

Focus n°31 : l'aide médicale de 2005 à 2020

Septembre 2022

Une publication de :

SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Économie sociale et Politique des Grandes Villes

Boulevard du Jardin botanique 50 bte 165
B-1000 Bruxelles
+32 2 508 85 85
vraag@mi-is.be
www.mi-is.be

Suivez-nous sur



Colophon

Rédaction

Frédéric Swaelens, Service Etudes

Éditeur responsable

Alexandre Lesiw, Président SPP Intégration sociale

Droit d'auteur

La reproduction, en tout ou partie, du contenu du présent document sous forme imprimée, par photocopie, dans des bases de données automatisées ou sur tout autre support est formellement interdite sans l'accord exprès écrit du SPP Intégration sociale.

Exclusion de la responsabilité

Le SPP Intégration sociale exclut toute responsabilité pour les dommages résultant d'erreurs d'impression et de coquilles.

Table des matières

1.	Introduction.....	3
2.	Chiffres clés de l'aide médicale	5
2.1.	Aide médicale totale.....	5
2.2.	Autre aide médicale	8
	Evolution de l'autre aide médicale depuis 2005	9
	Autre aide médicale : flux entrants et sortants.....	11
	Autre aide médicale : montant moyen selon le type de frais	11
2.3.	Aide médicale urgente	15
	Evolution de l'aide médicale urgente depuis 2005	16
	Aide médicale urgente: flux entrants et sortants.....	17
	Aide médicale urgente : montant moyen selon le type de frais	18
2.4.	Profil des bénéficiaires de l'aide médicale en 2020	20
	Genre	20
	Age	21
	Genre, âge selon le type de frais	21
	Répartition géographique	22

1. Introduction

A côté de l'aide financière qui doit permettre aux personnes en situation de besoin de mener une vie conforme à la dignité humaine, c'est-à-dire à faire face aux besoins quotidiens tels la nourriture, l'habillement, le logement, ... l'aide médicale doit leur permettre de préserver leur santé physique et psychique. L'aide médicale permet l'accès aux soins de santé en payant le médecin, le kiné, le dentiste, l'hôpital, la pharmacie, ...

Préalablement à toute prise en charge, le CPAS examinera la situation du demandeur d'aide par une enquête sociale afin de déterminer si la personne dispose de ressources suffisantes.

Le CPAS a aussi l'obligation de vérifier si le demandeur est affilié à une mutuelle, soit en tant que titulaire, soit en tant que personne à charge, et s'il est en ordre de cotisations. Dans la négative, le CPAS sera tenu d'affilier le demandeur à l'organisme de son choix ou, à défaut de ce choix, à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI). Le CPAS peut également fournir une aide financière afin de couvrir les cotisations de base et/ou complémentaires.

L'État, par l'intermédiaire du SPP-IS, interviendra de manière résiduaire, soit après intervention de toutes autres instances, selon les ressources des personnes aidées, dans leurs dépenses de santé (frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation) qu'il s'agisse de soins curatifs ou préventifs et le cas échéant dans leurs cotisations. Il remboursera les CPAS, ou la CAAMI via Mediprima, soit le système de gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS, pour tous les soins de santé ayant reçu un code nomenclature de l'INAMI.

La prise en charge peut être activée de plusieurs façons :

1. **Via la carte médicale** : qui définit la période et les conditions dans lesquelles l'aide médicale peut être obtenue. En délivrant ce document, le CPAS s'engage auprès du prestataire de soins à prendre en charge les frais de certains actes médicaux. La carte médicale offre au prestataire de soins qui en respecte les dispositions la certitude d'être payé par le CPAS pour les soins qu'il a prodigués. Quant au titulaire, il ne doit pas, à chaque fois, réintroduire une demande d'autorisation auprès du CPAS pour les prestations et les médicaments.
2. **Via une convention entre le CPAS et des dispensateurs de soins** : soit des médecins généralistes et spécialistes ; des kinésithérapeutes ; des pharmaciens, des dentistes, des maisons médicales, des services de santé mentale et des hôpitaux qui collaborent avec le CPAS ;
3. **Via un réquisitoire** : il s'agit d'un moyen d'intervention permettant à la personne d'obtenir des soins gratuitement. Dans le même temps, le prestataire de soins est assuré que le CPAS règlera la facture.
4. **Via le remboursement de médicaments** : certains médicaments peuvent être remboursés en partie s'ils sont prescrits par un médecin agréé ou s'ils sont achetés dans une pharmacie habilitée.
1. **Par suite d'une décision électronique via Mediprima** : ce système couvre tout le cycle des décisions de prise en charge des frais médicaux, depuis l'octroi par le CPAS jusqu'au remboursement automatisé des dispensateurs de soins par la CAAMI¹.

¹ Pour plus d'information voir <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>

On distingue en outre deux types d'aide médicale :

L'aide médicale urgente (AMU) : intervention dans les frais de santé des personnes n'ayant pas ou plus de titre de séjour valable en Belgique et qui ne disposent pas de ressources suffisantes. Ces dernières ne peuvent prétendre qu'à l'aide médicale dite « urgente ». L'aide médicale urgente ne doit pas être confondue avec l'urgence au sens médical et hospitalier : elle inclut des soins à caractère curatif mais aussi préventif.

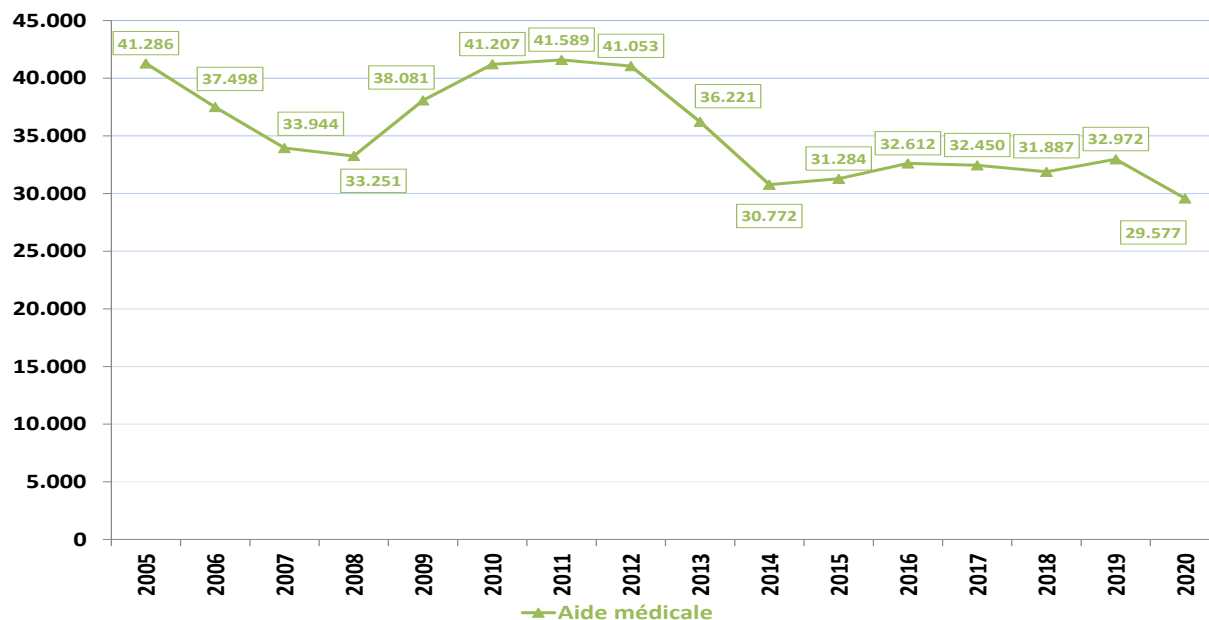
L'autre aide médicale (AAM) : intervention dans les frais de santé de personnes avec un titre de séjour régulier, qui ne disposent pas de ressources suffisantes et qui ne sont soit pas affiliables² à une mutuelle, soit plus en ordre de mutuelle, soit en ordre de mutuelle mais dans ce cas l'intervention ne portera que sur la partie ticket modérateur de soins dispensés dans un établissement de soins.

² Il n'est pas possible de s'affilier à une mutuelle avec une attestation de séjour d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

2. Chiffres clés de l'aide médicale

2.1. Aide médicale totale

Graphique 1 : évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale – 2005-2020



Après trois années consécutives de baisse de 2005 à 2008, le nombre annuel de bénéficiaires d'une aide médicale est reparti à la hausse de 2009 à 2011. Le nombre de bénéficiaires a ensuite chuté de 2011 à 2014 pour atteindre son niveau le plus bas. Depuis lors la tendance est à la hausse avec une chute importante du nombre de bénéficiaires en 2020. Plusieurs facteurs tels les flux migratoires, l'évolution de la politique en matière d'asile et de migration mais aussi la crise sanitaire sont à même d'expliquer ces évolutions (voir plus loin).

Tableau 1 : nombre annuel³ de bénéficiaires de l'aide médicale de 2005 à 2020

Aide médicale	Aide médicale totale		Aide médicale urgente		Autre aide médicale	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
2005	41.286	-	18.661	-	23.824	-
2006	37.498	- 9,2%	22.470	+20,4%	16.159	- 32,2%
2007	33.944	- 9,5%	21.725	- 3,3%	13.419	- 17,0%
2008	33.251	- 2,0%	21.189	- 2,5%	13.565	+1,1%
2009	38.081	+14,5%	22.285	+5,2%	18.013	+32,8%
2010	41.207	+8,2%	20.333	- 8,8%	23.102	+28,3%
2011	41.589	+0,9%	17.376	- 14,5%	26.062	+12,8%
2012	41.053	- 1,3%	17.233	- 0,8%	25.537	- 2,0%
2013	36.221	- 11,8%	17.753	+3,0%	20.258	- 20,7%
2014	30.772	- 15,0%	18.309	+3,1%	14.696	- 27,5%
2015	31.284	+1,7%	18.837	+2,9%	14.425	- 1,8%
2016	32.612	+4,2%	20.155	+7,0%	14.488	+0,4%
2017	32.450	- 0,5%	21.306	+5,7%	13.024	- 10,1%
2018	31.887	- 1,7%	22.484	+5,5%	10.687	- 17,9%
2019	32.972	+3,4%	23.970	+6,6%	10.085	- 5,6%
2020	29.577	- 10,3%	21.916	- 8,6%	8.665	- 14,1%

³ Une même personne pouvant bénéficier des deux types d'aide médicale en cours d'une même année, à la suite d'un changement de statut, le décompte annuel du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale n'est donc pas égal à la somme des bénéficiaires de l'aide médicale urgente et de l'autre aide médicale (présence de doublons).

En 2020, ce sont 29.577 personnes qui ont bénéficié d'un remboursement au titre de l'aide médicale contre 41.589 lors du pic de 2011. Le faible nombre de bénéficiaires tant de l'aide médicale urgente que des autres aides médicales en 2020 est à mettre en parallèle avec la crise sanitaire : d'une part le nombre de demande d'asile a fortement chuté à la suite de la fermeture des frontières, d'autre part on a assisté à un report de soins médicaux non liés au covid 19 au plus fort des vagues de coronavirus et ce en particulier pendant les premiers mois de la crise sanitaire.

Sur base des chiffres relatifs au premier semestre de 2021⁴, on observe une hausse de 8,8% du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale. Cette hausse concerne tant les bénéficiaires de l'aide médicale urgente que ceux des autres aides médicales.

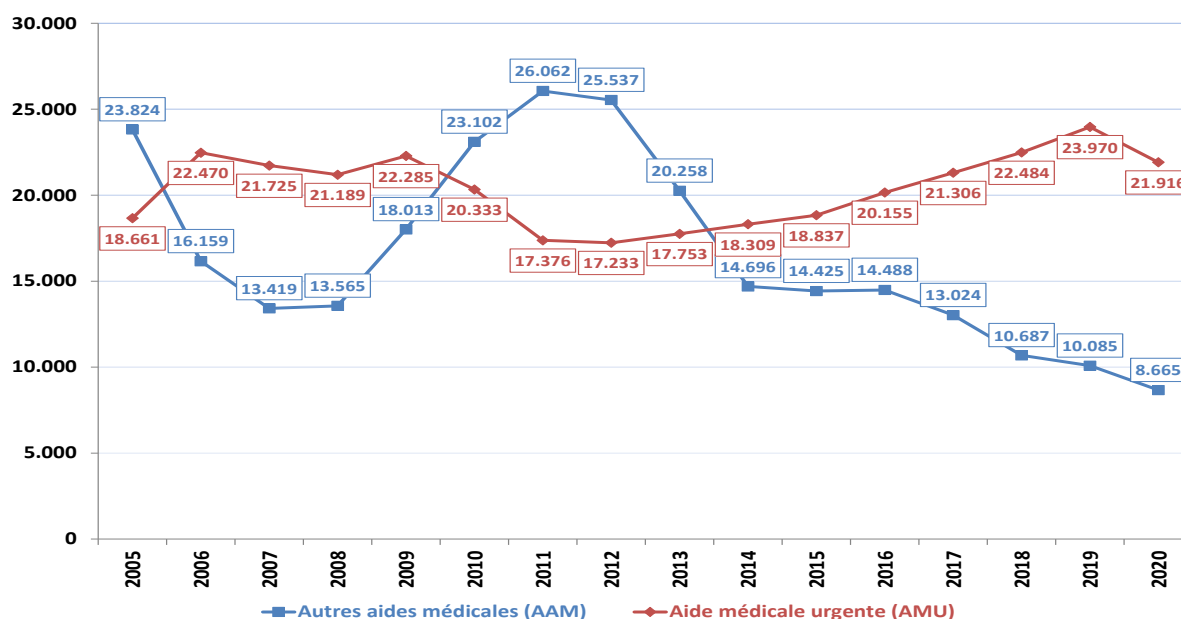
Tableau 2 : bénéficiaires de l'aide médicale au premier semestre de 2021

Aide médicale	Aide médicale totale		Aide médicale urgente		Autre aide médicale	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
2021*	23.606	+8,8%	18.289	+10,2%	5.757	4,7%

* Premier semestre de l'année. Variations par rapport à la même période de l'année précédente.

Comme le montre le graphique suivant, l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente diffère de celle des bénéficiaires des autres aides médicales.

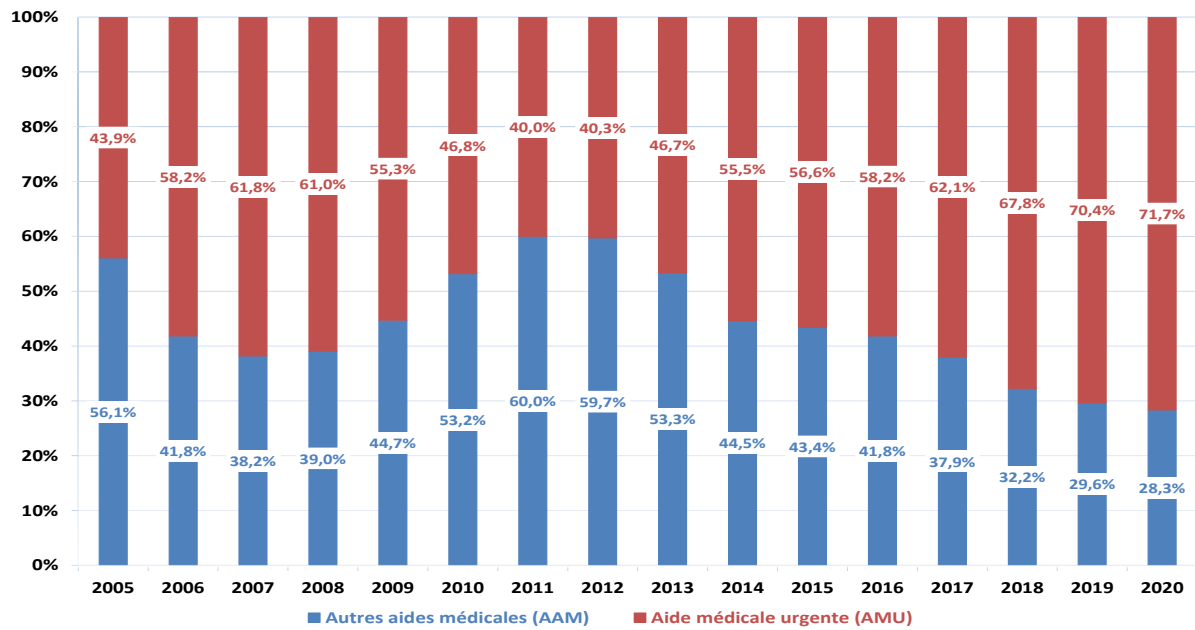
Graphique 2 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale urgente et de l'autre aide médicale – 2005-2020



Du fait de ces évolutions distinctes, la part de l'aide médicale urgente dans l'aide médicale totale, qui n'était que de 43,9% en 2005, atteint son maximum en 2020 avec 71,7 en 2021%.

⁴ Les chiffres de l'aide médicale ne sont stables qu'après 15 mois de recul. Ceci est lié au fait que les CPAS disposent d'un délai administratif de 12 à 15 mois pour soumettre leurs demandes de remboursement auprès du SPP Intégration sociale.

Graphique 3 : répartition des bénéficiaires selon le type d'aide médicale – 2005-2020



La suite du document se consacre aux évolutions respectives des deux types d'aide médicale.

2.2. Autre aide médicale

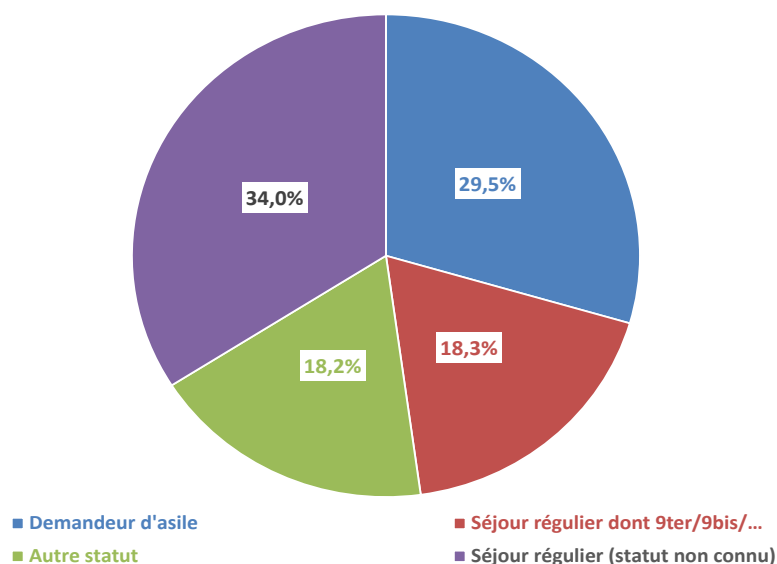
Pour rappel, l'autre aide médicale est destinée aux ressortissants étrangers avec droit de séjour régulier en situation de besoin et non affiliés à une mutuelle mais aussi aux personnes en situation de besoin qui ne sont pas ou plus en ordre de mutuelle ou qui le sont mais dans ce cas l'intervention ne portera que sur la partie ticket modérateur de soins dispensés dans un établissement de soins.

On retrouve parmi les bénéficiaires de l'AAM principalement des demandeurs d'asile ayant été autorisés à quitter un centre d'accueil Fedasil, des demandeurs d'une régularisation pour raisons médicales (9ter) déclarée recevable, des demandeurs d'une régularisation pour raisons humanitaires (9bis) jugée fondée⁵⁶.

On retrouve également parmi les bénéficiaires de l'autre aide médicale des résidents provisoires et des étrangers de passage avec un visa, des citoyens belges non-inscrits dans le registre de la population, des enfants belges mineurs, ... Ces derniers sont repris sous « autre statut » dans le graphique ci-dessous.

Les bénéficiaires de l'autre aide médicale dont le statut détaillé n'est pas connu du SPP IS⁷ sont repris sous « séjour régulier – statut non connu ».

Graphique 4 : répartition de l'AAM selon le statut des bénéficiaires - 2020



⁵ Article 9ter : une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois pour raisons médicales peut être introduite en Belgique si la demandeur souffre d'une maladie présentant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou constituant un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. Le demandeur doit également démontrer qu'il se trouve dans des circonstances exceptionnelles qui l'empêchent d'introduire sa demande par la voie normale : à l'ambassade de Belgique dans le pays d'origine. L'examen d'une demande de régularisation 9ter se fait en deux temps : une phase de recevabilité et une phase d'examen au fond. Le droit à l'aide sociale s'ouvre dès que la demande est déclarée recevable et durant toute la phase d'examen de fond. Si la demande est déclarée irrecevable ou non fondée seule l'aide médicale urgente pourra être accordée. Pour plus de détail sur la procédure 9ter. Voir <https://primabook.mi-is.be/fr/regularisation-de-sejour/article-9ter-regularisation-de-sejour-pour-raisons-medicales>.

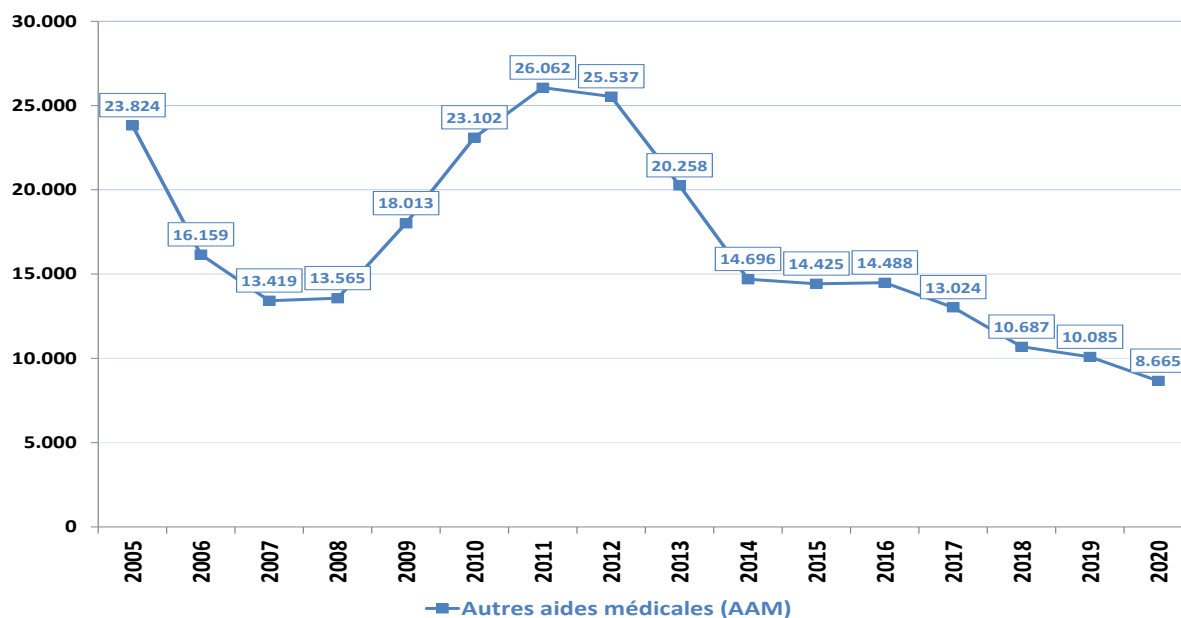
⁶ Article 9bis : une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois pour raisons humanitaires peut être introduite en Belgique s'il existe des circonstances exceptionnelles rendant impossible ou très difficile un retour dans le pays d'origine pour le demandeur. En cas de refus ou pendant la période de l'examen de fond, le remboursement de l'Etat se limitera à l'aide médicale urgente. Voir <https://primabook.mi-is.be/fr/regularisation-de-sejour/article-9bis-regularisation-de-sejour-pour-raisons-exceptionnelles>

⁷ Mediprima effectue uniquement une distinction entre personnes en séjour régulier ou irrégulier. Lorsqu'un bénéficiaire de l'autre aide médicale n'est pas connu par ailleurs par le SPP IS, il n'est pas possible de lui attribuer un statut particulier.

Evolution de l'autre aide médicale depuis 2005

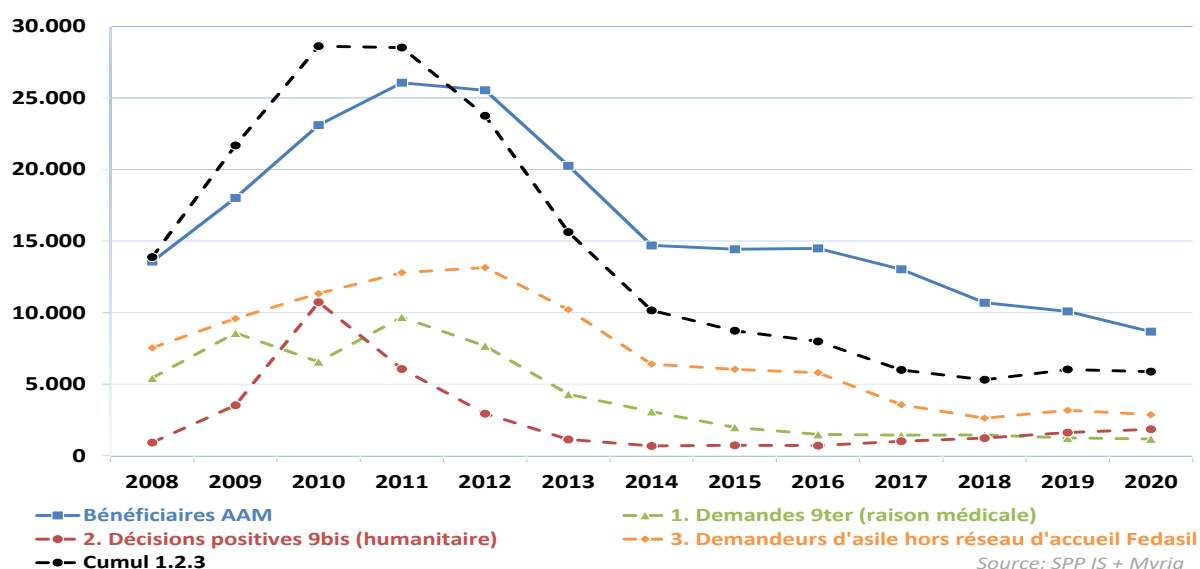
L'évolution du nombre bénéficiaires de l'autre aide médicale connaît plusieurs phases depuis 2005 : une baisse de 2005 à 2007, une hausse de 2008 à 2011 et une baisse tendancielle de 2012 à 2020. Sur base des chiffres relatifs au premier semestre de 2021, on observe néanmoins une légère hausse⁸ du nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale.

Graphique 5 : évolution du nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale – 2005-2020



Ces fluctuations s'expliquent notamment par les flux migratoires et l'évolution de la politique en matière d'asile et de migration.

Graphique 6 : évolution du nombre de demandes 9ter, de décisions positives 9bis⁹ et de demandeurs d'asile hors centre Fedasil – 2008-2020



Source: SPP IS + Myria

⁸ Soit +4,7% par rapport au même semestre à un an d'écart.

⁹ Une demande 9ter (dossier) peut concerner plusieurs personnes d'une même cellule familiale.

En matière de politique d'asile et de migration, on observe une hausse du nombre de décisions positives de régularisation pour raisons humanitaires (9bis) en 2009 et 2010 à la suite d'une campagne de régularisation durant laquelle certains critères d'éligibilité ont été assouplis. On observe également dès 2012 un net recul du nombre de demandes de régularisation pour raisons médicales (9ter) à la suite de l'instauration du « filtre médical »¹⁰. Les nombres de décisions positives 9bis et de demandes 9ter reviennent ensuite progressivement à des niveaux comparables à ceux que l'on pouvait observer pour l'année 2008.

L'évolution du nombre de demandeurs d'asile hors centre d'accueil Fedasil¹¹ a également influencé, à la hausse de 2008 à 2012 et à la baisse de 2013 à 2020, le nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale. On peut citer aussi la réforme du droit au regroupement familial en 2011, dans le sens d'un renforcement des conditions d'accès au territoire, comme facteur explicatif de la baisse du nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale dès 2012.

A ces facteurs explicatifs, s'ajoutent les transferts de bénéficiaires de l'aide médicale urgente vers l'autre aide médicale : on dénombrait ainsi en 2020 que 17,4% de bénéficiaires ayant perçu de l'aide médicale urgente auparavant parmi les bénéficiaires de l'autre aide médicale.

Ensemble ces évolutions participent à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale.

Il est néanmoins difficile d'appréhender avec précision l'impact de chacune des évolutions sur le nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale faute de recoupement entre les sources de données mais aussi du fait de décalages possibles entre année de la demande et année de la décision de régularisation ou d'octroi du statut de protection internationale. En effet, les décisions prises au cours d'une année peuvent se référer à des demandes introduites lors d'années antérieures.

Néanmoins afin d'interpréter les évolutions de l'autre aide médicale, il peut aussi être utile d'observer l'évolution des flux entrants et sortants de bénéficiaires.

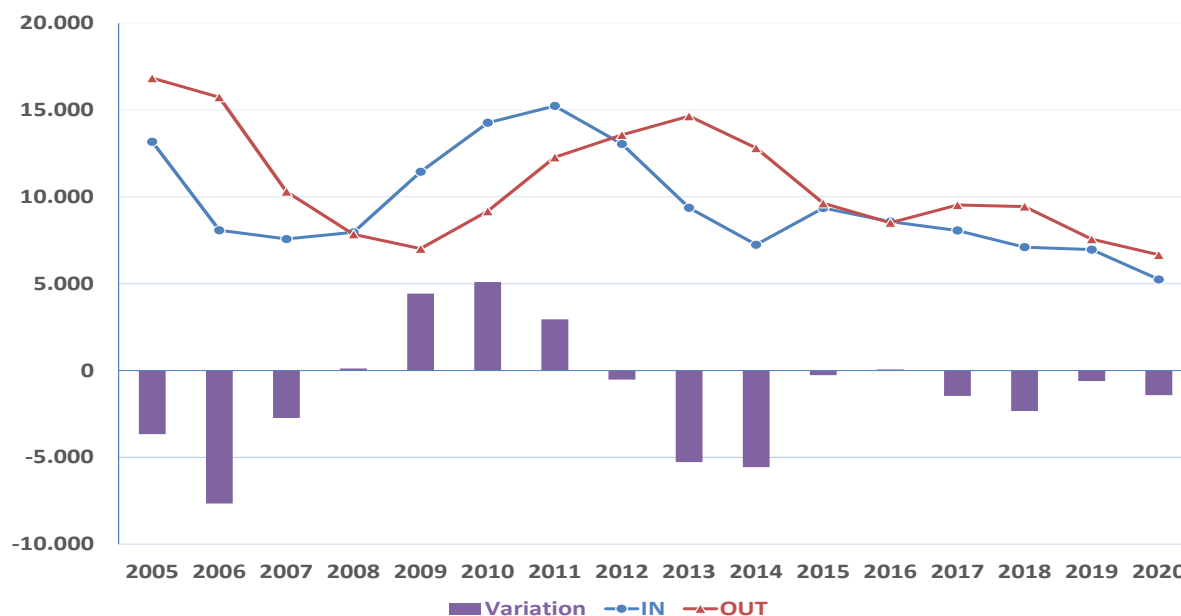
¹⁰ Introduction d'une phase de "recevabilité médicale" ou "filtre médical" dans la procédure 9bis : pour que la demande passe avec succès l'épreuve du filtre médical, le médecin fonctionnaire doit émettre un avis selon lequel la maladie du demandeur présente un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou constitue un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans le pays d'origine ou de séjour.

¹¹ Depuis 2007, en situation « normale », les demandeurs d'asile sont accueillis dans des centres d'accueil Fedasil ou des petites structures intégralement financées par l'État fédéral. L'aide qu'ils reçoivent est matérielle. En cas de saturation du réseau d'accueil, la loi de 2007 prévoyait de faire « basculer » cette aide matérielle vers le Droit à l'Aide Sociale.

Autre aide médicale : flux entrants et sortants

Une première constatation est que les fluctuations tant des flux entrants que sortants sont de grande amplitude. L'année 2020 a ainsi vu 52% d'entrants pour 66% de sortants¹², soit une baisse de -14%.

Graphique 7 : flux entrants et sortants de bénéficiaires de l'autre aide médicale – 2005-2020



La décroissance du nombre de bénéficiaires de l'autre aide médicale depuis 2012 s'explique par des flux sortants généralement supérieurs aux flux entrants à l'exception des années 2014 et 2015. Ceci s'explique par un volume de sorties équivalent au nombre d'entrées.

Si la dynamique des flux entrants s'explique par les évolutions des demandes de régularisation 9ter, des décisions positives 9bis, des sorties de centre d'accueil Fedasil et des autres facteurs mentionnés ci-dessus, celle des flux sortants est plus que probablement liée à la capacité des personnes concernées à se sortir d'une situation de besoin en matière d'aide médicale mais aussi aux sorties du territoire.

On notera également que le nombre de bénéficiaires en 2020 a été influencé à la baisse par la crise sanitaire. En effet, comme indiqué précédemment on a observé un report de soins médicaux non liés au covid 19 au plus fort des vagues de coronavirus.

Autre aide médicale : montant moyen selon le type de frais

L'autre aide médicale couvre aussi bien des frais médicaux et pharmaceutiques, ambulatoires ou non, que des frais d'hospitalisation.

Dans les grandes lignes, trois types de frais sont à distinguer :

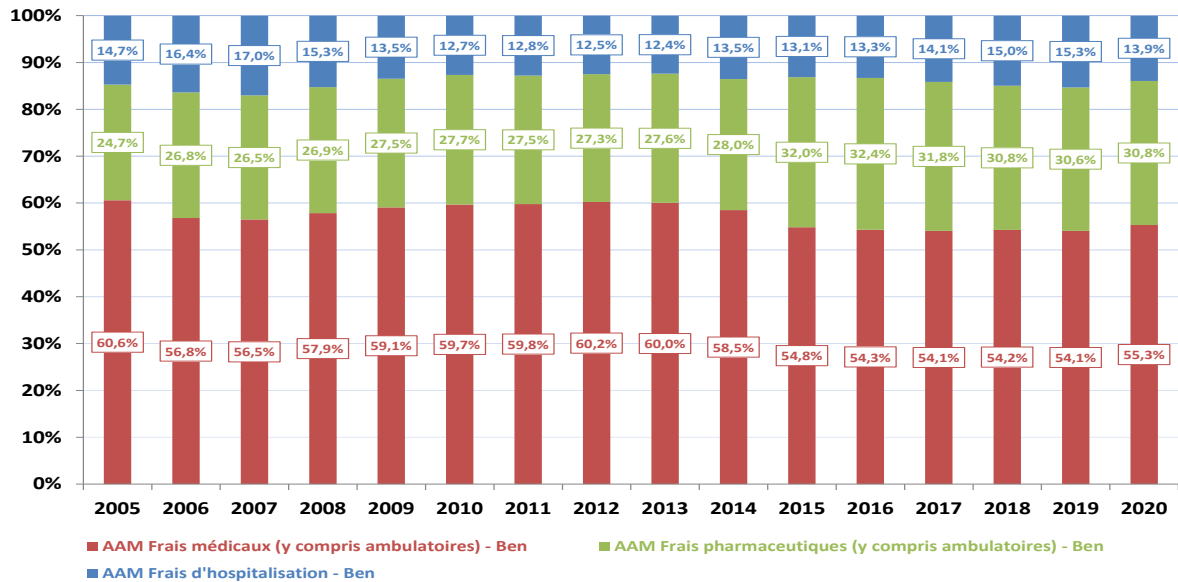
- Les frais médicaux, il faut entendre les frais payés pour des prestations médicales (par exemple la consultation d'un médecin et des examens de laboratoire).
- Les frais pharmaceutiques, il faut entendre les frais de pharmacie.
- Les frais d'hospitalisation, il faut entendre les frais payés à un établissement de soins lors d'un séjour à l'hôpital pendant plusieurs jours (donc avec nuitée). Remarque : une hospitalisation de jour ne fait donc partie de cette catégorie.

Par soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut entendre les frais médicaux et pharmaceutiques payés à un établissement de soins lors d'une consultation ou d'un séjour à l'hôpital sans nuitée (une hospitalisation de jour fait donc partie de cette catégorie).

¹² Les flux sont exprimés en pourcentage du nombre de bénéficiaires de l'année précédente.

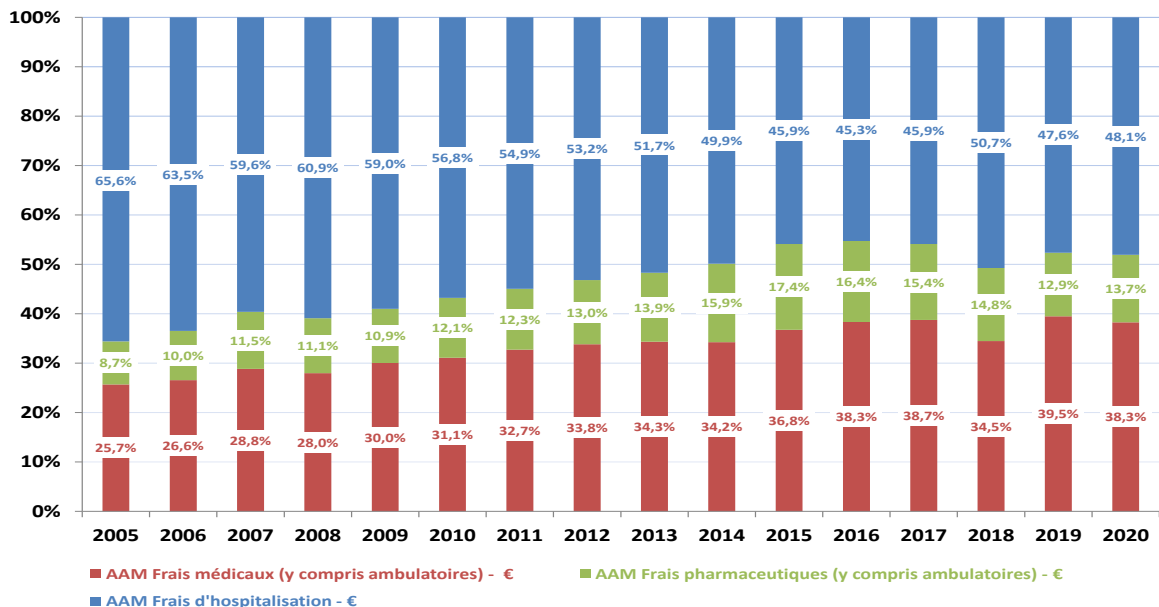
On observe une proportion élevée de bénéficiaires ayant bénéficié d'une intervention dans des frais médicaux. Viennent ensuite les bénéficiaires de frais pharmaceutiques. La part de bénéficiaires de frais d'hospitalisation est relativement faible et stable sur la période considérée.

Graphique 8 : répartition des bénéficiaires de l'autre aide médicale selon le type de de frais – 2005-2020



En termes de dépenses, ce sont les frais d'hospitalisation qui pèsent de loin le plus lourd même si leur part dans le total est en décroissance sur la période considérée. Viennent ensuite les frais médicaux alors que les frais pharmaceutiques y occupent une part relativement faible.

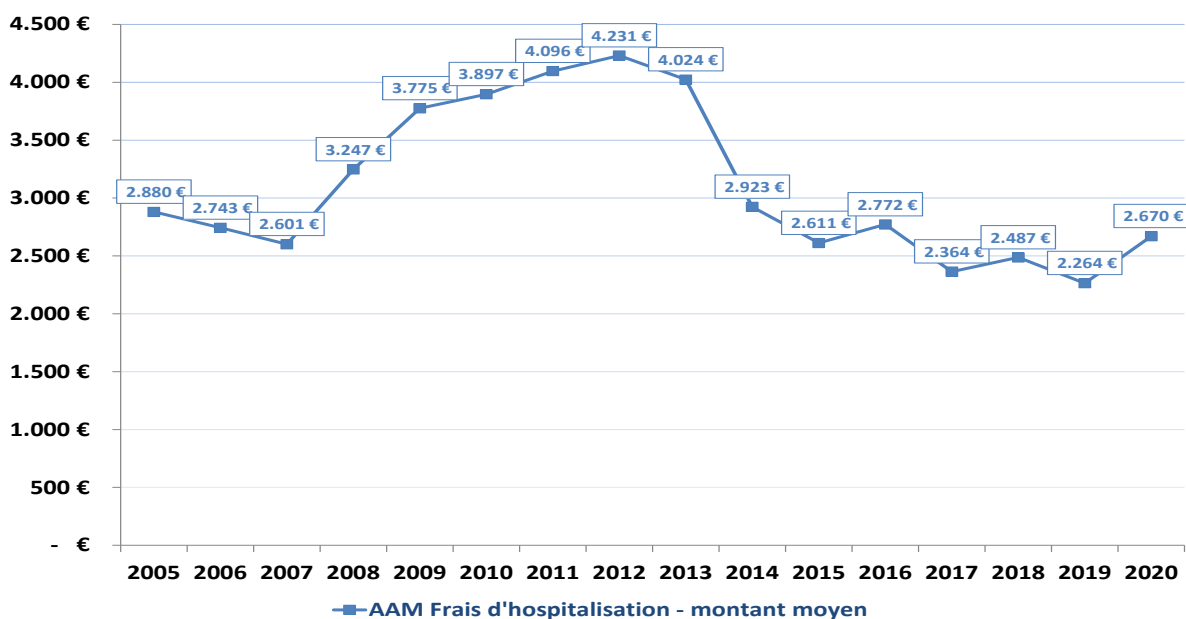
Graphique 9 : répartition des montants remboursés au titre de l'autre aide médicale selon le type de frais – 2005-2020



Les graphiques suivants montrent les évolutions des montants moyens remboursés selon le type de frais. A l'exception des frais d'hospitalisation, ces montants moyens se basent à la fois sur des individus

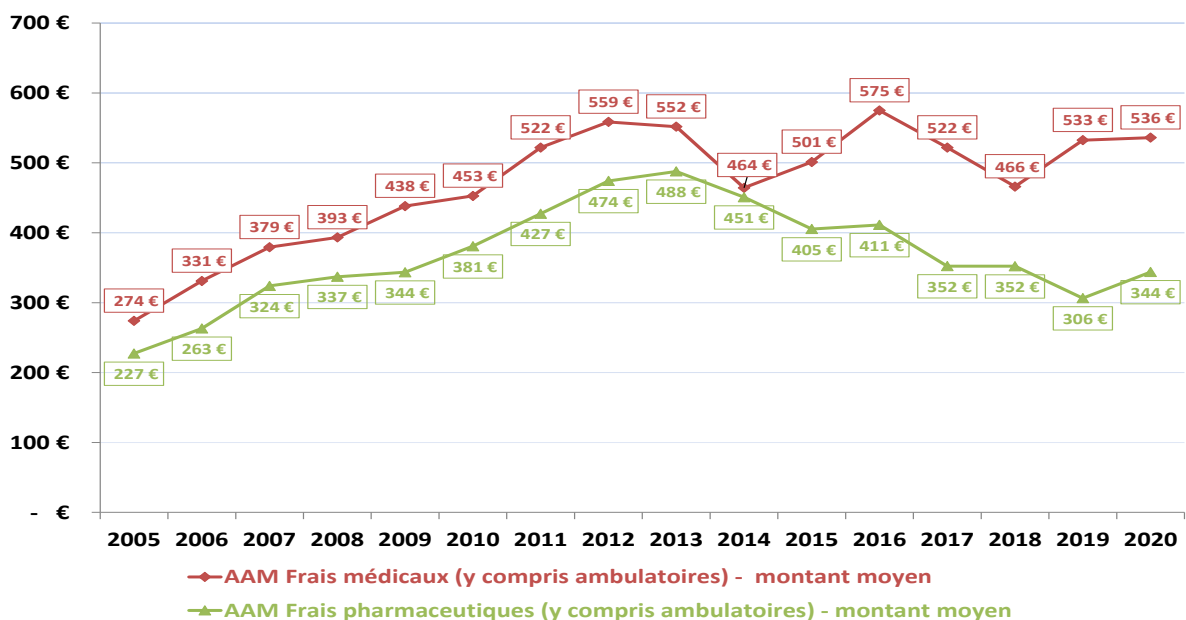
et des bénéficiaires principaux¹³, ils ne peuvent pas être considérés comme un coût par tête. C'est donc leur évolution qui sera commentée dans les graphiques qui suivent.

Graphique 10 : évolution du montant moyen remboursé en frais d'hospitalisation – AAM 2005-2020



Le montant moyen remboursé en frais d'hospitalisation a augmenté de 2008 à 2012 pour se tasser légèrement en 2013. Il chute ensuite fortement en 2014. Cette chute est à mettre en parallèle avec l'introduction de Mediprima qui a permis, via la CAAMI, une imputation plus rigoureuse des montants des factures d'établissements de soins entre frais d'hospitalisation, frais médicaux et frais pharmaceutiques.

Graphique 11 : évolution des montants moyens remboursés en frais médicaux et pharmaceutiques – AAM 2005-2020



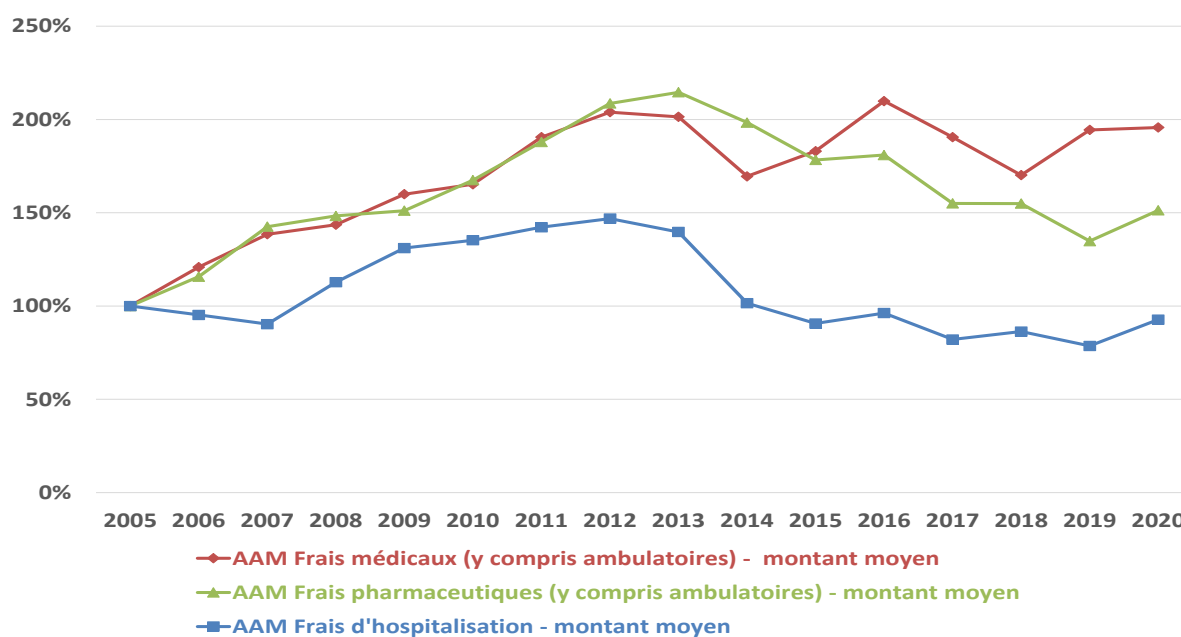
¹³ Le bénéficiaire principale ouvre le droit pour l'ensemble des membres d'un même ménage.

Depuis 2015, le montant moyen des frais d'hospitalisation s'est stabilisé. Il montre une légère tendance à la hausse malgré une augmentation en 2020 à mettre en lien avec la crise sanitaire et le report des soins de santé non urgents.

Après une période de hausse continue, le montant moyen des frais médicaux a également chuté en 2014 pour évoluer ensuite tant à la hausse qu'à la baisse. Le montant moyen des frais pharmaceutiques est orienté à la baisse depuis 2014 avec une légère remontée en 2020.

L'observation de l'évolution des montants moyens en prenant l'année 2005 pour base permet de constater que les montants moyens des frais médicaux et des frais pharmaceutiques ont évolué plus rapidement que ceux des hospitalisations jusqu'en 2013. Ils ont plus que doublé tandis que le montant moyen en hospitalisation a été multiplié par 1,5.

Graphique 12 : Indice d'évolution (année 2005=100) des montants moyens selon le type de frais – AAM 2005-2020



Après le ralentissement de 2014, les montants moyens continuent de progresser à des rythmes soutenus tant à la hausse qu'à la baisse pour les frais médicaux, en ralentissement pour les frais pharmaceutiques et en baisse pour les hospitalisations.

2.3. Aide médicale urgente

Toute personne en séjour irrégulier ne disposant pas de moyens financiers pour payer ses frais médicaux peut demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge.

L'aide médicale urgente est une aide sous la forme d'une intervention financière du CPAS dans des frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation. Cette aide financière n'est pas directement versée à la personne. Tout comme l'aide médicale ordinaire, l'aide médicale urgente couvre des frais médicaux, ambulatoires ou non, des frais pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation.

Son nom laisse supposer qu'il s'agit d'une aide urgente (par exemple après un accident ou à la suite d'une maladie), mais elle dépasse l'urgence au sens strict et peut aussi concerner un examen médical, des séances de kinésithérapie ou une simple visite chez le médecin généraliste. L'aide médicale urgente peut donc couvrir des soins de nature tant préventive que curative.

L'urgence de l'aide médicale est exclusivement déterminée par un médecin ou un dentiste, et non par le patient ou le CPAS. La personne concernée doit néanmoins obtenir préalablement l'accord d'engagement de paiement de la part du CPAS de son lieu de séjour habituel sauf si les circonstances sont de nature à rendre impossible la demande préalable.

Pour pouvoir prétendre à l'aide médicale urgente, la personne aidée doit remplir les conditions suivantes:

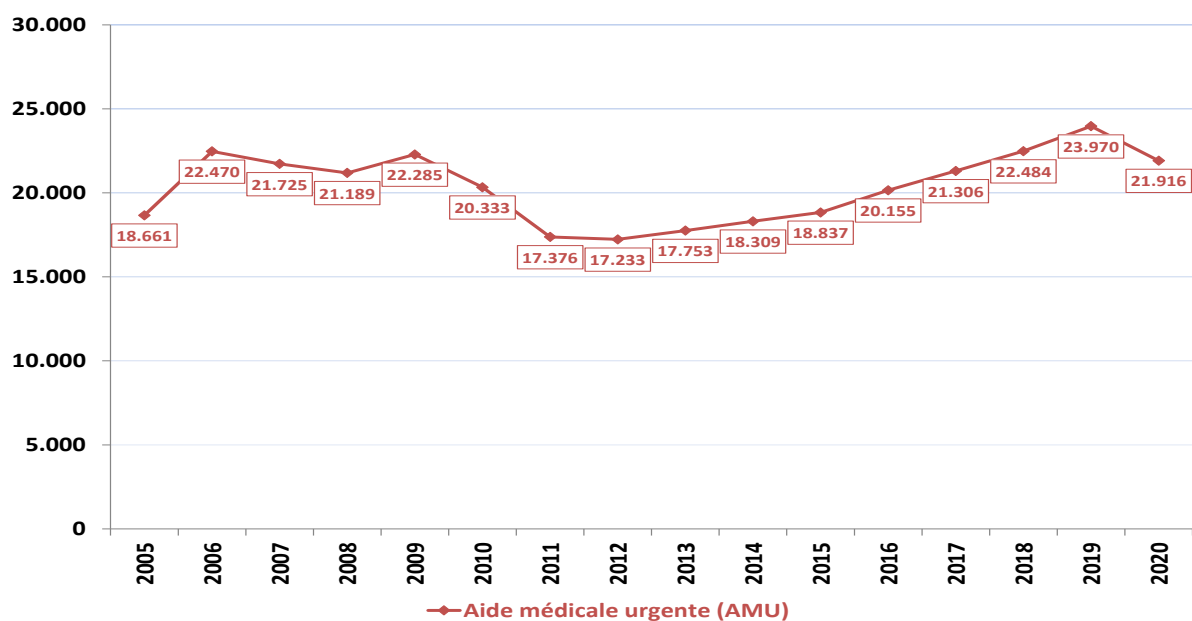
1. **Être en séjour irrégulier en Belgique** : la personne étrangère ne dispose pas ou plus d'un droit de séjour en Belgique. Il peut s'agir d'un demandeur d'asile ou de régularisation débouté, d'un étudiant étranger sans droit de séjour, voire d'un immigré clandestin.
2. **Être en état de besoin** : le CPAS compétent constate, via l'enquête sociale, l'état de besoin sur base des ressources disponibles et des charges existantes.
3. **Avoir une attestation** démontrant la nécessité de soins médicaux/pharmaceutiques.

Evolution de l'aide médicale urgente depuis 2005

Après avoir connu une évolution inverse à celle de l'autre aide médicale de 2005 à 2011, le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente a progressé de manière soutenue de 2012 à 2019. Ce nombre a ensuite connu une forte baisse en 2020.

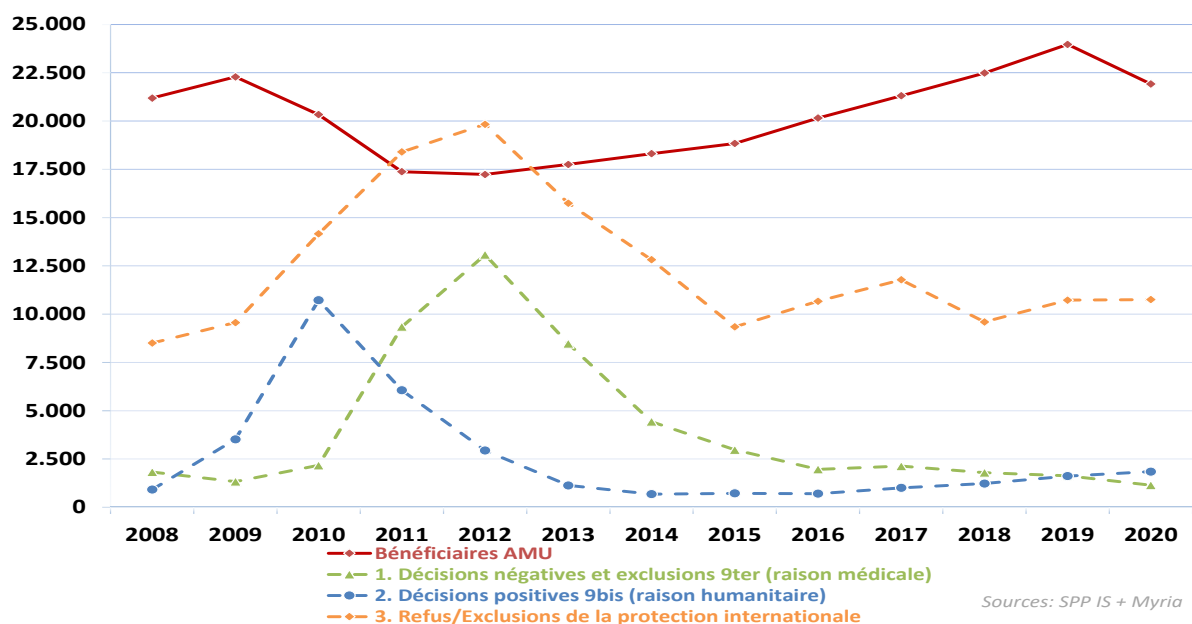
En 2020, 21.916 personnes ont bénéficié de l'aide médicale urgente contre 17.233 lors du creux de 2012. Sur base des chiffres relatifs au premier semestre de 2021, on observe une nouvelle hausse¹⁴ du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale urgente.

Graphique 13 : évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente – 2005-2020



Tout comme l'autre aide médicale, l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente dépend de plusieurs facteurs.

Graphique 14 : évolution du nombre de décisions positives 9bis, de refus 9ter et de refus de la protection internationale – 2008-2020



Sources: SPP IS + Myria

¹⁴ Soit +10,2% par rapport au même semestre à un an d'écart.

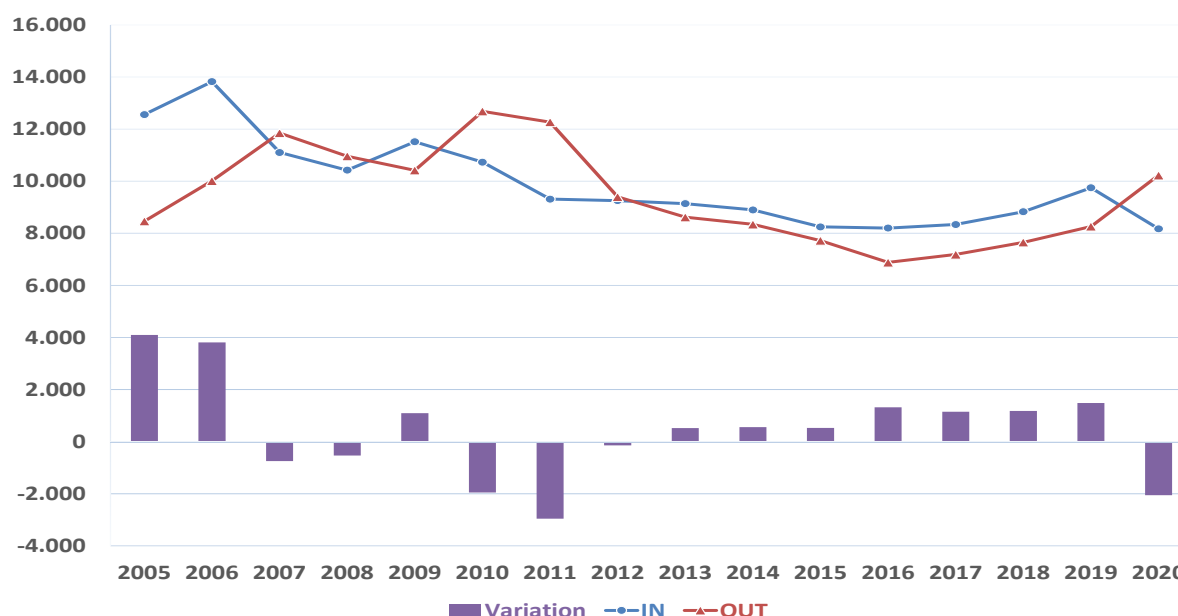
Alors qu'on s'attend naturellement à ce qu'il y ait une relation entre le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente et le nombre de refus de régularisation pour raisons médicales, le nombre de décisions positives de régularisations humanitaires (relation inverse dans la mesure où le droit à l'autre aide médicale s'ouvre pour ces bénéficiaires) ou de personnes déboutées de la protection internationale, force est de constater que les chiffres ne le montrent pas.

En outre, on ne dénombrait en 2020 que 19,4% de bénéficiaires ayant perçu de l'autre aide médicale auparavant parmi les bénéficiaires de l'aide médicale urgente. Les bénéficiaires de l'aide médicale urgente ne sont donc pas habituellement d'anciens bénéficiaires de l'autre aide médicale.

Il s'agit d'un phénomène plus profond et structurel difficile à capter vu l'absence de données sur les personnes avant qu'elles ne fassent appel à une aide médicale urgente. En effet, une partie des bénéficiaires de l'aide médicale urgente sont probablement des personnes déboutées dans leur demande de protection internationale ou de régularisation mais aussi des clandestins ou des personnes en transit n'ayant jamais introduit de demandes de protection internationale ou de régularisations 9ter/9bis et en l'absence de campagne de régularisations, leur nombre évolue à la hausse par effet d'accumulation.

Aide médicale urgente: flux entrants et sortants

Graphique 15 : flux entrants et sortants de bénéficiaires de l'aide médicale urgente – 2005-2020



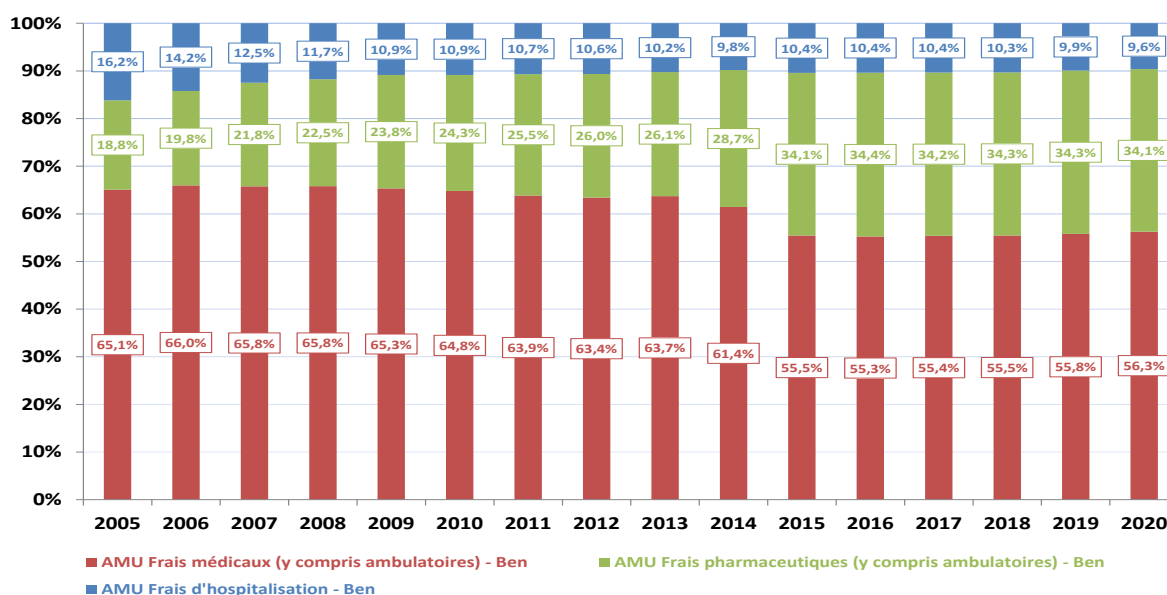
Comparativement à l'autre aide médicale, les flux entrants et sortants de l'aide médicale urgente sont globalement de moindre amplitude. En 2020, il y a eu 34% d'entrants pour 43% de sortants, soit une baisse de 9%.

Après une baisse plus prononcée des flux entrants de 2005 à 2007 et une hausse des flux sortants de 2009 à 2011, les flux tant entrants que sortants évoluent tendanciellement à la baisse avec un nombre d'entrants régulièrement plus élevé que le nombre de sortants hormis en 2020. Ces évolutions expliquent la croissance régulière du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale urgente et dénote un phénomène plus structurel que conjoncturel.

Ce indiqué plus haut, ce phénomène est difficile à interpréter vu qu'il s'agit souvent ici de personnes hors radars administratifs et qui n'ont pas nécessairement bénéficié de l'autre aide médicale auparavant.

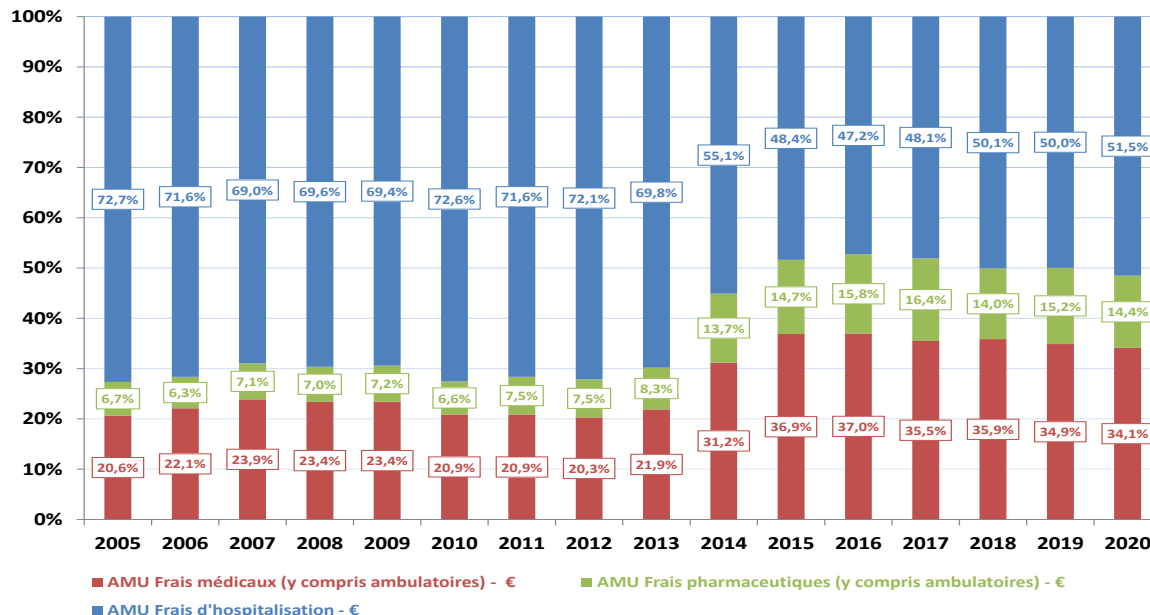
Aide médicale urgente : montant moyen selon le type de frais

Graphique 16 : répartition des bénéficiaires de l'aide médicale urgente par type de frais – 2005-2020



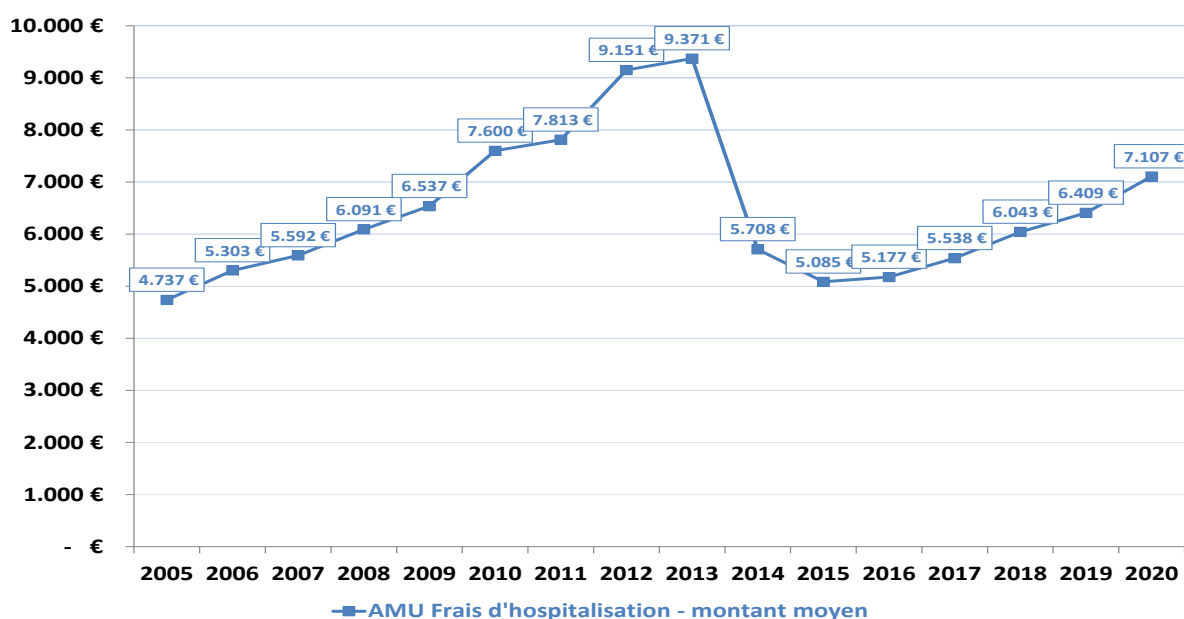
A l'instar de l'autre aide médicale, la proportion de bénéficiaires de frais d'hospitalisation est faible alors que les montants relatifs sont élevés.

Graphique 17 : répartition des montants remboursés au titre de l'aide médicale urgente selon le type de frais – 2005-2020



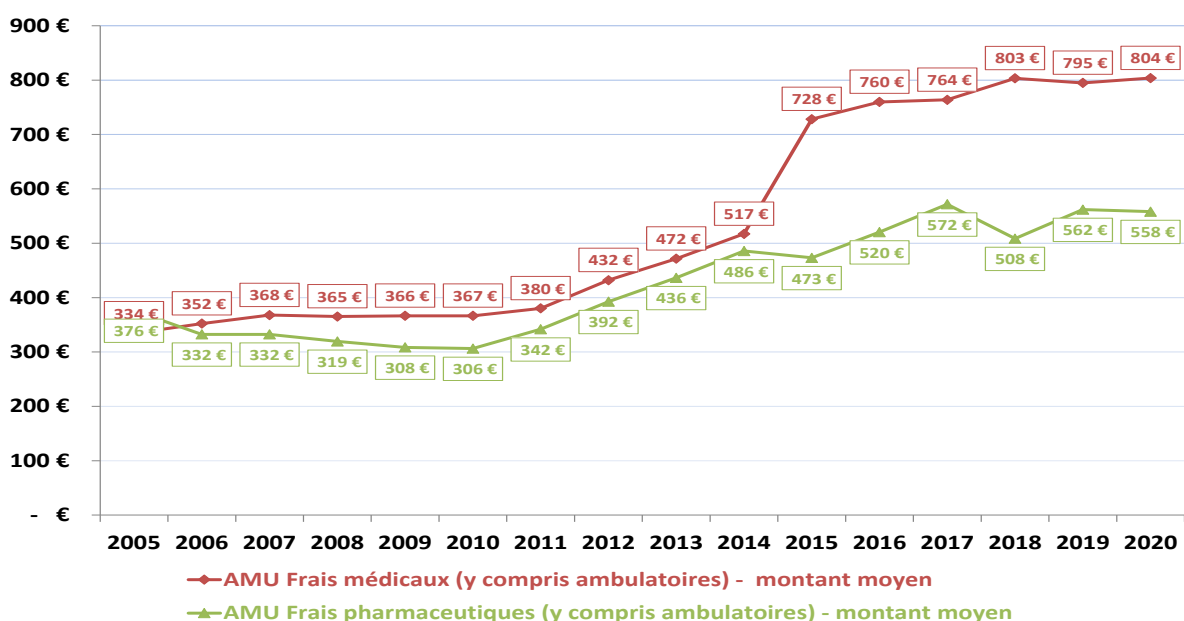
Les montants moyens en aide médicale urgente évoluent de façon quasi similaire à ceux de l'autre aide médicale quel que soit le type de frais même s'ils sont en général plus élevés. En effet, l'État rembourse la totalité, selon la nomenclature INAMI, des soins de santé des bénéficiaires de l'aide médicale urgente, ce qui n'est en général pas le cas des soins de santé des bénéficiaires de l'autre aide médicale.

Graphique 18 : évolution du montant moyen remboursé en frais d'hospitalisation – AMU 2005-2020



Une autre explication des coûts moyens plus élevés est que les bénéficiaires de l'aide médicale urgente recourent aux soins de santé généralement plus tardivement que les bénéficiaires en autre aide médicale et pour des pathologies plus lourdes et donc plus coûteuses.

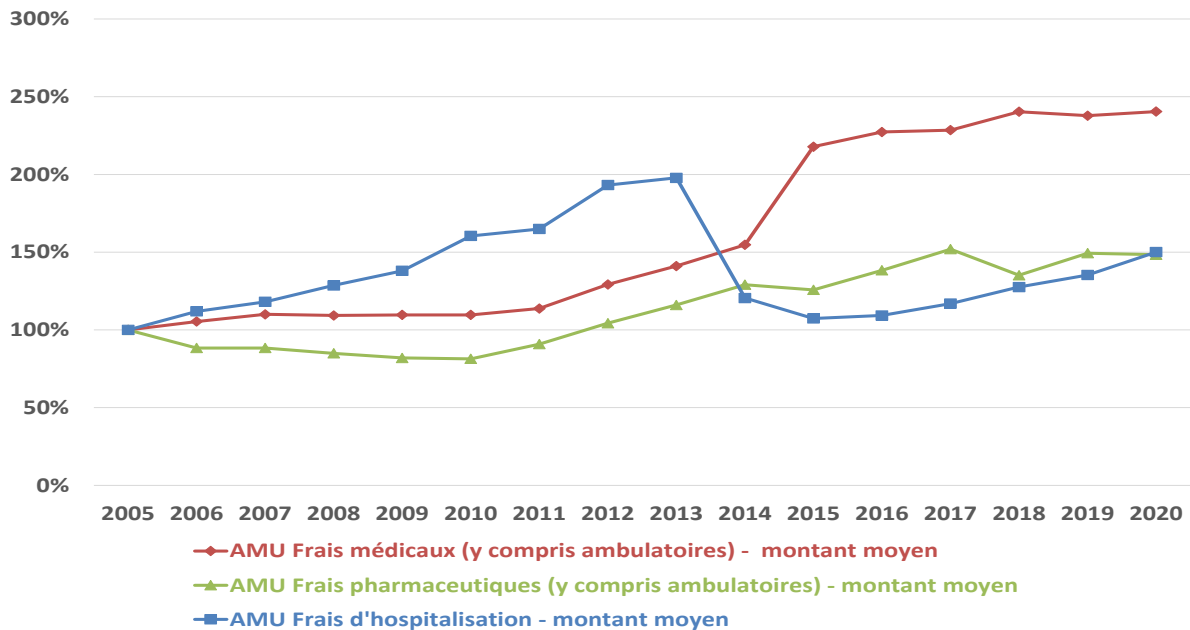
Graphique 19 : évolution des montant moyens remboursés en frais médicaux et pharmaceutiques – AMU 2005-2020



Le graphique ci-dessous montre que le montant moyen remboursé en frais d'hospitalisation a évolué plus rapidement que ceux des frais médicaux et des frais pharmaceutiques jusqu'en 2013 : il a pratiquement doublé alors ceux des frais médicaux et pharmaceutiques ont été multipliés par 1,6 et 1,2 respectivement. Après la forte chute observée en 2014, le montant moyen remboursé en hospitalisation a évolué à la hausse mais à un rythme moins soutenu que celui des frais médicaux.

Comme indiqué précédemment la mise en œuvre de Mediprima permet, via la CAAMI, une imputation plus rigoureuse des montants facturés par les établissements de soins entre frais d'hospitalisation, frais médicaux et pharmaceutiques.

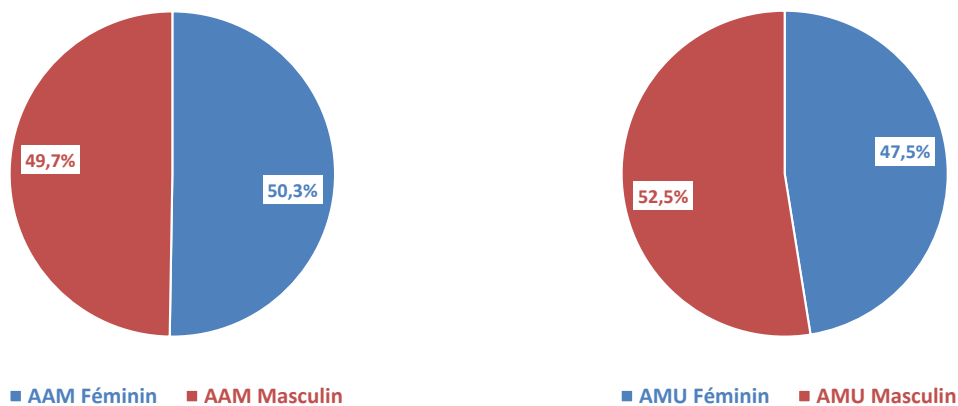
Graphique 20 : Indice d'évolution (année 2005=100) des montants moyens selon le type de frais – AMU 2005-2020



2.4. Profil des bénéficiaires de l'aide médicale en 2020

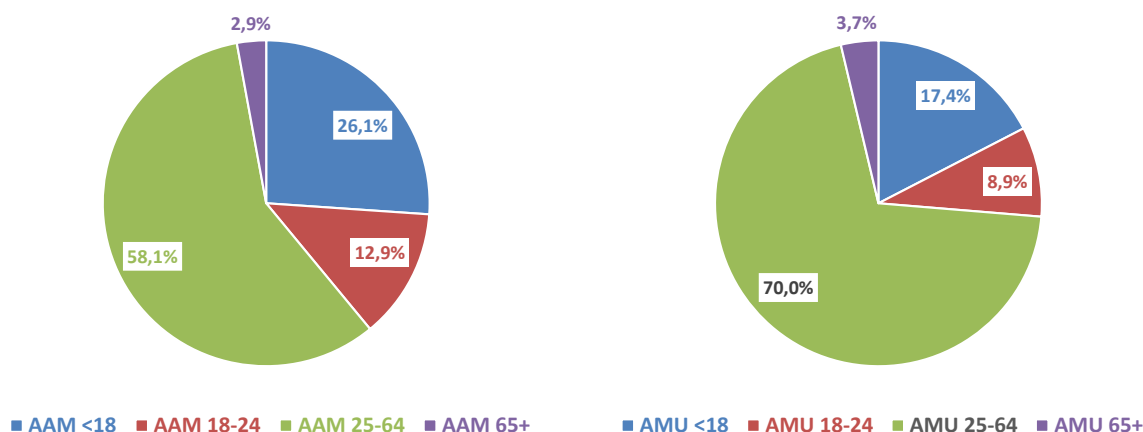
Les profils ci-dessous concernent les bénéficiaires d'interventions en établissements de soins et non ceux hors établissements de soins. En effet, tandis que le comptage des premiers se rapporte aux patients, celui des seconds concerne des bénéficiaires principaux au sein des ménages, ce qui est susceptible de fausser la réalité.

Genre



Alors qu'on comptait parmi la population du pays 49,2% d'hommes et 50,8% de femmes en 2020, on observe une proportion plus élevée d'hommes parmi les bénéficiaires de l'aide médicale urgente.

Age

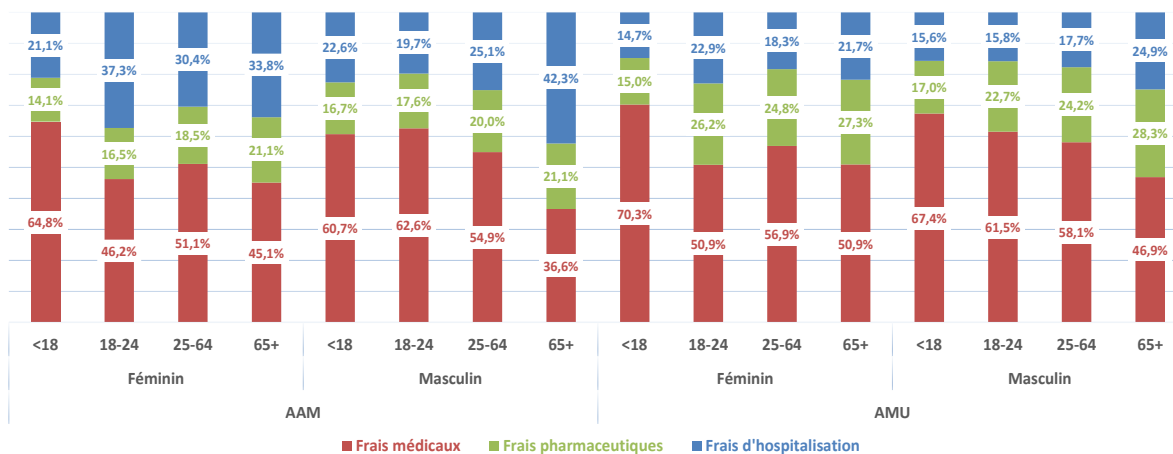


Alors que la Belgique comptait 28,2% de jeunes en 2020, la proportion de jeunes de moins de 25 ans était moins élevée parmi les bénéficiaires de l'aide médicale urgente. Les 25-64 ans étaient en revanche relativement plus nombreux parmi les bénéficiaires de l'aide médicale urgente et de l'autre aide médicale que parmi la population belge (52,6%).

Genre, âge selon le type de frais

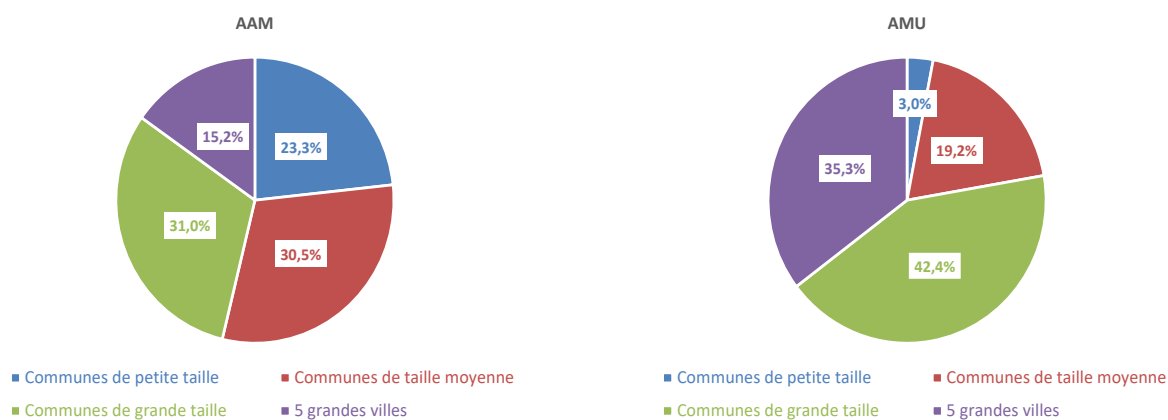
Toute proportion gardée, on observe un recours plus fréquent aux frais d'hospitalisation parmi les bénéficiaires de l'autre aide médicale que parmi ceux de l'aide médicale urgente.

Alors qu'on observe peu de différence dans la répartition de frais selon le genre et l'âge parmi les bénéficiaires de l'AMU, on remarque que les hommes, hormis dans la tranche des 18-24 sont plus représentés que les femmes dans les frais d'hospitalisation.

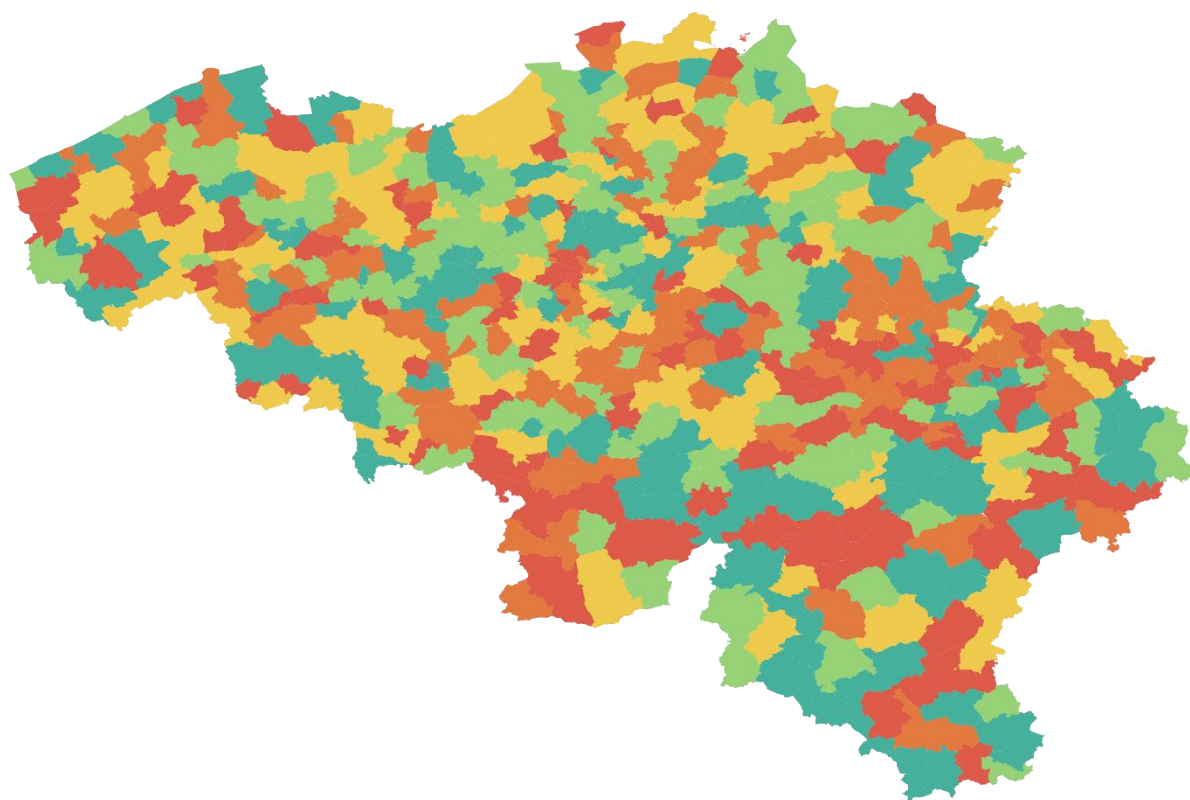


Répartition géographique

A l'inverse des bénéficiaires de l'autre aide médicale, les bénéficiaires de l'aide médicale urgente étaient majoritairement présents dans les 5 grandes villes et les grandes communes en 2020.

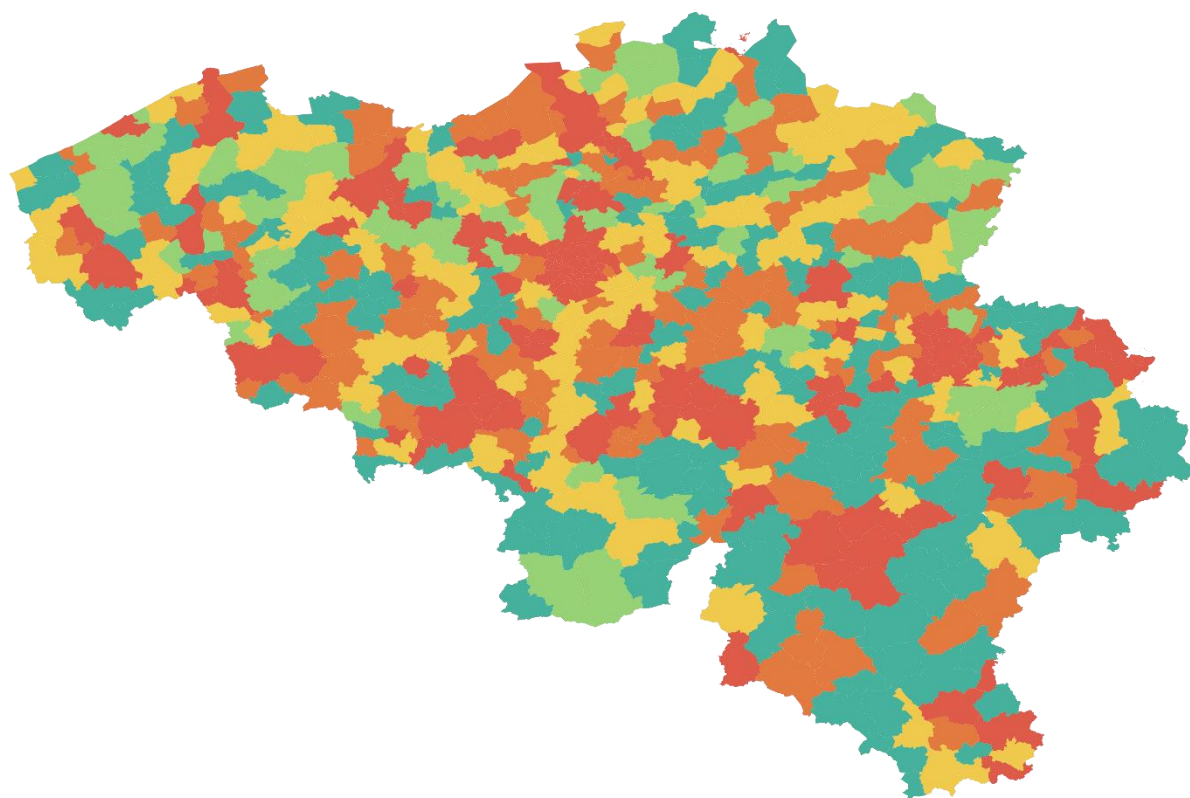


AAM pour 1.000 habitants – Répartition des communes selon les quintiles de bénéficiaires (2020).



- nettement en-dessous de la médiane (de 0,00 ‰ à 0,18 ‰)
- en-dessous de la médiane (de 0,18 ‰ à 0,41 ‰)
- autour de la médiane (de 0,41 ‰ à 0,71 ‰)
- au-dessus de la médiane (de 0,71 ‰ à 1,11 ‰)
- nettement au-dessus de la médiane (de 1,11 ‰ à 16,69 ‰)

AMU pour 1.000 habitants – Répartition des communes selon les quintiles de bénéficiaires (2020).



- nettement en-dessous de la médiane (de 0,00 ‰ à 0,00 ‰)
- en-dessous de la médiane (de 0,00 ‰ à 0,12 ‰)
- autour de la médiane (de 0,12 ‰ à 0,26 ‰)
- au-dessus de la médiane (de 0,26 ‰ à 0,54 ‰)
- nettement au-dessus de la médiane (de 0,54 ‰ à 22,49 ‰)

Plus de chiffres ?

Ce focus n'aborde que quelques chiffres clés des mesures financées par le SPP IS. Vous trouverez également d'autres chiffres intéressants par région, province, arrondissement et commune, et selon l'âge, le genre, la nationalité, la catégorie ou le statut sur :

- le [Baromètre de l'intégration sociale](#) : vous pourrez y consulter de manière interactive et visuelle les statistiques de l'intégration sociale et y télécharger des graphiques et des tableaux de données.
- notre [site internet](#) : vous y trouverez nos autres publications statistiques.

Renseignements complémentaires ?

Pour de plus amples informations, veuillez contacter le service Communication, au numéro suivant : 02/508.85.86 ou via notre site web : <http://www.mi-is.be/fr/contact>

Mention de la source

SPP IS – Intégration sociale