

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de droit et de criminologie (DRT)

Accès aux soins en Belgique : analyse approfondie du cas des étrangers en séjour illégal

Mémoire réalisé par
Laura Debuck

Promoteur
Marie Noëlle Derèse

Année académique 2014-2015
Master en droit

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une oeuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une oeuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette oeuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Je tiens, tout d'abord, à remercier mon promoteur, Madame Marie Noëlle Derèse pour son encadrement et sa disponibilité.

J'aimerais ensuite exprimer ma reconnaissance à l'égard de mes parents pour leur soutien et leur relecture attentive.

Enfin, je souhaite manifester ma gratitude à l'égard de Benjamin Pirlet pour nos discussions constructives.

Introduction

Le mois d'avril aura mis un accent particulier sur la question des migrations vers l'Europe. Les naufrages en série et la noyade de centaines de personnes dans les eaux méditerranéennes ont, en effet, remis cette question au centre de l'agenda européen. Dans la foulée, une réunion du Conseil européen a été convoquée et un plan adopté pour mieux faire face à ces catastrophes.

Alors que tous les observateurs s'accordent pour dire que les États européens n'en font pas assez, force est de constater que le problème soulève des questions politiques essentielles. Une des plus importantes est le coût que génère l'arrivée de ces migrants sur le territoire national et l'étendue des droits auxquels ils peuvent prétendre. À l'heure où les scores des partis d'extrême droite progressent en Europe sur fond de crise économique prolongée, personne ne doute qu'un compromis sera difficile à atteindre, entre les partisans d'une « Europe qui protège » et ceux d'une « Europe des droits de l'homme ».

Le présent travail a pour objectif de contribuer à objectiver ce débat, par une analyse des droits en matière de santé des étrangers en séjour illégal sur le sol belge. La première partie analysera les principales normes de droit belge et international encadrant l'accès aux soins de santé en général (*cf.* CHAPITRE 1). Ensuite, pour poser les bases de la comparaison, le système de santé en droit belge sera étudié, des conditions d'accès à l'étendue de la couverture, selon que le patient relève de l'assurance maladie (*cf.* CHAPITRE 2) et/ou du CPAS (*cf.* CHAPITRE 3). Enfin, la dernière partie analysera les droits d'un étranger en situation irrégulière (*cf.* CHAPITRE 4) ainsi que quelques points communs entre l'aide accordée par le CPAS aux personnes en séjour régulier et celle octroyée aux étrangers en séjour illégal (*cf.* CHAPITRE 5).

Le choix de présenter d'abord le régime réservé aux ressortissants belges s'explique par la volonté de faire ressortir les différences entre les deux régimes. Dans le contexte d'un système de soins de santé particulièrement avantageux par comparaison aux autres pays de l'OCDE, le traitement des étrangers ne peut se comprendre qu'à la lumière d'une

comparaison avec les droits des Belges. Avant d'entamer cette comparaison, il nous paraissait important de poser les principes qui sous-tendent cette matière.

Cependant, le caractère nécessairement limité de ce travail nous a imposé certains choix. Ainsi, la situation de l'étranger sera examinée par rapport à un individu seul, en situation irrégulière et n'ayant pas entrepris de démarches de régularisation. Il est dès lors important de garder à l'esprit que l'étendue de ces droits peut varier, notamment en fonction de sa situation familiale.

Chapitre 1. Bases légales

Introduction

Le droit à l'accès aux soins de santé est consacré par divers textes légaux, aussi bien internationaux (*cf.* SECTION 1) avec l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (*cf.* §1) et l'article 11 de la Charte sociale européenne (*cf.* §2) que nationaux (*cf.* SECTION 2) avec l'article 23 de la Constitution (§1) et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (*cf.* §2). Il ne s'agit pas là des seules bases juridiques, mais bien des textes les plus généraux permettant, dès lors, une approche globale de la situation. Le but de ce premier chapitre n'est, en effet, pas d'effectuer une analyse détaillée, mais bien de dresser un portrait rapide des bases légales les plus importantes en matière d'accès aux soins de santé afin de comprendre au mieux les chapitres qui suivront.

Section 1. Textes internationaux

§1. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

a) Contenu

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale des Nations Unies, après plus de vingt ans de débats¹.

À l'heure actuelle, il a été ratifié par 164 pays² qui acceptent, dès lors, de respecter les différents droits et obligations contenues dans le Pacte et d'assurer la compatibilité de ceux-ci avec les lois nationales³.

¹ L. BOY, J.-B. RACINE et F. SIIRIAINEN, *Droit économique et droits de l'Homme*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 372.

² <https://treaties.un.org> (dernière consultation le 3 mai 2015).

³ A. KERDOUN, «La place des droits économiques, sociaux et culturels dans le droit international des droits de l'homme», *Rev. trim. dr. h.*, 2011, p. 510.

On y retrouve un ensemble large de droits protégés comme, par exemple : le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes⁴, d'avoir un niveau de vie suffisant pour soi et pour sa famille⁵, ainsi que le droit de jouir du meilleur état de santé⁶.

b) Article 12 : Jouir du meilleur état de santé physique

L'article 12 nous dit :

« 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

- a) La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;*
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;*
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;*
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »*

Le comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui contrôle le respect du Pacte, déclare, dans une de ses observations, que :

« La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. La réalisation du droit à la santé peut être assurée par de nombreuses démarches, qui sont complémentaires, notamment la formulation de politiques en matière de santé ou la mise en oeuvre de

⁴ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 1, signé à New York le 19 décembre 1966, approuvé par la loi du 15 mai 1981, *M.B.* 6 juillet 1983, ainsi que par les décrets de la Communauté française du 8 juin 1982, *M.B.*, 15 octobre 1982, et de la Communauté flamande du 25 janvier 1983, *M.B.*, 26 février 1983.

⁵ *Ibid.*, art 11, § 1.

⁶ *Ibid.*, art. 12.

programmes de santé tels qu'ils sont élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou l'adoption d'instruments juridiques spécifiques. En outre, le droit à la santé comprend certains éléments dont le respect est garanti par la loi.⁷ »

D'après cette observation toujours, le droit à la santé est caractérisé par quatre éléments : premièrement, par la disponibilité : puisqu'il faut en effet qu'il existe une quantité suffisante, d'installations, de biens et de services. Le deuxième élément est l'accessibilité : les soins doivent être accessibles à tous. Troisièmement, il faut que les moyens utilisés soient respectueux de l'éthique médicale et appropriés au niveau culturel. Enfin, les soins doivent être de qualité⁸.

Cet article 12 impose, dès lors, trois obligations à charge des États signataires :

- « 1. Respecter: c'est-à-dire s'abstenir d'entraver l'exercice du droit à la santé («ne pas nuire»).*
- 2. Protéger: c'est-à-dire empêcher des tiers (acteurs non-étatiques) de faire obstacle à l'exercice du droit à la santé (p. ex. en réglementant l'action des acteurs non-étatiques).*
- 3. Mettre en œuvre: c'est-à-dire adopter des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou budgétaire pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.⁹ »*

c) Contrôle

Le respect des obligations est contrôlé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels qui a été mis en place par une résolution du Conseil économique et social¹⁰. Tous les quatre ans, chaque État doit remettre un rapport reprenant les mesures ayant été prises par l'État ainsi que les progrès accomplis afin d'assurer les différents droits garantis¹¹.

⁷ Com. D.E.S.C., *observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 12 mai 2000, E/C.12/2000/4.

⁸ *Ibid.*

⁹ <http://www.who.int> (dernière consultation le 10 mars 2015).

¹⁰ Rés. n° 1985/17 du Conseil économique et social, du 28 mai 1985, <http://daccess-dds-ny.un.org> (dernière consultation le 3 février 2015).

¹¹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels précité, art. 16 et 17.

Depuis 2008, il est également possible d'introduire des plaintes auprès du Comité des droits économiques sociaux et culturels¹².

§2. Charte sociale européenne révisée

a) Contenu

La Charte sociale européenne de 1961¹³ est un complément indispensable à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme. Là où la Convention assure la protection de droits civils et politiques, la Charte garantit le respect des droits sociaux fondamentaux¹⁴.

Suite aux divers changements sociaux intervenus depuis 1961, il a été décidé, en 1996¹⁵, de la réviser afin de la mettre à jour et d'en adapter le contenu matériel. Cette révision a été ratifiée par la Belgique le 2 mars 2004. La Charte révisée est souvent considérée, en raison du nombre important de droits qu'elle garantit, comme l'instrument le plus abouti en matière de droits sociaux¹⁶.

On y retrouve 31 droits sociaux fondamentaux comme, par exemple, le droit à une rémunération équitable¹⁷, le droit des enfants et des adolescents à la protection contre les dangers physiques et moraux¹⁸, le droit au logement¹⁹ ou encore le droit à la protection de la santé²⁰.

Les États n'ont pas l'obligation de ratifier la Charte dans son ensemble et peuvent décider de ne pas être liés par telle ou telle disposition (à l'exception d'un noyau dur de droits qu'ils doivent obligatoirement accepter). La Belgique a, par exemple, décidé de ne pas ratifier

¹² O. DE SCHUTTER., « Le Protocole facultatif au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », *R.B.D.I.*, 2006, p.7.

¹³ Charte sociale européenne révisée et annexe, faite à Turin le 18 octobre 1961, approuvée par la loi du 11 juillet 1990, *M.B.*, 28 décembre 1990, ainsi que par les décrets de la Communauté française du 8 juillet 1983, *M.B.*, 18 août 1983, de la Communauté flamande du 21 mars 1990, *M.B.*, 5 mai 1990, err. *M.B.*, 9 novembre 1990 et de la communauté germanophone du 5 juin 1990, *M.B.* 3 août 1990.

¹⁴ C. BENHELOCINE., *La Charte sociale européenne*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, p. 13.

¹⁵ Charte sociale européenne révisée et annexe, signées à Strasbourg le 3 mai 1996 et approuvée par la loi du 15 mars 2002, *M.B.*, 10 mai 2004.

¹⁶ T. AUBERT-MONPEYSSEN, « Une justiciabilité accrue de la Charte sociale européenne », *J.D.E.*, 2011, p. 166.

¹⁷ Charte sociale européenne révisée et annexe, signées à Strasbourg le 3 mai 1996 et approuvée par la loi du 15 mars 2002, art 4, *M.B.*, 10 mai 2004.

¹⁸ *Ibid.*, art 7.

¹⁹ *Ibid.*, art. 31.

²⁰ *Ibid.*, art 11.

l'article 31 prévoyant un droit au logement. L'article 11 concernant le droit à la protection de la santé à, quant à lui, été approuvé²¹.

b) Article 11 : Droit à la protection de la santé

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

- 1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;*
- 2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;*
- 3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents »*

Cet article a pour objectif de : *« prévoir une série de droits afin de permettre aux personnes de jouir du meilleur état de santé qu'elles puissent atteindre. Cela se traduit par:*

- des mesures tendant à favoriser la santé ;*
- des mesures tendant à soigner en cas de maladie.²² »*

Dans le cadre de ce mémoire, seul le deuxième point nous intéresse.

En vertu de cet article, les États doivent garantir, aux citoyens, le meilleur état de santé possible et rendre les soins de santé accessibles à tous, ce qui implique que :

«- la prise en charge des soins de santé soit en tout ou en partie collective ;

-Le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus. À cette fin, des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients parmi les

²¹ V. VAN DER PLANCKE et M. SANT'ANA, « Protection des droits sociaux fondamentaux et lutte contre la pauvreté au sein du Conseil de l'Europe », *Les droits sociaux fondamentaux dans la lutte contre la pauvreté*, Bruxelles, La Charte, 2012, p. 229.

²² L. SAMUEL., *Droits sociaux fondamentaux: jurisprudence de la Charte sociale européenne*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1997, p. 279.

catégories défavorisées de la population doivent être prises ;

- les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins. L'accès aux traitements doit, notamment, être fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de vie ;

- les professionnels ainsi que les équipements de santé soient en nombre suffisant (le critère est de 3 lits pour 1000 habitants²³ »

c) Mesures de contrôle

Cet instrument juridique ne fait pas que lister les divers droits sociaux fondamentaux, mais met également en place un système de contrôle permettant d'assurer le respect des dispositions par les différents États²⁴.

La Charte européenne institue, en effet, dès 1961, un organe de contrôle dont le rôle est, toutefois, fortement limité. Il s'agit du Comité européen des droits sociaux. Sa mission était d'examiner les rapports rendant compte de l'exécution des diverses obligations des États. Beaucoup d'États avaient donc dans l'idée que la seule véritable obligation introduite par la Charte européenne était la remise annuelle d'un rapport au Comité puisqu'aucun autre contrôle n'était effectué. La Charte avait, donc, dans les faits, un impact très minime²⁵.

En 1995 cependant, les pouvoirs du Comité ont été élargis grâce à l'adoption d'un protocole additionnel qui institue une procédure de réclamations collectives. Cette procédure : *« permet aux organismes ayant pour mission de défendre les droits collectifs, de saisir le Comité européen des droits sociaux lorsqu'ils considèrent qu'un droit inscrit dans la Charte sociale européenne est violé par une disposition nationale »*²⁶.

²³ L. SAMUEL., *Droits sociaux fondamentaux: jurisprudence de la Charte sociale européenne*, loc. cit., p. 285.

²⁴ D. GOMIEN, D. HARRIS et L. ZWAAK., *Convention européenne des Droits de l'Homme et Charte sociale européenne : droit et pratique*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1997, p. 441.

²⁵ T. AUBERT-MONPEYSSSEN, « Une justiciabilité accrue de la Charte sociale européenne », *op.cit.*, p. 167.

²⁶ *Ibid.*

Le Comité européen des Droits sociaux s'assure, donc, du respect des diverses obligations énoncées dans la Charte²⁷.

Malheureusement, le Comité n'est pas une juridiction de plein exercice. Il doit donc transmettre ses décisions au Comité des ministres qui pourra, s'il le juge nécessaire, demander à l'État fautif de se conformer aux obligations inscrites dans la Charte. S'agissant d'un « simple » organe collectif, les décisions du Comité des ministres n'ont pas d'effet contraignant ce qui fait que l'État en infraction ne sera pas dans l'obligation de régler le problème. Heureusement, les États prennent, généralement, au sérieux les décisions du Comité et se conforment aux demandes qui leur sont faites²⁸.

Section 2. Textes nationaux

Le législateur fédéral est l'autorité compétente en matière de soins de santé. Seul, d'une part, l'éducation sanitaire et d'autre part, les activités et services de médecine préventive sont de la compétence des Communautés, en vertu de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles²⁹.

§1. Article 23 de la Constitution

a) Droit de mener une vie conforme à la dignité humaine

La Constitution est un texte législatif national énonçant, entre autres, un ensemble de droits et libertés³⁰.

Parmi ceux-ci, on retrouve l'article 23 qui concerne le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine :

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

À cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

²⁷ J.-M. BELORGEY, « La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe et son organe de régulation (1961-2011) », *Rev. trim. dr. h.*, 2011, p. santé et soc., 2007, p. 788.

²⁸ T. AUBERT-MONPEYSSEN, « Une justiciabilité accrue de la Charte sociale européenne », *op.cit.*, p. 167.

²⁹ L. spéc. du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, art. 5, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434.

³⁰ H. VANDENBERGHE, « Une constitution avec des droits et des libertés », *R.B.D.C.*, 2006, p. 5.

Ces droits comprennent notamment:

(...)

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ;

(...) »

Cet article a été introduit en 1994³¹ afin de, comme le dit Jacques Fierens, « *renforcer un ensemble législatif et réglementaire qui avait pris corps depuis plusieurs décennies*³² ». Il prévoit, entre autres, de protéger la santé de tout individu se trouvant sur le territoire belge.

Les notions de dignité humaine, d'aide sociale et d'aide médicale ne sont pas définies par le constituant.³³ Nous tenterons, dans les chapitres suivants, de comprendre ce que recouvrent véritablement ces notions.

On peut cependant déjà dire que ce droit à la protection soutient trois objectifs. Dans un premier temps, il s'agit de permettre à chaque citoyen de recevoir des soins en cas de maladie. Ensuite, le législateur entend améliorer la santé publique ou en prévenir la dégradation en incitant les pouvoirs publics à mettre en place de mesures collectives. Enfin, le constituant souhaite garantir, de manière générale, la meilleure santé physique et psychique possible pour chacun³⁴.

§2. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

La loi fédérale du 22 août 2002 est, en Belgique, l'une des références en matière de droits pour la personne malade. Elle a pour objectif de cadrer, le mieux possible, la relation qui existe entre un médecin et son patient. Elle met, à charge du médecin, un ensemble

³¹ Déclaration de révision de la Constitution du 31 janvier 1994, *M.B.*, 12 février 1994.

³² J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 332.

³³ A.VANDEBURIE, *L'article 23 de la Constitution. Coquille vide ou boîte aux trésors?*, Bruxelles, La Charte, 2008, p. 197.

³⁴ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 332.

d'obligations qui, lorsqu'elles ne sont pas respectées, peuvent entraîner la responsabilité du professionnel³⁵.

Elle consacre, entre autres, le droit de choisir son praticien³⁶, de recevoir les soins les plus appropriés³⁷, d'obtenir toutes les informations nécessaires³⁸ et de consentir librement aux interventions médicales³⁹.

Cette loi sera évoquée à plusieurs reprises dans la suite de ce mémoire.

³⁵ Y.-H. LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, p. 649.

³⁶ L. du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 6, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

³⁷ *Ibid.*, art. 5.

³⁸ *Ibid.*, art. 7.

³⁹ *Ibid.*, art. 8.

Chapitre 2. L'assurance soins de santé

Introduction

L'assurance soins de santé est un dispositif permettant, entre autres, la prise en charge par l'État et par le citoyen (via les cotisations) d'une part importante des frais liés aux soins de santé⁴⁰.

Dans ce deuxième chapitre, nous analyserons, tout d'abord, l'évolution qu'a connue cette assurance en Belgique (*cf.* SECTION 1) avant de nous intéresser aux diverses catégories de personnes qu'elle couvre (*cf.* SECTION 2). Dans un troisième temps, nous ferons le point sur la procédure administrative à suivre (SECTION 3) et enfin, nous analyserons les différents impacts de l'assurance soins de santé sur la vie quotidienne (*cf.* SECTION 4).

Section 1. Historique

Au départ, l'assurance soins de santé permettant le remboursement des soins ne fut mise en place que pour les travailleurs salariés, et ce, en vertu de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs⁴¹. Petit à petit, le champ d'application s'est élargi à d'autres catégories d'individus (comme par exemple, les travailleurs indépendants et les travailleurs en état d'incapacité de travail)⁴².

Un régime résiduel a également été mis en place afin de permettre aux personnes non protégées, résidant en Belgique depuis au moins 6 mois, ayant effectué un stage de 6 mois et payant une cotisation, de se voir également remboursées⁴³.

Depuis 1998, toute personne domiciliée régulièrement en Belgique est couverte par l'assurance soins de santé. Le régime résiduel n'ayant plus de sens, il a été supprimé⁴⁴.

⁴⁰ F. DAUE et D. CRAINICH, « L'avenir des soins de santé : oser Le diagnostic et les thérapies », http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/books/pdf/future_hc_fr1.pdf, Bruxelles, 2008, p. 45.

⁴¹ A.L. du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, *M.B.*, 30 décembre 1944, p. 1730.

⁴² J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 336.

⁴³ J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2014, p. 249.

Section 2. Champ d'application personnel

L'assurance soins de santé prend en charge le coût des prestations de santé, aussi bien du titulaire que des personnes à sa charge⁴⁵.

§1. Le titulaire

Le titulaire bénéficie, de manière directe, du remboursement des soins, sans devoir passer par une tierce personne. On peut retrouver une liste des personnes considérées comme telles à l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994⁴⁶.

Il s'agit:

« Des personnes qui ouvrent le droit à l'assurance soins de santé pour elles-mêmes et pour les personnes qui sont à leur charge. Il s'agit, aujourd'hui, des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, des travailleurs en état d'incapacité de travail, des travailleurs en état de chômage, des travailleuses qui, pour se reposer, ne reprennent pas le travail après un congé de maternité, des travailleurs qui, pour mettre fin à leur chômage, entament un travail domestique et des travailleurs qui ont interrompu leur travail et se trouvent dans une situation « digne d'intérêt », des travailleurs ayant droit à une pension de retraite, des veufs ou veuves de titulaires, pour autant qu'ils étaient toujours mariés au moment du décès, des enfants des personnes précitées orphelins de père et de mère et qui bénéficient d'allocations familiales, des personnes handicapées, des personnes qui, après l'âge de quinze ans et avant soixante-cinq ans, sont reconnus par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité comme incapables d'effectuer un travail lucratif pour une durée d'un an en raison d'une

⁴⁴ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 337.

⁴⁵ Y.-H. LELEU, *Actualités de droit familial. Le point en 2003*, Liège, Formation permanente Cup, 2003, p. 243.

⁴⁶ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 71.

réduction de capacité de plus de 66%, des étudiants, enfin des personnes inscrites au registre national des personnes physiques »⁴⁷.

§2. La personne à charge

La personne à charge peut être définie comme :

« Une personne qui, par le lien qu'elle a avec un titulaire, bénéficie indirectement des prestations de santé (ex.: conjoint qui ne travaille pas, enfant...). ...⁴⁸ »

Pour être reconnu personne à charge, il faut cependant répondre à quatre conditions : *« Un lien personnel avec le titulaire, une condition de résidence, une condition de revenus et l'absence d'un droit propre »⁴⁹.*

a) Lien personnel avec le titulaire

L'article 123 de l'arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, établit une liste des diverses personnes ayant un tel lien. Il s'agira, entre autres, du conjoint⁵⁰, des ascendants du titulaire⁵¹, du conjoint non divorcé, mais séparé de corps ou de fait (selon certaines conditions que nous ne développerons pas ici)⁵² et des enfants de moins de 25 ans du titulaire⁵³.

⁴⁷ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 337.

⁴⁸ <http://www.inami.fgov.be/fr/glossary/index.htm#.VStqGUJcU1w> (dernière consultation le 25 avril 2015).

⁴⁹ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, *loc. cit.*, p. 74.

⁵⁰ A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, art 123, 1°, *M.B.*, 31 juillet 1996, p. 20285.

⁵¹ *Ibid.*, art. 123, 4°.

⁵² *Ibid.*, art. 123, 1°.

⁵³ *Ibid.*, art. 123, 3°.

b) Condition de résidence

Le titulaire et la personne à charge doivent obligatoirement avoir la même résidence principale⁵⁴.

Il existe cependant trois exceptions : les enfants du titulaire et les conjoints séparés de fait ou de corps ne sont pas dans l'obligation d'avoir la même résidence principale⁵⁵. Il en est de même pour le conjoint, lorsqu'une disposition réglementaire l'oblige à installer sa résidence principale à un endroit précis⁵⁶.

Avoir la même résidence principale ne signifie en aucun cas qu'il faille vivre sous le même toit en permanence. La personne à charge pourra cesser, temporairement, de résider avec le titulaire, tant que la durée n'excède pas plus de 3 mois ou que l'absence est due : « à une hospitalisation, au séjour en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques ou en service flat »⁵⁷

c) Condition de revenus

Pour rester personne à charge, l'individu ne pourra pas avoir un revenu professionnel ou un revenu de remplacement dépassant un certain plafond⁵⁸.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit, cependant, à l'article 124, §1^{er}, alinéa 9, que cette condition ne s'applique pas à certaines personnes plus « faibles », comme les enfants ou les personnes bénéficiaires d'une allocation d'handicapé suite à une incapacité de 70% au moins ayant atteint l'âge de 60 ans pour une femme et 65 pour un homme⁵⁹.

⁵⁴ B. KAGNÉ., *Pratiques d'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile en Région wallonne*, Gand, Academia, 2008, p. 42.

⁵⁵ A. DUELZ, J.-C. BROUWERS et Q. FISCHER, *Le droit du divorce*, Bruxelles, De Boeck, 2009, p. 406.

⁵⁶ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, loc. cit., p. 76.

⁵⁷ A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, art 124, § 2, al. 3, *M.B.*, 31 juillet 1996, p. 20285.

⁵⁸ *Ibid.*, art. 124, § 1^{er}, 1^o.

⁵⁹ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, loc. cit., p. 77.

d) Absence d'un droit propre

Le titulaire d'une assurance soins de santé ne peut, en principe, pas non plus, être inscrit en tant que personne à charge⁶⁰.

Des exceptions à cette condition sont, de nouveau, prévues par le législateur à l'article 124 de l'Arrêté royal de 1996. Celles-ci ne seront, cependant, pas analysées ici.

Section 3. Procédure

Pour que l'intervention financière puisse être obtenue, le titulaire doit s'affilier auprès d'un organisme assureur. Le choix de cet organisme est laissé à l'appréciation de l'assuré et s'impose aux personnes à charge⁶¹.

Au premier jour du trimestre au cours duquel le titulaire s'inscrit, le droit à l'assurance s'ouvre. Le bénéficiaire devra ensuite verser des cotisations O.N.S.S, afin de le maintenir⁶². Ces cotisations seront dégressives en fonction des revenus et même nulles, dans certains cas (par exemple pour les personnes bénéficiant du revenu d'intégration)⁶³.

Section 4. Effets

§1. Remboursement

Le fait d'être couvert par une assurance soins de santé va permettre au bénéficiaire de se voir rembourser certains soins⁶⁴.

L'assurance couvre aussi bien des frais préventifs que curatifs. L'article 34 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités énumère les différentes prestations faisant l'objet d'un remboursement⁶⁵. Le fait de savoir quelles

⁶⁰ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, loc. cit., p. 77.

⁶¹ *Ibid.*, p. 79.

⁶² *Ibid.*, p. 80.

⁶³ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, loc. cit., p. 338.

⁶⁴ S. HOSTAUX., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, loc. cit., p. 83.

⁶⁵ *Ibid.*

prestations sont remboursées n'est, cependant, pas suffisant. Il est, également, important de connaître le montant de ces prestations ainsi que le taux de remboursement⁶⁶.

La loi a donc été complétée par l'arrêté royal du 14 septembre 1984 qui liste, par code, les diverses prestations médicales faisant l'objet d'un remboursement, la valeur de ces prestations ainsi que le pourcentage qui sera remboursé⁶⁷.

Cette liste a été considérée par la jurisprudence comme étant d'interprétation restrictive⁶⁸. La loi du 14 juillet 1994⁶⁹ a, cependant, mis en place un « Fonds spécial de solidarité » visant à financer des prestations de soins ne faisant, normalement, l'objet d'aucun remboursement. La décision d'intervention sera prise par le Collège des médecins directeurs⁷⁰.

§2. Ticket modérateur

La nomenclature ne prévoit, généralement, pas le remboursement total des prestations médicales afin d'éviter une surconsommation par la population. Les consultations chez un médecin généraliste conventionnées par exemple, sont remboursées à 75% et à 60 ou 65% lorsqu'il s'agit d'un médecin spécialiste (le pourcentage variant en fonction de la spécialité)⁷¹.

La partie non remboursée est appelée « ticket modérateur » et doit être déboursée par le particulier⁷².

⁶⁶ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 339.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ L. du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, art. 23, *M.B.*, 27 août 1994, p. 21524.

⁷⁰ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 340.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² D. PIETERS et P.SCHOUKENS, *Triptiek sociale zekerheid : de beginselen van socialezekerheidsrecht en hun toepassing in België en Nederland*, Leuven, Acco, 2006, p. 181.

§3. Aide supplémentaire accordée par l'assurance

a) *Intervention majorée*

Certaines personnes aux revenus très faibles sont incapables de payer ce ticket modérateur. Une intervention majorée a donc été prévue, afin de permettre un remboursement plus important (la consultation chez le médecin généraliste conventionné sera, par exemple, remboursée à 90%). Pour y avoir droit, les individus devront avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond ; ce qui sera vérifié par l'assureur soin de santé⁷³. Une telle vérification ne devra cependant pas avoir lieu lorsque l'individu est bénéficiaire du revenu d'intégration, d'une aide sociale accordée par un CPAS, d'une allocation aux handicapés ou de la garantie de revenus aux personnes âgées⁷⁴.

b) « *Maximum à facturer* »

Le législateur, par une loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé⁷⁵, a également mis en place un système de « maximum à facturer » dont l'objectif est : « *d'accorder à chaque famille la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant déterminé en soins de santé par année* ». Pour chaque catégorie de revenu, un maximum est déterminé. Une fois le plafond annuel dépassé, les frais de soins de santé seront entièrement couverts par l'assurance⁷⁶.

c) *Système du tiers payant*

Généralement, le remboursement des frais n'intervient qu'à posteriori. Le bénéficiaire est donc obligé de payer l'entièreté des soins, avant de se les voir remboursés (à l'exception du ticket modérateur qui reste à charge de l'assuré). Cela peut poser problème pour les personnes dont les revenus sont fort limités⁷⁷.

⁷³ J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale, loc. cit.*, p. 309.

⁷⁴ A.R. du 1^{er} avril 2007, fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, art. 3, *M.B.*, 3 avril 2007, p. 19036.

⁷⁵ L. du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, *M.B.*, 4 juillet 2002, p. 30156.

⁷⁶ E. ANKAERT., « Eigen bijdragen in de Gezondheidszorg : kostprijs van een exploderende ziekteverzekering », *T.S.R.*, 2006, p. 601.

⁷⁷ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009, loc. cit.*, p. 342.

Dans certaines hypothèses, énumérées limitativement par l'arrêté royal du 10 octobre 1986⁷⁸, l'organisme assureur va payer directement les frais de soins au prestataire. Le titulaire ne doit donc déboursier, dès le départ, que le ticket modérateur.

Ce système ne sera pas applicable aux : « *soins ambulatoires dont la consultations des médecins généralistes et spécialistes, les consultations chez le dentiste de patients âgés de douze ans et plus ou les radiographies de patients non hospitalisés* »⁷⁹. Il existe cependant certaines exceptions.⁸⁰

⁷⁸ A.R. du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnées le 14 juillet 1994, *M.B.*, 28 octobre 1986, p. 14725.

⁷⁹ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, *loc. cit.*, p. 342.

⁸⁰ *Ibid.*

Chapitre 3. L'aide sociale

Introduction

Malheureusement, en Belgique comme dans beaucoup de pays, certains individus ont des moyens de subsistance tellement bas que l'assurance soins de santé n'est pas suffisante que pour leur permettre de se soigner correctement et de vivre une vie conforme à la dignité humaine. Le législateur a donc décidé d'aider ces personnes en leur accordant ce qu'on appelle : une aide sociale⁸¹.

Dans ce chapitre, nous tâcherons, d'abord, de retracer brièvement l'historique de l'aide sociale (SECTION 1), avant d'analyser les notions d'aide sociale et de dignité humaine (SECTION 2). Il s'agira, ensuite, d'établir les différentes conditions devant être remplies afin d'avoir droit à une telle aide (SECTION 3) et de rappeler que celle-ci joue seulement un rôle résiduaire (SECTION 4). Enfin, nous étudierons les différents types d'aide sociale ayant un impact dans le cadre de l'accès aux soins (SECTION 5).

Section 1. Historique

La question de l'accès aux soins pour les personnes « vulnérables » n'est pas une question nouvelle. L'aide en matière de soins de santé, pour les personnes en situation précaire, existe depuis longtemps et a fait l'objet d'un certain nombre d'évolutions⁸².

Cette aide a toujours existé et se développe, tout d'abord, grâce à diverses initiatives privées pour ensuite être prise en charge par l'assistance publique. Des hospices sont créés, des bureaux de charité sont fondés ainsi que des bureaux de bienfaisance dont le travail est de distribuer des soins à domicile⁸³.

⁸¹ I. DECHAMPS et M. VAN RUYMBEKE, *L'aide sociale dans la dynamique du droit*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1995, p. 6.

⁸² S. DAMIEN et S. BLEUS., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2014, p. 46.

⁸³ *Ibid.*

Par la suite, en 1895, une commission royale pour la réforme de l'assistance publique est fondée par l'État et, le 10 mars 1925, une loi est votée par le Parlement créant les CAP (commissions d'assistance publique) dont la mission est de « *soulager et prévenir la misère et d'organiser le service de l'assistance médicale* »⁸⁴.

Les CAP sont finalement remplacés, en 1976, par des centres publics d'aide social (CPAS) dont l'objectif est de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine grâce à l'octroi d'une aide sociale⁸⁵.

Section 2. Notions

§1. Aide sociale

On peut définir l'aide sociale comme : « *une réponse de la société à une nécessité forte, mais indéfinissable : celle d'assurer le respect de la dignité humaine* »⁸⁶.

C'est aux CPAS, en vertu de l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1976, que le législateur confie cette mission d'assistance :

« Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Il est créé des centres publics d'aide sociale qui, dans les conditions déterminées par la présente loi, ont pour mission d'assurer cette aide. »

Cette aide pourra être, comme le précise l'article 57 de la loi du 8 juillet 1976, « *palliative, curative ou encore préventive* » et sera « *matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique* ».

Il s'agit du « *tout dernier filet de sécurité sociale* », car son but est, certes, de permettre à tout individu de vivre de manière digne, mais pas de générer des situations qui seraient plus

⁸⁴ L. du 10 mars 1925 organique de l'assistance publique, *M.B.*, 20 mars 1925, p. 1345.

⁸⁵ DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », *op. cit.*, in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, *loc. cit.*, 2014, p. 46.

⁸⁶ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique*, Bruxelles, La Charte, 2011, p. 3.

favorables que celles proposées par d'autres régimes. L'aide sera donc généralement minime et accordée de manière stricte⁸⁷.

§2. Dignité humaine

Comme nous l'avons déjà vu *supra*, la Constitution prévoit, en son article 23 que : « *Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* »

Il est fait référence à cette même notion de dignité dans l'article 1^{er} de la loi de 1976. Elle paraît être le seul critère d'octroi de l'aide sociale, mais n'est, cependant, définie nulle part⁸⁸.

Il s'agit d'un terme flou qui varie selon le lieu et l'époque dans laquelle on se trouve⁸⁹.

La Cour du travail de Mons⁹⁰ considère qu'il faut se référer à la définition donnée par les dictionnaires de langue française⁹¹. Le dictionnaire *le Petit Larousse illustré* définit la dignité comme : « *le respect que mérite quelqu'un ou quelque chose* ».

La Cour du travail de Bruxelles⁹², quant à elle, définit la dignité humaine de cette manière : « *elle est complexe et variable en fonction des époques, des cultures, des religions, de l'appartenance à un groupe social et même d'individu à individu. (...) La véritable dignité humaine consiste à se prendre en charge dans la mesure du possible et, le cas échéant, à faire bénéficier les membres de la communauté humaine au sein de laquelle on vit de ses compétences et de ses talents* »

Enfin, A. Vandeburie déclare: « *qu'il semblerait que dans l'esprit du législateur, la notion de dignité humaine soit exclusivement associée aux droits sociaux fondamentaux*⁹³ »

⁸⁷ M. PAOLILLO, « Entre assurance et assistance : « L'articulation entre la sécurité sociale et l'aide sociale au sens large » », *Ann. dr.*, 2012, p. 427.

⁸⁸ A. TOUSSAINT et I. BOUIOUKLIEV, « Aide sociale aux étrangers en séjour précaire : retour sur un ping-pong institutionnel persistant » in *Force majeure*, Limal, Anthemis, 2013, p. 281.

⁸⁹ J.-F. NEVEN, « XVII.C. - Les droits à la sécurité sociale et à l'aide sociale, médicale et juridique », in *Les droits constitutionnels en Belgique (vol. 1)*, Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 1326.

⁹⁰ C. trav. Mons, 20 novembre 2013, inédit, R.G. n° 2013/AM/56.

⁹¹ S. WARZEE, « Réflexion quant à une définition de l'aide sociale », in *Le pli juridique*, Louvain-la-Neuve, Anthemis, Mars 2014, p. 31.

⁹² C. trav. Bruxelles, 1^{er} mars 2001, inédit, R.G. n° 40347.

⁹³ A. VANDEBURIE, *L'article 23 de la Constitution : coquille vide ou boîte aux trésors ?*, *loc. cit.*, p 147.

Dans le cadre de l'aide sociale, l'idée de dignité humaine est souvent couplée avec celle de difficulté financière, ce qui provoque une limitation à un problème pécuniaire. La dignité peut, cependant, revêtir bien d'autres aspects. L'article 57 de la loi du 8 juillet 1976, comme nous l'avons déjà vu, prévoit, en effet, que : « *l'aide apportée peut être préventive, curative ou encore palliative et se prodiguer sous forme matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique* »⁹⁴

Section 3. Conditions

Afin de pouvoir bénéficier de l'aide sociale offerte par le CPAS, différentes conditions doivent être respectées. Il s'agira de vérifier que le demandeur est dans un état de besoin (§1). Son lieu de résidence (§2), et la légalité de son séjour sur le territoire belge (§3) doivent également être contrôlés.

Ces conditions seront vérifiées grâce à une enquête sociale effectuée par le travailleur social du CPAS⁹⁵.

§1. État de besoin

L'état de besoin permet d'apprécier si une aide sociale est nécessaire, afin de permettre à l'individu qui la demande de mener une vie conforme à la dignité humaine. À partir du moment où un individu ne vit pas une vie conforme à la dignité, il est en état de besoin⁹⁶.

On considère, généralement, qu'une personne devant faire face à des dettes importantes est en état de besoin. L'absence de dette est un indice sérieux permettant de croire que l'individu en question ne se trouve pas dans une situation requérant une aide⁹⁷.

⁹⁴ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 8.

⁹⁵ J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale, loc. cit.*, p. 716.

⁹⁶ M. DUMONT., *Actualités de la sécurité sociale : évolution législative et jurisprudentielle*, Bruxelles, Larcier, 2004, p. 32.

Il ne faut cependant pas penser que cette notion d'état de besoin recouvre uniquement un aspect financier. Il a par exemple été considéré que : « *une connexion internet était un moyen de communication indispensable à une personne isolée ne pouvant quitter son domicile en raison d'un handicap ou d'une asocialité profonde* ». Une telle personne sera donc considérée comme en état de besoin lorsqu'une telle connexion n'est pas possible⁹⁸.

La présence de dettes est donc, certes, l'indice d'un état de besoin, mais ne doit pas être le seul élément pris en compte. Il s'agira donc d'étudier au cas par cas la situation du demandeur⁹⁹.

§2. Lieu de résidence

Pour pouvoir réclamer une aide sociale médicale, l'individu doit faire sa demande au CPAS territorialement compétent¹⁰⁰.

La loi du 8 juillet 1976 ne contient aucune disposition expliquant, de manière explicite, quelle est la compétence territoriale des différents CPAS et ne renvoie pas, non plus, à d'autres dispositions législatives¹⁰¹.

La condition de rattachement national est énoncée de manière implicite dans la loi de 1976 en matière d'aide sociale lorsqu'on lit de manière combinée les deux premiers articles¹⁰² :

- L'article premier prévoit que tout le monde a droit à l'aide sociale.

⁹⁷ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc.cit.*, p. 253.

⁹⁸ Z. TRUSGNACH, « L'aide sociale aux étrangers : rappel des principes (1ère partie) », *Bulletin social & juridique*, janvier 2014, p. 5.

⁹⁹ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 253.

¹⁰⁰ M. DUMONT., *Actualités de la sécurité sociale : évolution législative et jurisprudentielle, loc. cit.*, p. 80.

¹⁰¹ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc.cit.*, p. 86.

¹⁰² *Ibid.*, p. 87.

- L'article deux, alinéa deux, quant à lui, précise que : « *tout comme les commissions d'assistance publique qu'ils remplacent, les centres d'aide sociale étendent leur action à tout le territoire du Royaume, en desservant soit une seule commune soit un groupe de commune* ».

À la lecture de ces deux articles, il est aisé de comprendre que le législateur n'entend pas étendre les compétences d'un CPAS en dehors de son ressort territorial.

La loi du 2 avril 1965 (dernièrement mise à jour le 9 mars 2015), quant à elle, décrit les compétences territoriales des CPAS. Elle est considérée par le Conseil d'État comme étant le prolongement de la loi de 1976 puisque, comme le dit le Conseil d'État : « *c'est en effet dans cette loi, que sont contenues les règles qui doivent permettre de déterminer quel est le centre public territorialement compétent pour assurer les prestations de service imposées par la loi du 8 juillet 1976* »¹⁰³.

Chaque CPAS a une compétence territoriale limitée, tout d'abord nationalement (la jurisprudence¹⁰⁴ considère, en effet, que l'aide sociale n'est due qu'aux personnes résidant effectivement en Belgique) et ensuite localement (le CPAS n'octroie une aide qu'aux personnes résidant habituellement sur le territoire de la commune du CPAS)¹⁰⁵.

Lors de l'examen de la demande d'aide, le CPAS vérifie sa compétence aussi bien nationale, que locale. Lorsqu'il n'est pas compétent localement, il renvoie la demande au centre compétent en respectant les diverses obligations prévues. Lorsque, par contre, le CPAS n'est pas compétent nationalement, il refusera la demande d'aide sans effectuer de renvoi, vers un autre centre¹⁰⁶.

Certaines exceptions au principe général de compétence du CPAS du lieu de résidence sont cependant prévues à l'article 2 de la loi du 2 avril 1965. Ces exceptions sont

¹⁰³ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique*, *loc. cit.*, p. 409.

¹⁰⁴ C. trav. Liège (8^e ch), 27 octobre 1999, inédit, R.G. n° 24489/96 ; C. trav. Liège (1^{re} ch), 23 mai 2000, inédit, R.G. n° 28540/99.

¹⁰⁵ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique*, *loc. cit.*, p. 87.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 67.

d'interprétations strictes et visent un équilibre entre l'objectif d'efficacité et une répartition équitable des charges entre les CPAS¹⁰⁷.

Le législateur a restreint l'accès à une aide sociale aux personnes se trouvant sur le territoire belge afin d'éviter que des étrangers viennent en Belgique uniquement pour solliciter une aide puis retournent dans leur pays¹⁰⁸.

Il s'agit d'un principe « d'inexportabilité » qui ne fait, majoritairement, pas l'objet de critiques de la part de la jurisprudence¹⁰⁹. L'aide sociale est une aide de la collectivité pour les personnes dans le besoin. Il est normal que le bénéficiaire de cette aide ne quitte pas le territoire belge pour en profiter ailleurs, sauf circonstances exceptionnelles¹¹⁰.

§3. Légalité du séjour

À la lecture de l'article 1^{er} de la loi de 1976 qui indique que : « *toute personne a droit à l'aide sociale* », il semble qu'aucune condition de légalité de séjour n'existe¹¹¹.

L'article 57 §2 déroge, cependant, à cet article en indiquant que l'aide sociale de l'étranger en séjour illégal sur le territoire est limitée à une aide médicale urgente. Cette dérogation sera étudiée en profondeur dans la deuxième partie de ce mémoire.

On peut, cependant, déjà dire que, pour obtenir une aide sociale autre que l'aide médicale urgente, il faudra être en situation légale sur le territoire. Il s'agit donc bien d'un élément conditionnant l'accès à l'aide sociale¹¹².

¹⁰⁷ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 417.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 88.

¹⁰⁹ Trib. trav. Bruxelles, 20 décembre 2002, inédit, R.G. n° 39940/2002 ; Trib. trav. Bruxelles, 7 novembre 2001, inédit, R.G. n° 32689/00 ; Trib. trav. Bruxelles, 7 juillet 2008, inédit, R.G. n° 4076/08 ; Trib. trav. Bruxelles, 2 juillet 2009, inédit, R.G. n° 5852/09.

¹¹⁰ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 88.

¹¹¹ J. FIERENS, « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », *op. cit.*, in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009, loc. cit.*, p. 342.

¹¹² *Ibid.*, p. 343.

Section 4. Caractère résiduaire

L'une des caractéristiques principales du régime de l'aide sociale repose sur son caractère résiduaire. Il s'agit, comme nous l'avons déjà dit, du « dernier filet de sécurité ». La solidarité familiale et les efforts personnels priment donc sur cette aide qui ne devra être demandée qu'en dernier recours¹¹³. Ce caractère subsidiaire se manifeste de diverses manières. Nous allons en voir deux exemples ici.

Premièrement, l'aide sociale ne sera accordée par le CPAS que lorsque la personne qui la sollicite a épuisé l'ensemble des autres possibilités qui s'offraient à lui. Il doit donc essayer d'obtenir des moyens de subsistance grâce aux autres branches de la sécurité sociale avant de faire sa demande au CPAS.¹¹⁴

À partir du moment où le demandeur ne peut faire valoir son droit à d'autres prestations sociales, l'aide sociale pourra lui être accordée¹¹⁵. Le fait que l'impossibilité d'obtenir d'autres prestations sociales soit due à « des erreurs, l'ignorance, la négligence ou la faute du demandeur » n'a pas d'importance. La fraude, par contre, n'est pas acceptée¹¹⁶.

Deuxièmement, l'aide sociale ne sera accordée que lorsque la solidarité familiale est défaillante¹¹⁷.

Comme le dit Philippe Versailles : « *en matière d'aide sociale, l'examen d'une éventuelle atteinte à la dignité humaine justifie que l'on s'inquiète de la possibilité pour le demandeur de trouver au sein de sa famille les éléments de réponse à sa situation de besoin. L'aide sociale est en règle subsidiaire par rapport à la solidarité familiale* »¹¹⁸.

¹¹³ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 245.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 345.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 346.

¹¹⁶ D. SIMOENS, *Handboek OCMW-dienstverlening*, Bruges, die Keure, 2009, p. 57.

¹¹⁷ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 349.

¹¹⁸ P. VERSAILLES, « Le regard des juridictions du travail sur la loi concernant le droit à l'intégration sociale » in *La loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale : promesses et ambiguïtés*, Bruxelles, La Charte, 2005, p. 70.

De ce fait, le CPAS. peut refuser l'octroi d'une aide sociale lorsque le demandeur a des débiteurs d'aliments (ils peuvent être définis comme : « *des personnes qui sont en charge de l'entretien financier et matériel de la personne concernée* »)¹¹⁹ et peut, également, en vertu de l'article 98 §2 de la loi du 8 juillet 1976, agir contre ces débiteurs afin d'obtenir le remboursement de l'aide sociale qui a été accordée¹²⁰.

Section 5. Différents types d'aide sociale

L'aide sociale se traduit de diverses manières : aide financière, aide médicale, prime d'installation versée aux personnes ayant perdu la qualité de sans-abri suite à l'occupation d'un logement, garantie locative, etc¹²¹.

Seule l'aide sociale financière et médicale nous intéresse dans le cadre de ce mémoire. Les autres n'ont pas de rapport avec la thématique de celui-ci et ne seront, dès lors, pas analysés.

§1. L'aide financière

L'aide sociale est, le plus souvent, octroyée sous la forme d'une allocation. Le montant alloué sera décidé au cas par cas afin de permettre au bénéficiaire de vivre dignement¹²².

Il n'est pas toujours évident de déterminer quel montant doit être octroyé. Selon Martine Van Ruymbeke et Philippe Versailles : « *L'état de besoin n'est présumé couvert et la dignité humaine respectée que si l'aide sociale permet au demandeur de disposer de ressources équivalentes au minimex et cette présomption peut être renversée soit par le CPAS qui prouve que l'état de besoin est satisfait par une aide moindre, soit par le demandeur, qui établit que son état de besoin nécessite une aide supplémentaire* »¹²³.

¹¹⁹ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 349.

¹²⁰ P. MASSON, G. HIERNAUX et N. GALLUS, *Droit des personnes et des familles : chronique de jurisprudence, 1999-2004*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 1214.

¹²¹ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, pp. 8- 30.

¹²² Cass., 23 octobre 2006, *Larcier cass.*, 2008, n°4, p. 62.

¹²³ M. VAN RUYMBEKE et P. VERSAILLES, « Aide et intégration sociale », in *Guide social permanent – Sécurité sociale- commentaires*, Diegem, Kluwer, 2009, n° 130.

§2. L'aide médicale

L'aide accordée par le CPAS pourra également être médicale. Elle se traduit par quatre obligations à charge du CPAS¹²⁴ :

- L'affiliation à une mutuelle
- La prise en charge des soins de santé réguliers
- La prise en charge de soins de santé non réguliers.
- La prise en charge des factures médicales présentées à postériori

En cas de non-respect, de ces devoirs, le CPAS commet une faute et risque, sur base de l'article 1382 du Code civil, de devoir assumer l'entière responsabilité du dommage subi suite au non-respect de ses obligations¹²⁵.

a) L'affiliation à une mutuelle

Comme nous l'avons déjà dit *supra*, il faut, pour se voir rembourser les soins de santé, être affilié à une assurance soins de santé (mutuelle) et payer des cotisations sociales.

L'un des premiers devoirs du CPAS, en matière d'aide médicale, est de vérifier que l'individu est bien affilié à une mutuelle (soit en tant que titulaire, soit en tant que personne à charge)¹²⁶. Lorsque ce n'est pas le cas, le CPAS doit affilier l'individu auprès soit d'un organisme assureur que le centre choisit, soit, si un tel choix n'est pas possible, auprès de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Il peut, si les ressources de l'individu sont suffisantes, lui demander de contribuer à l'affiliation en payant tout ou partie des cotisations. Lorsque ce n'est pas le cas, le CPAS fournit une aide financière (voir *supra*) afin de couvrir lesdites cotisations¹²⁷.

¹²⁴ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, pp. 12- 19.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 13.

¹²⁶ L. org. des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, art. 60, § 5, *M.B.*, 5 août 1976, p. 9876.

¹²⁷ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 12.

Une telle obligation n'est pas mise en place exclusivement au bénéfice de la personne en difficulté, mais également au bénéfice du CPAS. En effet, l'affiliation donne la possibilité à l'individu dans le besoin de se voir rembourser ses diverses prestations de soin, mais elle permet également au CPAS, lorsqu'il doit intervenir, de le faire uniquement à concurrence de ce qui n'est pas pris en charge par la mutuelle¹²⁸.

b) La prise en charge des soins de santé réguliers

➤ Facilités

Le CPAS a l'obligation de prendre en charge les soins de santé réguliers. Pour se faciliter la tâche, ainsi que celle du bénéficiaire, différents systèmes ont été mis en place.

- *Cartes médicales*

Les CPAS ont prévu ce qu'on appelle des « cartes médicales ». Il s'agit de cartes permettant à leur propriétaire de bénéficier, pour une période de validité limitée, de l'aide sociale en ce qui concerne certains soins. Sur cette carte est mentionné le type de soins pris en charge par l'aide médicale ainsi que la période de validité¹²⁹.

Cela permet d'une part au malade de ne pas devoir introduire, une nouvelle demande à chaque fois que des soins de santé sont nécessaires et d'autre part au CPAS de ne pas devoir, à chaque fois, débiter une nouvelle procédure¹³⁰.

- *Conventions avec des dispensateurs de soins*

Le législateur permet aux CPAS de conclure des conventions avec certains prestataires de soins se trouvant sur leur territoire¹³¹. De ce fait, le prestataire est rassuré en ce qui concerne la prise en charge financière des soins, le patient est soigné plus rapidement et le CPAS évite

¹²⁸ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 12.

¹²⁹ *Ibid.*, p. 13.

¹³⁰ *Ibid.*, p. 13.

¹³¹ L. org. des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, art. 61, *M.B.*, 5 août 1976, p. 9876.

une surconsommation médicale puisqu'il communique beaucoup plus facilement avec le dispensateur de soins¹³².

S'est, cependant, posé la question de savoir si de telles conventions n'allaient pas à l'encontre de l'article 6 de la loi sur les droits du patient qui prévoit le libre choix du praticien par le patient. La jurisprudence n'est pas unanime face à cette question¹³³.

Pour certains, une balance doit être faite entre le droit au libre choix du patient et « *l'intérêt de la collectivité au travers d'une gestion efficace des demandes d'aide médicale et des deniers publics* ». L'analyse devra être faite au cas par cas par le CPAS qui pourra refuser l'aide médicale lorsque le malade décide de choisir un autre prestataire que celui proposé sauf en cas de justification valable (qui ferait dès lors primer le libre choix du praticien sur l'intérêt de la collectivité)¹³⁴.

Pour d'autres, par contre, le libre choix du praticien est un droit qui doit toujours primer en se basant, tout d'abord, sur l'article 61 de la loi du 8 juillet 1976 et, également, sur l'article 6 de la loi sur les droits du patient. Ces deux articles garantissent ce libre choix sans jamais parler de balance à effectuer¹³⁵.

➤ Remboursement

Le montant de l'aide médicale accordée par le CPAS varie en fonction de l'état de besoin du malade. Généralement, les personnes ayant droit à une aide sociale n'ont pas suffisamment de ressources et n'interviennent, dès lors, que de manière très minime, voire nulle, dans le paiement des frais de santé¹³⁶.

Diverses possibilités s'offrent aux CPAS. Il peut, premièrement, choisir, lorsque les revenus de l'individu sont vraiment faibles, de prendre en charge la totalité des frais qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. Deuxièmement, lorsque la personne dispose de certaines ressources, le centre peut décider qu'il n'intervient que moyennant le dépassement

¹³² F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 14.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Trib. trav. Bruxelles, 1^{er} juillet 2010, inédit, R.G. n° 2049/10.

¹³⁵ Trib. trav. Bruxelles, 17 octobre 2008, inédit, R.G. n° 6462/08.

¹³⁶ M. DUMONT., *Actualités de la sécurité sociale : évolution législative et jurisprudentielle, loc. cit.*, p. 261.

d'un certain plafond ou, qu'au contraire, il n'intervient plus lorsqu'un montant maximal a été dépassé. Troisièmement, le CPAS peut également prévoir qu'une partie du ticket modérateur est à charge de l'intéressé ou encore, en ce qui concerne les médicaments, qu'une « quote-part minimale » du prix de celui-ci est prise en charge par celui qui en bénéficie¹³⁷.

c) La prise en charge de soins de santé non réguliers.

Afin de mener une vie conforme à la dignité humaine et de préserver sa santé aussi bien physique que mentale, chacun peut, lorsque ses ressources ne sont pas suffisantes ou que ses dettes sont trop importantes, demander au CPAS une aide médicale ponctuelle¹³⁸.

Cela peut, par exemple, être le cas d'une personne qui ne sait pas se payer un médicament dont elle a besoin pour guérir une bronchite ou qui fait l'objet d'une hospitalisation imprévue.

Le CPAS ne doit, cependant, prendre en charge ces soins que lorsqu'ils sont véritablement considérés comme indispensables (ce qui n'est, par exemple, pas le cas du yoga, de l'acupuncture ou encore de la sophrologie). De plus, le centre peut limiter son intervention lorsqu'il est en mesure de proposer une aide médicale aussi efficace, mais à un coût moindre (ex. : le médicament générique, tout aussi efficace que le médicament de base ; la prise en charge des frais d'hospitalisation en chambre commune et non en chambre simple)¹³⁹.

En ce qui concerne le remboursement de ces soins, nous renvoyons à ce qui a été dit concernant le remboursement des soins de santé réguliers.

d) La prise en charge des factures médicales

Il n'est pas rare, pour les CPAS, de se voir demander par certaines personnes la prise en charge de factures pour lesquelles les soins n'avaient pas préalablement fait l'objet d'un

¹³⁷ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 16.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 17.

¹³⁹ *Ibid.*

accord par le CPAS. Le centre se trouve donc mis, en quelque sorte, devant le fait accompli¹⁴⁰.

S'est alors posée la question de savoir si, lorsqu'une demande d'intervention préalable n'avait pas été introduite, l'individu pouvait se voir refuser une telle prise en charge¹⁴¹.

Pour une partie de la jurisprudence (majoritaire)¹⁴², l'octroi d'une aide sociale médicale n'est pas conditionné par une demande préalable d'intervention. Cette condition ne se trouve, en effet, inscrite nulle part dans la loi du 8 juillet 1976 instituant l'aide sociale. Selon cette jurisprudence, le refus d'aide ne peut donc pas être justifié par l'absence de demande préalable. De plus, il est également possible qu'entre la date des soins et celle de la facture, la situation du bénéficiaire ait évolué de manière défavorable et nécessite, seulement après que les soins aient été effectués, une aide sociale médicale¹⁴³.

La demande de prise en charge de factures médicales ne pourra pas être introduite par le prestataire de soins, mais uniquement par le bénéficiaire des soins (sauf en cas de mandat exprès). Le droit à l'aide sociale est, en effet, considéré par la Cour de cassation comme étant un droit personnel. On en déduit que seul le bénéficiaire du droit peut demander l'aide médicale en ce qui le concerne¹⁴⁴.

¹⁴⁰ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 17.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Trib. trav. Bruxelles, 18 mars 2004, inédit, R.G., n° 67310/03 ; Trib. trav. Bruxelles, 23 avril 2009, inédit, R.G. n° 9645/07 ; Trib. trav. Bruxelles, 21 juin 2006, inédit, R.G. n° 3236/06.

¹⁴³ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 17.

¹⁴⁴ *Ibid.*

Chapitre 4. L'accès aux soins pour les étrangers en séjour illégal sur le territoire belge

Introduction

L'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1976 sur les CPAS prévoit, comme nous l'avons déjà vu, que : « *Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine* ». Aucune distinction ne semble donc être faite entre les personnes en séjour régulier sur le territoire et celles qui ne le sont pas.

La loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses¹⁴⁵ a cependant introduit un paragraphe 2 à l'article 57 de la loi du 8 juillet 1976 et introduit désormais une nouvelle condition à l'octroi de l'aide sociale : pour bénéficier d'une aide sociale, l'individu doit être en séjour régulier sur le territoire. Pour les personnes en séjour illégal sur le territoire, seule une aide médicale urgente sera accordée¹⁴⁶.

Dans un premier temps, nous étudierons, de manière détaillée, les notions d'étranger en séjour illégal et d'aide médicale urgente (*cf.* SECTION 1). Dans un second temps, nous tenterons de comprendre la raison de l'introduction de l'article 57, § 2 de la loi du 8 juillet 1976 (*cf.* SECTION 2) avant de s'intéresser aux diverses conditions devant être réunies pour avoir droit à une aide médicale urgente (*cf.* SECTION 3). Ensuite nous parlerons des critiques émises à l'égard de cet article (*cf.* SECTION 4) et nous analyserons certains chiffres concernant l'aide médicale urgente (*cf.* SECTION 5). Enfin, nous évoquerons les diverses exceptions à l'article 57, § 2 (*cf.* SECTION 6) ainsi que de la possibilité, pour l'étranger en séjour illégal, de bénéficier d'une assurance soins de santé (*cf.* SECTION 7).

¹⁴⁵ L. du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, *M.B.*, 9 janvier 1993, p. 212.

¹⁴⁶ L. org. des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, art. 57, § 2, 1^o, *M.B.*, 5 août 1976, p. 9876.

Section 1. Notions

§1. Définition de l'étranger en séjour illégal au sens de l'article 57 §2 de la loi du 8 juillet 1976

Tout étranger désirant résider légalement sur le territoire belge pendant une période de plus de trois mois doit y être autorisé par le ministre de l'Intérieur ou son délégué. L'introduction de la demande se fera à partir du pays de résidence ou de séjour de l'étranger souhaitant s'installer en Belgique. Cependant, en cas de circonstances exceptionnelles, la demande pourra directement être faite sur notre territoire¹⁴⁷. Il existe également certaines situations dans lesquelles les étrangers sont directement admis à séjourner sur le territoire pour une durée de plus de trois mois sans qu'aucune autorisation ne soit nécessaire comme par exemple : « *l'étranger dont le droit de séjour est reconnu par un traité international, par une loi ou par un arrêté royal* »¹⁴⁸ ou encore « *la femme qui, par son mariage ou à la suite de l'acquisition par son mari d'une nationalité étrangère, a perdu la nationalité belge* »¹⁴⁹.

L'article 57 §2 ne définit pas clairement ce qu'il entend par « étranger qui séjourne illégalement dans le Royaume »¹⁵⁰. La doctrine considère, cependant, qu'il existe deux grandes catégories d'étrangers en séjour illégal auxquelles l'article 57 §2 fait référence. On retrouve, tout d'abord, des personnes ayant introduit une demande en reconnaissance du statut de réfugié et ayant vu cette demande rejetée. Ensuite, il arrive que certains étrangers arrivent sur le territoire belge et n'effectuent aucune démarche afin de légaliser leur séjour : ces personnes sont alors en séjour illégal dès leur arrivée¹⁵¹.

La première catégorie (c'est-à-dire celle des étrangers à qui l'on a refusé le statut de réfugié) peut encore être divisée en deux sous-catégories : la première se compose d'individus capables de quitter le territoire tandis que la deuxième est composée de tous ceux qui sont dans l'impossibilité de rentrer dans leur pays d'origine (à la suite d'une guerre, d'une maladie, etc...). Le ministre de l'Intérieur ainsi que son délégué (l'Office des étrangers) peut, de

¹⁴⁷ J.-P. JACQUES, « Régularisation des étrangers : quoi de neuf... Trois ! », in *Droit des étrangers et nationalité*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 198.

¹⁴⁸ L. du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, art. 10, 1^o, *M.B.*, 31 décembre 1980, p. 14584.

¹⁴⁹ *Ibid.*, art. 10, 3^o.

¹⁵⁰ Z. TRUSGNACH, « L'aide sociale aux étrangers (2^{ème} partie). Le cas particulier des illégaux », *Bulletin social & juridique*, février 2014, p. 2.

¹⁵¹ F. STAFFE, « Le droit à l'aide sociale pour les étrangers gravement malades en séjour illégal », *Chr. D. S.*, 2008, p. 186.

manière discrétionnaire, décider d'accorder à ces derniers une « clause de non reconduite » ou une « clause humanitaire » afin de leur permettre de rester sur le territoire sans pour autant leur accorder un titre de séjour légal et de ce fait, sans leur permettre de bénéficier de l'aide sociale¹⁵².

Dans le cadre de ce mémoire, il sera fait référence uniquement à l'étranger adulte en séjour illégal sur le territoire. Nous ne parlerons pas des enfants mineurs et des parents en séjour illégal ayant des enfants mineurs ou encore des demandeurs d'asile pour qui un régime particulier trouve à s'appliquer (une aide pourra en effet leur être accordée par Fedasil).

§2. Définition de l'aide médicale urgente (AMU)

a) Difficulté d'interprétation

L'article 57 §2 de la loi du 8 juillet 1976 modifiée par la loi du 30 décembre 1992 introduit la notion d'aide médicale urgente¹⁵³. Cet article dit en effet que :

« Par dérogation aux autres dispositions de la présente loi, la mission du centre public d'aide sociale se limite à :

1° L'octroi de l'aide médicale urgente, à l'égard d'un étranger qui séjourne illégalement dans le Royaume (...) »

Cependant, le législateur n'a pas trouvé bon, à l'époque, de définir cette notion.¹⁵⁴ On sait simplement, que l'aide médicale urgente est une aide sociale destinée aux étrangers se trouvant en séjour illégal sur le territoire¹⁵⁵.

Cette absence de définition a, bien entendu, causé de nombreux problèmes et a, entre autres, provoqué des divergences d'interprétation au sein de la jurisprudence. Pour certains, en effet,

¹⁵² F. STAFFE, « Le droit à l'aide sociale pour les étrangers gravement malades en séjour illégal », *Chr. D. S.*, 2008, p. 186.

¹⁵³ H. MORMONT et K. STANGHERLIN, « Les étrangers et le droit à l'aide sociale et à l'intégration sociale », *www.adde.be*, p. 29, (dernière consultation le 3 mars 2015).

¹⁵⁴ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *Rev. dr. étr.*, 2013, p. 213.

¹⁵⁵ SPP INTÉGRATION SOCIALE, « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par le CPAS », *http://www.mi-is.be*, 2013, p. 5 (dernière consultation le 5 mai 2015).

l'aide médicale urgente correspondait à « *une aide en espèce, visant à couvrir les frais de logement, d'alimentation, d'habillement et de nourriture* »¹⁵⁶, alors que pour d'autres, la notion d'aide médicale urgente devait être appréciée de manière beaucoup plus restrictive.¹⁵⁷

En 1996¹⁵⁸, le législateur introduit un nouvel alinéa dans l'article 57 §2 de la loi organique des CPAS. Il décide de laisser au Roi la possibilité de déterminer ce qui doit être entendu par la notion d'aide médicale urgente.¹⁵⁹

Les travaux parlementaires de la loi du 15 juillet 1996 ne laissent pas le Roi sans ressources¹⁶⁰.

Le secrétaire d'État à l'intégration sociale de l'époque expliquait, en effet, dans ces travaux parlementaires, que la notion devait être interprétée à la fois de manière large et restrictive. L'aide médicale urgente ne pouvait, selon lui, pas consister en une aide en l'espèce (en ce sens elle est restrictive), mais devait cependant couvrir non seulement les prestations de soins ayant lieu dans un établissement hospitalier, mais également les soins ambulatoires (en ce sens la notion est élargie).¹⁶¹

Il y stipule également, que l'aide ne doit pas se limiter à une aide hospitalière mais comprend également des traitements préventifs, des prothèses, etc. Les traitements purement cosmétiques, par contre, ne peuvent pas être considérés comme étant une aide médicale urgente.¹⁶²

Enfin, le secrétaire d'État souligne que la seule personne pouvant déterminer si les soins sont, ou non, urgents n'est autre que le médecin traitant¹⁶³.

¹⁵⁶ C. trav. Liège, 13 février 1996, R.G. n° 22.151/94.

¹⁵⁷ C. trav. Bruxelles, 13 janvier 2011, inédit, R.G. n° 2009/AB/52654 ; Trib. trav. Bruxelles, 28 novembre 2012, inédit, R.G. n° 12-7070-A.

¹⁵⁸ L. du 15 juillet 1996 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *M.B.*, 5 octobre 1996, p. 25616.

¹⁵⁹ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 213.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord. 1995-1996, n° 364/8.

¹⁶² Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1995-1996, n° 310/4.

¹⁶³ *Ibid.*

b) Définition mise en place par le Roi

Le Roi a rapidement réagi en introduisant, le 12 décembre 1996¹⁶⁴, un nouvel arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume¹⁶⁵.

Cet arrêté définit, en son article premier, la notion qui nous intéresse et reprend pratiquement mot pour mot ce qui avait été dit préalablement par le secrétaire d'État dans les travaux parlementaires de la loi du 15 juillet 1996:

« L'aide médicale urgente, visée à l'article 57, § 2, alinéa 1er de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale concerne l'aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical. Cette aide ne peut pas être une aide financière, un logement ou une autre aide sociale en nature.

L'aide médicale urgente peut être prestée tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins, comme visé à l'article 1er, 3°, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

L'aide médicale urgente peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative. (En cas de maladies contagieuses reconnues comme telles par les autorités compétentes et soumises à des mesures de prophylaxie, l'aide médicale urgente octroyée au patient doit permettre d'assurer la continuité des soins s'ils sont indispensables pour la santé publique en général.) »

c) Interprétation jurisprudentielle

La notion d'urgence peut, malgré la définition mise en place par le Roi, porter à confusion et fait l'objet de divergences d'interprétations aussi bien de la part des CPAS que de celles des cours et tribunaux¹⁶⁶.

¹⁶⁴ A.R. du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, *M.B.*, 31 décembre 1996, p. 32518.

¹⁶⁵ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 213.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 214.

➤ Interprétation majoritaire

Dans la plupart des cas, la jurisprudence semble admettre que la notion d'urgence ne doit pas être interprétée de manière trop stricte. Dans un arrêt du 27 juin 2008, par exemple, le Tribunal du Travail de Bruxelles accepte qu'un « étranger « simplement » malade a le droit à l'aide médicale urgente, à condition qu'un dispensateur de soins agréé atteste du caractère urgent¹⁶⁷ ».

Dans un autre arrêt récent, la Cour du Travail de Liège relève également que :

« Aucune disposition de la loi du 08/07/1976, ni de l'A.R. du 12/12/1996, ne détermine une catégorie particulière de soins ou de médicaments qui serait exclue de l'aide médicale urgente, le seul critère à retenir selon le texte de l'arrêté royal est le caractère urgent qui dit être attesté par un certificat médical. (...) C'est en considération de chaque cas d'espèce et sur base du certificat médical attestant du caractère urgent que l'aide médicale doit être octroyée (...). Il n'appartient ni au CPAS, ni au juge de remettre en cause le certificat médical qui détermine le caractère urgent de l'aide médicale sollicitée, le CPAS et le juge étant dépourvus de compétence scientifique à cet effet ; le CPAS et, le cas échéant, le juge qui estime discutable le certificat médical qui lui est remis et entend le contester, doit soumettre cette appréciation à l'avis d'un médecin. »¹⁶⁸

Dans cet arrêt, la Cour rappelle que le CPAS n'a pas de pouvoir d'appréciation concernant l'urgence ou non des soins demandés. Seul le médecin est apte à décider de l'urgence ou non du traitement¹⁶⁹.

Enfin, dans un arrêt du 28 juin 2008¹⁷⁰, le Tribunal du Travail de Bruxelles explique également que l'urgence ne dépend pas spécialement de la vitesse à laquelle les soins doivent être accordés :

¹⁶⁷ Trib. trav. Bruxelles, 27 juin 2008, inédit, R.G. n° 3420/07 ; Trib. trav. Bruxelles, 13 novembre 2009, inédit, R.G. n° 1790/09.

¹⁶⁸ C. trav. Liège, 20 mars 2013, inédit, R.G. n° 398.847.

¹⁶⁹ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 214.

¹⁷⁰ Trib. trav. Bruxelles, 27 juin 2008, inédit, R.G. n° 3420/07.

« L'idée d'urgence n'est donc pas mesurée en termes de secondes ou de minutes, mais se situe dans un contexte chronologique beaucoup plus large (...). L'éventail des soins concernés est donc très large et excède de loin ceux dispensés durant le transport par un service médical urgent jusqu'à l'admission dans un établissement de soin. »¹⁷¹

➤ Interprétations minoritaires

L'interprétation majoritaire de la notion d'aide médicale urgente n'est pas la seule que l'on retrouve. Dans certaines décisions, en effet, une interprétation fort restrictive semble émerger¹⁷².

- Urgence caractérisée par l'immédiateté

La Cour du Travail de Bruxelles a, par exemple, expliqué, dans un arrêt du 13 janvier 2011¹⁷³, que c'était « l'immédiateté qui caractérise l'urgence (...) dans le cadre de la loi du 8 juillet 1976, aide médicale urgente et secours urgent sont des notions apparentées et c'est l'immédiateté qui caractérise l'urgence. (...) L'aide médicale urgente est la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes, dont l'état de santé, par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention ou des soins... Il est correct de constater que cette aide ne se confond pas strictement avec "l'aide assurée par le service urgence 100" (...)».

Ce qui revient à dire que seuls les soins devant être effectués immédiatement pourraient faire l'objet d'une aide médicale urgente¹⁷⁴.

Cet arrêt n'est pas le premier à considérer que l'immédiateté est ce qui caractérise l'urgence. Cette prise de position de la jurisprudence existe depuis un certain temps déjà et fait l'objet de fortes critiques de la part de la doctrine¹⁷⁵.

Il semble que la jurisprudence, en liant immédiateté et soins urgents, fasse un amalgame entre la notion d'aide médicale que l'on retrouve à l'article 57 §2 et l'urgence au sens médicale et

¹⁷¹ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 216.

¹⁷² *Ibid.*, p. 215.

¹⁷³ C. trav. Bruxelles, 13 janvier 2011, inédit, R.G. n° 2009/AB/52654.

¹⁷⁴ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 215.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 216.

hospitalier¹⁷⁶. L' aide médicale urgente au sens médical est définie par l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente¹⁷⁷ comme : « *la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié par lequel sont assurés les secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adéquat.* ». Cette notion de l'urgence est fort différente de celle que l'on retrouve à l'article 57 § 2 de la loi sur les CPAS.

Steven Bouckaert rappelle également que lors des débats parlementaires, il n'a jamais été question de limiter l'AMU aux soins effectués dans des centres hospitaliers ou dans un service d'urgence, mais bien d'y intégrer également les soins préventifs et autres à partir du moment où il ne s'agissait pas de simples soins esthétiques. Le critère de l'immédiateté ne tient, dès lors, selon lui, pas la route, les soins préventifs n'étant pas des soins devant être effectués immédiatement¹⁷⁸.

- *Apparition d'une nouvelle condition*

Le Tribunal du Travail d'Anvers a, quant à lui, soumis l'octroi d'une aide médicale urgente à des conditions qui n'étaient pas prévues par la loi. Il a, en effet, considéré que : « *quand il est pratiquement possible pour la personne de retourner dans son pays d'origine pour s'y faire soigner, l'aide médicale ne peut être considérée comme urgente*¹⁷⁹ ». Or, le législateur n'a jamais mentionné, dans aucun texte, une condition d'impossibilité de retour dans son pays d'origine pour l'octroi d'une AMU¹⁸⁰.

La doctrine condamne cette interprétation extrêmement restrictive. Elle considère, en effet, que le législateur, en mettant en place l'article 57 §2 avait comme objectif d'instaurer un aide sociale minimale auquel chacun aurait « au moins » droit. Les travaux parlementaires de la loi

¹⁷⁶ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 217.

¹⁷⁷ L. du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, *M.B.*, 25 juillet 1964, p. 8153.

¹⁷⁸ S. BOUCKAERT, « Het recht op dringende medische hulp voor vreemdelingen zonder wettig verblijf : materieelrechtelijke en procedurele aspecten, de lege lata en de lege ferenda », *T. Vreemd.*, p. 24.

¹⁷⁹ Trib. Trav. Anvers, 9 janvier 2013, inédit, R.G. n° 12/555/A.

¹⁸⁰ V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 215.

du 15 juillet 1996 expliquent très clairement que **toute** personne résidant sur le territoire a le droit à l'aide médicale urgente¹⁸¹.

En imposant une nouvelle condition d'application, le Tribunal du Travail d'Anvers supprime cette aide pour un nombre important de personnes en séjour illégal sur le territoire¹⁸².

➤ Conclusion

Il apparaît donc, que la notion d'aide médicale urgente n'est pas encore claire, malgré la définition mise en place par le Roi en 1996¹⁸³. La doctrine considère cependant que la jurisprudence à suivre est la jurisprudence majoritaire, qui se trouve être la plus proche de la définition donnée par le Roi¹⁸⁴.

Section 2. Objectif

L'octroi d'une aide médicale urgente a été mis en place, principalement dans un contexte de politique migratoire¹⁸⁵.

En effet, le législateur a décidé de priver les individus en séjour illégal d'aide sociale afin de les inciter à quitter le territoire et les décourager à venir s'installer sur notre territoire¹⁸⁶.

Cet objectif était déjà présent lors des travaux parlementaires puisqu'on peut y lire : « *La limitation de l'aide sociale (a été) voulue pour provoquer le départ de personnes qui n'y ont manifestement plus droit puisqu'elles ont reçu un ordre de quitter le territoire définitif*¹⁸⁷ ».

La légitimité d'une telle disposition légale dont l'objectif est bien de diminuer le nombre d'étrangers illégaux sur le territoire a été fortement contestée et a d'ailleurs été soumise au

¹⁸¹ Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord. 1995-1996, n° 364/8.

¹⁸² V. HENKINBRANT et S. MOKRANE, « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *op. cit.*, p. 217.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 215.

¹⁸⁴ S. BOUCKAERT, « Het recht op dringende medische hulp voor vreemdelingen zonder wettig verblijf : materieelrechtelijke en procedurele aspecten, de lege lata en de lege ferenda », *op. cit.*, p. 16.

¹⁸⁵ TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers (3^{ème} partie). Les origines de l'aide sociale des étrangers illégaux et demandeurs d'asile (1) », *Bulletin social & juridique*, février 2014, p. 5.

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers (3^{ème} partie). Les origines de l'aide sociale des étrangers illégaux et demandeurs d'asile (1) », *op. cit.*, p. 5.

contrôle de la Cour d'arbitrage. Dans son arrêt du 29 juin 1994, la Cour a considéré que l'article 57 §2 de la loi sur les CPAS était conforme aux articles 10 et 11 de la Constitution :

« Lorsqu'un État qui entend limiter l'immigration constate que les moyens qu'il emploie à cet effet ne sont pas ou ne sont guère efficaces, il n'est pas déraisonnable qu'il ne reconnaisse pas les mêmes devoirs face aux besoins de ceux, d'une part, qui séjournent légalement sur son territoire (ses nationaux et certaines catégories d'étrangers), et des étrangers, d'autre part, qui s'y trouvent encore après avoir reçu l'ordre de le quitter. En disposant de telle manière que celui qui a reçu un ordre définitif de quitter le territoire avant une date déterminée sache que s'il n'a pas obtempéré, il ne recevra, un mois après cette date, plus aucune aide des centres publics d'aide sociale, à la seule exception de l'aide médicale urgente, le législateur a adopté, afin d'inciter l'intéressé à obéir à l'ordre reçu, un moyen dont les effets permettent d'atteindre l'objectif poursuivi. Ce moyen n'est pas disproportionné à cet objectif dès lors qu'il garantit à l'intéressé l'aide matérielle nécessaire pour quitter le territoire, pendant un mois, et l'aide médicale urgente, sans délai ¹⁸⁸».

Section 3. Conditions

L'accès à l'aide médicale urgente est soumis à plusieurs conditions¹⁸⁹ :

1. Être en séjour illégal sur le territoire
2. Être en séjour sur le territoire du CPAS
3. Être en possession d'une attestation d'aide médicale urgente
4. Être en état de besoin

L'ensemble de ces conditions doit être vérifié par le CPAS au travers d'une enquête sociale. Celle-ci est effectuée dès qu'une personne introduit une demande d'aide médicale urgente. Malheureusement, ces enquêtes sont extrêmement lourdes et provoquent une charge administrative importante dans le chef des CPAS¹⁹⁰.

¹⁸⁸ C.A., 29 juin 1994, *J.T.T.*, 1994, p. 469.

¹⁸⁹ DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », *op. cit.*, in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, *loc. cit.*, 2014, p. 50.

¹⁹⁰ *Ibid.*

§1. Être en séjour illégal sur le territoire

L'assistant social en charge de l'enquête devra, tout d'abord, vérifier que la personne se trouve bien en situation illégale sur le territoire. Il lui posera certaines questions concernant, entre autres, ses conditions d'arrivée en Belgique ainsi que les différentes démarches administratives déjà effectuées (tel que la demande de régularisation)¹⁹¹.

§ 2. Être en séjour sur le territoire du CPAS

L'assistant devra ensuite vérifier sa compétence territoriale (voir *supra*). Pour cela, il devra contrôler que l'individu a bien sa résidence sur la commune du CPAS. La résidence de l'étranger en séjour illégal ne sera pas son lieu d'habitation inscrit dans le registre de la population, mais bien son lieu de domicile effectif. Les étrangers en séjour illégal, étant justement en séjour illégal sur le territoire, ils ne sont pas inscrits dans le registre de la population et n'ont dès lors pas d'adresse légale¹⁹².

L'assistant social devra donc se déplacer afin de constater la résidence effective de l'individu. Certains documents seront également vérifiés, comme par exemple les factures de charges, les preuves de loyer, etc...¹⁹³

Il existe cependant une exception ; lorsque l'urgence médicale est extrêmement urgente, le CPAS compétent territorialement sera celui sur le territoire duquel se trouve l'institution hospitalière en charge de l'individu. La demande d'aide médicale urgente devra cependant être envoyée au CPAS pendant l'hospitalisation. Si l'individu attend trop longtemps avant de faire sa demande et n'est donc plus hospitalisé, cette exception ne trouvera plus à s'appliquer¹⁹⁴.

¹⁹¹ DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », *op. cit.*, in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, loc. cit.*, 2014, p. 51.

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ *Ibid.*

§3. Être en possession d'une attestation d'aide médicale urgente

Pour pouvoir percevoir une aide médicale urgente, il faut obligatoirement posséder une attestation médicale prouvant la nécessité des soins. Cette attestation pourra être écrite par tout prestataire de soin. Sans attestation, l'aide médicale ne pourra pas être accordée¹⁹⁵.

§4. Être en état de besoin

Le CPAS devra, enfin, vérifier si l'individu se trouve bien en « état de besoin ». Malheureusement, cette notion n'a pas été définie par le législateur dans la loi sur les CPAS. Elle sera donc évaluée au cas par cas par les CPAS¹⁹⁶.

La circulaire du 25 mars 2010 précise : « *qu'il appartient au CPAS d'apprécier par quels moyens il peut établir la situation d'indigence du demandeur (exemple : visites à domicile, contacts avec des associations ou intervenants extérieurs...)*¹⁹⁷ »

Section 4. Critiques émises par l'ASBL medimmigrant

Comme nous l'avons déjà dit, toute personne dispose du droit fondamental de mener une vie digne.¹⁹⁸

Cependant, il est aisé de constater que nous ne sommes pas tous égaux face à l'accès aux soins¹⁹⁹. Les étrangers en séjour irrégulier, par exemple, font partie des personnes ayant l'accès le plus difficile aux soins. Si ceux-ci ont légalement droit à l'aide médicale urgente, ils doivent, malheureusement, faire face à de nombreux obstacles avant de pouvoir l'obtenir²⁰⁰.

¹⁹⁵ DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », *op. cit.*, in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, *loc. cit.*, 2014, p. 7.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 8.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 8.

²⁰⁰ *Ibid.* p. 45.

L'ASBL medimmigrant a, en juin 2012, rédigé en memorandum²⁰¹ dans lequel elle liste les différents obstacles auxquels doivent faire face les étrangers en séjour irrégulier.

Elle y rédige, également, certaines recommandations afin d'améliorer la situation.

§1. Problème de communication et de procédure

Souvent, les étrangers en séjour irrégulier ne comprennent pas les langues nationales de la Belgique. Il existe donc un premier obstacle qui n'est autre qu'un problème de communication. Ces personnes ne savent généralement pas qu'une aide médicale est prévue pour eux. Elles sont souvent mises au courant de ce droit par le bouche à oreille plutôt que par les différentes brochures mises à leur disposition. En effet, en plus de parler une langue étrangère, ces personnes sont souvent illettrées²⁰².

La notion même d'« aide médicale urgente » porte également à confusion. Il n'est pas rare que les patients (ainsi que les prestataires de service) interprètent ces termes au sens littéral et pensent donc n'avoir droit à une telle aide que lorsqu'il s'agit d'une question de vie ou de mort.

Une enquête a été menée par Médecin du Monde et montre que 98% des personnes en séjour irrégulier, interrogées à Bruxelles, avaient le droit de se faire rembourser leurs frais médicaux. Cependant, seuls 58,2% d'entre eux étaient au courant de cette possibilité²⁰³.

Le fait d'être au courant de cette aide médicale urgente ne suffit pas ! Il faut également connaître les procédures. Or, en ce qui concerne cette aide médicale, celles-ci sont extrêmement compliquées. De ce fait, seuls 34,4% des personnes informées à Bruxelles entreprennent les démarches nécessaires²⁰⁴.

Pour l'ASBL medimmigrant, les CPAS doivent absolument harmoniser leurs procédures ainsi que leurs documents informatifs. Il faudrait également prévoir des brochures d'informations

²⁰¹ Mémorandum : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be> (dernière consultation le 26 avril 2015).

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ *Ibid.*

²⁰⁴ *Ibid.*

dans plusieurs langues, afin de toucher un public plus vaste et organiser des campagnes de prévention dont les personnes en séjour illégal seraient le « groupe cible »²⁰⁵.

§2. Difficulté d'accès aux CPAS

Les CPAS, pour pouvoir gérer l'ensemble des demandes introduites par les demandeurs d'aide, doivent faire preuve d'une très bonne organisation. Ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, entre autres à cause du manque de personnel et de financement auquel ils doivent faire face ...²⁰⁶

Les personnes sollicitant l'aide du CPAS doivent parfois attendre des heures voire plusieurs jours avant de pouvoir parler à un membre du personnel ce qui frustre et rend agressif²⁰⁷.

De plus, les CPAS imposent, dans certains cas, la prise de rendez-vous par téléphone. Cela peut paraître anodin pour un citoyen lambda, mais ce n'est pas le cas pour un étranger en séjour illégal. Il n'a, en effet, pas toujours accès à un téléphone et ne peut pas toujours, non plus, en assumer le coût. Mener une conversation téléphonique suppose également une maîtrise convenable de la langue utilisée par le centre, ce qui est rarement le cas²⁰⁸.

Pour l'ASBL, les prises de rendez-vous devraient obligatoirement pouvoir se prendre au CPAS même. Il faudrait également prévoir un nombre d'équipements (comme des toilettes, des chaises, la possibilité d'avoir un verre d'eau) suffisants afin de rendre l'attente moins pénible²⁰⁹.

²⁰⁵ Mémoire : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be>, p. 8. (dernière consultation le 26 avril 2015).

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 9.

²⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ *Ibid.*

§3. Difficultés d'accès aux soins médicaux

Pour avoir droit à l'aide médicale urgente, le demandeur doit, tout d'abord, se rendre chez un prestataire de soins afin d'obtenir un certificat attestant la nécessité d'une telle aide. Une fois ce certificat obtenu, la personne peut se rendre au CPAS afin d'enclencher la procédure²¹⁰.

Dans bon nombre de cas, la première consultation chez le médecin visant à l'obtention du certificat n'est pas remboursée par le centre. On se doute qu'il est très difficile, pour les étrangers aux moyens très limités, de déboursier le prix d'une consultation et dès lors d'obtenir une attestation d'aide médicale urgente, pourtant essentielle²¹¹.

Dans le cadre de ce troisième obstacle, l'ASBL medimmigrant propose la mise en place de conventions de coopération avec les prestataires de soins afin de garantir au patient une première consultation gratuite²¹².

§4. Difficulté supplémentaire pour les sans-abris

Comme nous l'avons déjà vu *supra*, les CPAS ne sont compétents que pour les demandes d'aide effectuées par des personnes résidant sur le territoire de leur commune. Ils demandent, dès lors, souvent, que leur soient fournies des preuves d'un lieu de séjour (comme par exemple des factures)²¹³.

Malheureusement, les personnes en séjour illégal ont rarement les moyens de se trouver un domicile fixe. Ils dépendent souvent d'un tiers et changent de logement très régulièrement. Les CPAS se déclarent alors, la plupart du temps, incompetents²¹⁴.

L'agence des droits fondamentaux de l'Union européenne relève cet obstacle dans un exemple : « En avril 2008, dans le quartier d'Ixelles à Bruxelles, un groupe de migrants en situation irrégulière a mené une grève de la faim dans une église, pour protester contre le gouvernement belge qui n'avait pas établi de critères de régularisation, une promesse qu'il avait faite en mars 2008. Un des manifestants séjournait déjà dans l'église depuis son

²¹⁰ Mémorandum : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be>, p. 10 (dernière consultation le 26 avril 2015).

²¹¹ *Ibid.*

²¹² *Ibid.*

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ *Ibid.*

arrivée, quelques semaines plus tôt. Pendant la grève, il a souffert de forts maux d'estomac, mais ne possédait pas de carte de soins lui donnant droit à un traitement hospitalier gratuit. Pour l'aider, quelques-uns des grévistes de la faim l'ont accompagné au centre public de protection sociale d'Ixelles pour faire une demande pour une AMU. Mais le centre a rejeté la demande, au motif que l'église n'est pas considérée comme un lieu de résidence et que le demandeur ne résidait pas dans la juridiction d'Ixelles, il était donc censé trouver d'autres moyens de recevoir une assistance médicale²¹⁵ ».

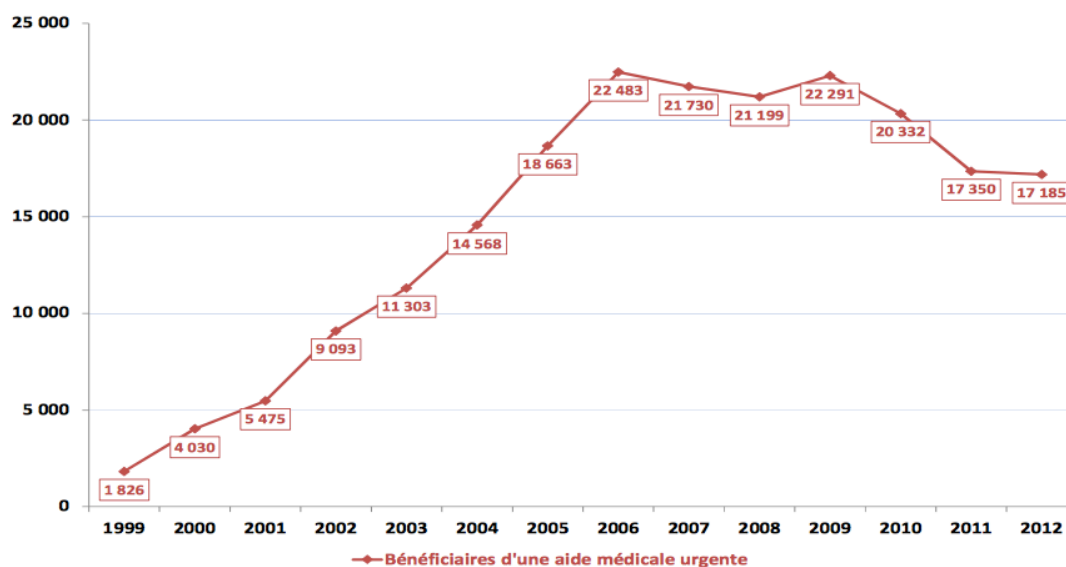
L'ASBL considère que l'attitude adoptée par les CPAS devrait être plus souple et plus flexible à l'égard des sans-abris²¹⁶.

Section 5. Quelques chiffres

§1. Bénéficiaires de l'aide médicale urgente

Dans le graphique ci-dessous est illustrée l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente entre 1999 et 2012.

Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente de 1999 à 2012²¹⁷



²¹⁵ EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, « L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 Etats membres de l'Union européenne », http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf, Luxembourg, 2012, p. 21 (dernière consultation le 5 mai 2015).

²¹⁶ Mémorandum : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be>, p. 14 (dernière consultation le 26 avril 2015).

²¹⁷ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/mi-is_2014.3_focus_fr.pdf, octobre 2014, p. 5.

L'évolution du nombre d'aides médicales urgentes octroyées annuellement dépend de plusieurs facteurs : l'évolution du nombre de personnes en séjour irrégulier, le nombre de régularisations (qui diminue celui des demandes d'aide médicale urgente), etc²¹⁸.

De nombreuses organisations sociales, groupes de bénévoles, etc. ont tenté, au fil des ans, d'informer les personnes en séjour illégal sur le territoire belge de leurs droits en matière de soins de santé²¹⁹.

Cette tentative d'information n'a pas été vaine puisqu'entre 1999 et 2006, le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté : nous sommes passés de 1826 à 22 483 bénéficiaires. Cette augmentation s'explique également par l'arrivée d'un nombre important d'étrangers en séjour illégal ces mêmes années²²⁰.

Le nombre s'est cependant stabilisé depuis quelques années.²²¹

Entre les années 2009 et 2011, un nombre important d'individus ont été régularisés. En effet en 2008, on dénombre en Belgique 1039 dossiers de régularisations alors qu'en 2010 il y en a 12 954. Ce qui explique la diminution de l'aide médicale urgente observée pour ces mêmes années²²².

§2. Principaux CPAS pourvoyeurs de l'aide médicale urgente en Belgique

Suite à une enquête effectuée en 2011, Bruxelles Ville est de loin le territoire sur lequel les CPAS octroient le plus d'aide médicale urgente, suivie par Schaerbeek et Anvers. Bruxelles Ville aurait octroyé, cette année-là, plus de 4000 aides médicales urgentes et ce, pour un montant de plus de 12 millions d'euros contre 2 millions d'euros pour Schaerbeek et 2,5 millions pour Anvers²²³.

²¹⁸ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/mi-is_2014.3_focus_fr.pdf, octobre 2014, p. 6.

²¹⁹ Mémorandum : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be>, p. 10 (dernière consultation le 26 avril 2015).

²²⁰ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 6.

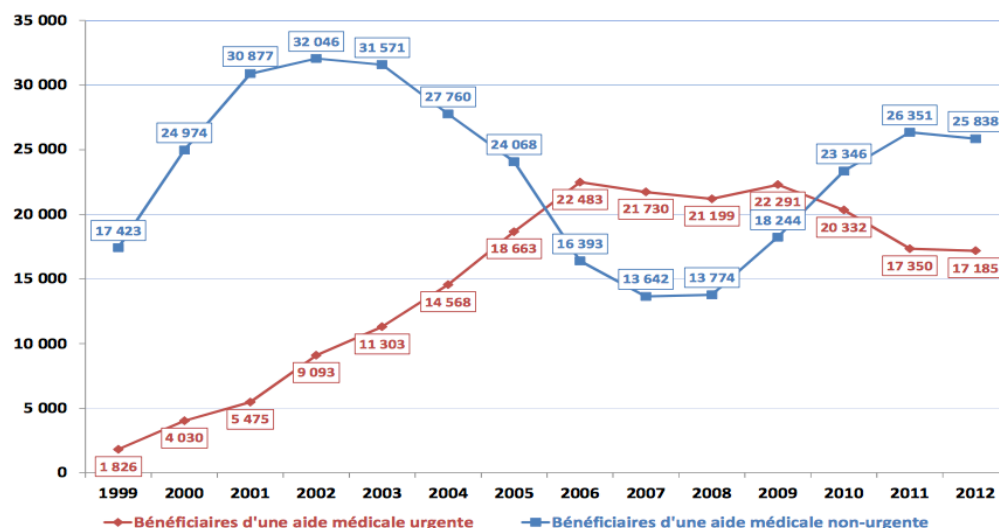
²²¹ Mémorandum : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be>, p. 20 (dernière consultation le 26 avril 2015).

²²² SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 6.

²²³ DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », *op. cit.*, in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, *loc. cit.*, 2014, p. 49.

§3. Comparaison entre l'aide médicale non urgente et urgente

Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente ou d'une aide médicale non-urgente de 1999 à 2012²²⁴



Le graphique récapitulatif ci-dessus permet de suivre les progressions tout à fait opposées de l'aide médicale non urgente (dont nous avons parlé dans le chapitre 2) et l'aide médicale urgente. Ces observations s'expliquent, sans doute, par le nombre important de régularisations depuis 2009 impliquant une diminution de l'aide médicale urgente et une augmentation de l'aide médicale non urgente²²⁵.

Section 6. Exceptions à l'article 57 § 2 de la loi du 8 juillet 1976.

Dans certains cas, l'article 57 §2 limitant les droits des étrangers en séjour illégal ne trouve pas à s'appliquer. C'est le cas lorsque l'étranger introduit un recours devant le Conseil d'État suite à une décision de rejet de la demande d'asile, lorsque l'individu est en attente d'une

²²⁴ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 5.

²²⁵ *Ibid.*

décision de régularisation, mais aussi en cas de force majeure médicale ou de retour volontaire²²⁶.

Comme nous l'avons déjà dit *supra*, ce chapitre se consacre uniquement aux étrangers adultes en séjour illégal sur le territoire n'ayant pas introduit une demande de régularisation. Seules les deux dernières exceptions seront dès lors analysées.

§1. Force majeure médicale

Comme nous venons de le voir, la loi du 8 juillet 1976 prévoit, que d'une manière générale, aucune aide sociale (sauf une aide médicale urgente) ne devra être accordée par le CPAS aux étrangers en séjour illégal.

La jurisprudence a rapidement émis des critiques à l'égard de cette décision du législateur. La Cour d'arbitrage, dans un arrêt du 30 juin 1999²²⁷ ainsi que dans un arrêt du 21 décembre 2005²²⁸, a, en effet, considéré qu'il existait une discrimination entre les différents étrangers illégaux. Selon elle, l'étranger capable de quitter le territoire et celui étant dans l'impossibilité médicale de le faire doivent être traités de manière différente. Selon la jurisprudence, l'article 57 § 2 ne trouverait donc pas à s'appliquer dans le cadre de la force majeure médicale²²⁹.

Malheureusement, dans ces différents arrêts, la Cour ne définit pas clairement les termes d'« impossibilité médicale de quitter le territoire ». Elle a simplement mis en place trois critères devant être pris en compte par les autorités. Premièrement, la maladie doit être grave. Deuxièmement, l'intéressé doit être dans l'impossibilité absolue de quitter le territoire. Troisièmement, le renvoi doit être impossible sous peine de porter atteinte aux droits fondamentaux de l'étranger gravement malade. L'impossibilité peut s'analyser de deux manières : soit la personne est tout simplement incapable de voyager, soit elle n'obtiendra pas

²²⁶Z. TRUSGNACH, « L'aide sociale aux étrangers (4^{ème} partie). Les origines de l'aide sociale des étrangers illégaux et demandeurs d'asile (suite et fin) », *Bulletin social & juridique*, mars 2014, p. 5.

²²⁷C.A., 30 juin 1999, *M.B.*, 1999, p. 43374.

²²⁸C. const., 21 décembre 2005, n° 194/2005, *M.B.*, 2006, p. 6978.

²²⁹H. MORMONT, « Les étrangers et l'aide sociale au travers de la jurisprudence du Tribunal du travail de Bruxelles », *Chr. D. S.*, 2003, p.472.

les soins adéquats dans son pays d'origine (les soins doivent être disponibles, mais également accessibles économiquement parlant)²³⁰.

La cour du travail de Mons²³¹, par exemple, a décidé en référé qu' « *il existe suffisamment d'indices de la force majeure pour accorder une aide sociale jusqu'à la décision au fond, lorsque l'étranger en séjour illégal souffre d'un lymphoedème nécessitant un traitement intensif qui, à l'estime du professeur assurant ce traitement, est inexistant en Macédoine* »²³².

La preuve de cette impossibilité médicale incombe, bien entendu, au demandeur qui se prévaut de la force majeure médicale. Elle sera, la plupart du temps, certifiée par des attestations médicale. Les autorités pourront par la suite, s'ils le jugent nécessaire, demander des rapports émanant d'organismes internationaux ou des expertises permettant d'apporter certains éclaircissements²³³.

Une fois la preuve de l'impossibilité médicale apportée, le demandeur devra encore prouver, par toutes voies de droit, son état de besoin²³⁴.

Ceci étant fait, l'étranger en situation illégale obtient un droit à l'aide sociale. Cette aide est accordée à partir du jour d'introduction de la demande et correspond la plupart du temps au montant du revenu d'intégration sociale. Malgré cette aide, l'étranger reste cependant en situation illégale sur le territoire belge²³⁵.

Il est difficile pour les CPAS de savoir jusque quand cette aide sociale doit être versée. En effet, la Cour de cassation dans un arrêt de 2000 explique que : « *le centre public d'action sociale demeure tenu d'assurer l'aide sociale jusqu'au moment où ils (les étrangers) seront en mesure de quitter effectivement le territoire* ». Ce qui pose problème puisque le CPAS n'a pas comme mission d'apprécier la situation de force majeure médicale, il lui est donc difficile de savoir quand l'étranger sera en mesure de quitter le territoire...²³⁶

²³⁰ F. STAFFE, « Le droit à l'aide sociale pour les étrangers gravement malades en séjour illégal », *op. cit.*, p. 190.

²³¹ C. trav. Mons, 4 avril 2014, inédit, R. G. 2014/CM/1.

²³² H. MORMONT et J.-F. NEVEN, « Le droit à l'aide sociale et le droit à l'intégration sociale en faveur des étrangers : questions d'actualité ... » in *Questions spéciales de droit social : Hommage à Michel Dumont*, Bruxelles, Larcier, 2014, p. 132.

²³³ J. CLESSE et F. KEFER, *Questions de droit social*, Liège, Formation permanente CUP, 2002, p. 175.

²³⁴ F. STAFFE, « Le droit à l'aide sociale pour les étrangers gravement malades en séjour illégal », *op. cit.*, p. 195.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ *Ibid.*

§2. Retour volontaire

Il arrive que l'étranger signe un engagement de retour volontaire dans son pays d'origine (ce qui est cependant un cas de figure assez rare). Dans ce cas-là, l'individu aura droit à une aide sociale du CPAS pendant un mois (temps normalement nécessaire pour que le retour soit effectué) et ne verra pas l'article 57 § 2 de la loi de 1976 s'appliquer. Cette règle n'entre cependant en vigueur que lorsque : « *ces personnes étaient effectivement assistées par le CPAS au moment de la notification de leur ordre de quitter le territoire et si elles sont des demandeurs d'asile déboutés* »²³⁷.

Section 7. Autre possibilité d'accès aux soins pour l'étranger en séjour illégal : l'assurance soins de santé

Il est rare de voir des étrangers en séjour illégal sur le territoire être bénéficiaire d'une assurance soins de santé. Ce n'est cependant pas impossible. Il existe en effet certaines catégories d'étrangers qui bénéficient d'une telle assurance : « *en tant que bénéficiaire au titre d'un emploi blanc ; en tant qu'étudiant inscrit dans l'enseignement supérieur ; en tant que mineur non accompagné ; en tant que conjoint cohabitant d'un bénéficiaire ; en tant qu'enfant de moins de 25 ans à charge d'un bénéficiaire (via filiation, adoption ou obligation d'entretien)* »²³⁸

Pour eux, le paiement des frais médicaux sera couvert, non pas par le CPAS dans le cadre d'une aide médicale urgente, mais bien par l'organisme assureur. Une aide médicale urgente pourra cependant quand même être accordée dans le cadre du paiement du ticket modérateur. Une attestation d'aide médicale urgente sera alors nécessaire²³⁹.

²³⁷ A. TOUSSAINT et I. BOUIOUKLIEV, « Aide sociale aux étrangers en séjour précaire : retour sur un ping-pong institutionnel persistant », *op. cit.*, in *Force majeure, loc. cit.*, p. 289.

²³⁸ ASBL MEDIMMIGRANT, *Statuts de séjour et soins de santé pour étrangers*, disponible sur <http://www.medimmigrant.be> (dernière consultation le 26 avril 2015), p. 11.

²³⁹ *Ibid.*

Chapitre 5. Aide médicale et aide médicale urgente : éléments communs

Introduction

Dans ce mémoire, l'aide médicale urgente et non urgente ont été étudiées de manière distincte. La première a été analysée dans le cadre du chapitre 2 : L'aide sociale, alors que la deuxième a été étudiée dans le cadre du chapitre 3 : L'accès aux soins pour les étrangers en séjour illégal sur le territoire.

Certains éléments concernant ces aides non cependant pas encore été abordés. Étant communs aux deux types d'aides, ils seront analysés dans un chapitre unique. Nous verrons, tout d'abord, comment ces aides sont financées (*cf.* SECTION 1), avant de parler de la réforme mediprima (*cf.* SECTION 2) pour enfin parler des recours possibles suite à une décision en matière d'aide sociale du CPAS (*cf.* SECTION 3).

Section 1. Financement de l'aide médicale

§1. Qui finance ?

L'article 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale permet au CPAS d'obtenir, le remboursement par l'État (au travers du SPP intégration sociale) des frais de l'aide sociale qu'il a accordée²⁴⁰.

Ce dernier financera les frais médicaux à concurrence du montant pris en charge, normalement, par l'assurance soins de santé. Il ne remboursera, dès lors, au CPAS, que les prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI et selon les plafonds prévus par celle-ci²⁴¹.

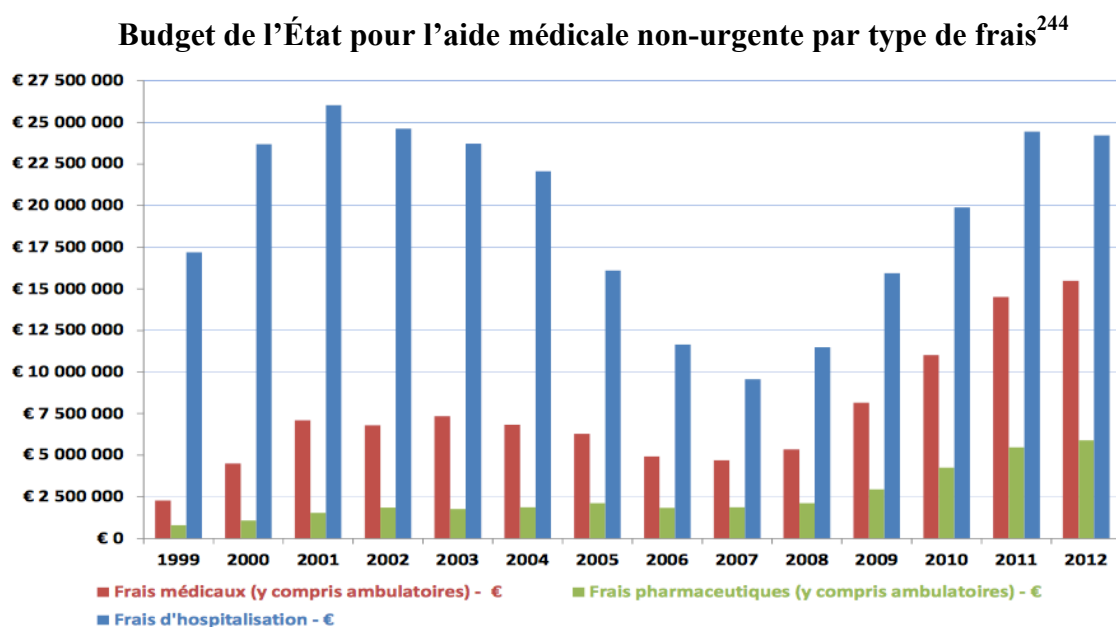
²⁴⁰ F. BOUQUELLE, E. CORRA, M. DE RUE, P. HUBERT, P. LAMBILLON, C. MAES, J. MARTENS, H. MORMONT, J.-F. NEVEN, K. STANGHERLIN et A. VANDENDAELE, *Aide sociale- Intégration sociale : Le droit en pratique, loc. cit.*, p. 422.

²⁴¹ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par le CPAS », *op. cit.*, p. 5 (dernière consultation le 5 mai 2015).

Le CPAS pourra décider d'accepter la prise en charge de prestations non reprises dans la nomenclature ou de montants dépassant les plafonds prévus par l'INAMI. Ces frais seront alors couverts sur fonds propres par le centre²⁴².

§2. Budget alloué par l'État

L'État alloue un budget conséquent en matière d'aide médicale. On peut constater, dans les tableaux ci-dessous, que la plus grande partie de celui-ci sert à couvrir les frais d'hospitalisation²⁴³.

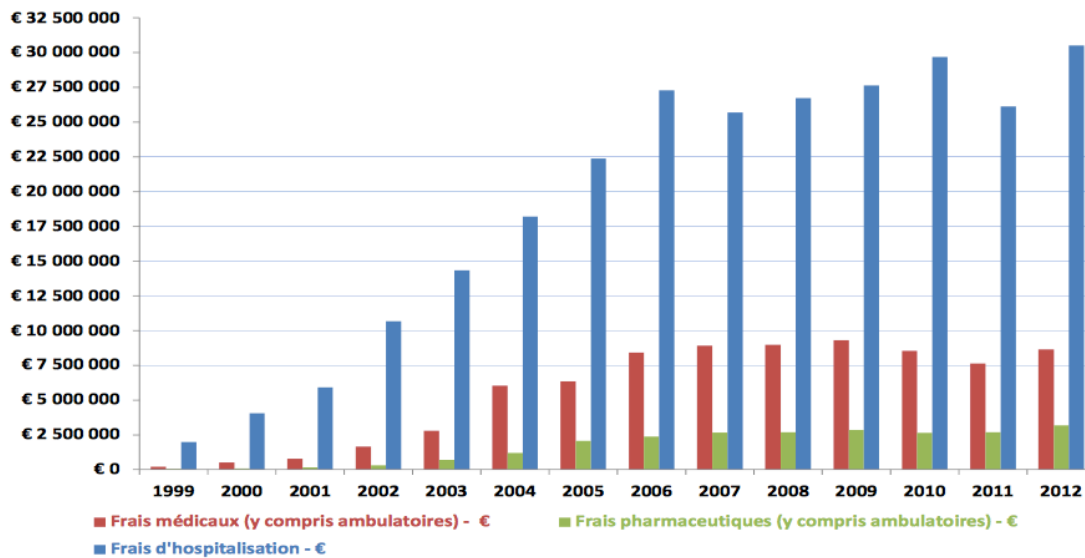


²⁴² SPP INTEGRATION SOCIALE, « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par le CPAS », *op. cit.*, p. 5 (dernière consultation le 5 mai 2015).

²⁴³ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op. cit.*, p. 9.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 16.

Budget de l'État pour l'aide médicale urgente par type de frais²⁴⁵



Le budget accordé par l'État dans le cadre de l'aide médicale urgente est nettement plus important que celui accordé pour l'aide médicale non urgente. Cela s'explique par le fait que, dans le cadre de l'aide médicale urgente, l'État finance la totalité du coût des soins alors que, pour l'aide médicale non urgente, seul le ticket modérateur est pris en charge. Le reste est en effet remboursé par l'assurance soins de santé²⁴⁶.

Section 2. Réforme Mediprima

Un système informatisé permettant la gestion électronique des décisions de prise en charge de l'aide médicale par les CPAS a été mis en service en octobre 2013. Il a pour but de « *simplifier, rationaliser et améliorer le traitement de l'aide médicale octroyée par les CPAS à des personnes indigentes* »²⁴⁷.

Ce système couvre la prise en charge de l'aide médicale dans son intégralité. Il permet, non seulement, une consultation électronique des décisions d'octroi d'aide médicale, mais donne également la possibilité aux prestataires de soins de facturer leurs honoraires aux bons débiteurs²⁴⁸.

²⁴⁵ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 9.

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par le CPAS », *op. cit.*, p. 6, (dernière consultation le 5 mai 2015).

²⁴⁸ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 17.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, ce système doit obligatoirement être utilisé pour la facturation des frais hospitaliers²⁴⁹.

Section 3. Recours

L'article 71 de la loi du 8 juillet 1976 permet aux personnes mécontentes d'introduire un recours contre le CPAS devant le tribunal du travail du lieu où est établi le centre qui a pris la décision contestée²⁵⁰.

Un tel recours peut être introduit dans deux cas : premièrement lorsque le demandeur n'accepte pas la décision rendue par le centre ou deuxièmement, lorsque le CPAS laisse s'écouler une période d'un mois sans prendre de décision²⁵¹.

Dans le premier cas, le recours devra être introduit « *dans les trois mois soit de la notification de la décision, soit de la date de l'accusé de réception*²⁵² » et dans le deuxième cas, le recours devra, cette fois, être introduit « *dans les trois mois de la constatation de cette absence de décision*²⁵³ »

Un tel recours n'est cependant pas suspensif²⁵⁴.

²⁴⁹ SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », *op.cit.*, p. 17.

²⁵⁰ I. DECHAMPS et M. VAN RUYMBEKE, *L'aide sociale dans la dynamique du droit, loc. cit.*, p. 297.

²⁵¹ S. GILSON, « Contentieux du droit de l'aide sociale : rappel de quelques principes », *Bulletin social & juridique*, 2013, p. 7.

²⁵² L. du 8 juillet 1976 précitée, art. 71, al. 3.

²⁵³ *Ibid.*, art. 71, al. 4.

²⁵⁴ *Ibid.*, art. 71, al. 5.

Conclusion

La Belgique dispose, en matière de soins de santé, de l'un des systèmes de sécurité sociale les plus généreux de la planète. Par définition, les bénéficiaires de ce système sont *a priori* réservés aux personnes qui cotisent, ce qui exclut les étrangers en situation irrégulière. Cependant, la Belgique leur ouvre l'accès à ce système via l'aide médicale urgente qui permet, dans une certaine mesure, de bénéficier à moindre frais d'une aide médicale curative mais également préventive. En cela, la Belgique se distingue de la plupart des États européens.

Cette ouverture relative a plusieurs explications. D'une part, la Cour constitutionnelle a progressivement mis fin à l'idée selon laquelle les étrangers étaient des sujets de droit à part. Nonobstant l'intitulé du titre II de la Constitution (« Des Belges et de leurs droits »), la juridiction estime aujourd'hui qu'une différence de traitement entre Belges et étrangers est possible, mais qu'elle doit être justifiée et proportionnée. L'article 10 de la Constitution s'applique dès lors désormais pleinement aux étrangers, ce qui favorise l'extension de leurs droits. D'autre part, au niveau international, les textes légaux et politiques protégeant les droits de l'homme se sont multipliés, créant une base juridique solide au droit à un traitement humain.

Il ne faudrait toutefois pas déduire de ces considérations que la Belgique adopte une attitude d'accueil vis-à-vis des migrants. En effet, la politique belge en la matière depuis les gouvernements Di Rupo et Michel est de réduire fortement l'accès au territoire pour pouvoir traiter de façon beaucoup plus rapide et humaine les demandeurs d'asile passés entre les mailles du filet. C'est cette volonté de dissuasion par rapport à l'immigration en Belgique (*cfr.* CHAPITRE 4. SECTION 2. OBJECTIF) qui justifie aussi le fait que l'accès au soin reste limité aux cas d'urgence.

Finalement, dans un paradoxe peu flatteur et à un moment où les responsables politiques européens cherchent à lutter contre les naufrages en méditerranée, ce sont précisément les migrants qui ont risqué leur vie et leur santé dans ces bateaux qui, une fois arrivés, bénéficient en premier lieu de l'accès aux soins. Cet état de fait, justifié par la nécessaire conciliation entre vie humaine et contraintes budgétaires, ne va pas dans la bonne direction. Dans l'intérêt convergent de ces deux priorités, il est important de se rappeler que le problème doit être

résolu à la source, et que l'accès au soin a pour vocation de sauver des vies humaines, et non pas d'être un instrument de politique migratoire.

Bibliographie

Législation

- Internationale
 - Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, signé à New York le 19 décembre 1966, approuvé par la loi du 15 mai 1981, *M.B.* 6 juillet 1983, ainsi que par les décrets de la Communauté française du 8 juin 1982, *M.B.*, 15 octobre 1982, et de la Communauté flamande du 25 janvier 1983, *M.B.*, 26 février 1983.
 - Charte sociale européenne et annexe, faites à Turin le 18 octobre 1961, approuvée par la loi du 11 juillet 1990, *M.B.*, 28 décembre 1990, ainsi que par les décrets de la Communauté française du 8 juillet 1983, *M.B.*, 18 août 1983, de la Communauté flamande du 21 mars 1990, *M.B.*, 5 mai 1990, err. *M.B.*, 9 novembre 1990 et de la communauté germanophone du 5 juin 1990, *M.B.* 3 août 1990.
 - Charte sociale européenne révisée et annexe, signées à Strasbourg le 3 mai 1996 et approuvée par la loi du 15 mars 2002, *M.B.*, 10 mai 2004.

- Nationale
 - Const., art. 23.
 - Déclaration de révision de la Constitution du 31 janvier 1994, *M.B.* 12 février 1994.
 - L. spéc. du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434.
 - L. du 10 mars 1925 organique de l'assistance publique, *M.B.*, 20 mars 1925, p. 1345.
 - L. du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, *M.B.*, 25 juillet 1964, p. 8153.
 - L. du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale, *M.B.*, 5 août 1976, p. 9876.
 - L. du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, *M.B.*, 31 décembre 1980, p. 14584.
 - L. du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, *M.B.*, 9 janvier 1993, p. 212.
 - L. du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, art. 23, *M.B.*, 27 août 1994, p. 21524.

- L. du 15 juillet 1996 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *M.B.*, 5 octobre 1996, p. 25616.
- L. du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, *M.B.*, 4 juillet 2002, p. 30156.
- L. du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.
- A.L. du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, *M.B.*, 30 décembre 1944, p. 1730.
- A.R. du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnées le 14 juillet 1994, *M.B.*, 28 octobre 1986, p. 14725
- A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, art 123, 1°, *M.B.*, 31 juillet 1996, p. 20285.
- A.R. du 12 décembre 1996, relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, *M.B.*, 31 décembre 1996, p. 32518.
- A.R. du 1^{er} avril 2007, fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, art. 3, *M.B.*, 3 avril 2007, p. 19036.
- Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord. 1995-1996, n° 364/8.
- Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1995-1996, n° 310/4.

Jurisprudence

- C.A., 29 juin 1994, *J.T.T.*, 1994, p. 469.
- C.A., 30 juin 1999, *M.B.*, 1999, p. 43374.
- C. const., 21 décembre 2005, n° 194/2005, *M.B.*, 2006, p. 6978.
- Cass., 23 octobre 2006, *Larcier cass.*, 2008, n°4, p. 62.

- C. Trav. Liège, 13 février 1996, inédit, R.G. n° 22.151/94.
- C. trav. Liège (8^e ch), 27 octobre 1999, inédit, R.G. n° 24489/96.
- C. trav. Liège (1^{re} ch), 23 mai 2000, inédit, R.G. n° 28540/99.
- C. trav. Bruxelles, 1^{er} mars 2001, inédit, R.G. n° 40347.
- C. trav. Bruxelles, 13 janvier 2011, inédit, R.G., n° 2009/AB/52654.
- C. trav. Liège, 20 mars 2013, inédit, R.G. n° 398.847.
- C. trav. Mons, 20 novembre 2013, inédit, R.G. n° 2013/AM/56.
- C. trav. Mons, 4 avril 2014, inédit, R. G. 2014/CM/1.

- Trib. trav. Bruxelles, 7 novembre 2001, inédit, R.G. n° 32689/00.
- Trib. trav. Bruxelles, 20 décembre 2002, inédit, R.G. n° 39940/2002.
- Trib. trav. Bruxelles, 18 mars 2004, inédit, R.G., N° 67310/03.
- Trib. trav. Bruxelles, 21 juin 2006, inédit, R.G. n° 3236/06.
- Trib. trav.. Bruxelles, 27 juin 2008, inédit, R.G. n° 3420/07
- Trib. trav. Bruxelles, 7 juillet 2008, inédit, R.G. n° 4076/08.
- Trib. trav. Bruxelles, 17 octobre 2008, inédit, R.G. n° 6462/08.
- Trib. trav. Bruxelles, 23 avril 2009, inédit, R.G. n° 9645/07 .
- Trib. trav. Bruxelles, 2 juillet 2009, inédit, R.G. n° 5852/09.
- Trib. trav. Bruxelles, 13 novembre 2009, inédit, R.G. n° 1790/09.
- Trib. trav. Bruxelles, 1^{er} juillet 2010, inédit, R.G. n° 2049/10.
- Trib. trav. Bruxelles, 28 novembre 2012, inédit, R.G. n° 12-7070-A.
- Trib. Trav. Anvers, 9 janvier 2013, inédit, R.G. n° 12/555/A.

Doctrine

- ANKAERT E., « Eigen bijdragen in de Gezondheidszorg : kostprijs van een exploderende ziekteverzekering », *T.S.R.*, 2006, pp. 569-611.
- ASBL MEDIMMIGRANT, *Statuts de séjour et soins de santé pour étrangers*, disponible sur <http://www.medimmigrant.be> (dernière consultation le 26 avril 2015).
- AUBERT-MONPEYSEN T., « Une justiciabilité accrue de la Charte sociale européenne », *J.D.E.*, 2011, pp. 166-170.
- BELORGEY J.-M., « La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe et son organe de régulation (1961-2011) », *Rev. trim. dr. h.*, 2011, p. 787- 806.
- BENHELOCINE C., *La Charte sociale européenne*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.

- BOUCKAERT S., « Het recht op dringende medische hulp voor vreemdelingen zonder wettig verblijf : materieelrechtelijke en procedurele aspecten, de lege lata en de lege ferenda », *T. Vreemd.*, pp. 6-25.
- BOUQUELLE F., CORRA E., DE RUE M., HUBERT P., LAMBILLON P., MAES C., MARTENS J., MORMONT H., NEVEN J.-F., STANGHERLIN K. et VANDENDAELE A., *Aide sociale-Intégration sociale : Le droit en pratique*, Bruxelles, La Chartre, 2011.
- BOY L., RACINE J.-B. et SIIRIAINEN F., *Droit économique et droits de l'Homme*, Bruxelles, Larcier, 2009.
- CLESSE C. et KEFER F., *Questions de droit social*, Liège, Formation permanente CUP, 2002.
- DAMIEN S et BLEUS S., « Problèmes d'accès aux soins pour les personnes en dehors du cadre de l'assurance obligatoire », in *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. Wolters Kluwer, Waterloo, 2014, pp. 43- 120.
- DAUE F. et CRAINICH D., « L'avenir des soins de santé : oser Le diagnostic et les thérapies », http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/books/pdf/future_hc_fr1.pdf, Bruxelles, 2008.
- DE SCHUTTER O., « Le Protocole facultatif au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », *R.B.D.I.*, 2006, pp. 7-56.
- DECHAMPS I et VAN RUYMBEKE M., *L'aide sociale dans la dynamique du droit*, Bruxelles, De Boeck Wesmael, 1995.
- DUELZ A., BROUWERS J.-C. et FISCHER Q., *Le droit du divorce*, Bruxelles, De Boeck, 2009.
- DUMONT M., *Actualités de la sécurité sociale : évolution législative et jurisprudentielle*, Bruxelles, Larcier, 2004.
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, « L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne », http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf, Luxembourg, 2012 (dernière consultation le 5 mai 2015).
- FIERENS J., « L'accès aux soins et aux médicaments en Belgique », in *Le droit de la santé : aspects nouveaux : journées suisses 2009*, Bruxelles, Bruylant, 2012, pp. 331-348.
- FUNCK J.-F., *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2014.
- GILSON S., « Contentieux du droit de l'aide sociale : rappel de quelques principes », *Bulletin social & juridique*, 2013, pp. 7-8.

- GOMIEN D., HARRIS D. et ZWAAK L., *Convention européenne des Droits de l'Homme et Charte sociale européenne : droit et pratique*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1997.
- HENKINBRANT V. et MOKRANE S., « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *Rev. dr. étr.*, 2013, pp. 231- 255.
- HOSTAUX S., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, 2009.
- JACQUES. J-P., « Régularisation des étrangers : quoi de neuf... Trois ! », in *Droit des étrangers et nationalité*, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 193- 229.
- KAGNÉ B., *Pratiques d'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile en Région wallonne*, Gand, Academia, 2008.
- KERDOUN A., «La place des droits économiques, sociaux et culturels dans le droit international des droits de l'homme », *Rev. trim. dr. h.*, 2011, pp. 499-524.
- LELEU Y.-H., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, P. 649-659.
- LELEU Y.-H., *Actualités de droit familial. Le point en 2003*, Liège, Formation permanente Cup, 2003.
- MASSON P., HIERNAUX G. et GALLUS N., *Droit des personnes et des familles : chronique de jurisprudence, 1999-2004*, Bruxelles, Larcier, 2006.
- MORMONT H. et STANGHERLIN K., « Les étrangers et le droit à l'aide sociale et à l'intégration sociale », *www.adde.be*, (dernière consultation le 3 mars 2015).
- MORMONT H. et NEVEN J.-F., « Le droit à l'aide sociale et le droit à l'intégration sociale en faveur des étrangers : questions d'actualité ... » in *Questions spéciales de droit social : Hommage à Michel Dumont*, Bruxelles, Larcier, 2014, pp. 13-172.
- MORMONT H., « Les étrangers et l'aide sociale au travers de la jurisprudence du Tribunal du travail de Bruxelles », *Chr. D. S.*, 2003, pp. 469- 484.
- NEVEN J-F., « XVII.C. - Les droits à la sécurité sociale et à l'aide sociale, médicale et juridique », in *Les droits constitutionnels en Belgique (vol. 1)*, Bruxelles, Bruylant, 2011, pp. 1323-1382.
- PAOLILLO M., « Entre assurance et assistance : « L'articulation entre la sécurité sociale et l'aide sociale au sens large » », *Ann. dr.*, 2012, pp. 427-443.
- PIETERS D. et SCHOUKENS P., *Triptiek sociale zekerheid : de beginselen van socialezekerheidsrecht en hun toepassing in België en Nederland*, Leuven, Acco, 2006.

- SAMUEL L., *Droits sociaux fondamentaux: jurisprudence de la Charte sociale européenne*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1997.
- SIMOENS D., *Handboek OCMW-dienstverlening*, Bruges, die Keure, 2009.
- SPP INTEGRATION SOCIALE, « Focus « Aide médicale évolution depuis 1999 » », http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/mi-is_2014.3_focus_fr.pdf, octobre 2014, p. 4 (dernière consultation le 26 avril 2015).
- SPP INTEGRATION SOCIALE, « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par le CPAS », <http://www.mi-is.be>, 2013 (dernière consultation le 5 mai 2015).
- STAFFE F., « Le droit à l'aide sociale pour les étrangers gravement malades en séjour illégal », *Chr. D. S.*, 2008, pp.185-2004.
- TOUSSAINT A. et BOUIOUKLIEV I., « Aide sociale aux étrangers en séjour précaire : retour sur un ping-pong institutionnel persistant » in *Force majeure*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 279-307.
- TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers (4^{ème} partie). Les origines de l'aide sociale des étrangers illégaux et demandeurs d'asile (suite et fin) », *Bulletin social & juridique*, mars 2014, p. 5.
- TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers (3^{ème} partie). Les origines de l'aide sociale des étrangers illégaux et demandeurs d'asile (1) », *Bulletin social & juridique*, février 2014, p. 5.
- TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers (2^{ème} partie). Le cas particulier des illégaux », *Bulletin social & juridique*, février 2014, p. 2.
- TRUSGNACH Z., « L'aide sociale aux étrangers : rappel des principes (1^{ère} partie) », *Bulletin social & juridique*, janvier 2014, p. 5.
- VANDEBURIE A., *L'article 23 de la Constitution. Coquille vide ou boîte aux trésors?*, Bruxelles, La Charte, 2008.
- VANDENBERGHE H., « Une constitution avec des droits et des libertés », *R.B.D.C.*, 2006, pp. 3-11.
- VAN DER PLANCKE V. et SANT'ANA M., « Protection des droits sociaux fondamentaux et lutte contre la pauvreté au sein du Conseil de l'Europe », in *Les droits sociaux fondamentaux dans la lutte contre la pauvreté*, Bruxelles, La Charte, 2012, p. 211-264.
- VAN RUYMBEKE M. et VERSAILLES P., « Aide et intégration sociale », in *Guide social permanent – Sécurité sociale- commentaires*, Diegem, Kluwer, 2009, n° 130.
- WARZEE S., « Réflexion quant à une définition de l'aide sociale », in *Le pli juridique*, Louvain-la-Neuve, Anthemis, Mars 2014, pp. 31-32.

Autres

- Com. D.E.S.C., *observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 12 mai 2000, E/C.12/2000/4.
- Mémoire : Aide médicale urgente pour personnes en séjour illégal. Où le bât blesse-t-il ?, disponible sur <http://www.medimmigrant.be> (dernière consultation le 26 avril 2015).
- Le Petit Larousse illustré, Paris, Larousse, 2000.

Sites internet

- www.adde.be
- <http://daccess-dds-ny.un.org>
- <http://www.inami.fgov.be/fr/glossary/index>.
- <http://www.itinerainstitute.org>
- <http://www.medimmigrant.be>
- <http://www.mi-is.be>
- <https://treaties.un.org>
- <http://www.who.int>

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1. Bases légales	3
Introduction.....	3
Section 1. Textes internationaux	3
§1. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.....	3
a) Contenu	3
b) Article 12 : Jouir du meilleur état de santé physique.....	4
c) Contrôle.....	5
§2. Charte sociale européenne révisée.....	6
a) Contenu	6
b) Article 11 : Droit à la protection de la santé	7
c) Mesures de contrôle	8
Section 2. Textes nationaux	9
§1. Article 23 de la Constitution.....	9
a) Droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.....	9
§2. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.....	10
Chapitre 2. L'assurance soins de santé	12
Introduction.....	12
Section 1. Historique.....	12
Section 2. Champ d'application personnel	13
§1. Le titulaire	13
§2. La personne à charge.....	14
a) Lien personnel avec le titulaire	14
b) Condition de résidence.....	15
c) Condition de revenus.....	15
d) Absence d'un droit propre	16
Section 3. Procédure.....	16
Section 4. Effets.....	16
§1. Remboursement	16
§2. Ticket modérateur	17
§3. Aide supplémentaire accordée par l'assurance	18
a) Intervention majorée.....	18
b) « Maximum à facturer »	18
c) Système du tiers payant	18
Chapitre 3. L'aide sociale.....	20
Introduction.....	20
Section 1. Historique.....	20
Section 2. Notions.....	21
§1. Aide sociale	21
§2. Dignité humaine.....	22
Section 3. Conditions.....	23
§1. État de besoin.....	23
§2. Lieu de résidence.....	24
§3. Légalité du séjour	26
Section 4. Caractère résiduaire	27

Section 5. Différents types d'aide sociale	28
§1. L'aide financière.....	28
§2. L'aide médicale.....	29
a) L'affiliation à une mutuelle.....	29
b) La prise en charge des soins de santé réguliers	30
➤ Facilités	30
• Cartes médicales.....	30
• Conventions avec des dispensateurs de soins.....	30
➤ Remboursement.....	31
c) La prise en charge de soins de santé non réguliers.....	32
d) La prise en charge des factures médicales.....	32
Chapitre 4. L'accès aux soins pour les étrangers en séjour illégal sur le territoire belge	34
Introduction.....	34
Section 1. Notions.....	35
§1. Définition de l'étranger en séjour illégal au sens de l'article 57 §2 de la loi du 8 juillet 1976	35
§2. Définition de l'aide médicale urgente (AMU).....	36
a) Difficulté d'interprétation	36
b) Définition mise en place par le Roi	38
c) Interprétation jurisprudentielle.....	38
➤ Interprétation majoritaire.....	39
➤ Interprétations minoritaires.....	40
• Urgence caractérisée par l'immédiateté	40
• Apparition d'une nouvelle condition.....	41
➤ Conclusion.....	42
Section 2. Objectif	42
Section 3. Conditions.....	43
§1. Être en séjour illégal sur le territoire	44
§ 2. Être en séjour sur le territoire du CPAS	44
§3. Être en possession d'une attestation d'aide médicale urgente	45
§4. Être en état de besoin.....	45
Section 4. Critiques émises par l'ASBL medimmigrant.....	45
§1. Problème de communication et de procédure	46
§2. Difficulté d'accès aux CPAS	47
§3. Difficultés d'accès aux soins médicaux	48
§4. Difficulté supplémentaire pour les sans-abris.....	48
Section 5. Quelques chiffres.....	49
§1. Bénéficiaires de l'aide médicale urgente	49
§2. Principaux CPAS pourvoyeurs de l'aide médicale urgente en Belgique.....	50
§3. Comparaison entre l'aide médicale non urgente et urgente	51
Section 6. Exceptions à l'article 57 § 2 de la loi du 8 juillet 1976.	51
§1. Force majeure médicale	52
§2. Retour volontaire	54
Section 7. Autre possibilité d'accès aux soins pour l'étranger en séjour illégal : l'assurance soins de santé	54
Chapitre 5. Aide médicale et aide médicale urgente : éléments communs.....	55
Introduction.....	55
Section 1. Financement de l'aide médicale	55
§1. Qui finance ?	55

§2. Budget alloué par l'État	56
Section 2. Réforme Mediprima	57
Section 3. Recours	58
Conclusion.....	59
Bibliographie	61
Législation	61
Jurisprudence	62
Doctrine	63
Autres	67
Sites internet.....	67
Table des matières	68

Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique www.uclouvain.be/drt

