



Avez-vous des questions ou souhaitez-vous des informations supplémentaires?
Envoyez un courriel au frontdesk à l'adresse suivante question@mi-is.be
Ou prenez contact avec nous au **02 508 85 86**

**A Mesdames et Messieurs
les Présidents des centres publics
d'action sociale**

25 mars 2010

**Circulaire sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des
frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté
ministériel du 30 janvier 1995**

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,

Conformément à la loi-programme du 30/12/2009, l'article 11, § 1^{er} de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale a été modifié. L'alinéa suivant a été ajouté :

“Les frais visés à l'article 4 précité ne peuvent être remboursés que si l'existence et l'étendue des besoins d'aide sociale ont été établis au moyen d'une enquête sociale préalable.”

Cet ajout confirme à nouveau et de manière explicite la nécessité d'une enquête sociale systématique en vue du remboursement de frais médicaux, y compris pour les indigents placés en ILA

La présente circulaire a pour objet de préciser les exigences qui s'appliquent aux dites enquêtes.

L'enquête sociale a pour but de vérifier l'indigence de la personne qui demande une aide dans le cadre de frais médicaux. Comme l'a affirmé à plusieurs reprises le Conseil d'Etat, la transmission des factures impayées au CPAS, par le dispensateur de soins, et la prise en charge inconditionnelle de ces factures par le CPAS ne peuvent être automatiques. Le règlement systématique des factures ne fait en effet pas partie des tâches des CPAS.

Récemment, la Cour constitutionnelle a, dans son *arrêt n° 50/2009 du 11 mars 2009*, également confirmé que l'indigence devait aussi être vérifiée en cas d'aide médicale urgente.

Cette enquête sociale est effectuée par un travailleur social. Celui-ci peut s'appuyer sur des informations communiquées, par exemple, par une personne non liée au CPAS (exemple : un collaborateur d'un établissement de soins). Le rapport social proprement dit doit être établi par un travailleur social du CPAS, qui formule une proposition sur la base des observations faites dans le cadre de son enquête sociale. Le Conseil de l'action sociale décide finalement si les frais médicaux seront ou non pris en charge.

Il n'est pas nécessaire d'établir chaque fois un nouveau rapport social. Celui-ci n'est requis que si la situation du demandeur évolue. De même, un rapport social récent établi pour une autre aide peut servir de base à l'appréciation de l'état d'indigence.

Il appartient au CPAS d'apprécier par quels moyens il peut établir la situation d'indigence du demandeur (exemples : visites à domicile, contact avec des associations ou des intervenants extérieurs,)

1. Dispositions actuelles en matière d'enquête sociale

Au sens de l'article 60, § 1^{er} de la loi du 8/08/1976 relative aux centres publics d'action sociale, une enquête sociale est toujours considérée comme une exigence préalable à l'intervention du CPAS dans le cadre de l'aide sociale:

“L'intervention du centre est, si nécessaire, précédée d'une enquête sociale se terminant par un diagnostic précis sur l'existence et l'étendue du besoin d'aide et proposant les moyens les plus appropriés d'y faire face.

L'intéressé est tenu de fournir tout renseignement utile sur sa situation et d'informer le centre de tout élément nouveau susceptible d'avoir une répercussion sur l'aide qui lui est octroyée.

Le rapport de l'enquête sociale établi par un travailleur social visé à l'article 44 fait foi jusqu'à preuve contraire pour ce qui concerne les constatations de faits qui y sont consignées contradictoirement.”

Toutes ces dispositions s'appliquent bien entendu à l'enquête sociale pour le remboursement des frais médicaux.

L'expression “*si nécessaire*” a toujours été interprétée de façon **restrictive** : l'enquête sociale complémentaire est obligatoire, sauf si l'indigence est manifeste et irréfutable. Ceci n'est toutefois jamais le cas pour le remboursement de frais médicaux par le SPP Intégration sociale ; dans ce cas un rapport social est toujours exigé.

La nécessité d'une enquête sociale est également mentionnée à l'article 11, § 2, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS.

Je voudrais également vous rappeler les dispositions énumérées dans la *circulaire du 9 janvier 2006 relative au “remboursement de frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l’arrêté ministériel du 30 janvier 1995”* :

- 1) **Le bénéficiaire doit introduire une demande d'aide auprès du CPAS :**
 - **en se présentant personnellement au CPAS;**
 - **ou par l’intermédiaire du service social d’un établissement de soins, qui transmet alors au CPAS la demande d'aide signée par le bénéficiaire;**
- 2) **Le demandeur d'aide doit être indigent. Le CPAS doit effectuer une enquête sociale sur l’indigence du demandeur d'aide et établir un rapport social confirmant que le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes. L’enquête peut, initialement, s’appuyer sur des informations du service social de l’hôpital, mais la prise en charge des frais médicaux doit toujours faire l'objet d'une décision distincte du CPAS, sur la base de sa propre enquête sociale.**

2. Contenu du rapport social

Certains éléments de l’enquête sociale ont déjà été commentés au point G du document d’information “Les pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l’arrêté ministériel du 30 janvier 1995” (figurant sur le site www.mi-is.be).

Vous trouverez ci-joint un modèle de rapport social. Ce modèle n’est toutefois pas obligatoire. Le CPAS peut effectuer son enquête selon les moyens qu’il juge appropriés.

Il est impossible d’énumérer l’ensemble des dispositions qui s’appliquent au rapport social. Les situations sont toutes différentes et requièrent parfois des actes d’instruction spécifiques et variables. En règle générale, le Conseil du CPAS ne peut toutefois conclure à l’indigence du demandeur que si le rapport social reprend au moins les points énumérés dans le modèle. Ces mêmes points permettent au SPP de déterminer si toutes les conditions relatives au droit de remboursement de l'aide sont satisfaites.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Données d'identification et situation de séjour :

- Nom
- Prénom
- NISS
- Nationalité
- Etat civil
- Commune / lieu d'inscription obligatoire (code 207),
- Lieu de résidence effective en Belgique
- Composition de ménage

2) Ressources et motif du séjour :

- Ressources demandeur
- Ressources partenaire avec lequel le demandeur cohabite
- Ressources ascendants / descendants au premier degré avec lesquels le demandeur cohabite
- Motif du séjour

Si les ressources du demandeur et/ou du partenaire avec lequel le demandeur cohabite dépassent la catégorie correspondante du revenu d'intégration, l'Etat ne prend pas en charge le ticket modérateur, sauf dans le cas de frais d'hospitalisation. Cette disposition découle, d'une part, de l'article 11, § 1^{er}, 2^o de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS et, d'autre part, de l'article 1^{er} de l'arrêté ministériel du 30/01/1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'action sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de population.

3) Statut au moment des soins médicaux :

Cette information est importante compte tenu, par exemple, de la nécessité d'une attestation d'aide médicale urgente, mais aussi pour déterminer les démarches à effectuer afin de vérifier l'assurabilité de la personne.

4) Assurabilité :

Si l'assurance maladie est inconnue, ce point doit faire l'objet d'une attention particulière. La date d'arrivée en Belgique est importante: si le demandeur séjourne en Belgique depuis plus d'un an, il n'est en effet pas nécessaire de vérifier l'assurabilité. Le CPAS est alors tenu de joindre des pièces justificatives : bail, preuve de scolarisation des enfants, documents d'instances officielles belges, factures au nom du demandeur, ... En ce qui concerne l'assurabilité, il importe aussi de savoir si le demandeur est originaire d'un pays où le visa est obligatoire, s'il vient d'un pays avec organe de liaison ou s'il doit être couvert par la carte d'assurance européenne. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sous le point D du document d'information susmentionné.

Il y a lieu de faire appel à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, selon le cas. Quand la question de l'existence d'une assurance maladie dans le pays d'origine du demandeur se pose, le CPAS peut prendre contact avec les offices régionaux de la CAAMI (voir www.caami-hziv.fgov.be).¹

Pour être efficace, ceci est uniquement possible sous les conditions suivantes:

- Il doit s'agir d'un pays de l'Espace Economique Européen ou d'un pays avec lequel la Belgique est liée par une convention bilatérale en matière des soins de santé, et, donc, où il existe un organisme dit "**organisme de liaison**"²
- Il doit exister un lien **de rattachement de la situation du demandeur** à ce pays. Ce lien doit être matérialisé soit par la nationalité du demandeur soit par son (dernier) domicile.

¹ Vous pouvez aussi prendre contact avec cnizeyimana@caami-hziv.fgov.be ou tél. 02/504.66.44.

² Une liste des organismes de liaison peut être trouvée sur www.mi-is.be rubrique CPAS, thème Santé et Bien être

5) Cautionnement :

- Nom et coordonnées du garant
- Le garant accepte ou refuse de payer les frais

Le rapport social doit préciser si un garant a été trouvé ou non et s'il accepte ou non de payer les frais médicaux. Le CPAS doit pouvoir démontrer que si un garant existe, c'est parce qu'il a refusé de prendre en charge les frais que le CPAS s'est substitué à celui-ci.

Une personne de contact à l'Office des Etrangers fournit des informations sur les prises en charge acceptées en faveur d'étrangers. L'OE signale l'existence d'une prise en charge et communique les coordonnées du garant. Si aucune prise en charge n'a été signée en faveur d'un étranger, l'OE apportera également une preuve écrite, sur demande.³

6) Rapport social sur l'indigence du demandeur :

La **motivation** est une description sommaire qui précise notamment les conditions de vie du demandeur. Elle se termine par une proposition de prise en charge ou non des frais, ainsi que par des observations éventuelles.

La motivation est l'élément principal du rapport social. Lors de l'enquête sociale effectuée dans le cadre de l'aide médicale, une attention particulière doit être accordée à *l'article 60, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi du 8/07/1976 relative aux centres publics d'action sociale*, selon lequel :

“...L'intéressé est tenu de fournir tout renseignement utile sur sa situation et d'informer le centre de tout élément nouveau susceptible d'avoir une répercussion sur l'aide qui lui est octroyée...”

³ Pour plus d'informations sur l'engagement de prise en charge dans le cadre d'un court séjour (annexe3bis), contactez Koen Callaert à l'adresse koen.callaert@dofi.fgov.be ou par téléphone au 02/793.86.30. Pour plus d'informations sur l'engagement de prise en charge dans le cadre d'un long séjour (annexe 32), contactez Marijke Sterckx à l'adresse marijke.sterckx@dofi.fgov.be ou par téléphone au 02/293.87.31.

Le CPAS ne peut donc conclure à l'indigence du demandeur :

- si une personne refuse de collaborer à l'enquête sociale. Dans ce cas, il est en effet impossible de juger de la nécessité d'une aide.
- si les informations recueillies ne suffisent pas pour prendre une décision fondée en matière d'indigence.

Le travailleur social doit poser un diagnostic sur la situation de la personne et doit recueillir toutes les pièces justificatives probantes afin de déterminer si l'état de besoin est démontré et il conclut dans son rapport à l'état d'indigence. Sur base de ce rapport, le Conseil de l'action sociale ou le comité spécial du service social prend sa décision.

Le rapport social doit être établi, signé et daté par un travailleur social. Il doit comporter une proposition de prise en charge totale, partielle ou de rejet des frais.

Dans l'espoir que ces informations vous seront utiles, je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée,

Le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale,

signé

P. COURARD

MODELE RAPPORT SOCIAL INTERVENTION FRAIS MEDICAUX

Données d'identification et situation de séjour :

Nom

Prénom

NISS

Nationalité

Etat civil

Commune / lieu d'inscription obligatoire (code 207)

Lieu effectif de séjour en Belgique (adresse):

Composition de ménage :

- vit seul(e)
- cohabite uniquement avec son / sa partenaire
- cohabite avec son / sa partenaire et des enfants
- cohabite uniquement avec des enfants
- cohabite avec sa famille (éventuellement uniquement son partenaire) et d'autres proches
- vit chez des proches, des amis
- vit chez un tiers (n'a ni famille, ni partenaire)
- vit ça et là (pas de domicile fixe)
- autre : spécifiez

Ressources et motif du séjour :

Ressources du demandeur

Ressources du partenaire avec lequel le demandeur cohabite

Ressources des ascendants / descendants au premier degré avec lesquels le demandeur cohabite

Motif du séjour :

- séjour de longue durée afin de s'établir en Belgique
- visite familiale
- tourisme
- affaires, travail
- motifs médicaux
- autres

Statut au moment des soins médicaux :

- A Réfugié / apatride reconnu
- B Candidat réfugié
- C Personne illégale (avec NISS, mais sans droit de séjour)
- D Personne clandestine (**sans** NISS ni droit de séjour – numéro bis éventuel)
- E Personne en séjour temporaire, pays où le **visa** est **obligatoire**
- Ebis Personne en séjour temporaire, pays où le **visa** n'est **pas obligatoire**
- F Belge rapatrié
- G Mineur d'âge né de père ou mère inconnu(e)
- H Belge non inscrit au registre de population
- I Etranger non inscrit au registre de population et possédant une autorisation de séjour de **plus de trois mois**
- Ibis Etranger non inscrit au registre de population et possédant une autorisation de séjour de **moins de trois mois**
- K Etranger bénéficiant d'une "attestation temporaire personne déplacée"

Assurabilité :

1) Si assurance maladie inconnue au moment des soins :

Date arrivée en Belgique¹:

Originaire d'un pays avec organe de liaison : oui - non

Originaire d'un pays où le visa est obligatoire : oui - non

Couvert(e) par carte d'assurance européenne (30.000 €)⁴: oui - non

Date prise de contact Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité⁵

2) Si affilié(e) à une mutualité :

Nom mutualité :

Numéro d'affiliation titulaire :

Code titulaire (BIM, OMNIO ou intervention ordinaire) :

Cautionnement :

Nom et coordonnées garant :

Le garant accepte les frais : oui - non

¹ Joindre des pièces justificatives si la personne est en Belgique depuis plus d'un an : bail, preuve de scolarisation des enfants, documents d'instances officielles belges, factures au nom du demandeur, ...

³ Couverture exigée si la personne est originaire d'un pays où le visa est obligatoire et séjourne en Belgique depuis moins d'un an

⁴ Pour vérifier l'assurabilité dans le pays d'origine (avec organe de liaison), si la personne séjourne en Belgique depuis moins d'un an : conserver au dossier une pièce justificative de la réponse de la CAAMI

Rapport social relatif à l'indigence du demandeur :

Motivation : la motivation est une description sommaire qui précise notamment les conditions de vie du demandeur. Elle se termine par une proposition de prise en charge ou non des frais, ainsi que par des observations éventuelles.

Date établissement rapport :

Nom travailleur social :

Signature :