peut faciliter ou à l'inverse, décourager les usagers de faire la demande d'une intervention du CPAS. Le passage systématique par le CPAS freine les usagers qui doivent se déplacer pour chaque intervention. Cette contrainte est à ajouter à celle liée aux horaires d'ouverture des CPAS.

De Werkgroep Tot Uw Dienst a travaillé sur les modalités pratiques des interventions des CPAS. La question de l'aide médicale a été discutée par des personnes confrontées aux difficultés financières et administratives dans l'accès aux soins de santé. Il en est sorti que la carte médicale peut avoir un effet stigmatisant étant donné qu'elle comporte l'étiquetage du « bénéficiaire social » d'une aide. Les usagers pensent qu'il serait mieux d'avoir une carte moins « voyante » et plus discrète. Le poids du regard des autres est d'autant amplifié lorsqu'on prend en compte l'influence des stéréotypes liés à la pauvreté et aux personnes en situation précaire. Les participants proposent alors de réfléchir à une carte médicale dont la forme est discrète et dont les critères d'attribution sont cohérents entre les communes, car un déménagement peut parfois signifier une perte de certaines aides dont la personne a grandement besoin. Les CPAS doivent se

concerter afin de faciliter l'accès aux services qu'ils fournissent que ce soit au niveau administratif ou au niveau organisationnel (conditions d'attribution, modalités pratiques).

En Wallonie, l'union des villes et des communes a mené une enquête en 2008 qui a mis en évidence trois points : d'abord, les réticences des CPAS se cristallisent autour des problèmes liés aux fraudes ainsi qu'aux surconsommations médicopharmaceutiques. Ensuite, de nombreuses zones rurales abritent peu de prestataires de soins. Par exemple dans la province du Luxembourg, le réseau des prestataires médicaux est clairsemé et comporte plusieurs localités où l'offre en médecins et pharmaciens est réduite. À l'inverse, la province du Brabant Wallon compte le double du nombre de médecins⁴. Cependant, la carte médicale n'est pas généralisée dans les CPAS de cette province. La cause semble être liée au manque de coopération des prestataires de soins qui semblent réticents face à l'idée d'être associés à une forme de précarité « étiquetée » négativement. Une deuxième explication pourrait provenir de la politique de communication que réalise le CPAS autour de la carte médicale. Pour adhérer au projet d'une facilitation de l'accès aux soins de santé, les prestataires de soins ont besoin de plus d'explications et de renseignements sur le projet en question. Par conséquent, des politiques de communication doivent être mises en place et adaptées en fonction des prestataires et leurs modes de fonctionnement. Un moyen efficace d'approcher le corps médical consiste à associer les ligues et associations de médecins relatifs à la commune et/ou à la province où se trouve le CPAS au projet. Cependant, ce dernier se retrouve devant une impasse tant que les prestataires refusent de collaborer au projet de la carte médicale. Par conséquent, la difficulté de la mise en place de la carte médicale réside (notamment) en l'absence de prestataires de soins ou dans la difficulté de les convaincre d'adhérer au projet de la carte médicale.

Finalement, de nombreux CPAS ignorent l'existence d'un tel projet et conservent par conséquent leurs anciens modes d'aide médicale.

En 2001, le Brussels Welzijns en Gezondheidsraad (BWR), Observatoire de la Santé et du Social, pointait l'importance d'une harmonisation des modalités (du moins en partie) de la carte médicale. En effet, l'insatisfaction relevée par l'enquête menée dans la région de Bruxelles Capitale était principalement liée à des différences de pratique entre les CPAS (types de soins couverts, critères d'attribution, modalités de collaboration avec les prestataires de soins). De plus, ce rapport indique que les CPAS n'utilisent pas pleinement les possibilités qu'offre l'article 57 de la loi organique des centres publics d'aide sociale du 8 juillet 1976⁵. La carte médicale figure

⁴ Voir annexe -4-

⁵ « § 1. Sans préjudice des dispositions de l'article 57ter, le centre public d'aide sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou

parmi ces possibilités mais son ampleur exécutive reste limitée et devrait être plus généralisée afin de remplir son objectif de départ (c'est-à-dire, faciliter l'accès aux soins de santé).

Les conventions avec les prestataires de soins déterminent un cadre clair pour le déroulement du processus d'aide médicale. Leur harmonisation ainsi que la standardisation des listes des médicaments et soins remboursés sont également souhaitables dont la mesure où elles permettent une meilleure communication et plus de clarté avec les acteurs concernés.

En 2007, le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme déclare la carte médicale « *comme une plus-value, tant pour la personne qui a besoin de soins que pour le prestataire de soins et le CPAS* »⁶. Un dialogue de qualité doit donc être stimulé avec les prestataires de soins afin d'optimiser ce système d'aide médicale et de renforcer les conventions existantes (ou à établir).

d. Participation aux rencontres provinciales du printemps 2009 :

Chaque année, le SPP IS se réunit avec les CPAS lors des rencontres du printemps suivant des thèmes précis. La carte médicale figurant à l'ordre du jour, nous avons assisté à quelques unes de ces rencontres, notre objectif étant d'approcher encore plus de CPAS qui seraient dans une situation de débat et non dans une simple position d'exposition de leurs arguments propres.

La crainte d'une perte de l'individualisation de l'aide médicale peut être justifiée par la volonté des CPAS de contribuer à ce que les usagers précarisés vivent selon la dignité humaine. Cette crainte est liée à l'aspect régulateur de la carte médicale qui standardise les modalités pratiques.

La carte médicale tente de répondre à cette crainte tout en gardant sa forme exécutive souple et adaptable aux cas qui se présentent. En d'autres termes, la carte médicale doit prévoir d'une part, un cadre général de conditions d'attribution et d'organisation et d'autre part, des extensions de l'aide pour des cas non prévues au départ de sa mise en place.

Le caractère instable des personnes en situation précaire rend l'application de la décision compliquée en cas de déménagement ou de changement de situation. C'est pour cette raison qu'il est recommandé de différencier deux points : la décision du conseil du CPAS et sa portée exécutive. En effet, la décision du Conseil est annuelle. Cependant, son application peut être révisée tous les trois, six, ou neuf mois afin d'accompagner l'utilisateur au fur et à mesure des évolutions que connaît son parcours. Par conséquent, la carte médicale, qui présente une forme

curative, mais encore une aide préventive. (Il encourage la participation sociale des usagers.). Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique ».

⁶ *Rapports bisannuels du Service de lutte contre la pauvreté, chapitre « Santé », 2007, p 45.*

assez standardisée par des conventions et des conditions, a l'avantage d'une certaine flexibilité lui permettant d'être combinée à des suivis qualitatifs et donc, personnalisés.

Une harmonisation des modalités pratiques liées à la carte médicale permet d'accompagner les usagers même en cas de déménagement et donc de changement de CPAS.

Les questions de surconsommation médicale et de fraude peuvent être résolues par l'intervention d'un médecin conseil qui remplirait la fonction d'un médiateur tout en respectant le secret médical. Dans certaines provinces, des CPAS se sont réunis pour engager un médecin conseil qui s'occuperait de la vérification des prescriptions médicales pour l'ensemble des usagers relatifs aux CPAS concernés.

Les rencontres régulières avec les usagers permettent également de réduire le nombre de fraudes et ce grâce à une meilleure communication des informations et à des suivis personnalisés.

D'un autre côté, conscientiser les prestataires de soins aux objectifs sociaux de la carte médicale les implique d'avantage dans le processus et les responsabilise par rapport aux questions de prescriptions (médicaments génériques, shopping médical, ...etc.).

Les contrôles des factures peuvent sembler n'être effectifs qu'à posteriori, ce qui renforçait les craintes des CPAS vis-à-vis d'une augmentation considérable de leurs dépenses. Les expériences des CPAS ayant déjà une carte médicale ont prouvé l'inverse. En effet, l'utilisation du système de la carte médicale avec l'aide d'un médecin conseil a diminué sensiblement les dépenses des CPAS. L'impact budgétaire réel semble être profitable aux CPAS même s'il reste relatif à la situation financière de chacun d'entre eux. Cependant, une analyse comptable approfondie est la seule à même d'en établir un constat précis.

Dans certains CPAS, la solution envisagée a été de plafonner quantitativement les remboursements afin de réduire les cas de surconsommation pharmaceutique. Toutefois, chaque CPAS organise des mécanismes correctifs en fonction de ses caractéristiques (taille, types de demandes, par exemple) et ce en toute autonomie.

La question de l'accès aux soins de santé est étroitement liée à celle du transport. Se déplacer pour les personnes en situation précaire est encore plus difficile lorsque la dépendance aux transports en commun est conjuguée à l'insuffisance de ces derniers dans les zones rurales. L'aide médicale doit prendre en compte ce type de questions et ne pas se concentrer uniquement sur l'aspect financier auquel répond cette même aide.

La question des soins urgents pose problème dans la mesure où elle interroge la coordination de l'aide médicale entre le CPAS et le prestataire de soins. En cas d'urgence, l'enquête sociale ne peut être réalisée qu'une fois les soins administrés. L'utilisateur pourrait se voir refuser des soins (par exemple, hospitaliers), à cause de sa situation. De fait, il est nécessaire d'organiser la carte médicale de façon à prévoir ces cas et à éviter que l'obstacle financier soit un

lourd frein pour les personnes en situation de précarité. À travers l'établissement de conventions avec les prestataires de soins, la carte médicale est un outil qui contribue à atténuer les effets négatifs des contraintes matérielles sur l'accès aux soins de santé. Elle offre également l'avantage de ne pas se limiter aux personnes en situation irrégulière. Elle permet à l'aide médicale de s'adresser à divers catégories de personnes, sans restrictions de statut, d'âge, de nationalité ou de situation familiale.

4. Réfléchir la carte médicale :

Lors de nos entretiens qualitatifs, nous avons constaté une partie assez importante d'arbitraire dans l'organisation de la carte médicale, dans le sens où les conditions d'attribution sont aléatoires et changent d'un CPAS à l'autre. La raison invoquée de sa mise en place se résumait souvent à une décision politique émanant du conseil du CPAS alors qu'il existe déjà un autre système d'aide médicale dont le fonctionnement ne connaît pas nécessairement de problèmes.

En même temps, le personnel administratif et social se trouve peu impliqué dans un processus dont il est le principal protagoniste. Malgré un relatif scepticisme face à la carte médicale, il est contraint de participer à sa mise en place. Son implication risque d'être compromise s'il manque de conviction par rapport à la légitimité d'un tel outil. Par conséquent, la promotion de la carte médicale risque également d'être mise à mal alors qu'il s'agit d'une aide qui a besoin d'une politique de communication active et efficace.

L'application du principe de l'aide médicale est laissée aux choix des instances compétentes du CPAS. Son organisation de la carte médicale revêtirait un caractère politique au lieu de représenter l'offre d'une meilleure justice pour les plus démunis. Les modalités pratiques liées à la carte médicale expriment des choix subjectifs en terme d'abord, de degré de priorité accordé aux différents types des soins de santé (soins médicaux ou frais pharmaceutiques), de hiérarchisation des bénéficiaires (le plus/moins « méritant » de recevoir une aide) et finalement, en terme de relation de confiance (comment elle est envisagée et les moyens que le CPAS se donne pour éviter les situations de fraude et d'abus).

Décider des catégories de bénéficiaires implique fatalement des discriminations à l'égard des usagers se retrouvant en dehors des typologies préétablies. L'avantage de la carte médicale est de procurer des possibilités d'extension à des cas de demandes non-envisagés auparavant.

Les cas de fraudes et d'abus ne concernent pas uniquement les usagers. Les prestataires de soins sont également impliqués que ce soit du fait de leur complaisance ou de leur clientélisme. En se focalisant sur l'utilisateur et sur le comportement responsable « attendu » de sa part, les « responsabilités » des autres acteurs quant au bon fonctionnement de la carte médicale sont mises de côté, comme si la carte médicale tentait de résoudre la question de l'accès aux soins de santé pour les personnes défavorisées à travers ces dernières mêmes, en adoptant une réponse sociale qui conditionne les comportements et attitudes des personnes aidées. La carte médicale exprime une aide adressée aux bénéficiaires à certains moments de leurs parcours, mais stigmatise ces mêmes bénéficiaires de façon à les cantonner dans des catégories d'action (pour mes soins, je consulte tel médecin et tel pharmacien, qui sont bien précisés dans mon dossier et bien inscrits sur

ma carte). Le risque est de voir se constituer deux réseaux parallèles de soins de santé : le premier pour les usagers précaires contraints de s'y insérer, le deuxième pour des usagers libres de choisir le prestataire qui leur convient. Par conséquent, le piège résiderait en l'apparition d'une médecine des pauvres et une autre destinée aux riches, avec un sentiment de culpabilisation vis-à-vis de l'utilisateur faible responsable du déroulement d'un processus dont il ne maîtrise qu'une partie. En cas de problème, il serait le seul sanctionné. Un moyen pour éviter ce piège est d'inclure les prestataires de soins et ce dans une démarche effective qui vise d'une part, à les conscientiser aux objectifs sociaux de la carte médicale et d'autre part, à les sensibiliser aux dangers d'un étiquetage négatif des pauvres.

Le caractère multi-casquette du CPAS et des missions qu'il mène peut représenter une autre dérive de l'aide médicale. Outre la gestion des maisons de repos, des demandeurs d'emploi libres ou ceux radiés par l'ONEM, des plans énergie, des aides aux logements, le CPAS doit également jouer le rôle d'une « mutualité » alors qu'il n'y est pas destiné. Le risque à long terme serait que le CPAS n'arrive plus à remplir ses missions et se retrouve contraint à restreindre les conditions d'octroi aux aides, ou encore, à suspendre catégoriquement certaines aides.

Lors des rencontres provinciales avec les CPAS, un des éléments qui revenait pendant les débats était que la carte médicale est un dispositif dont l'existence est justifiée par de nombreux paramètres, d'autant plus que la crise économique que connaît le pays touche plus durement la tranche de la population la plus défavorisée. Cependant, il faudrait envisager à long terme des mesures de facilitation à l'accès aux soins de santé dont les acteurs principaux seraient par exemple les mutualités et non plus les CPAS. Ces derniers accorderaient des aides dans les cas d'urgence et feraient suivre les demandes à d'autres acteurs dès régularisation de la situation de(s) demandeur(s). Le CPAS assurerait la gestion des entrées grâce à l'enquête sociale, puis déléguerait les dossiers selon leurs contenus aux structures compétentes.

Il est primordial de garder en tête les objectifs sociaux de la carte médicale afin de les insérer dans un contexte où des mesures de soutien existent déjà et dont l'efficacité a été prouvée. Ce faisant, la carte médicale doit garder sa souplesse et sa flexibilité pour intégrer les mécanismes d'aide sans constituer ni menaces de dérives pour ces mécanismes, ni risques de stigmatisation pour les personnes bénéficiaires.

5. Recommandations :

La carte médicale est à concevoir en tant que processus mobilisé par trois acteurs : les prestataires de soins, l'usager et finalement, le CPAS qui régule les rapports entre les deux premiers. Par conséquent, il en est l'acteur principal. Cette place majeure se traduit par des mesures de communication, d'administration et de collaboration que le CPAS mène au fur et à mesure de la mise en place du projet. Une liste -non exhaustive- d'exemples de bonnes pratiques a été précitée. Toutefois, chaque CPAS peut s'en inspirer afin d'améliorer son système ou pour mettre en place ses propres mesures préventives et correctives.

Il est important d'envisager des mécanismes de concertation avec les prestataires de soins. Des contacts réguliers sont indispensables pour la mise en place et le suivi du projet. Ils permettent la communication des informations nécessaires à l'application de l'aide. Une politique de communication doit être aussi envisagée vis-à-vis des usagers. Ces derniers se sentiront impliqués et écoutés dans leur démarche de demande d'aide.

Ultérieurement, la carte médicale pourrait être réservée aux personnes (qu'elles soient en situation régulière ou pas) qui se retrouvent en situations d'urgence médicale (physiologique et/ou psychologique). L'objectif est d'offrir un premier accès aux soins qui permet à la carte médicale de garantir sa pertinence en termes d'action préventive.

Les usagers peuvent ensuite être pris en charge par d'autres intervenants plus aptes à traiter leurs demandes. Toutefois, le CPAS peut continuer à garantir une aide financière aux personnes ayant des frais médicaux trop importants pour leurs revenus, et ce en ayant recours aux autres mécanismes d'aide (réquisitoires, bons médicaux, ...etc.). Il continue alors de remplir son rôle d'acteur public de l'aide sociale.

Les modalités pratiques de la carte médicale doivent refléter le principe d'une facilitation de l'accès aux soins de santé. Elles doivent éviter tout risque de stigmatisation des usagers ainsi que tout risque de dérive de la carte médicale. En même temps, elles doivent participer à l'affaiblissement des effets négatifs de leurs étiquetages par les prestataires de soins.

Un des dangers de la précarité réside en sa capacité à réduire les identités à une étiquette socioéconomique. En même temps, dans un état social, la pauvreté implique des possibilités de droits à un ensemble d'aides parmi lesquelles figure la carte médicale, mécanisme offrant un meilleur accès aux soins de santé. Son harmonisation ainsi que sa diffusion parmi les CPAS sont par conséquent essentielles.

Bibliographie :

Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers : Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique, BWR (Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad) avec la collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, Bruxelles, juin 2001.

Résumé de la table ronde « Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne », Parlement Bruxellois, 13 juillet 2002.

Rapport du Réseau Flamand de Lutte contre la Pauvreté, 2005.

Recommandations du Centre de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale, chapitre « santé », 2005 et 2007.

Rapports du WERKGROEP TOT UW DIENST, 23 octobre 2007 et 16 mai 2008.

Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010, Belgique.

Enquête de l'Union des Villes et des Communes de Wallonie, Section CPAS, 2008.

Présentation Power Point de Christian Lejour, de l'Union des Villes et des Communes de Bruxelles Capitale, Section CPAS, le 9 Octobre 2008.

Annexes :

Annexe -1- : Questionnaire

Veillez cocher la bonne réponse **et compléter si nécessaire.**

1. Disposez-vous d'une carte médicale (appelée aussi carte santé, carte pharmaceutique ou carte médico-pharmaceutique) ?

Oui	Non
1	2

2. Quels sont les types de soins qu'elle couvre ?

	Oui	Non
Consultation d'un médecin généraliste	1	2
Consultation d'un médecin spécialiste	1	2
Consultation d'un kinésithérapeute	1	2
Frais pharmaceutiques	1	2
Frais hospitaliers	1	2
Soins dentaires	1	2
Consultation d'un psychologue	1	2
Autres ; lesquels :		

3. Quels sont les publics bénéficiaires de ce système ?

	Oui	Non
Ayant droit au RIS	1	2
Ayant droit à l'équivalent RIS	1	2
Réfugiés légaux	1	2
Personnes sans-papiers	1	2
Personnes recevant des avances	1	2
Personnes ayant des frais médicaux trop élevés par rapport à leurs revenus	1	2
Autres ; lesquels :		

4. **Avez-vous des remarques et/ou recommandations :**

a. Informations générales :

Nom de la personne, fonction dans le CPAS.

b. Modalités de la mise en place de la carte :

Depuis quand la carte médicale est-elle appliquée ? Pour quel public ? Quelles sont les conditions d'attribution ? Quels sont les motifs de la mise en place de la CM ? Comment se passe l'information des usagers ? Comment se déroule la communication avec les prestataires de soins (médecins, pharmacies, hôpitaux) ? Y'a-t-il des conventions et/ou des concertations avec les prestataires de soins ?

Comment se déroule la gestion administrative ? Y'a-t-il un médecin « conseil au CPAS ?

Problèmes rencontrés lors de l'application de la carte médicale et les solutions apportées à ces difficultés.

c. Gestion de la communication avec :

Les prestataires de soins ;

Les autres CPAS ;

Les usagers ;

Les autres acteurs de la sécurité sociale (INAMI, mutualités).

Comment le CPAS informait-il les différents acteurs de l'existence de la CM et de ses modalités pratiques ? Quels sont les canaux de communication que les CPAS privilégiaient ?

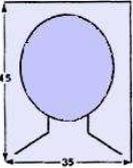
d. Gestion des inconvénients de la CM :

Gestion des charges budgétaires : est-ce que les coûts d'un tel système sont maîtrisables ou au contraire, ingérables ? Est-ce que les coûts ne sont pas un frein à l'application de la carte médicale ?

Qu'en est-il de la charge administrative ? (coûts humains, matériels)

e. Autres remarques/commentaires.

Annexe -3- : Exemple de carte médicale

CPAS de Adresse : Tél : Factures à envoyer au ... AS à contacter :		
		Nom du bénéficiaire: Prénom du bénéficiaire: Adresse : Tél : Date de naissance : Noms des personnes à charge : N° dossier :
Médecin traitant Dr	Tél:	
Pharmacie Adresse :	Tél :	
Carte médicale valide du ... au ...		
Fait le/.. /.. à.....	(Cachet du CPAS et signature de l'AS)	

Annexe -4- :

Tableau 1.3. Nombre de médecins généralistes agréés en Belgique au 31 décembre 2006, par province, sur base du lieu de domicile officiel

	Nombre	%	Population	Densité pour 100 000 habitants
Belgique	14 464	100,0	10 584 534	137
Brabant flamand	1 571	10,9	1 052 467	149
Flandre occidentale	1 451	10,0	1 145 878	127
Flandre orientale	1 773	12,3	1 398 253	127
Anvers	2 080	14,4	1 700 570	122
Limbourg	957	6,6	820 272	117
Brabant wallon	679	4,7	370 460	183
Hainaut	1 659	11,5	1 294 844	128
Liège	1 613	11,2	1 047 414	154
Namur	830	5,7	461 983	180
Luxembourg	373	2,6	261 178	143
Région de Bruxelles-Capitale	1 478	10,2	1 031 215	143

Tableau 3.3. Nombre de médecins spécialistes en Belgique au 31 décembre 2006, par province, sur base du lieu de domicile officiel

	Nombre	%	Population	Densité pour 100 000 habitants
Belgique	22 256	100,0	10 584 534	210
Brabant flamand	3 009	13,5	1 052 467	286
Flandre occidentale	1 923	8,6	1 145 878	168
Flandre orientale	2 557	11,5	1 398 253	183
Anvers	2 915	13,1	1 700 570	171
Limbourg	1 165	5,2	820 272	142
Brabant wallon	1 518	6,8	370 460	410
Hainaut	2 091	9,4	1 294 844	161
Liège	2 453	11,0	1 047 414	234
Namur	1 014	4,6	461 983	219
Luxembourg	399	1,8	261 178	153
Région de Bruxelles-Capitale	3 212	14,4	1 031 215	311

Source :

<http://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=4&NR=545&LANG=fr>