MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

273

septembre 2018

Elections 2019 – mémorandum CM
Pour une approche globale de la santé !

Nos soins de santé se trouvent à la croisée des chemins. Le vieillissement, le nombre croissant de malades chroniques et des traitements innovants mais extrêmement onéreux nous placent face à des défis majeurs. Nous ne pourrons les relever que si nous sommes prêts à envisager la santé sous un angle différent. Si nous voulons que nos soins de santé restent qualitatifs, abordables et accessibles, nous devons oser faire des choix. Avec son mémorandum pour les prochaines élections fédérales, régionales et européennes, la MC veut participer au choix du cap à suivre. En tant que mutualité santé, la MC aimerait relever le défi consistant à construire, avec les décideurs politiques, une société saine.

Action droits des patients 2018

Il y a une amélioration des informations financières communiquées par les hôpitaux via leur site internet par rapport à 2013. Toutefois, l'effet de cette amélioration sur le terrain reste limité. Bien qu'une attention accrue y soit accordée, la communication spontanée sur le sujet demeure insuffisante. Le patient doit encore trop souvent rechercher lui-même des informations sur le prix et ne reçoit que rarement ces informations préalablement à son hospitalisation. L'estimation des coûts n'est pas encore, elle non plus, totalement entrée dans la pratique.

MUTUALITE CHRETIENNE

La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Éditorial

Le 25 septembre 2015, le programme de développement durable à l'horizon 2030 a été validé par tous les chefs d'État et de gouvernement du monde. Son troisième objectif proclamait : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». En Belgique, ce programme servira de boussole aux gouvernements fédéral et régionaux pour les 15 prochaines années en matière de développement durable. Notre stratégie nationale comporte l'engagement suivant : *« L'état de santé de notre population s'améliorera sans cesse et atteindra le niveau de santé le plus élevé possible. À cet effet, le système de soins de santé proposera des soins accessibles, abordables et de qualité, également sur le plan de la santé mentale. Ce système de soins devra être axé sur la prévention, notamment en promouvant un cadre de vie et un mode de vie sains et en encourageant l'exercice physique. »* Cette stratégie nationale ne comporte malheureusement pas de feuille de route pour la concrétisation de cet objectif ambitieux. La constitution belge et la Déclaration des droits de l'Homme garantissent également des soins de santé accessibles, abordables et de qualité à tous les citoyens.

Hélas, force est de constater que ces belles intentions ne sont pas suffisamment garanties dans la réalité et que les défis futurs sont à ce point énormes qu'une politique innovante et audacieuse s'impose. Nous avons traduit les souhaits de la MC en la matière dans un mémorandum, en vue des élections de mai 2019. Nous espérons que les responsables politiques nouvellement élus en tiendront compte au maximum. Ce mémorandum comporte les instruments requis pour une politique de santé et de bien-être accessible, abordable et de qualité à l'avenir. La santé et le bien-être comportent différentes dimensions, comme le fonctionnement physique et quotidien, le bien-être mental et la participation à la société en tant que citoyen, où l'on s'attache à donner du sens à la vie et à renforcer la qualité de celle-ci.

Pour mettre en œuvre une politique de santé durable, nous avons besoin d'une offre de soins mieux organisée, soutenue par des TIC performantes et transparentes permettant un suivi de qualité, et d'une approche plus transversale de la promotion de la santé et du bien-être, qui soit soutenue par plusieurs secteurs politiques (environnement, urbanisme, enseignement, emploi, logement, …) ainsi que d'objectifs de santé globaux à chaque niveau. Chaque secteur distinct doit mettre en œuvre la santé et le bien-être à tous les niveaux de sa stratégie, en veillant tout particulièrement à la prévention et à la promotion de la santé. Dans ce cadre, nous avons également besoin d'une réflexion morale, afin de garantir le fait que les valeurs humaines seront le point de départ des soins. Des soins de qualité supposent une collaboration concertée entre prestataires d'aide et de soins, le patient, la famille et son environnement. Nous devons passer de soins guidés par l'offre à des soins guidés par les besoins, des soins aigus aux soins chroniques, du curatif au proactif, de la confection au travail sur mesure.

Pour harmoniser la politique, identifier les tendances, les problèmes et les défis et formuler des propositions d'amélioration, notre service d'étude continuera à prendre le pouls de notre politique de santé et de bien-être. Dans le présent numéro, nous vous soumettons une étude réalisée à l'occasion de l'action droits des patients 2018, ayant pour objet l'accessibilité et la compréhension des informations financières lors d'une hospitalisation. Après l'analyse des sites web des hôpitaux, détaillée dans le précédent numéro de MC-Informations, nous irons davantage dans les détails via la méthode des groupes focus. L'information relative au coût d'une hospitalisation constitue un élément important, mais souvent sous-estimé, de l'information préalable qui est nécessaire pour pouvoir donner son consentement en connaissance de cause. C'est aussi un droit du patient ancré dans la loi.

Les discussions avec les participants révèlent que, sur le terrain, ils rencontrent encore de nombreux problèmes liés à l'obtention de ces informations financières. Ils déclarent recevoir rarement de manière spontanée ces informations, lesquelles sont par ailleurs très fragmentées. Les participants ne semblent pas connaitre l'existence de l'estimation des frais, bien qu'ils l'apprécient fortement. Ils réclament une estimation claire et compréhensible, sous forme de dialogue ouvert et constructif. Ces constatations montrent qu'il est extrêmement important que les hôpitaux y consacrent davantage d'attention. L'estimation des frais doit devenir une évidence. Médecins et hôpitaux doivent s'organiser pour que les patients obtiennent, de manière simple et directe, une information préalable sur le coût de leur hospitalisation. La création d'un point unique de contact pourrait constituer une plus-value dans ce contexte.

Michiel Callens

Directeur du Service d'étude

Pour une approche globale de la santé !

Introduction

L'assurance soins de santé et indemnités, organisée dans notre pays depuis plus de 150 ans par les mutualités et intégrée depuis 75 ans dans la sécurité sociale, a fait en sorte que des soins de santé individuellement impayables soient devenus progressivement accessibles à tous. Ensemble, nous avons développé l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde. Grâce à l'allongement de l'espérance de vie et à une forte diminution de la mortalité liée à des causes évitables, celui-ci a exercé une influence majeure sur l'amélioration de la santé publique au sens large du terme. D'autre part, le secteur des soins de santé et du bien-être est également devenu un secteur économique important, qui fournit en Belgique un emploi direct à plus de 540.000 personnes, avec un retour sur investissement conséquent pour l'économie belge dans son ensemble.[1]

Pour nous-mêmes et pour les générations futures, nous sommes tenus de faire honneur à ce système, de le moderniser et de le développer, à partir des fondations solides posées par nos parents et leurs prédécesseurs : la solidarité et l'accessibilité universelle. Le transfert de compétences vers les entités fédérées dans de nombreux domaines de la santé, consécutive à la 6e réforme de l'État, ne peut mettre à mal ces fondements essentiels. Les récentes évolutions en matière de suppléments d'honoraires dans les hôpitaux, notamment, révèlent que la désolidarisation, la segmentation et les assurances privées ne peuvent constituer une alternative viable à notre modèle.

Cependant, l'environnement socio-économique dans lequel doit fonctionner notre système est en train de changer rapidement et en profondeur. Si le climat économique et financier favorable et la politique d'activation des travailleurs font baisser les chiffres du chômage, nos travailleurs se sentent mentalement et physiquement moins bien dans leur peau, entraînant une progression de l'absentéisme ainsi qu'une hausse des longues incapacités de travail et de l'invalidité. Notre modèle de société a une incidence sur notre santé : burn-out, solitude, manque de perspectives et de sens de la vie, combinaison difficile entre vie familiale et professionnelle, travail de plus en plus exigeant, pollution sonore et de l'air,… Tout ça pendant que notre population vieillit. De nouvelles possibilités technologiques dans les domaines de l'aide et des soins s'offrent à nous tous les jours mais celles-ci ont un coût. Baisses d'impôts, assouplissement du marché du travail et mise en place du taxshift risquent de se traduire par une diminution des recettes de la sécurité sociale, alors même que le coût de notre système de soins continue d'augmenter. Le patient prend déjà à sa charge près d'un quart de ses dépenses en soins de santé. L'équilibre entre solidarité et responsabilisation du patient est menacé et de plus en plus de citoyens reportent des soins pour des raisons financières.

Parallèlement, nos soins de santé évoluent d'un modèle biomédical dans lequel la santé est déterminée par des facteurs purement biologiques vers un modèle biopsychosocial, où l'on estime que celle-ci est le résultat de l'interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Dans cette optique, des soins de qualité ne peuvent être le fruit que d'une collaboration concertée entre les prestataires d'aide et de soins, le patient, la famille et son environnement. Il faut dès lors passer d'un modèle de soins guidés par l'offre à un modèle guidé par les besoins, d'un système centré sur les soins aigus aux soins chroniques, du curatif au proactif, du général vers le sur mesure.

1 A l'occasion du 50e anniversaire de l'INAMI en 2014, le Bureau fédéral du Plan a calculé qu'une augmentation de la demande finale de soins de santé de 100 euros fait augmenter la production totale de l'économie belge de 145 euros, dont 36 euros en dehors du secteur.

Dans ce mémorandum, la MC appelle à emprunter une voie résolument différente pour la santé et la prise en charge de la maladie. Les soins doivent être organisés selon une vision intégrale[2] de la santé, basée sur les capacités de l'être humain et non sur sa maladie. La santé comporte plusieurs dimensions, être capable physiquement d'effectuer toutes les tâches de la vie quotidienne, se sentir bien dans sa tête ou encore être capable de participer pleinement à la société en tant que citoyen, en trouvant du sens à la vie. Pour accomplir cette vision, ce n'est plus l'offre de soins ou celle des prestataires de soins qui doit primer, mais bien les besoins du patient (potentiel). Et ce n'est pas uniquement la personne qui nécessite des soins aujourd'hui qui doit être prise en compte, mais aussi les générations futures : notre système doit être résilient, durable et s'adapter aux besoins émergents.

La pleine réussite de ce projet n'est possible que si les conditions périphériques (financières, sociales et organisationnelles) sont remplies par les décideurs politiques. Pour mettre en œuvre une politique de santé durable, il faut une offre de soins mieux organisée et une approche plus transversale de la promotion de la santé et du bien-être. La santé doit devenir l'affaire de tous les secteurs stratégiques (environnement, urbanisme, enseignement, emploi, logement, …) et des objectifs de santé globaux doivent être définis à chaque niveau. Chaque secteur distinct doit mettre en œuvre la santé et le bien-être à tous les niveaux de sa stratégie. Nous devons en finir avec la pensée en silos et aborder la santé et le bien-être comme un objectif social commun. La réalisation de la santé dans toutes les politiques (health in all policies) n'est pas une évidence, mais c'est le seul moyen de créer un environnement qui favorise la santé de nos citoyens. Finalement, toute décision ou choix politique fondamental qui sera fait en matière de politique de santé doit être déterminé par les besoins actuels et futurs de la population belge en termes de santé et de bien-être.

En tant que mutualité santé, la MC veut s'y engager à fond avec et pour ses membres. En tant que défenseur de nos membres, nous demandons d'intégrer la voix du patient et du citoyen en général dans la politique de santé de demain de manière encore plus explicite. Comme assureur, comme mouvement et comme entrepreneur social, la MC est prête à relever ces défis.

- *En tant qu'**assureur social**, nous plaidons pour des soins de santé durables, qualitatifs, accessibles et humains pour tous, basés sur un financement suffisant, stable et solidaire.*

- *En tant que **mouvement social**, nous nous engageons, à travers la vie associative et le volontariat, à créer une société chaleureuse et engagée pour tous.*

- *En tant qu'**entrepreneur social**, nous mettons en œuvre des initiatives responsables et innovantes, qui peuvent apporter une réponse aux nouvelles demandes d'aide et de soins, et ce dans la perspective où nous considérons que le secteur non-marchand doit jouer un rôle de premier plan dans ces domaines. Nous considérons en effet la santé et le bien-être comme un bien collectif. Nos actions visent à créer des soins plus accessibles.*

Nous demandons que les autorités reconnaissent ces missions de base des mutualités et créent le cadre réglementaire nécessaire pour nous permettre de les réaliser et ce à tous les niveaux : fédéral, régional, communautaire et européen.

Nous sommes partisans d'un modèle de soins basé sur le respect du choix éclairé et responsable de la personne, de l'expertise avérée des prestataires de soins et des organismes assureurs et qui soit géré durablement et efficacement en concertation avec tous les stakeholders impliqués dans le système. En effet, nous estimons qu'il est extrêmement important que le développement futur de la politique santé et de bien-être se fasse toujours en concertation avec les

2 Nous renvoyons ici à la proposition du CIN "Vision de la Politique de santé 2030" du 20 juin 2016.

organisations de la société civile. Leur savoir-faire et leur connaissance du terrain et des groupes cibles de la politique sont des atouts majeurs dans toutes les phases du processus politique, de la formulation bottom-up des propositions stratégiques à la mise en œuvre et l'évaluation des mesures politiques. Nous privilégions le modèle rhénan face aux modèles anglo-saxon ou scandinave, lesquels mettent davantage l'accent sur les initiatives lucratives privées ou les initiatives publiques. Les moyens que la communauté met à disposition pour offrir de l'aide et des soins ne peuvent servir à rémunérer des honoraires exagérés, à couvrir des prix indécents pour certains médicaments et du matériel médical, à favoriser une marchandisation à travers la fixation de tarifs journaliers particulièrement élevés dans les maisons de repos ou la génération de dividendes exceptionnellement intéressants pour les actionnaires. Un modèle lucratif, qui mène inévitablement à des soins de santé à deux vitesses, est inacceptable pour la MC. Notre système d'aide et de soins doit contribuer à une société solidaire, empathique et juste socialement, qui soutienne ses citoyens tout au long de la réalisation de leur projet de vie.

La 6e réforme de l'État a fortement fragmenté et complexifié l'architecture de nos soins de santé. Il n'existe pratiquement plus aucun domaine où l'on puisse mener une politique réellement autonome, et l'élaboration d'une stratégie globale, complémentaire et coordonnée requiert l'accord de 9 instances différentes. Cette situation débouche sur une politique fragmentée, lente et inefficace, qui aura tôt ou tard des effets néfastes sur la santé et le bien-être des citoyens. Le prochain gouvernement devra veiller à une évaluation critique de notre cadre institutionnel.

Finalement, il est absolument nécessaire de disposer d'un organe permanent de conseil et d'orientation de la stratégie (nous renvoyons en cela au point 3.2.1. de l'institut visé dans « l'accord papillon »), dans lequel tous les stakeholders fédéraux et régionaux sont représentés (et donc pas seulement les diverses autorités). Ceux-ci pourront y élaborer des objectifs de santé interfédéraux en concertation, préparer des accords de collaboration et veiller au monitoring et à l'ajustement de la mise en œuvre de la politique de santé aux différents échelons politiques. Nous songeons en première instance à un accord de collaboration relatif à la mobilité intrabelge, qui garantisse à tous les citoyens le transfert de leurs droits acquis dans une autre région. Par ailleurs, tous les niveaux politiques doivent en permanence miser sur le dialogue avec les organisations de la société civile et les stakeholders qui sont souvent actifs à plusieurs échelons stratégiques et qui peuvent, de la sorte, parfaitement relayer les besoins émanant du terrain.

Notre système de santé est riche mais aussi particulièrement complexe, il relève dès lors de la responsabilité de tous les acteurs de faire en sorte que cette complexité ne se répercute pas sur la santé et le bien-être des citoyens.

Le 25 septembre 2015, tous les chefs d'État et de gouvernement du monde ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, comprenant 17 objectifs de développement durable et 169 cibles correspondantes. Parmi ces objectifs, le troisième vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». En Belgique, la Stratégie nationale de développement durable, adoptée par la Conférence interministérielle pour le développement durable, proclame que ce programme 2030 constitue « la boussole » des gouvernements fédéraux et régionaux pour les 15 années à venir et contient l'engagement suivant : « l'état de santé de notre population s'améliorera sans cesse et atteindra le niveau de santé le plus élevé possible. À cet effet, le système de soins de santé proposera des soins accessibles, abordables et de qualité, également sur le plan de la santé mentale. Ce système de soins devra être axé sur la prévention, notamment en promouvant un cadre de vie et un mode de vie sains et en encourageant l'exercice physique »[3]. Cette stratégie nationale ne contient malheureusement pas de feuille de route permettant de concrétiser cet objectif ambitieux. Dans ce mémorandum, la MC expose sa vision pour un système de soins de santé solidaire qui permette à chacun d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.

3 Conférence interministérielle pour le développement durable, Stratégie nationale de développement durable, textes approuvés le 31 mai 2017, p.8, www.sdgs.be/sites/default/files/publication/attachments/brochure_sndd_fr_def.pdf

1. Un financement durable et solidaire

Aussi efficacement que soit organisé un système de sécurité sociale, celui-ci ne peut fonctionner sans un financement stable et suffisant. Cela vaut tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées.

Dans un secteur où tout changement structurel revient par nature à adapter le financement, un contexte financier stable, offrant des garanties aux stakeholders qui veulent aligner leur concept micro-économique sur le concept macro-économique visé par les autorités, est pourtant une condition essentielle à la réussite des réformes. Sans un trajet pluriannuel stable, il est impossible d'innover ou de réformer.

1.1. Un financement stable et suffisant de l'assurance soins de santé obligatoire

Le modèle de financement actuel de l'assurance soins de santé fédérale obligatoire est insuffisant et instable.

Lors de la formation du gouvernement actuel, un trajet budgétaire stable nous avait été promis. La réalité est cependant différente. Lors des conclaves budgétaires successifs, le budget de l'assurance soins de santé a encore été réduit d'environ 1,5 milliard d'euros. Cela a dégradé la confiance des stakeholders.

Les décisions macro-économiques qui mettent en péril le microcosme économique des prestataires de soins ou des organisations à court terme n'offrent aucune perspective d'innovation ou de changement structurel. Une réforme du paysage hospitalier qui laisse planer une incertitude concernant l'avenir financier à court terme de diverses fonctions ou services hospitaliers sera constamment réprouvée par les acteurs sur le terrain.

La croissance actuelle des dépenses de soins de santé se situe entre 2 et 3% par an. Une norme de croissance légale pour le financement, qui s'élève légalement à 1,5% mais qui est de facto inférieure à 1%, est donc insuffisante pour couvrir les dépenses courantes et ne nous permet certainement pas d'étoffer le package de prestations en fonction des nouveaux besoins. Nous demandons que le prochain gouvernement relève à 2,2% la norme de croissance, conformément aux projections du Bureau fédéral du plan pour la période 2017-2022.

Nous devons tenir compte du fait que le vieillissement et les innovations techniques continueront à faire augmenter le coût de nos soins dans les prochaines décennies, et que nous devrons tous consacrer une plus grande part de notre revenu aux soins. Même si la majorité des dépenses sont financées collectivement par les cotisations sociales et les impôts sur le travail et la consommation, près d'un quart de la facture est supporté par le patient. Dans le contexte européen, nous sommes un cas unique. Nous demandons au prochain gouvernement de renverser cette tendance et de nous ramener vers la moyenne européenne. Un financement insuffisant des services offerts par les prestataires de soins mène inexorablement à une demande de suppléments d'honoraires et à la mise en place d'un système dual.

Finalement, la réglementation relative à l'établissement du budget doit être réformée en profondeur en vue d'un planning pluriannuel et d'un redéploiement des budgets entre les secteurs, tout en permettant aux objectifs de mieux se rapprocher des dépenses attendues ou escomptées. Le trajet de croissance doit tenir compte de l'impact de l'évolution épidémiologique et technologique, de l'évolution attendue des prix et des objectifs de santé formulés en concertation, à partir d'une large définition de la santé.

Finalement, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale devront également prévoir des moyens suffisants et stables pour financer les compétences dont elles ont hérité. En particulier, il importe que celles-ci anticipent la fin du mécanisme de transition prévu dans la nouvelle loi spéciale de financement.

1.2. Un modèle d'assurance solidaire

Nous soutenons avec conviction un financement aussi solidaire que possible, lié aux revenus et basé sur un mix de contributions dans le cadre d'une assurance sociale et de subventions provenant d'une fiscalité équitable et solidaire. Un financement issu d'impôts prélevés sur toutes les sources de revenus (et donc aussi sur les revenus mobiliers et immobiliers), où chaque personne qui peut prétendre à des avantages contribuera de manière progressive au système en fonction de ses capacités financières. Des moyens financiers complémentaires doivent être trouvés en augmentant les cotisations sociales, les interventions de l'État ou les financements alternatifs issus de la fiscalité.

Au niveau de la Région wallonne, de la Communauté germanophone et de la Région de Bruxelles-Capitale, la Mutualité Chrétienne plaide fermement pour un modèle de protection sociale basé sur les principes de la sécurité sociale dans lequel chaque individu contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Un système financé principalement par une contribution progressive sur la base la plus large possible, respectant les principes de la gestion paritaire et doté d'une véritable capacité de prospective.

La protection sociale flamande (VSB) doit encore être pleinement développée dans les prochaines années. Les premières étapes ont été franchies, mais des développements majeurs doivent encore être réalisés au cours de la prochaine législature. Nous demandons expressément que la Flandre poursuive progressivement la réalisation complète de la VSB (« Vlaamse Sociale Bescherming »). Pour y apporter de la cohérence, il est incontournable pour nous que la rééducation, les habitats protégés, les centres de soins psychiatriques y soient intégrés comme prévus, tout comme le financement des aides à domicile.

La protection sociale flamande est actuellement composée de 3 budgets de soins alloués en espèce (Assurance dépendance flamande, Budget de soutien de base et Intervention d'aide aux personnes âgées) à destination des bénéficiaires nécessitant de l'aide et des soins, et ce à différentes conditions et pour différents groupes cibles. Selon nous, les besoins des bénéficiaires doivent être considérés de manière transversale. La MC plaide donc pour l'intégration des diverses interventions en un seul budget de soins en espèce, qui sera déterminé par les besoins de la personne, à partir d'un montant de base (partie forfaitaire) et de tranches complémentaires, en fonction des revenus de la personne.

Pour le financement de la protection sociale flamande, nous optons résolument pour un modèle d'assurance comportant une solidarité obligatoire, au travers d'une cotisation basée sur les revenus. C'est une façon de procéder qui est transparente et qui apporte une sécurité juridique. Les Flamands et les Bruxellois sauront de la sorte à quoi sert leur cotisation. Ce mode de financement assurera une base financière stable et fonctionnera comme un système de répartition permettant de réaliser la solidarité entre les citoyens. Si la cotisation doit augmenter à l'avenir, nous demandons que le lien avec les revenus soit plus fort que ce qu'il est actuellement.

1.3. Assurances maladie facultatives

Lorsque des coûts liés aux soins de santé ne peuvent être couverts par les systèmes financés collectivement, cela se répercute directement sur la facture du patient. Tant que ce risque existe, nous estimons qu'il est judicieux d'offrir des produits d'assurance facultatifs via nos sociétés mutualistes, en guise d'alternative valable aux polices d'assurances plus onéreuses offertes par les compagnies privées commerciales. Dans ce contexte, nous demandons d'adapter une série de règles afin d'améliorer le fonctionnement des assurances facultatives en la calquant davantage sur la politique des assurances obligatoires, et de garantir le level playing field avec les concurrents commerciaux.

La loi Verwilghen doit être adaptée afin de permettre aux assureurs de modifier les fondements techniques des conditions de couverture quand celles-ci risquent de réduire à néant les effets escomptés des mesures financières publiques dans le cadre de la prévention, de la sensibilisation et de l'échelonnement dans le contexte de l'assurance maladie obligatoire. Cela permettra aux assureurs de ne pas rembourser certains frais tels que le ticket modérateur majoré qui est facturé en cas de soins dentaires curatifs en l'absence d'une visite préventive chez le dentiste, le supplément « urgences » facturé aux patients qui se présentent sans renvoi du médecin, aux tickets modérateurs pour les gens qui ne possèdent pas de DMG… et à toutes les évolutions potentielles en la matière.

L'index médical publié annuellement n'est, actuellement, pas un véritable indicateur de la hausse réelle des coûts des soins de santé. Le système doit être ajusté et affiné de façon actuarielle. À l'avenir, le mécanisme de l'index médical sera encore plus important dans la mesure où la BNB va encore renforcer le cadre actuariel pour les assureurs maladie individuels dans le cadre de la directive Solvency II.

Quand un employeur conclut une assurance collective pour ses travailleurs, les primes font l'objet d'une exemption fiscale tant pour l'employeur que pour le travailleur. Si les travailleurs concluent eux-mêmes une police d'assurance individuelle, et que l'employeur intervient dans une partie de la prime, cette cotisation est considérée sur le plan fiscal comme un avantage de toute nature imposable dans le chef du travailleur. Nous plaidons pour la fin de cette discrimination fiscale entre assurances maladie individuelles et collectives. Des assurances individuelles offrent davantage de garanties de maintien des droits acquis et de financement des primes que les assurances collectives. Une harmonisation fiscale revêt une importance sociétale.

Il convient de se demander si la taxe Busquin ne peut pas être levée pour les assurances hospitalisation proposées par les mutualités qui tombent entièrement sous le coup de l'application de l'AR qui prévoit une exemption de la taxe sur les assurances pour les assurances qui offrent une forme particulière de protection en ne prévoyant aucune exclusion pour ce qui concerne les maladies préexistantes et l'âge. La taxe sur les assurances a déjà été suspendue, mais si la taxe Busquin disparait, les primes pourront être réduite de 10%, ce qui pourra améliorer fortement l'accès à de telles assurances.

Nous demandons un assouplissement structurel du nombre de « chocs obligatoires » du concept Solvency II, qui s'appliquent moins aux assureurs maladie individuels qu'aux autres formes d'assurances. Ces chocs font en sorte que les réserves minimales sont artificiellement maintenues à un niveau élevé. Cela entraîne des primes (beaucoup) trop élevées par rapport au risque réel. Il s'agit d'un cadre européen qui s'applique de manière globale à toutes les branches de l'assurance.

2. Des soins accesibles à tous

Nous plaidons pour des soins accessibles, de qualité et à visage humain. Concrètement, cela signifie que tous les obstacles, de quelque nature qu'ils soient - financiers, socio-culturels, géographiques, administratifs ou matériels (cf. les utilisateurs de voiturettes, ...) - doivent être levés. Si l'accessibilité financière des soins constitue pour nous une problématique cruciale, une offre de soins suffisante et correctement répartie géographiquement est tout aussi fondamentale. Enfin, nous devons garder à l'esprit que de nombreuses personnes n'activent pas les avantages auxquels elles ont pourtant droit.

2.1. Renforcement de la sécurité tarifaire

Selon la MC, la sécurité tarifaire des bénéficiaires ne peut être garantie que par un système d'accords tarifaires fixés entre les prestataires de soins et les organismes assureurs, où l'intervention de l'assurance représentera une rémunération correcte de ces prestations, fixée en toute transparence. Il est essentiel que ce système reste attrayant pour toutes les parties impliquées. Le système de conventionnement doit aussi pouvoir être utilisé pour aiguiller les patients vers des prestations de soins de qualité à un tarif correct.

Dans certaines régions et pour certaines disciplines, le nombre de spécialistes conventionnés a baissé dans des proportions inquiétantes. De ce fait, il est difficile, voire impossible pour les patients de se faire soigner au tarif de la convention.

Nous demandons que le prochain gouvernement nous soutienne dans notre lutte contre l'effritement insidieux du système de conventionnement. Cette responsabilité est partagée par les pouvoirs publics, les prestataires de soins et les mutualités.

Nous devons définir ensemble des incitants positifs pour rendre le système de conventionnement attrayant pour les prestataires de soins, par exemple en proposant des interventions pour les frais administratifs, et en surveillant davantage les prestations indues.

Nous devons aussi prendre des mesures qui découragent les prestations hors convention. Nous demandons une adaptation de la réglementation, afin de rendre plus sévères les conditions de dérogation aux tarifs convenus :

- la possibilité de **conventionnement partiel** doit être supprimée d'ici 2024 ;
- il faut interdire par voie réglementaire une **dérogation basée sur le revenu familial** du patient ou sur le choix de chambre. Nous demandons d'interdire les plafonds de revenus à partir desquels les prestataires de soins ne sont plus tenus d'appliquer le tarif convenu, ainsi qu'une **interdiction absolue des suppléments d'honoraires** pour les patients hospitalisés.
- nous plaidons pour la suppression de « l'obligation absolue de contrat » qui oblige les mutualités à conclure une convention tarifaire avec tous les prestataires de soins qui le souhaitent. Il doit être possible d'exclure du système de conventionnement les prestataires de soins qui ne respectent pas les accords tarifaires, les directives ou les normes de qualité.

D'ici 2024, il ne peut plus y avoir de régions ou de disciplines affichant un taux de conventionnement inférieur à 85%. Si cet objectif n'est pas atteint via les mesures citées, le système de conventionnement doit évoluer vers un système de conventions collectives à caractère public et d'engagements contraignants envers tous les assurés sociaux dans le chef de tous les prestataires de soins.

Nous demandons à toutes les entités fédérées d'obliger par voie réglementaire tous les prestataires de soins qui travaillent au sein d'initiatives de collaboration multidisciplinaires à se conventionner.

2.2. Monitoring permanent du coût des soins

Nous ne pouvons pas perdre de vue le fait qu'actuellement, de nombreux soins et services utiles et opportuns dans le cadre d'une définition large de la santé ne sont pas remboursés ou pas financés. Ces dépenses à charge des patients se composent essentiellement de prestations non-remboursables par l'assurance maladie obligatoire, de prestations non-couvertes par un financement collectif (assurance complémentaire) et de suppléments. Nous avons actuellement une vision insuffisante de l'ampleur précise des coûts auxquels sont confrontés les patients ou les prestataires de soins. Nous ne savons pas non plus précisément quels effets concrets auront la mise en œuvre et l'extension future de la protection sociale flamande ou la mise en place de dispositifs spécifiques en Wallonie, à Bruxelles ou en Communauté germanophone sur le coûts des soins à charge des citoyens.

Nous plaidons donc pour un monitoring permanent du coût des soins à tous les niveaux de compétence.

Si ce monitoring révèle que les soins ne sont plus abordables pour les citoyens, le système devra être corrigé aussi rapidement que possible. Dans ce contexte, nous estimons que la maximum à facturer devrait s'appliquer de manière transversale à tous les niveaux de pouvoirs, tant pour les composants médicaux que les composants non-médicaux des soins, à titre de mécanisme correctif.

2.3. Renforcement de l'assurance maladie obligatoire

Renforcer l'accessibilité signifie aussi œuvrer à une couverture qui corresponde le mieux possible à la situation actuelle sur le terrain.

À court terme, il convient de mieux développer les prestations de l'assurance maladie obligatoire sur certains segments. Nous songeons en particulier aux soins dentaires, aux appareils auditifs, dispositifs ophtalmologiques, aux soins de santé mentale (remboursement des consultations chez un psychologue de première ligne) ou aux soins palliatifs.

À moyen terme, les moyens dégagés grâce à une organisation plus efficiente des soins doivent être réinvestis dans une offre complémentaire de soins de première ligne.
En particulier, dans le cadre des réseaux hospitaliers, les déplacements entre hôpitaux vont augmenter. Le transfert des patients au sein d'un réseau ou vers des fonctions ou services plus spécialisés ne peut se faire à la charge du patient.

2.4. Réduction des inégalités en matière de santé

Diverses études et enquêtes pointent un lien clair entre santé et statut social (niveau de formation, d'activité et de revenus). Les personnes ayant un statut social moins élevé présentent en moyenne une moins bonne santé, elles connaissent une espérance de vie plus faible et disposent d'un moins bon accès aux soins. Les différences entre les personnes situées en haut de l'échelle sociale et celles situées en bas ne semblent par ailleurs pas s'atténuer. Au contraire : nous évoluons lentement vers des soins de santé à deux vitesses.

Pour la MC, chacun dispose d'un droit équivalent à la santé et à la qualité de vie. Nous demandons de réduire de 20%, d'ici 2024, l'écart entre riches et pauvres en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé.

Pour atteindre cet objectif, toutes les autorités compétentes du pays doivent s'engager pleinement dans la lutte contre la pauvreté, au sens large du terme (enseignement, logement, emploi, style de vie, …).

Nous attendons du prochain gouvernement fédéral

- qu'il relève les indemnités minimales pour les malades de longue durée et les personnes atteintes d'une affection chronique ;
- qu'il continue à encourager et qu'il développe les maisons médicales, surtout dans les zones urbaines ;
- qu'il réduise l'impact financier des soins auprès des patients via la mise en place et le soutien d'un régime tiers payant obligatoire généralisé pour tous les patients auprès de tous les prestataires de soins conventionnés.

2.5. Pas de marchandisation des soins

Nous devons éviter que les prestataires de soins privés commerciaux choisissent systématiquement d'effectuer les interventions de soins les plus lucratives. La législation sur les marchés publics doit être adaptée pour que, à l'heure de la rédaction des critères d'adjudication des missions de soins, le critère « qualité » (prenant notamment en compte la possibilité d'organiser des soins intégrés) pèse davantage dans la balance que le critère « coût ». Les critères d'adjudication devraient également prendre en considération les aspects éthiques, comme l'origine des sources de financement.

Intermezzo: Transparence

Plusieurs thèmes constituent un fil rouge de notre mémorandum. La transparence est l'un d'entre eux:

- Cela a peu de sens de contrôler en permanence l'accessibilité financière des soins si nous ne savons pas exactement ce que le patient paie de sa poche comme quotes-parts personnelles, soins non-remboursés, services et aides pas ou sous-financés ou suppléments pour soins ambulatoires.
- Cela n'a aucun sens de parler de qualité des soins si nous n'avons aucune vue sur les données et les résultats des mesures.
- Le débat relatif à des prix corrects ne peut pas être mené sans visualiser la structure tarifaire des services et des soins et du processus de production.
- Le contrôle de l'efficacité des soins ne peut se faire si nous n'avons pas accès aux données de dépendance, aux données sur les pathologies et aux informations diagnostiques.

Les autorités doivent donc envoyer un signal clair obligeant tous les stakeholders impliqués dans le processus, tant dans le secteur des soins de santé que dans celui de l'aide, à partager toutes les données pertinentes relatives à la facturation, la qualité, la structure tarifaire, etc. avec les organes qui prennent des décisions concernant l'offre de prestations et de soins et les modalités de remboursement ou de subventionnement, et avec les instances chargées du contrôle du processus. Ceux qui ne veulent pas y participer n'ont pas leur place dans un système de soins et de bien-être qui est majoritairement financé par la communauté.

Dans ce contexte, nous rappelons notre demande, déjà formulée dans notre mémorandum à l'occasion des élections de 2014, visant à obliger les pharmaciens à signaler via Pharmanet tous les médicaments non-remboursés qui ont été délivrés à des malades chroniques.

Nous insistons pour que les organismes assureurs au sens large (mutualités, sociétés mutualistes régionales et zorgkassen) aient un droit de regard dans la structure tarifaire, les données de dépendance, les données pathologiques et les informations diagnostiques pour toutes les prestations et les soins qu'elles remboursent. Sans cela, nous ne pouvons évaluer correctement la qualité de la prestation de soins, car il n'existe pas d'instruments qui permettent d'effectuer des analyses afin de garder les dépenses sous contrôle, et nous ne pouvons pas nous acquitter efficacement de nos missions de contrôle.

2.6. Une Europe plus sociale

La MC demande :

- La mise en œuvre concrète des principes du socle européen des droits sociaux afin de parvenir à un véritable système européen de protection sociale :
  - accessibilité de soins de santé de qualité et de soins durables pour tous les Européens,
  - instauration d'un salaire minimum digne de ce nom,
  - accès aux services sociaux.

- Une réforme du mécanisme de gouvernance économique européen (le Semestre économique européen) en y intégrant une solide dimension sociale avec des indicateurs sociaux et environnementaux.

- Une directive européenne sur les services sociaux d'intérêt général qui clarifie les concepts et leur champ d'application et confirme la priorité des objectifs sociaux en matière de soins de santé et d'aide sociale aux personnes.

- La prise en compte du rôle spécifique des mutualités en Belgique dans les différents domaines stratégiques européens. La réalisation du marché interne dans les domaines des soins de santé et du bien-être ne constitue pas l'objectif principal. La spécificité de ces services d'intérêt général doit être respectée.

- Une politique européenne en matière de soins de santé qui repose sur les valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accessibilité, l'équité et la solidarité ainsi que la qualité et la durabilité. L'Union européenne doit veiller à ce que ces valeurs restent les pierres angulaires des régimes de soins de santé européens. La spécificité des soins de santé et du secteur du bien-être doit être reconnue.

2.7. Coopération internationale

L'accès à des soins de qualité pour tous ne se limite pas à la Belgique ou à l'Europe. Les inégalités en matière d'accès aux soins persistent à travers le monde alors que le droit à la santé est un droit de l'Homme internationalement reconnu. Au sein de l'objectif de développement durable n°3 consacré à la santé, l'objectif 3.8 vise à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité pour 2030. Ces dernières années, plusieurs pays de différents continents ont mis en place des systèmes de couverture santé universelle, souvent en confiant la couverture de la population du secteur informel aux mutuelles. La coopération internationale de la Belgique doit appuyer ces processus, faire de la protection sociale en santé une priorité et reconnaitre le rôle des mouvements sociaux, notamment des mutuelles, dans ces systèmes de protection sociale.

Concrètement, la MC recommande de :

- Requalifier le « position paper » de la DGD[4] sur la protection sociale (2018) et la note de consensus sur le droit à la santé (2017) en des notes stratégiques ayant valeur contraignante pour tous les services administratifs concernés ;

- Faire de la protection sociale en santé une priorité des programmes de coopération avec les pays partenaires de la coopération bilatérale belge ;

- Appuyer les acteurs de la coopération non-gouvernementale impliqués pour le travail décent et la protection sociale (ONG, syndicats, mutuelles, plateformes MASMUT et Be-Cause Health) et encourager les synergies avec les acteurs publics (Enabel, Coopami) en respectant l'autonomie et la valeur ajoutée de chaque acteur ;

- Donner instruction aux ambassades et représentations d'Enabel dans les pays partenaires de promouvoir activement les stratégies nationales de couverture santé universelle et le rôle des mouvements sociaux au sein de ces systèmes ;

- Encourager les autorités des pays partenaires à collaborer avec les organisations de la société civile, en particulier les mutuelles, pour la conception et la mise en œuvre de la couverture santé universelle ;

- Au niveau européen, plaider pour que la protection sociale soit effectivement une priorité de la coopération au développement de l'Union européenne, conformément à la Communication (2012)446 de la Commission, et cibler l'appui à des systèmes de protection sociale universels reconnaissant le rôle actif des organisations de la société civile.

4 Direction Générale Coopération au développement et aide humanitaire

3. Une plus grande attention pour la qualité

Tout système doit être soumis à une évaluation objective et constructive afin de permettre la mise en place d'ajustements lorsque cela est nécessaire. Cela s'applique également au secteur des soins où la qualité peut faire la différence entre une convalescence paisible, des lésions temporaires, un handicap permanent voire un décès prématuré. Des soins de moindre qualité et des complications peuvent en outre mener à des dépenses inutiles, ce qui est à éviter absolument dans le contexte budgétaire que l'on connait. L'importance croissante des systèmes de paiement forfaitaires doit aussi nous inciter à contrôler en permanence la qualité des soins dispensés.

Les soins doivent être sûrs, effectifs et efficients, ils doivent être proposés au moment opportun, dans le respect de la personne, et de manière équitable et équivalente, en veillant à la continuité et en tenant compte de l'intégralité des besoins de la personne. Si nous voulons opter pour des soins qui correspondent à nos préférences, nos besoins et nos valeurs individuels, il est essentiel de pouvoir comparer leur qualité. Le contrôle de la qualité doit s'intégrer dans un processus participatif et concerté dans lequel les personnes nécessitant des soins, les prestataires, les autorités et les organismes assureurs doivent chacun jouer leur rôle. Chacun d'eux revêt une importance significative dans le cautionnement de la qualité des soins. En tant que mutualité, nous disposons d'une grande expertise pour évaluer la qualité des soins et nous disposons des données permettant de suivre les indicateurs de qualité.

Nous insistons pour que la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale et la Communauté germanophone œuvrent davantage, au cours de la prochaine législature, au développement et à la mise en place d'une vision politique claire de la qualité des soins et de la sécurité du patient. Dans les décrets et ordonnances présents et à venir, nous demandons que cette dimension soit systématiquement prise en compte.

Il est également urgent qu'une loi sur la qualité des pratiques, qui s'applique à tous les prestataires de soins, peu importe qu'ils fonctionnent dans la sphère ambulatoire ou dans la sphère résidentielle, soit établie. Elle doit préciser les règles en matière de continuité des soins, de participation obligatoire aux services de garde, d'obligation d'information, d'échange de données à travers le dossier de patient électronique, de seuils d'activité minimaux et maximaux, … Un contenu minimal et un délai de conservation uniforme pour le dossier de patient doivent être fixés, et le patient doit bénéficier d'un accès direct à son dossier.

À la Communauté flamande, nous demandons :

- Une actualisation du décret qualité qui tienne compte des dernières évolutions.
- Le renforcement du Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) à partir des différents secteurs (hôpitaux, santé mentale, soins aux personnes âgées, soins de première ligne) en veillant à ce que des ressources suffisantes soient mises à disposition afin d'assumer les missions de base :
- soutenir et développer des indicateurs et des études de la qualité ;
- développer et généraliser un ou plusieurs systèmes d'enregistrement pour ces indicateurs et études ;
- encourager et soutenir les structures et acteurs des soins afin qu'ils puissent eux-mêmes utiliser ces indicateurs et études, dans le but d'améliorer la qualité des soins ;
- développer plus avant le site web www.zorgkwaliteit.be qui contribue à la transparence publique ; ➤➤

- livrer les services nécessaires au traitement des données relatives à la santé afin de permette la réalisation d'étude de la qualité à mettre à disposition d'organismes scientifiques pour de futures travaux.
- La suppression d'une série de points d'achoppements, comme un rapportage obligatoire des incidents et la fourniture obligatoire de données de qualité dans le cadre d'un système d'enregistrement des données inter opérationnel et partagé.
- Nous plaidons pour la mise en place d'une coordination claire entre le fonctionnement du VIKZ et l'actuel système de contrôle, de remédiation et de surveillance, qui a besoin d'une profonde révision.

Nous plaidons en faveur de soins accessibles, abordables financièrement et de qualité. Mais ce n'est pas suffisant. Une réflexion éthique s'impose en ce qui concerne le concept de « qualité » dans le cadre des soins de santé et du bien-être. Alors que nous visons le respect de la dignité humaine, les dispensateurs de soins et les patients ressentent une aliénation croissante (dans leur travail, pour les uns ; durant leur traitement, pour les autres). Le secteur des soins s'apparente parfois à une industrie guidée par des aspirations économiques quand on aspire en fait à ce que des valeurs humaines guident les soins, leur nature et leur forme. Des soins dignes signifient que l'on respecte la personne: la personne dans sa globalité, dans toutes ses dimensions (corps et esprit, valeurs, idéologies, préférences culturelles, …). Cela implique de ne pas uniquement se concentrer sur la maladie ou le handicap de la personne, de veiller à fournir des soins sur mesure. Des soins dignes impliquent aussi que nous prenons l'individu comme point de référence. La personne détermine elle-même, en concertation avec les prestataires de soins, si les soins reçus sont dignes. Dans la pratique, les prestataires de soins sont confrontés à des entraves et des obstacles (ex. la pression sur l'efficacité) qui compliquent ou empêchent la délivrance de soins qui respectent la dignité des patients. Il est donc nécessaire d'avoir une « action aussi digne que possible » dans le contexte donné. Plus d'attention pour la qualité des soins signifie donc aussi plus d'attention à ce ceux-ci soient prestés dans le respect de la dignité de la personne.

4. Une gestion plus effeciente de notre système de santé

4.1. Une fixation des prix correcte

Si nous voulons pouvoir fixer des tarifs corrects dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, il sera indispensable de visualiser la structure de coût des biens et dispositifs médicaux nécessaires à certaines interventions. Aujourd'hui, le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'est pas transparente. Nous demandons aux autorités fédérales, à savoir au prochain ministre de l'Économie, d'y mettre de l'ordre.

Si, en raison du caractère monopolistique et multinational de certains marchés, les autorités fédérales n'ont plus aucune influence sur le coût de certains produits, nous demandons au prochain gouvernement de prendre des initiatives en vue d'aborder cette problématique à l'échelon international adéquat.

Enrichissement de la nomenclature

Le système de cotation appliqué pour établir notre nomenclature n'est plus adapté. Les prestations techniques sont surévaluées (essentiellement en biologie clinique et en imagerie médicale), tandis que les prestations intellectuelles sont sous-évaluées.

Le dernier accord de gouvernement annonçait un enrichissement et une simplification poussés de la nomenclature. Les tarifs devaient être fixés de manière transparente en fonction du coût réel des prestations, les prestations intellectuelles et la coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire devaient être revalorisées, et il convenait de scinder indemnisation des efforts et indemnisation des frais. Dans ce domaine, peu de progrès ont malheureusement été enregistrés, probablement en raison du fait que cette problématique est étroitement liée à la réforme du financement hospitalier et à la transparence nécessaire concernant les retenues sur honoraires et la manière dont ces rétributions sont utilisées dans le cadre du financement des hôpitaux.

L'enrichissement de la nomenclature est une responsabilité partagée entre autorités et parties prenantes. Nous demandons au prochain gouvernement de créer sans attendre une taskforce, composée de stakeholders de tous les domaines impliqués, qui apportera, via une approche orientée « résultats » et un agenda stratégique, la clarté nécessaire dans cette problématique, et qui formulera des propositions réalistes et acceptables basées sur des paramètres justes, transparents et objectifs, comme une norme de revenu raisonnable pour les médecins. Cela nous permettra de mettre en place un nouveau modèle de fixation des tarifs d'ici la fin de la prochaine législature.

Médicaments

Concernant le prix des médicaments, il est urgent de trouver un nouvel équilibre entre la garantie d'accessibilité des nouveaux médicaments et la maîtrise du budget. La manière dont la réglementation des contrats prix-volume s'est appliquée ces dernières années a totalement miné le mode traditionnel de fixation des prix dans notre système. Nous en sommes arrivés à un point où nous ne disposons plus d'aucune valeur de référence pour comparer des spécialités qui sont similaires à celles pour lesquelles un contrat prix-volume a été conclu. Les clauses de confidentialité et le manque de transparence associé ont rendu la maîtrise budgétaire de cette matière totalement impossible pour les partenaires de la Commission de remboursement des médicaments, de la commission de contrôle budgétaire et du comité de l'assurance. Les procédures basées sur les articles 81 et 81 bis (depuis février 2018 les articles 111, 112 et 113) doivent par conséquent être réévaluées de toute urgence et la réglementation doit être modifiée.

Au niveau européen, la MC plaide pour :

- des actions liées à la politique tarifaire :
  - introduction de la transparence des coûts pour la recherche et le développement des médicaments ;
  - introduction de tarifs justes sur la base des frais réels qui offrent aux entreprises pharmaceutiques des revenus raisonnables en vue d'encourager l'innovation ;
  - encouragement de la collaboration européenne pour l'évaluation des technologies de la santé (Health Technology Assessment) ;
  - transparence tarifaire (publication du coût réel au lieu de la valeur nominale (valeur monétaire), à commencer par le soutien et l'extension des initiatives d'achats groupés de médicaments de type Benelux[5] .
- Une révision de la législation relative aux brevets, avec notamment la suppression du brevet complémentaire.
- Une modification de la loi relative à l'import parallèle, en commençant par une interdiction du conditionnement de médicaments génériques comme des médicaments originaux, afin d'offrir plus de transparence aux patients, suivie par l'exclusion de ces pratiques pour les médicaments.
- Une extension de l'interdiction de la publicité à destination des patients à tous les médicaments (et pas uniquement aux médicaments sur prescription).

Produits médicaux

Les prix de certaines pratiques ou produits médicaux ne sont pas transparents, et ils sont très élevés par rapport à ceux pratiqués à l'étranger. Nous songeons ici notamment aux appareils auditifs ou aux prix des tests cliniques qui expliquent principalement les tarifs élevés dans le domaine de la biologie clinique.

5 Mais aussi ceux de la Bulgarie avec la Roumanie, ceux de la Hongrie avec la République Tchèque, la Slovaquie, la Pologne, la Croatie et la Lituanie ou encore ceux de Malte, Chypre, Grèce, Italie, Espagne et Portugal.

4.2. Amélioration de l'efficacité du système de soins

Davantage d'incitants pour le contrôle

En leur qualité d'exécutants de l'assurance maladie obligatoire, c'est aux organismes assureurs que revient la tâche d'améliorer en permanence l'efficacité allocative et fonctionnelle du système. Toutes les formes de fraude sociale doivent être détectées. Les différences de pratiques injustifiées doivent être limitées, les comportements prescriptifs exagérés ou inadaptés doivent être réprimés. Via le mécanisme de responsabilité financière, les organismes assureurs doivent également rendre compte de la manière dont ils s'acquittent de cette mission.

La MC exige que les autorités reconnaissent l'importance des missions qu'elles confient aux organismes assureurs et apprécient à leur juste valeur notre engagement. Les organismes assureurs doivent recevoir davantage de moyens et des instruments de gestion complémentaires pour ajuster l'évolution des dépenses à de l'objectif budgétaire fixé.

Dans le cadre de l'amélioration de la transparence, nous demandons la possibilité de pouvoir associer avec plus de souplesse nos bases de données à d'autres bases de données fédérales ou régionales (RCM, données fiscales, Healthdata.be, Vaccinet …). Nous demandons avec insistance le transfert électronique des données concernant les pathologies en cas d'hospitalisation vers les organismes assureurs.

Nous demandons que le prochain gouvernement exécute enfin l'article 164 ter de la loi RGI, qui permet au Roi d'obliger les prestataires de soins, chez qui l'on a constaté à plusieurs reprises des facturations indues, à rembourser les frais administratifs liés au contrôle et à la récupération. Cette procédure encouragerait ainsi les services de contrôle et découragerait les contrevenants invétérés.

Par ailleurs, la politique de contrôle doit moins se concentrer sur les aspects juridiques et elle doit plutôt être intégrée dans la sphère contractuelle des conventions entre organismes assureurs et prestataires de soins. La réglementation doit être adaptée pour à nouveau régler par convention l'usage facultatif du régime du tiers payant.[6] Cela permettrait aux organismes assureurs de refuser rapidement l'application de ce mode de paiement assoupli aux prestataires de soins qui l'utilisent en vue de frauder ou d'augmenter leur niveau de prestation. Cela renforcerait aussi l'attrait du système de conventionnement.

Le législateur doit permettre aux organismes assureurs de passer des accords avec des prestataires de soins, via des contrats sélectifs, concernant la qualité, la quantité et le coût des soins offerts (naturellement basés sur les recommandations evidence based du KCE, les directives internationales, …). Les prestataires qui offrent efficacement des soins de santé de meilleure qualité doivent pouvoir en être récompensés, tandis que les prestataires de soins dont le profil excessif ne s'explique pas par des différences objectives dans la population de patients doivent pouvoir être sanctionnés au terme d'une période de surveillance, notamment par une différenciation au niveau de l'intervention de l'assurance.

La maîtrise des coûts, qui sera la conséquence de ce processus, doit bénéficier en partie aux organismes assureurs afin que ceux qui fonctionnent correctement puissent se profiler sur le marché comme étant un meilleur choix que les organismes assureurs qui ne contrôlent pas ou qui ne recherchent pas des types de soins plus efficients. Cela doit être transposé dans une adaptation de la réglementation des frais d'administration des organismes assureurs, où l'importance de la partie variable des frais d'administration des organismes assureurs sera renforcée et où les clés de répartition seront actualisées.

6 Si notre demande de régime tiers payant généralisé n'est pas satisfaite.

Rationalisation des instruments d'évaluation via l'usage uniforme du Belrai

Actuellement, le niveau de dépendance est évalué de multiples fois, trop souvent par des instruments différents, et ce dans le cadre de dispositifs d'interventions variés.Nous songeons par exemple ici à l'intervention « Aide de tiers » au niveau de l'INAMI, à l'intervention pour les Personnes en situation de handicap au niveau du SPF Sécurité sociale, l'évaluation de la dépendance auprès de la Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap (VAPH) ou à celle réalisée dans le cadre de la Zorgverzekering, aux allocations familiales majorées,... A l'avenir, une telle multiplication des mesures d'un même réalité n'est plus acceptable.

A tous les niveaux de compétences, les ministres de notre pays ont décidé d'utiliser le Belrai comme instrument de classification uniforme. Le chemin vers une évaluation globale est toutefois encore long.

La MC plaide pour l'introduction généralisée et rapide du Belrai(screener). Mais, pour ce faire, deux conditions majeures sont posées :

- La mise en place d'un système permettant le partage des données entre les secteurs, par exemple à travers un dossier de patient électronique partagé ;
- La prise en compte du fait que l'utilisation et la gestion du Belrai prennent plus de temps que d'autres échelles existantes. Cela ne peut se faire au détriment des moyens disponibles pour les soins en eux-mêmes.

Vu l'expertise engrangée par les services sociaux des mutualités au sein des équipes multidisciplinaires dans le cadre de la VAPH, ou dans l'évaluation de la dépendance des personnes nécessitant des soins importants éligibles au budget de soins (l'ancienne Zorgverzekering intégrée dans la VSB), la MC en Flandre souhaite continuer à jouer très clairement le rôle d'indicateur habilité.

Modèle de concertation

En tant qu'organisation de la société civile dotée d'une base de membres très large, nous sommes, mieux que nul autre acteur, en capacité de faire remonter les besoins de nos concitoyens. Notre forte implication et notre rôle de co-gestionnaire au sein de la sécurité sociale renforcent la légitimité des politiques en la matière. Nous parvenons à toucher, via une communication directe, un très grand nombre de citoyens affiliés chez nous. Nos positionnements sont élaborés de manière participative, au départ de nos membres et nous nous soucions de leur offrir un service de qualité. Les intérêts commerciaux ou l'esprit de lucre ne sont pas des éléments qui nous animent. Nous veillons par ailleurs à une saine concurrence, car nous ne sommes pas la seule organisation de la société civile sur ce terrain.

La réforme des services fédéraux compétents dans les domaines des soins de santé a été mise à l'ordre du jour par le gouvernement actuel. L'effet de levier d'une telle réforme ne doit pas être sous-estimé. Nous restons partisans d'un modèle dans lequel les politiques de santé à venir sont conçues par l'ensemble des stakeholders, et pas seulement par les autorités ou les hauts fonctionnaires des administrations concernées. Sans autonomie de gestion dans le chef des stakeholders, nous basculons vers une gouvernance de type anglo-saxon. D'autre part, nous restons favorables au maintien d'un lien durable entre indemnités d'incapacité de travail et assurance maladie. La MC souhaite continuer à poursuivre ces deux missions.

Le gouvernement flamand actuel a approuvé la création du Conseil flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille. Cet organe, pour les domaines concernés, pourra conclure des accords selon le modèle du Vlaams Economisch Sociaal Overlegcomité (VESOC). Il formulera également des avis de sa propre initiative ou à la demande. Il se compose du gouvernement, de stakeholders et de représentants des travailleurs et des employeurs. La MC attache une très grande valeur à ce conseil. Nous demandons donc qu'il commence immédiatement ses travaux.

Accès équitable aux soins transfrontaliers classiques ou numériques

Au niveau européen, la MC soutient :

- le développement de dossiers médicaux électroniques sécurisés à travers l'Europe. En effet, l'accessibilité doit être garantie pour les patients et pas uniquement pour les prestataires de soins ;
- les investissements européens dans les soins de santé numériques en vue d'améliorer la santé de chacun et dans l'intérêt général ;
- l'intégration de la santé comme thème dans les programmes d'aide européens en vue de favoriser la collaboration en faveur des habitants des territoires transfrontaliers.

5. Une organisation des soins plus efficace, à la mesure du patient

Dans les prochaines années, le secteur de l'aide et des soins sera continuellement confronté à un nombre croissant de personnes en situation de handicap, acquis ou non, de personnes souffrant d'une maladie chronique, de personnes souffrant de troubles psychiques et émotionnels, ainsi qu'à un nombre croissant de personnes âgées vulnérables. Le concept de « fatigue de vivre » a fait son apparition. Alors que dans le passé, la demande d'euthanasie se faisait dans un contexte hospitalier ou de soins à domicile, nous sommes de plus en plus souvent confrontés à des demandes en maison de repos et en centres psychiatriques.

Tout cela se traduit par une demande croissante d'aide et de soins de longue durée et complexes. L'approche est totalement différente de celle visant le traitement des maladies aigues, pour lesquelles a été conçu notre système de soins. Aujourd'hui, nous constatons encore souvent que les prestataires de soins assurent eux-mêmes le contrôle des soins et de l'aide qu'ils confèrent au patient, sur base des services qu'ils peuvent offrir et à partir de leur propre expertise. Ce modèle apparait aliénant à un nombre croissant de patients et leurs proches, qui n'acceptent plus que des décisions ayant un impact majeur sur leur vie soient prises sans leur consentement et exigent d'être reconnus comme de réels partenaire des soins.

Notre système de soins va devoir subir une véritable métamorphose pour passer d'un système fragmentés de soins liés à l'offre à un modèle d'aide et de soins intégrés, où différents prestataires et institutions de soins, à différents niveaux, apportent une contribution coordonnée et concertée en adéquation avec les besoins de la personne et de son entourage. Un système basé sur un continuum d'aide et de soins complet, allant de la promotion de la santé à la prévention, en passant par l'accompagnement, la prise en charge de la maladie, la rééducation jusqu'aux soins palliatifs. La mise en place d'un tel continuum est essentielle. Les objectifs sous-jacents de ce changement de paradigme, comme la socialisation des soins, le « patient empowerment » et le renforcement du rôle de la première ligne, ne pourront être atteints que si l'organisation de notre système de soins est globalement et fondamentalement réformée.

En ce qui concerne spécifiquement les personnes âgées, nous plaidons également pour la mise en place effective d'un continuum de soins pour les personnes en perte d'autonomie. Pour ce faire, il est impératif de travailler au développement de l'ensemble des maillons constituant ce continuum ; de l'accompagnement à domicile à la prise en charge en maison de repos, en passant par les structures d'accueil de jour, les courts séjours, les centres de con-valescence et de revalidation, les services de santé mentale, les soins hospitaliers, les centres de la douleur ou les soins palliatifs. En d'autres termes, des soins sur mesure, une aide et soins dans le bon lieu et au bon moment, tout en respectant autant que possible sa liberté de choix et celle de ses aidants proches. De plus, soulignons que le bien-être des personnes âgées n'est pas qu'une histoire de soins. Beaucoup d'autres facteurs influencent la santé de nos ainés : l'isolement, la qualité de l'habitat, l'aménagement du territoire, les transports, la mobilité, la culture, les loisirs… Ici aussi, une politique transversale en faveur des aînés prend tout son sens.

Nous demandons avec insistance que toutes les autorités de ce pays s'engagent à souscrire aux lignes d'action du plan conjoint en faveur des malades chroniques intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé » (annexe au Protocole d'accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 19 octobre 2015), et à libérer les ressources nécessaires pour poursuivre la mise en œuvre de ce plan (évaluation globale des projets pilotes en cours, sélection et déploiement de « best practices »).

Le développement et la mise en place d'un tel modèle doivent faire l'objet d'un vaste débat sociétal impliquant tous les stakeholders. Les choix opérés en tant que société dans le domaine des soins ne peuvent pas uniquement se baser sur des évaluations cliniques et économiques des différentes alternatives. Il convient en premier lieu de veiller à une juste répartition des moyens limités et surtout aux aspects éthiques des décisions que nous prenons concernant les soins. Pour une structuration réglementaire adéquate du nouveau système, l'intervention coordonnée de toutes les autorités compétentes sera nécessaire.

Outre une nouvelle réduction du nombre de lits, l'offre dans le secteur hospitalier doit être réorientée et mieux répartie. Parallèlement, il conviendra de s'atteler à une réforme approfondie des systèmes fédéraux de financement actuels, jugés complexes, non-transparents, inflationnistes, injustes et souvent insuffisants par tous les stakeholders. De cette manière, la part relativement importante accaparée par les soins aigus au niveau des moyens disponibles dans les soins de santé (lits, services, programmes de soins et prestations de la nomenclature) pourra progressivement être réduite. Les moyens dégagés devront donc être réinvestis dans le système de santé intégré.

Nous demandons à la Région bruxelloise et la Communauté germanophone de respecter le libre choix de la personne en termes d'aide et de soins à domicile.

Plus spécifiquement en Région wallonne et en Région bruxelloise, nous demandons de :

- Fusionner progressivement les dispositifs d'aides techniques (anciennement gérés par l'AWIPH, le PHARE ou le VAPH) et d'aide à la mobilité (anciennement fédéral) ;
- Confier la gestion de ce dispositif fusionné aux sociétés mutualistes régionales afin de constituer un guichet unique pour le citoyen, qui soit accessible à Bruxelles aux différents groupes linguistiques.
- Porter une attention particulière au développement et à l'accessibilité des services d'aide et soins à domicile, d'autant plus si une assurance autonomie est instaurée à Bruxelles. Cette offre doit également tenir compte de la diversité de la population bruxelloise (niveaux de vie, langues, cultures, etc.).

Plus spécifiquement en Communauté germanophone, nous demandons d'impliquer les mutualités dans la cogestion du processus de fourniture d'aides à la mobilité.

Le financement lié à la personne dans le cadre de la protection sociale flamande doit contribuer à la réalisation de ce changement de paradigme. Ce système peut contribuer à la réalisation d'un continuum de soins de manière transversale aux secteurs, où les besoins de la personne nécessitant des soins seront placé au centre des préoccupations. Pour la MC, il est toutefois évident que ce financement lié à la personne ne peut être réalisé par le biais de budgets en espèce, mais via des bons d'échange (voucher) où la personne nécessitant des soins choisira elle-même de quelle manière elle les utilise, sur base d'une information objective et d'un accompagnement des caisses de soins (Zorgkassen).

Le principe de financement lié à la personne offre nombre de nouvelles possibilités aux personnes nécessitant des soins, mais tout le monde ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de choisir seul (ou avec l'aide d'un aidant proche). Nous sommes convaincus de la nécessité d'accompagner les personnes dépendantes qui le désirent dans leur recherche de soins et d'encadrement afin de leur assurer une vie de qualité. Nous demandons aux autorités de reconnaître pleinement le rôle d'accompagnement, de conseil et d'information des Zorgkassen qui ont été désignées comme guichet unique dans le cadre de la protection sociale flamande.

Vu le vieillissement croissant et les défis posés dans le cadre de la protection sociale flamande, mais aussi en raison du fait que, dans le cadre du plan de perspective 2020 et du financement lié à la personne, une plus grande partie de l'aide et des soins aux personnes en situation de handicap sera proposée à partir des services réguliers de la première ligne, la MC demande de prévoir au cours de la prochaine législature un trajet de croissance fort, afin d'évoluer vers un subventionnement complet des services sociaux des mutualités. Le décret sur les soins résidentiels a déjà fixé des critères de subventionnement pour les services sociaux des mutualités. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) subventionnés sera déterminé sur la base de différents paramètres. En raison des budgets restreints, nous n'avons toutefois jamais pu disposer jusqu'ici du nombre réel d'ETP auquel nous avions droit selon ces critères et paramètres. C'est uniquement si les autorités flamandes investissent davantage dans les services sociaux que nous pourrons continuer à soutenir et accompagner nos bénéficiaires de manière qualitative.

5.1. Réorientation de l'offre / Révision du financement des hôpitaux

Un accord doit avant tout chose être trouvé entre les autorités fédérales et les entités fédérées afin de réduire l'offre de lits hospitaliers de 10.000 unités d'ici 2030. De même, **l'offre relativement importante** de soins aigus et psychiatriques et de plusieurs autres services et programmes de soins en milieu hospitalier doit être **réduite**.

L'idée de collaborer au sein de réseaux régionaux et suprarégionaux est entre-temps globalement acceptée sur le terrain. Dans ce cadre, la partie courante de l'offre de soins, les soins de base prévisibles et les soins chroniques seront confiés aux hôpitaux locaux périphériques, qui collaboreront au sein d'un réseau régional et proposeront ce faisant une offre de soins complémentaire dans chaque région. Les soins spécialisés (traitement de pathologies rares ou complexes, qui nécessitent une expertise inhabituelle et une infrastructure onéreuse) seront concentrés dans un nombre limité d'hôpitaux spécialisés, intégrés dans un réseau suprarégional.

De cette manière, les soins de 2e ligne seront organisés de manière plus rationnelle, on réduira l'offre de lits hospitaliers, services et programmes de soins aigus, ainsi que la durée de séjour relativement longue dans nos hôpitaux. Dans ce contexte, il est absolument nécessaire que les réseaux hospitaliers soient calqués au niveau géographique sur les zones de première ligne en Flandre (eerstelijnszones) et des bassins de soins en Wallonie.

Les différents pouvoirs régulateurs de notre pays doivent d'urgence œuvrer à **un cadre juridique adapté afin de soutenir cette mise en réseau sur le plan réglementaire**. Les entités fédérées doivent **utiliser leurs règles de subventionnement comme des leviers** de soutien de cette politique.

Cependant, l'intention du gouvernement fédéral de rationaliser les réseaux hospitaliers et d'organiser le rapprochement des hôpitaux doit tenir compte d'une spécificité wallonne et bruxelloise : il y a bien plus de structures hospitalières publiques que dans le nord du pays. Les hôpitaux relevant du secteur associatif doivent pouvoir obtenir un certain nombre de garanties avant d'envisager de s'associer avec ceux relevant du secteur public à travers une personnalité juridique et une gouvernance propre. Une telle association pourrait s'envisager principalement via le statut juridique spécifique d'associations chapitre XII, à la condition d'une profonde refonte de ce statut et donc des adaptations aux dispositions décrétales et réglementaires.

Actuellement, ce statut juridique présente deux éléments risquant de bloquer la volonté de s'associer :

- Sur le plan de la gouvernance, peu importe la taille de la structure publique, celle-ci est assurée d'avoir au minimum la moitié des voix dans les organes de gestion et d'administration ; de surcroît, le modèle de fonctionnement doit permettre à l'hôpital de rencontrer les enjeux des réorganisations profondes que connaît actuellement ce secteur.

- En ce qui concerne le personnel de ce type d'association, il peut être contractuel et/ou statutaire. Le régime statutaire est beaucoup plus contraignant pour l'employeur et coûteux, sans compter la complexification et l'absence de souplesse dans la gestion des ressources humaines inhérentes à la nature publique des relations sociales. De plus, le régime des pensions des statutaires constitue une hypothèque budgétaire considérable et ne peut être supporté par les hôpitaux.

Nous pensons que ces deux éléments sont particulièrement bloquants et risquent de mettre en difficulté les rapprochements entre institutions hospitalières. Nous demandons que la législation qui organise ces associations chapitre XII soit adaptée afin de lever ces freins et de préserver la plus-value et le dynamisme d'une gestion associative. Le raisonnement est identique en ce qui concerne le cadre légal relatif aux intercommunales hospitalières. À ce titre, les autorités compétentes devraient s'inspirer de ce qui a été fait en Région flamande et permettre aux hôpitaux publics de participer à la création d'Associations de droit privé en vue de l'exploitation totale ou partielle d'un hôpital ou d'activités liées à un hôpital (art. 236 du Décret relatif à l'organisation des centres publics d'aide sociale).

Parallèlement, il conviendra d'œuvrer à une révision fondamentale du mécanisme de financement existant des hôpitaux. Continuer à travailler sur le modèle actuel n'est pas une option. Au cours de la législature actuelle, un timide coup d'envoi y a été donné avec l'introduction d'honoraires prospectifs pour un groupe restreint d'actes à faible variabilité. Bien que nous ne soyons pas d'accord avec la définition concrète que le gouvernement fédéral y a donnée, en particulier concernant la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires complémentaires, nous pouvons soutenir l'idée de base qui se cache derrière ce concept. Nous plaidons pour développer plus avant des honoraires prospectifs, dans le sens d'un financement fixe par admission, y compris à terme pour les soins moins standardisés, et en combinaison avec un paiement partiellement basé sur la qualité des soins fournis (P4Q).

5.2. Investir dans l'ICT et les formules de soins alternatives

Les moyens que nous pourrons dégager devront être réinvestis (en concertation constante entre l'État fédéral et les entités fédérées) :

- Dans des modèles de soins et de collaboration intégrés, qui mettent en place un continuum de soins à la mesure du patient ;
- Dans des alternatives pour l'accueil post-aigu des patients qui n'ont plus besoin d'un encadrement médical spécialisé, mais qui ne peuvent pas encore être redirigés vers les soins à domicile. Idem pour les patients palliatifs qui n'ont plus leur place dans un service Sp spécialisé mais qui ne peuvent pas davantage séjourner à domicile. Nous songeons ici aux modèles de soins transmuraux, aux hôtels de soins, aux centres de convalescence, aux centres de rééducation, etc.
- Dans le développement d'un continuum de soins complet et à visage humain pour le soutien des personnes âgées, des malades chroniques et des personnes en situation de handicap permanent et irréversible, allant des services d'aide et de soins à domicile, en passant par les aides à la mobilité et le développement de nouvelles technologies permettant l'accompagnement à domicile jusqu'aux résidences services et les maisons de repos. Une attention particulière doit également être accordée au développement d'un système intégré de soins de santé mentale.
- Dans le développement d'une plate-forme ICT totalement intégrée, pour collecter et analyser les informations, et les partager avec tous les prestataires de soins concernés, le patient, son entourage et sa mutualité.

Ce faisant, la durée de séjour relativement longue en hôpital aigu pourra être raccourcie.

Nous insistons particulièrement sur le fait que le secteur de la convalescence est souvent méconnu des patients et de leur famille, mais aussi du personnel soignant lui-même ou des assistants sociaux au sein des hôpitaux. En effet, à ce jour, aucun cadre ni soutien n'est apporté à ces initiatives qui répondent à un besoin nouveau.

Dans ce domaine, les acteurs politiques ont un rôle important à jouer. En particulier, nous demandons aux Régions de :

Créer un cadre légal reconnaissant les maisons de convalescence et définir des normes d'agrément ;

Prévoir un financement suffisant afin d'étendre l'offre existante et promouvoir le recours à ces services.

5.3. Réorganisation complète de la première ligne

À tous les niveaux de compétences, une vision et un plan opérationnel doivent être développés en vue d'une réorganisation concertée des soins de première ligne, basé sur les concepts de subsidiarité et de collaboration interdisciplinaire avec et autour du patient. La loi fédérale sur les professions de santé doit être révisée. Les effets de cette révision, et de la collaboration entre prestataires qui doit en découler via des modèles de financement adaptés, doivent donner lieu à une réforme du planning et de la programmation des professions de santé de première ligne.

Nombre de ces éléments sont interconnectés et dépassent la sphère de compétences autonome des différentes autorités. Ainsi, les entités fédérées ne pourront pas résoudre seules le problème des professions en pénurie si les autorités fédérales ne renforcent pas l'attrait de ces disciplines via une valorisation correcte de la nomenclature. Les initiatives de collaboration multidisciplinaire ne verront pas le jour si l'assurance maladie fédérale continue à financer les prestataires de soins sur base de leurs prestations.

Révision de la loi sur les professions de santé

La règlementation des professions de santé doit d'urgence être structurellement adaptée afin de tenir compte d'une série d'évolutions récentes et d'anticiper les tendances futures dans les soins. Nous songeons ici à l'autonomie des patients, aux soins intégrés et à la collaboration multidisciplinaire, à l'arrivée de super spécialités et de nouvelles professions (assistants pour les pratiques de médecins généralistes, hygiénistes dentaires, optométristes, …). Ici aussi, il convient de réagir aux nouvelles méthodes de traitement, aux nouveaux outils de communication et au besoin d'acteurs de soins transversaux.

Le rôle du patient doit être défini de manière active. Un ancrage explicite du concept « shared decision making » dans la législation peut y contribuer.

La réglementation relative aux actes délégués doit cibler davantage les profils d'aptitude (basés sur l'expérience) que les profils de compétences (basés sur le diplôme). La subsidiarité doit devenir la règle. En principe, tous les actes peuvent être délégués à un niveau de soins le plus bas possible, y compris les aidants proches. Uniquement lorsque des raisons médicales le recommandent, une interdiction réglementaire motivée et détaillée de la délégation peut être inscrite. Dans cette optique, le droit de substitution du pharmacien pour les médicaments doit également être étendu à toutes les prescriptions.

Ces réorganisations doivent se faire dans le respect de la liberté de choix du patient.

Planning correct et programmation de l'offre

Partant des nouvelles descriptions des fonctions et des tâches qui découleront de la révision de la loi sur les professions de santé et tenant compte des nouvelles tendances dans les soins (consultation électronique, télémédecine, …), les besoins en terme d'offre médicale au sens large du terme devront être correctement définis. Non seulement pour les médecins et les dentistes, mais aussi pour les kinésithérapeutes, les logopèdes, les psychologues, … Il s'agit à nouveau d'une mission qui dépasse les domaines de compétences autonomes des différentes entités.

Nous demandons aux autorités fédérales qu'elles tiennent compte, dans la planification des contingents globaux, de tous les paramètres pertinents, comme le taux de participation et d'activité des prestataires de soins, l'afflux de prestataires de soins de l'étranger, la structure de population, le profil social de la population et la consommation des soins. Les autorités fédérales doivent également être garantes d'une bonne répartition géographique de cette offre. Une clé de répartition qui tienne uniquement compte du nombre d'habitants des différentes régions de notre pays est inacceptable à nos yeux.

Cependant, la répartition géographique concrète et l'implantation de prestataires de soins dans un lieu donné devrait aussi tenir compte de la manière dont les entités fédérées organisent concrètement les soins de première ligne.

Les entités fédérées doivent réguler l'accès à la formation en fonction des contingents globaux. La MC plaide pour une formation des professionnels basée sur des valeurs et dans le cadre de laquelle chacun opte pour une profession de santé sur base d'une motivation intrinsèque. Elles doivent également veiller à une répartition adéquate des contingents globaux entre les sous-spécialités, afin de résoudre le problème des professions de soins en pénurie. Le succès ne sera au rendez-vous que si les autorités fédérales renforcent l'attrait de ces disciplines via une valorisation correcte de la nomenclature.

Encourager une approche multidisciplinaire

Ces dernières décennies, nombre d'initiatives de coordination et d'harmonisation de l'aide et des soins ont été lancées, à divers niveaux et dans différents secteurs. Nous songeons ici aux structures de concertation et de coordination telles que les SISD, les Réseaux Multidisciplinaires Locaux, les réseaux palliatifs, …

Nous demandons au prochain gouvernement d'évaluer de manière critique et en concertation le fonctionnement de ces initiatives et leur rôle dans le modèle de collaboration global, de gommer les chevauchements et de combler les carences.

La MC plaide pour la reconnaissance et le développement du rôle de case manager, celui-ci pouvant être assumé par

différents types d'acteurs des soins (dont les travailleurs sociaux) autour du patient. Ce rôle doit être défini plus encore, dans le cadre d'une concertation entre les différents niveaux de pouvoir. Dans le cadre de ce travail, nous demandons que toutes les sources de financement possibles soient considérées, et qu'une formation supplémentaire soit prévue pour les dispensateurs de soins qui souhaitent assumer le rôle de case manager.

La conférence de première ligne du 16 février 2017 a clairement défini la direction dans laquelle les autorités flamandes souhaitent évoluer dans le cadre de la réorganisation de la première ligne. Ces choix seront ancrés dans la règlementation durant les prochaines années. Des lignes claires doivent être tracées, certainement en matière de case management et de coordination des soins.

Pour la MC, chaque dispensateur de soins peut assumer le rôle de coordinateur de soins et la fonction de case manager, en tenant compte des compétences requises. La MC demande que les travailleurs sociaux des Services sociaux des mutualités soient reconnus par les autorités flamandes en qualité de coordinateur de soins et de case manager dans les situations où la problématique sociale ou liée au bien-être est importante. Au vu de nos années d'expérience, nos Services sociaux sont en effet particulièrement bien placés pour assumer la fonction de case manager. De même, la coordination des soins fait actuellement déjà partie des missions des Services sociaux.

La MC plaide en outre pour garantir la coordination de la concertation comme fonction distincte, indépendamment du case management ; la coordination de la concertation doit également rester possible dans le cadre de la concertation multidisciplinaire pour les bénéficiaires pour lesquels aucun case manager n'est désigné. Si la coordination de la concertation est amenée à disparaître, de nombreuses situations de soins resteront sur la touche. L'accès à la coordination de la concertation va plus loin que le case management ; le case management vise uniquement le sommet de l'iceberg. Il ressort de la pratique que dans certaines situations, le coordinateur de concertation (un tiers qui n'est pas impliqué dans l'aide concrète auprès d'un client) apporte une réelle plus-value dans la mesure où il rassemble toutes les parties chargées des soins du client afin d'examiner la situation, de passer des accords et de résoudre d'éventuels problèmes.

À l'instar du case management, nous demandons un financement structurel de la coordination des soins.

En tenant compte des orientations qui seront prises par les différents niveaux de pouvoir concernant la fonction de case manager, les centres de coordination devraient pouvoir, si nécessaire, intégrer également cette approche au sein de leurs missions, et ce de manière complémentaire à la mission de coordination qu'ils effectuent déjà.

Modèles de financement adaptés

Un système de financement par prestation peut constituer un obstacle à la mise en place d'un système de soins intégrés et axés sur les besoins. Nous devons donc nous diriger vers des modèles de financement qui encouragent la collaboration autour du patient. L'introduction dûment réfléchie de modèles de paiement groupé, pour indemniser de manière globale tous les éléments d'aide et de soins pour certains types de patients, de façon transmurale et au-delà des limites des diverses disciplines et niveaux de compétences, peut s'avérer être un incitant pour des soins intégrés, qui correspondront davantage aux besoins du patient et de son entourage. Il faut dès lors œuvrer à une réglementation qui structure ce type de modèles de financement innovants.

Dans ce cadre, nous plaidons également pour une réforme du financement du DMG (en fonction de l'évaluation positive de la qualité et de l'efficience). L'honoraire forfaitaire que reçoit le généraliste pour la gestion du DMG doit pouvoir être modulé selon le type de patient, comme c'est déjà le cas actuellement pour certains malades chroniques. Un élargissement à d'autres publics-cibles est à promouvoir.

Nous plaidons enfin pour une modulation des honoraires des consultations, faisant une distinction entre une consultation classique pour les problèmes de santé, une consultation liée à la résilience et à la Santé Positive[7], et une consultation électronique.

Pour ce qui concerne le modèle de financement des dispensateurs de soins, nous plaidons pour une formule basée sur :

- 60% de financement forfaitaire : couvre en fait l'activité de la pratique selon le profil de ses patients ;
- 30% à l'acte : afin de pouvoir payer les prestations en dehors de l'approche forfaitaire ;
- 10% sur base de critères de qualité : tenter d'atteindre des objectifs, processus d'accréditation amélioré sur base de l'utilisation d'un Portfolio.

Meilleur soutien des professionels de l'aide et des soins

Le bien-être des professionnels de l'aide et des soins est un paramètre essentiel pour la qualité du système. Les autorités de tous niveaux doivent veiller à renforcer l'attrait de ces professions et à soutenir les professionnels.

Des initiatives telles qu'Impulseo et Assisteo peuvent y contribuer, ainsi que le développement des fonctions de continuité des soins dans des bassins de première ligne (postes de garde des médecins généralistes, services de garde des pharmaciens, …).

7 https://www.mijnpositievegezondheid.be/

Intermezzo : Améliorer la communication entre les différents acteurs

Un modèle de soins intégré ne peut être mis en place sans une communication permanente entre les différents acteurs. Nous avons besoin d'un modèle ICT performant et interopérable, pour collecter efficacement toutes les informations utiles, les analyser et les partager avec tous les prestataires de soins concernés, le patient, son entourage et sa mutualité/Zorgkas. Ce système doit, à terme évoluer, vers une « communauté », où prestataires de soins, patients, aidants proches, organismes assureurs et autorités seront activement impliqués. Bien entendu, les droits des patients et le droit à la vie privée du patient doivent être respectés.

La consultation des données ne peut avoir un effet positif que si le patient dispose lui aussi d'un droit de regard sur les conséquences de ses choix. Actuellement, le patient ne dispose pas toujours des bonnes informations concernant la qualité et le prix des soins, qui peuvent lui permettre de faire un choix éclairé. Les informations sont souvent très diffuses ou ne sont plus à jour. Dans un système de soins en constante évolution, les patients ne pourront endosser leur rôle de partenaire des soins que s'ils sont correctement informés des options qui s'offrent à eux et s'ils ont une vision suffisante du prix et de la qualité de l'offre de soins, via une plate-forme ICT unique et facile d'accès. Pour nous, il s'agit là d'une mission pour la mutualité santé. Nous demandons aux autorités de reconnaitre et d'honorer ce rôle, et de veiller à ce que nous puissions disposer, en tant que mutualité santé, de toutes les informations nécessaires pour informer correctement nos membres à propos des options qui leur sont présentées.

Le fédéral et les entités fédérées ont déjà entrepris de nombreuses tentatives pour parvenir à un modèle intégré de partage des données, mais les efforts doivent être intensifiés.

Le plan d'action eSanté doit ainsi être réalisé intégralement et moyennant certains efforts supplémentaires. Ces mesures doivent être soutenues par des informations supplémentaires aux citoyens et aux prestataires de soins.

La priorité absolue est l'introduction généralisée d'un dossier médical électronique intégré et partagé. Une attention spécifique doit en outre être portée sur une meilleure harmonisation des données de santé et de bien-être, au-delà des domaines de compétences de l'État fédéral et des entités fédérées.

Nous constatons que les échanges électroniques de données portent actuellement essentiellement sur des données (para)médicales. Pourtant, dans le cadre d'une vision plus large de la santé et d'une socialisation des soins, le contexte de vie du patient et son bien-être sont des paramètres de plus en plus importants. Un rapprochement des dimensions bien-être et santé ne peut rester lettre morte.

Dans ce cadre, nous plaidons pour que les entités fédérées favorisent une interopérabilité sémantique dans le secteur de l'aide et franchissent les étapes en vue de la création d'une source authentique de travailleurs de ce secteur (qui ne disposent pas d'un numéro INAMI dans le cadre de l'AR 78 ; par exemple les services sociaux des mutualités). Elle permettra l'intégration des données de bien-être et des données contextuelles dans le dossier global du patient/bénéficiaire.

Nous plaidons pour que le niveau de gestion flamand, compétent pour l'agrément des professions de soins, impose ce processus et le reprenne comme chantier explicite, notamment pour poursuivre le déploiement d'un accueil large et intégré en Flandre.

Les aidants proches assurent 60% des soins des malades chroniques. Actuellement, il n'existe aucun système formel (hormis la transmission par le malade chronique de son eID et de son code pin) qui leur permette d'avoir accès aux données présentes dans Vitalink ou d'autres sources de données issues des autres entités fédérées. La MC demande la mise en place d'un système dans lequel les aidants proches pourront être mandatés pour consulter les données de soins et de bien-être des personnes dont ils s'occupent (et les gérer le cas échéant). La personne qui nécessite des soins ou ses aidants proches doivent par ailleurs avoir le contrôle du partage de leurs informations.

5.4. Meilleur soutien des patients palliatifs

En fin de vie, il est essentiel de respecter la volonté de chacun quant du type de prise en charge de la douleur. Il est également indispensable de permettre à chacun de choisir le lieu où il terminera ses jours, que ce soit à domicile, à l'hôpital ou en institution.

À cet égard, nous formulons les demandes spécifiques suivantes :

- Le financement des équipes palliatives multidisciplinaires doit être suffisant et permettre de répondre aux besoins. Les besoins ne sont pas uniquement liés au vieillissement de la population et à l'explosion des affections chroniques qui mènent à des situations palliatives. Il faut du temps pour informer les patients de façon correcte, complète et compréhensible de leur situation et des soins palliatifs, afin qu'ils puissent choisir en toute connaissance de cause. Nous devons éviter que le patient, par manque d'information et de planification précoce des soins, ne fasse son choix sous la pression de la société, de ses aidants proches ou de dispensateurs de soins. La loi sur l'euthanasie et les conditions d'admissibilité des demandes doivent être évaluées.

- Subventionner les Fédérations Wallonnes, Bruxelloise et Flamande de Soins Palliatifs. Ces fédérations sont actives depuis de nombreuses années. Elles agissent comme représentants transversaux des acteurs en soins palliatifs au niveau fédéral et régional. Elles ne disposent pas de subsides fédéraux malgré leurs participations dynamiques à l'élaboration des mesures visant à améliorer le paysage des soins palliatifs.

- Dans le cadre de la détection anticipée de situations susceptibles d'évoluer vers des soins palliatifs, nous proposons que la planification anticipée des soins soit rapidement implémentée. Cela signifie une information et une sensibilisation des prestataires à tous les niveaux : première ligne, maisons de repos, hôpitaux.

- Proposer différentes alternatives de séjour.

5.5 .Aidants proches

Les aidants proches jouent un rôle essentiel dans le soutien, l'aide et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie : chaque jour en effet, des milliers de belges prennent soin d'un parent, d'un enfant ou, plus largement, d'un proche en perte d'autonomie plus ou moins importante. Il est démontré aujourd'hui que cette aide peut avoir un impact sur leur propre santé, surtout dans les situations où l'aide s'avère intensive ou du fait de l'avancée en âge de l'aidant proche lui-même. Si la reconnaissance des aidants proches et l'octroi de droits sociaux spécifiques relèvent essentiellement du fédéral, les Communautés et Régions ont un rôle important à jouer en termes de construction de réponses adaptées et de dispositifs de soutien à mettre en place en réponse aux besoins spécifiques des aidants proches. Il faut néanmoins veiller à ce que ceux-ci ne soient pas utilisés comme substituts aux professions d'aide et de soins.

En particulier, les Communautés et Régions doivent :

- Renforcer et diversifier l'offre de répit notamment par le soutien et le développement de structures d'accueil de court séjour et de convalescence adaptées aux besoins de la personne aidée et de son aidant ;
- Développer et rendre financièrement accessibles tous les services d'aides et de soins à domicile permettant une réponse personnalisée à des besoins diversifiés au domicile de la personne en perte d'autonomie ;
- Financer et développer les gardes à domicile, en particulier les gardes de nuit ;
- Soutenir et développer les initiatives visant un meilleur accompagnement psycho-social préventif des aidants proches en renforçant les possibilités d'accompagnement et de soutien ainsi que la proactivité des centres de coordination et des Services sociaux des mutualités au bénéfice des aidants proches, afin que ceux-ci bénéficient au plus tôt des dispositifs médico-sociaux qui leur sont dédicacés ;
- Veiller à ce que l'information sur les législations et les aides qui les concernent spécifiquement et qui concernent également les personnes qu'elles soutiennent au quotidien soit mise plus aisément à leur disposition et qu'un soutien administratif éventuel dans les démarches à accomplir soit prévu ;
- Encourager et soutenir les aidants proches dans leur recherche de réponses adaptées à leurs besoins en reconnaissant l'ASBL Aidants proches comme fédératrice d'un certain nombre d'opérateurs en charge des réponses à apporter concrètement aux aidants proches.

5.6. Volontariat dans le secteur de l'aide et des soins

Le volontariat revêt une importance primordiale, notamment dans les situations d'accompagnement à domicile, en permettant aux personnes dépendantes de rester plus longtemps chez elles.

C'est pourquoi la MC demande que le prochain gouvernement porte une attention particulière aux volontaires. Nous demandons que le cadre légal permette de soutenir le travail des volontaires sans en faire un sous-statut professionnel, et que les entités fédérées soient impliquées dans les discussions concernant le volontariat.

5.7. Assurance autonomie et aide aux personnes âgées en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone

Assurance autonomie

Le contexte démographique et socio-sanitaire nous le montre, de plus en plus de Belges seront à l'avenir confrontés aux problèmes de perte d'autonomie. Plus que jamais, il est nécessaire de développer une vision globale de ce que devrait être la future politique en matière de dépendance. Cette vision devra définir la dépendance au sens large et englober les problématiques de dépendance physique, psychique mais aussi sociale. S'il importe de continuer à investir et renforcer les dispositifs existants pouvant favoriser l'autonomie, la mise en place, à l'instar de la Flandre, d'une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles constituera un nouveau levier pour répondre aux enjeux en la matière.

Cette future assurance devra répondre à différents impératifs :

- Répondre aux besoins de toute la population, indépendamment de l'âge, des revenus ou de son lieu d'habitation ;
- Être basée sur des mécanismes de financement et de rétribution solidaires et universels : nous privilégions une cotisation de sécurité sociale régionale ou un impôt progressif sur les revenus pour financer le dispositif tout en insistant pour qu'il y ait un cofinancement des pouvoirs publics ;
- Prévoir des moyens de financement suffisants afin que le dispositif représente une réelle plus-value sociale pour les citoyens ;
- Faire du niveau de dépendance le critère principal pour permettre d'identifier le public bénéficiaire et ce dès le niveau le plus bas afin de rencontrer les objectifs de prévention de la perte d'autonomie ;
- Décliner l'offre de l'assurance autonomie selon deux approches combinées : une allocation forfaitaire et un renforcement de services afin de garantir le libre choix du patient et de favoriser son autonomie tout en soutenant une dynamique d'entrepreneur social en renforçant les services associatifs agréés ;
- Maintenir une prise en charge suffisante pour les publics non visés par la future assurance autonomie (notamment en situation de dépendance sociale).
- Utiliser, à termes, une échelle du niveau de dépendance unique : le BELRAI ; pour autant qu'elle permette de mesurer celui-ci de manière adéquate, multidimensionnelle, en concertation avec les prestataires et bénéficiaires.

En **Région Wallonne et en Région bruxelloise**, les aides prioritaires visées par une future assurance autonomie doivent comprendre l'accessibilité aux services d'aide journalière, le renforcement des centres de coordination et le soutien aux aidants proches. À plus long terme, l'assurance autonomie devra progressivement couvrir également le soutien à l'aménagement du domicile ainsi que le recours à des services de téléassistance, les aides matérielles et le transport non urgent.

En **Région bruxelloise**, le Collège réuni a décidé de maintenir l'APA et d'en confier la gestion aux mutualités, tout en évaluant la faisabilité et l'opportunité de mettre en place une assurance autonomie. À cet égard, nous plaidons pour que l'assurance autonomie soit élaborée en tenant compte des besoins couverts par l'APA afin d'élaborer un dispositif complémentaire à celui-ci.

En **Communauté germanophone**, nous plaidons pour une analyse des possibilités de mise en place d'une AA compatible avec les dispositifs similaires dans les autres entités fédérées afin d'assurer la portabilité des droits des citoyens.

En **Région wallonne** et dans l'hypothèse de la création d'une Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA) sur base de l'APA existante, nous demandons d' :

- Évaluer le dispositif existant ;
- Opérer un glissement progressif d'un régime d'assistance à un régime d'assurance ;
- Faire en sorte que les mutualités reprennent les missions du SPF en la matière en leur donnant les moyens adéquats pour ce faire ;
- Élargir son accès en relevant les plafonds de revenus accessibles ;
- Utiliser, à terme, une échelle du niveau de dépendance unique : le BELRAI.

5.8. Politique cohérente en matière de santé mentale

La santé mentale est un concept particulièrement complexe. Entre le simple besoin d'être écouté et le fait de souffrir d'une maladie mentale, il y a une infinité de situations particulières qui demandent autant de solutions adaptées. D'autant qu'à chaque situation correspond un environnement familial, professionnel et social particulier qui aura un impact important sur la santé mentale et sur le type de soutien à mettre en place.

L'offre de soins proposée aux personnes souffrant de troubles psychiques est large et variée. Cette offre est également en plein développement, notamment en réponse à la demande de socialisation et de soins axés sur les besoins des patients dans le processus de guérison.

Cependant, des problèmes importants au niveau de l'aide apportée aux personnes souffrant de troubles psychiques existent, problèmes qui, en outre, se renforcent mutuellement : tabous et stigmatisation, malades et dispensateurs de soins peu familiarisés aux services d'aide proposés, détection tardive des problèmes psychiques, report de la demande de soins nécessaires, renvoi inadéquat, manque de continuité et de coordination des soins, listes d'attente et obstacles géographiques, culturels et financiers pour l'accès aux soins. Tout cela ne profite pas à la qualité et à l'accessibilité des soins.

D'autre part, l'absentéisme pour cause de problèmes de santé mentale (1 nouvelle incapacité de travail sur 3) ne cesse d'augmenter : des absences de longue durée à des âges de plus en plus jeunes mais aussi un présentéisme croissant, un plus haut risque en termes de comorbidité, une augmentation des troubles anxieux et un nombre important de suicides ou l'impact de différents facteurs environnementaux sources de stress ont un impact social considérable sur le bien-être et un coût non négligeable.

Le secteur des soins de santé mentale doit dès lors faire l'objet d'une profonde réforme. En effet, nombreux sont les éléments qui posent problème : organisation des soins centrée sur les services résidentiels, système de financement complexe, morcellement de l'offre de soins. Finalement, la répartition de compétences entre les autorités fédérales et communautaires rendent le tout peu transparent et entravent probablement la bonne efficacité des soins.

Différents groupes sociaux sont particulièrement vulnérables et méritent une attention toute particulière : les personnes connaissant des difficultés financières graves ou évoluant dans un milieu socio-économique défavorisé, les malades chroniques, les enfants et jeunes adultes, les allochtones ou les personnes isolées. Afin de vieillir dignement, les besoins spécifiques des personnes âgées doivent également être pris en considération.

Nous demandons également une révision fondamentale du financement des soins de santé mentale et une intégration plus poussée des soins dans l'environnement-même de la personne comme alternative à l'hospitalisation des patients. La socialisation de soins ne pourra pas uniquement être atteinte par la reconversion ou la diminution du nombre de lits ou en investissant davantage de ressources au sein d'« équipes mobiles » (pourtant pertinentes). Ces ressources doivent aussi être utilisées pour améliorer l'intégration des réseaux : renforcement des services de santé mentale de première ligne

organisé sur base d'une « communauté de soins » et poursuite de la désinstitutionalisation moyennant un empowerment du patient ainsi qu'une prise en charge optimale en seconde ligne lorsque cela s'avère tout de même nécessaire.

Afin de développer une politique de santé mentale plus performante, il est essentiel de :

- Sensibiliser la population aux problématiques de santé mentale afin de lutter contre la stigmatisation et les tabous ;
- Favoriser la prévention des troubles de santé mentale dès le plus jeune âge ;
- Informer correctement la population par rapport aux dispositifs de prise en charge et de soutien existants ;
- Produire des études et statistiques qui permettent d'identifier les problématiques les plus prégnantes en termes de santé mentale. Les mutualités peuvent y jouer un rôle par le volume et le type de données dont elles disposent ;
- Prévoir des investissements financiers à destination des services du domicile afin de former le personnel à un soutien et un accompagnement des personnes en souffrance mentale au domicile ;
- Soutenir les formations en psychiatrie afin de rencontrer la pénurie des psychiatres ;
- Augmenter les heures de formation en santé mentale à l'attention des prestataires de la première ligne.

Le succès des soins dans l'environnement de la personne dépendra de la capacités de répondre aux besoins de soins, de la mise au centre des préoccupations de la qualité et de la détection précoce des besoins. Dans cette perspective, le travail evidence based connait quelques limites. Le besoin de soins est plus grand chez les personnes qui n'ont pas de diagnostic spécifique. Le diagnostic n'est donc pas un bon élément prédictif de la demande de soins.

Le résultat de la prise en charge dépend également de l'efficacité avec laquelle les réseaux interagissent et répondent à la demande de soins. C'est pourquoi un renforcement et une différentiation plus poussée de l'offre de soins est cruciale afin que les soins requis puissent être dispensés à temps et selon une approche de qualité. La MC demande le développement de nouvelles initiatives d'aide psychologique (financièrement) accessibles en première ligne qui répondent à une demande d'aide plus rapide et à une détection précoce des problèmes. Le cas échéant, des actions sur mesure peuvent être prises pour des groupes cibles spécifiques, plus difficiles à atteindre. Il convient en outre de miser davantage sur la collaboration entre la santé mentale et les acteurs du bien-être, et sur la poursuite de l'implémentation des différents réseaux de soins : une détection précoce efficace (côté patient), un renvoi dans les délais (assistance sociale et aide de première ligne) et une attention aux personnes atteintes de troubles psychiques conduisent « à une prise en charge dans la communauté » efficace. Nous entendons par cela : les services d'aide et de soins à domicile, les équipes de réhabilitation et travailleurs dans les secteur de la prévention, (ex-)patients, aidants proches, organisations de patients et de familles, experts. Faire appel à des experts d'expérience peut présenter plusieurs avantages : entrer en contact avec ceux qui refusent l'aide, faire office d'exemple, aider la personne à mettre à profit ses propres forces dans le cadre de son processus de guérison.

Dans ces réseaux, le psychologue de première ligne (PPL) endosse une position de coordination. Il livre des soins en continu en cas de plaintes psychiques non-complexes, en collaboration avec tous les autres dispensateurs de première et de deuxième ligne, partant du modèle de soins échelonnés qui favorise la détection et la prévention précoces en cas de problèmes psychiques (plaintes modérées). Le PPL collabore étroitement avec le médecin généraliste (ou le psychiatre) d'une part et les acteurs des SSM / services de répit d'autre part. Les patients en situation de risque aigu, ayant une vision perturbée de la réalité ou particulièrement vulnérables sont orientés vers un accompagnement plus intensif en deuxième ou troisième ligne.

L'importance du psychologue de première ligne et des autres travailleurs de première ligne dans la détection des signaux et l'évaluation des besoins est claire pour la MC. Ceux-ci ont une compréhension des besoins en soins qu'ils soient limités ou plus importants. « Intervenir plus rapidement » signifie motiver les personnes en difficulté sur base volontaire avant tout, de les faire adhérer sainement à leur prise en charge, en mettant la personne au centre et en facilitant l'accès au système.

Finalement, le vieillissement requiert une attention spécifique afin de permettre aux personnes âgées de vieillir dignement. Le développement de la psychogériatrie comme une sous-spécialité à part entière est donc une nécessité.

Besoin de renforcer l'offre de manière innovante, notamment au sein des Centres de soins de santé mentale (CSSM), dans les soins aux enfants et adolescents, mais également aux personnes âgées, aux personnes confrontées à des problèmes d'addiction et aux personnes dont le trouble psychiatrique est stabilisé. Pour le reste, il importe également de miser sur l'amélioration des compétences de l'ensemble des prestataires et de prévoir des incitants à la concertation et à la collaboration..

5.9. Transport

L'accessibilité au système de santé reste un enjeu permanent. Les transformations en cours liées au vieillissement et au développement des maladies chroniques, la réorganisation de la première ligne de soins, du paysage hospitalier ou encore le souhait des personnes de rester à leur domicile, exigent la mise en place d'une offre de transport adéquate, qui soit performante, accessible et inclusive. Cela signifie garantir une accessibilité à l'aide et aux soins dans ses dimensions multifactorielles (pas seulement une accessibilité financière, mais aussi physique, temporelle, un accès à l'information, un accompagnement et un accueil de qualité, etc.). Dans ce cadre, les citoyens doivent pouvoir, autant que possible, faire le choix entre leur propre mode de transport, un transport planifié et un transport adapté. L'offre de transport doit aussi être en mesure de favoriser la participation sociale en complément de l'approche sanitaire en vue de maintenir ou stimuler l'inclusion sociale des personnes à mobilité réduite.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut :

- Soutenir et encourager le développement non-marchand de ce secteur en limitant l'accès aux acteurs publics et associatifs :
  - fixation de normes de qualité tant techniques qu'humaines ;
  - formation et qualification du personnel ;
  - normes de financement identiques pour l'ensemble du secteur non-marchand ;
  - développement des initiatives associatives de transport de malades avec des volontaires, dans le cadre du pacte associatif.
- Renforcer l'aménagement des véhicules de transport en commun et des infrastructures y donnant accès ;
- Encourager la concertation entre les responsables des sociétés de transport public et les représentants des personnes à mobilité réduite ;
- Uniformiser entre les compagnies de transport public l'accès aux abonnements préférentiels pour personnes à mobilité réduite en les rendant disponibles voire réversibles en inter réseaux.

Pour ce qui concerne les transports de porte à porte via minibus, ceux-ci doivent bénéficier des améliorations suivantes :

- Étendre le nombre de véhicules disponibles ;
- Élargir les plages horaires de réservation et en simplifier la procédure ;
- Augmenter les budgets actuellement octroyés aux services de transport adaptés pour exercer les missions auparavant dévolues au TEC 105 afin de pouvoir procéder à ces améliorations.

6. Attention accrue à la prévention et à la promotion de la santé

6.1. Besoin d'une politique coordonnée

Personne ne souhaite être en mauvaise santé. Pourtant, que ce soit au travail, à la maison, dans nos déplacements, dans le cadre de nos loisirs, nous adoptons tous les jours, volontairement ou malgré nous, des comportements dont les conséquences peuvent être néfastes pour notre santé. Nous subissons également les effets de nuisances dont nous n'avons pas toujours la maitrise...

Dans ce cadre, la prévention et la promotion de la santé, domaines dans lesquels la MC s'est engagée depuis des décennies, jouent un rôle essentiel dans la mesure où elles concernent et agissent sur les déterminants sociaux de la santé (physique et mentale). Cependant, malgré leur importance communément admise et le rôle qu'elles jouent en termes de lutte contre les inégalités de santé, individuelle et collective, les politiques de prévention et de promotion de la santé restent le parent pauvre de notre système.

En termes de concertation et de gouvernance, nous plaidons pour la mise en place d'une politique cohérente et co-construite à tous les niveaux :

- Au sein d'un même niveau de pouvoir (notamment entre les différentes compétences ministérielles comme le logement, la mobilité, l'environnement, l'emploi, etc.) ;
- Entre les différentes entités fédérées ;
- Entre le fédéral et les entités fédérées notamment en ce qui concerne la mise en œuvre du pacte des mutualités (niveau fédéral) qui prévoit l'accentuation de missions de prévention et de promotion de la santé dans le chef des OA. **Les mutualités assument un engagement important dans le cadre de la santé préventive. Nous souhaitons continuer à assumer activement cet engagement**. La MC demande dès lors à être associée (pro-)activement à toute action de prévention pertinente entreprise, afin de soutenir davantage la population (et les groupes vulnérables).

Une meilleure concertation devrait, par ailleurs, permettre de rendre les campagnes plus efficaces et plus accessibles grâce à une communication mieux organisée et des actions de terrain plus adaptées à la population visée.

Nous demandons à toutes les autorités de conclure un protocole global concernant la politique qu'elles souhaitent mener conjointement en matière de promotion de la santé et de prévention. Il serait nécessaire d'établir un cadastre de toutes les initiatives en cours, et de vérifier quelles actions sont bénéfiques pour la santé, et dans quelle mesure. Une analyse critique du terrain mettra en lumière les recoupements et les éventuelles zones d'ombre qu'une meilleure collaboration permettrait de faire disparaître.

Dans le même temps, elles doivent développer une vision de l'information, de l'éducation en matière de santé et de prévention ainsi qu'élaborer un plan d'action visant à coordonner les initiatives existantes aux différents niveaux de compétences. Les projets qui ont eu un effet bénéfique avéré doivent être structurellement stimulés via des subsides.

En Région Wallonne, au regard de ce qui aura été fait sous cette législature, l'enjeu prioritaire sera de s'assurer que le plan prévention/promotion de la santé 2030 puisse être suivi de résultats probants. Il est dès lors important de concrétiser la mise en œuvre des actions déterminées dans ce plan, de prévoir que des moyens suffisants et structurels puissent être dégagés pour ce faire et des évaluations régulières afin de tenir compte de l'évolution des besoins et de répondre aux dysfonctionnements rencontrés. Nous demandons par ailleurs d'être associés au pilotage de cette mise en œuvre au regard de la nouvelle mission issue du pacte OA en la matière.

Enfin, nous demandons de rendre pérenne le financement des PSE en les finançant adéquatement en regard du déploiement de leurs missions (par exemple, la prise en charge des frais de transports ou encore la valorisation des métiers et fonctions).

En Région bruxelloise (COCOM-COCOF-Vlaamse Gemeenschap), à la suite de l'expérience issue du plan stratégique « promotion santé » de la COCOF, nous demandons de :

- Reconnaitre l'associatif comme partenaire et pas uniquement comme opérateur de la prévention et promotion de la santé.
- Assurer un lien entre les dispositifs COCOF, COCOM (dont le plan santé bruxellois) et de la Vlaamse Gemeenschap pour mener une politique cohérente pour les bruxellois.
- De plus, nous demandons de s'assurer le dynamisme du Conseil Consultatif COCOM qui aura à traiter des compétences en matière de prévention transférées du fédéral.

En Communauté germanophone, nous demandons la mise en place d'une plate-forme de coordination dans le cadre de la mise en œuvre du concept de la prévention et promotion de la santé développé par la Communauté germanophone. Elle sera le point charnière entre les différents acteurs et elle accompagnera la réalisation des projets ainsi que l'évaluation de ceux-ci en collaboration avec l'administration.

Actuellement, des initiatives de prévention menées en Flandre visent déjà la mise en œuvre du principe « health in all policies ». De nombreuses barrières se dressent toutefois lors de l'exécution concrète. Pour concrétiser réellement le principe d'« health in all policies », un plan d'action doit être établi auquel différents stakeholders doivent être associés.

Les mutualités assument également un engagement important dans le cadre de la santé préventive, et ce à différents niveaux :

- au niveau de l'individu ;
- dans l'environnement direct ;
- au niveau stratégique.

Nous souhaitons continuer à assumer activement cet engagement.

La MC demande dès lors à être associée (pro-)activement à toute action de prévention pertinente entreprise dans le paysage flamand, afin de soutenir davantage la population (et les groupes vulnérables).

La MC demande que les autorités sollicitent les différents stakeholders (parmi lesquels les mutualités) qui font preuve d'engagement afin de renforcer la (prévention) santé dans les différents domaines.

À ce jour, des actions qualitatives ont été menées par plusieurs organisations (éventuellement en collaboration). L'évaluation de l'effet sur la santé n'est pas évidente et requiert de nombreux efforts. Il importe non seulement de porter davantage attention aux effets négatifs d'un mode de vie malsain, mais également aux bénéfices sur la santé des interventions qualitatives.

La MC demande dès lors aux autorités flamandes de prévoir un outil le plus simple possible qui puisse être utilisé par les organisations actives dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, afin qu'elle puisse évaluer de manière effective et efficiente le gain sur la santé réalisé.

La MC demande que l'Europe en fasse davantage sur le plan politique et législatif, plus précisément dans les domaines suivants :

- Qualité de l'air ;
- Interdiction des perturbateurs endocriniens ;
- Soutien financier de l'Europe pour la recherche clinique indépendante et la recherche scientifique fondamentale.

6.2. Chantiers spécifiques

Health impact assessment

Le gouvernement devrait veiller davantage à l'impact des nouvelles décisions politiques, tous domaines confondus, sur la santé et le bien-être des citoyens. C'est pourquoi nous demandons d'étendre la réalisation de l'analyse d'impact, à laquelle chaque membre du gouvernement est désormais contraint par la loi, aux matières qui concernent la santé. En tant que mutualité santé, nous pouvons exprimer la vision de nos membres et collaborer au développement et à la mise en œuvre de tests efficaces. Nous demandons d'appliquer cette analyse d'impact à tous les arrêtés d'exécution, accords de collaboration et autres décisions.

Alimentation

Nous demandons aux autorités de réguler strictement les revendications sanitaires et alimentaires sur les étiquettes des produits alimentaires. À l'instar du label énergétique, un label alimentaire front-of-pack devrait permettre au consommateur, d'ici 2024, de se forger rapidement et simplement une idée de la valeur nutritive et des risques de santé potentiels du produit. Les personnes pourraient alors faire des choix en toute connaissance de cause.

Nous demandons également une interdiction totale de la vente de boissons sucrées et de friandises (dans les distributeurs automatiques) à l'école et à proximité des entrées des écoles.

La MC demande que l'Europe en fasse davantage sur le plan politique et législatif, plus précisément dans les domaines suivants :

- Étiquetage uniforme des aliments et de leur effet sur la santé ;
- Interdiction du marketing pour les produits gras ou sucrés à l'égard des jeunes enfants.

Disponibilité de l'alcool et des produits tabagiques

La consommation d'alcool et de tabac doit être réduite à l'aide de diverses mesures coordonnées aux différents niveaux politiques.

Pour ce qui concerne le volet fédéral de cette politique, la priorité doit être donnée aux mesures qui restreignent la disponibilité de l'alcool et du tabac, comme le relèvement de l'âge minimal d'achat de ces produits à 18 ans et un meilleur contrôle du respect de la législation.

Pour ce qui concerne les produits tabagiques, nous demandons une hausse significative du prix du tabac (d'au moins +50%, un prix européen minimum pour ces produits au niveau du prix pratiqué au Royaume-Uni serait préférable), une interdiction totale de la publicité pour ces produits, en ce compris un packaging neutre et une interdiction d'exposition dans les espaces commerciaux. Nous demandons une politique qui garantisse à chaque enfant le droit de grandir dans un environnement sans tabac. Des mesures doivent être prises pour protéger les enfants des conséquences néfastes du tabagisme passif et de la tentation de se mettre à fumer eux-mêmes, allant de campagnes de sensibilisation en faveur d'une grossesse sans tabac à une interdiction absolue de fumer à proximité d'enfants et adolescents. La MC soutient le projet « Génération sans tabac », lancé par 9 organisations le 29 mars 2018, et demande que les autorités soutiennent également cette initiative positive.

Concernant l'alcool, nous demandons une interdiction de la vente d'alcools forts dans les magasins de nuit et les stations-services et une interdiction de la vente de boissons alcoolisées dans les automates. Nous demandons en outre une augmentation significative du prix de ces produits.

Nous demandons à l'Europe d'instaurer une interdiction de publicité pour l'alcool.

Promouvoir un environnement sain

Nous demandons à toutes les autorités de ce pays de lutter ensemble contre les nuisances résultant du trafic automobile irréfléchi et exagéré (files, nuisances sonores, pollution de l'air, …) et de réaménager l'espace public et la voie publique de façon à ce que la mobilité douce puisse se développer dans un climat sain et sécurisant (transports en commun plus efficaces, pistes cyclables sécurisées, aménagement de zones piétonnes, …).

Prévention médicale

En ce qui concerne la prévention médicale, nous demandons de :

- Mettre l'accent sur la composante sociale de la prévention, par exemple par la pratique du sport ou l'engagement associatif et investir dans la composante « lien social » comme facteur déterminant de la santé ;
- Renforcer les campagnes d'information et de dépistage (ex : diabète, cholestérol, cancer, etc.). Plus spécifiquement, en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, il y a lieu d'augmenter le nombre de personnes qui y ont recours en s'interrogeant sur les raisons de la faiblesse de leur succès ;
- Renforcer les campagnes d'information sur les médicaments moins chers ;
- Renforcer l'observance thérapeutique ;
- Renforcer les campagnes d'information sur la nécessité de se vacciner ;
- Promouvoir la prévention en ce qui concerne les soins dentaires dès le plus jeune âge, en menant des campagnes de prévention (à l'école, à la TV…), où sont mis en avant le brossage des dents, l'attention portée à l'alimentation et la consultation préventive du dentiste ;
- Renforcer les actions de promotion d'une pratique saine du sport, et la lutte contre le dopage.

Santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale, nous demandons de :

- renforcer les actions sur les déterminants psycho-sociaux de la santé mentale comme les assuétudes (drogues, tabac, alcool, jeux, …), le manque d'emploi ou les conditions de travail, la structuration familiale et sociale, l'accompagnement éducatif, l'estime de soi… et ce dès le plus jeune âge ;

- renforcer la politique de prévention axée sur le burn-out (au travail, parental) et le bore-out.

Vie relationnelle, sexuelle et affective

En ce qui concerne la vie relationnelle, affective et sexuelle, nous demandons de :

- Renforcer des campagnes de prévention des IST (infections sexuellement transmissibles) et dépistage du VIH auprès d'un public large, ainsi que l'organisation de campagnes de sensibilisation à la contraception ;

- Former les futurs professionnels de la santé (médecins, infirmiers, …) en la matière ;

- Organiser des campagnes de sensibilisation par rapport aux violences (harcèlement, violences domestiques,…).

- Poursuivre le processus de généralisation de l'EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) afin de couvrir les différents niveaux et types d'enseignement en FWB ;

- Garantir un financement récurrent des moyens de contraception, y compris ceux de longue durée, dans les centres de planning familial en Région wallonne et en Région bruxelloise.

7. Un revenu de remplacement à part entière

7.1. Mieux vaut prévenir que guérir

La santé des personnes n'est possible selon la MC que dans une société saine. À savoir une société où la qualité de vie sous toutes ses aspects (physique, mental, social, sens) occupe une position centrale. La MC constate qu'il manque aujourd'hui quelque chose dans notre société pour assurer une « vie qui vaille la peine d'être vécue ». Ces dernières années, la société a été confrontée à une forte augmentation du nombre de malades de longue durée. La MC juge ces chiffres inquiétants. Un revirement fondamental de notre mode de vie et de notre société est nécessaire.

La MC souhaite que :

- Le prochain ministre des Affaires sociales instaure une collaboration entre le Centre d'expertise pour l'incapacité de travail de l'INAMI, les universités, les mutualités, …, pour parvenir à une étude qualitative et quantitative à grande échelle des causes sociétales de l'incapacité de travail, et plus précisément l'importante augmentation de l'invalidité. La MC souhaite répertorier scientifiquement ces causes sociétales en vue de parvenir ensuite à une approche globale avec tous les acteurs concernés ;

- La MC souhaite que l'on œuvre à un environnement de travail flexible qui permette de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Dans ce cadre, on peut notamment penser à une extension du congé de maternité et du congé de paternité (à prendre selon les besoins du travailleur), augmenter les possibilités de télétravail encadré, un congé parental flexible, l'extension de la garde d'enfants, … Une attention plus grande doit également être portée aux dispositifs de fin de carrière;

- Des mesures soient prises pour aménager les fins de carrière et ainsi permettre de travailler plus longtemps dans des conditions positives et saines. Le crédit-temps fin de carrière partiel doit rester possible et cette période doit rester assimilée pour la pension.

- L'employeur soit également sensibilisé et soutenu dans ce projet. Les personnes en incapacité de travail nous font trop souvent part de leurs craintes de perdre leur travail ou du fait que l'employeur n'offre (/ne peut offrir) que peu de marge pour des horaires de travail adaptés. Cette mentalité doit donc changer du côté de l'employeur. Le gouvernement peut très certainement contribuer à un changement en la matière, notamment via l'instauration du budget santé pour les entreprises.

Un homme ne peut être et rester en bonne santé que si on lui en donne les moyens. Des ressources financières suffisantes contribuent à l'accès à une alimentation saine, aux soins de santé et traitements quand cela s'avère nécessaire, à un développement social et spirituel. Les personnes qui ont trop peu de moyens doivent se priver à bien des niveaux pour rester en bonne santé. La MC mise dès lors sur un revenu suffisamment élevé, même pour les malades de longue durée.

La MC souhaite que :

- Les indemnités minimales en incapacité de travail primaire et en invalidité soient relevées jusqu'au seuil de pauvreté ;

- Une prime de rattrapage soit accordée à toutes les personnes en invalidité. Pour les indépendants en invalidité, la prime de rattrapage n'a plus été revalorisée depuis longtemps ;

- Une réforme annuelle des indemnités d'invalidité soit prévue, afin de les lier au bien-être ;

- Le gouvernement offre suffisamment d'incitants aux organismes de paiement (comme les organismes assureurs, CPAS, …) en vue d'octroyer autant que possible les droits sociaux de façon automatique.

7.2. Accompagnement multidisciplinaire vers une reprise (partielle) du travail, avec responsabilisation de tous les acteurs concernés

La MC s'oppose à une sanction des malades de longue durée. Une accompagnement via une collaboration active entre le médecin-conseil de la mutualité, le médecin du travail et l'employeur reste la clé.

La MC souhaite que :

- l'employeur soit impliqué plus activement dans ce projet : aujourd'hui, nous constatons souvent que l'employeur est un élément bloquant du trajet de réintégration d'une personne en incapacité de travail. Une politique efficiente qui prévoit la possibilité qu'un employeur puisse être financièrement sanctionné s'il propose trop peu d'opportunités de réintégration, encouragera l'employeur à contribuer à la réintégration de son travailleur.

- une reconnaissance du rôle spécifique des «paramédicaux» au sein des OA soit accordée. Pour notre fonctionnement, il est essentiel de disposer de capacités médicales suffisantes, mais, de par leurs disciplines spécifiques, les «paramédicaux» génèrent également une énorme plus-value (kinésithérapie, ergothérapie, psychologie,…). Aujourd'hui, la législation et les réglementations en la matière sont très complexes. Nous demandons dès lors de créer un cadre précis et clair qui leur accordera la compétence décisionnelle nécessaire.

7.3.. Œuvrer à la simplification administrative et législative

La MC souhaite que :

- des initiatives de simplification législative soient prises. Pour nous, la réforme de la notion de « charge de famille » constitue dans ce cadre une opportunité. Les nombreuses adaptations de la réglementation ont rendu la législation incompréhensible, difficile à appliquer pour les mutualités et peu transparente et claire pour les assurés sociaux.

- la MC souhaite la suppression du certificat de maladie obligatoire à l'employeur pour les 2-3 premiers jours. Nous sommes convaincus que les gens reprendront plus rapidement le travail et cela entraînera également des économies dans le remboursement des consultations du médecin. Il faut avant tout une confiance dans le chef de l'employeur : le fait que celui-ci veuille rapidement contrôler la réalité de la maladie ne doit pas se faire aux frais de l'assurance maladie-invalidité ;

7.4. Garantir suffisament les droits au sein de la sécurité sociale

L'un des principaux piliers de notre fonctionnement comme mutualité santé est notre dimension sociale, d'après laquelle nous voulons renforcer le bien-être global de nos membres. Nous voulons pouvoir garantir au maximum les droits sociaux des citoyens. Les changements au sein de la sécurité sociale ne peuvent pas mener à une restriction de ces droits.

La MC plaide pour que :

- une garantie durable soit offerte concernant la suffisance des droits à la pension pour les périodes d'incapacité de travail, d'invalidité et de congé de maternité ;

- la durée des périodes de congé de maternité soit mise en adéquation avec les propositions qui existent dans ce cadre à l'échelon européen : à savoir une extension de 15 à 20 semaines pour les salariées. Pour les indépendants, on peut opter pour une assimilation au régime des salariés. Concrètement, cela revient à une prolongation de la période existante de 12 semaines ;

- les projets actuels visant à réformer la pension maladie dans le secteur public comportent les garanties nécessaires en vue de préserver les droits sociaux des intéressés.

Priorités pour les élections fédérales et en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone

1. Suppression des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation
2. Réorientation de l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins des citoyens
3. Le droit de substitution pour le pharmacien au bénéfice des patients
4. Délégation des tâches et nouvelles professions de santé en première ligne
5. Un environnement professionnel flexible et durable
6. Renforcer le volontariat
7. Concrétisation de l'Assurance Autonomie wallonne
8. Focus sur la prévention
9. Partage des données pour de meilleurs soins
10. Une meilleure concertation entre les différents gouvernements
11. Le casemanager pour coordonner les soins
12. La société mobile : renforcement de l'offre de transport

Les patients parviennent-ils à obtenir des informations financières lors d'une hospitalisation ?

Karen Mullié et Anaïs Verleyen, Département Juridique
Patrick Verhaegen, Altéo
Bertout Hellemans, Samana
Sigrid Vancorenland, Département Recherche et Développement
Cajsa Tonoli, Département Promotion de la santé

Synthèse

La MC accorde une grande importance aux droits du patient. C'est pourquoi la MC, Samana et Altéo mettent, chaque 18 avril, l'un de ces droits en évidence à l'occasion de la Journée européenne des droits du patient. En 2017 comme en 2018, il s'agit du droit à recevoir au préalable toutes les informations relatives au traitement, et notamment les conséquences financières. En 2018, l'action droits des patients attire l'attention sur la transparence financière lors d'une hospitalisation prévue.

Préalablement à cette journée des patients, deux études ont été menées.

- *La première consistait en une analyse des 99 sites Internet hospitaliers. Ceux-ci ont été notés en fonction de leur transparence financière et de la mesure dans laquelle ils procurent des informations relatives aux droits du patient. Les résultats de cette analyse figuraient dans le précédent numéro de MC-Informations[1].*
- *La seconde étude consistait à organiser des groupes focus destinés à interroger les patients sur leurs expériences en matière d'information sur les conséquences financières lors d'une hospitalisation prévue. Il s'agissait d'examiner dans quelle mesure le patient utilise les informations financières communiquées par les hôpitaux. Le présent article traite les résultats de ces groupes focus.*

L'analyse des sites Internet hospitaliers a révélé une transparence financière accrue dans le chef des hôpitaux. Ainsi, par rapport à 2013, on trouve davantage d'informations financières sur les sites Internet hospitaliers en 2018. En outre, une estimation des coûts est maintenant proposée, principalement sur les sites Internet hospitaliers flamands. Pour les patients, il s'agit d'un outil bien pratique dans la mesure où ils peuvent ainsi se faire une idée préalable du coût d'une hospitalisation.

Toutefois, les résultats des groupes focus nuancent quelque peu ce constat. Il ressort en effet des conversations menées avec les participants que ceux-ci éprouvent encore de nombreux problèmes pour obtenir des informations financières. Ils déclarent ne recevoir que rarement des informations de manière spontanée et précisent que ces informations sont très disparates. L'estimation des coûts semble être inconnue des participants, même si ceux-ci y sont des plus favorables. Cela dit, il importe à leurs yeux que cette estimation des coûts soit claire et compréhensible. En outre, le dialogue demeure fondamental. L'estimation des coûts peut, au même titre que toute autre source d'information financière, contribuer à promouvoir ce dialogue.
Aux alentours du 18 avril, plusieurs actions ont été menées sur le thème de la transparence financière, afin de sensibiliser le grand public à l'existence de ce droit et de promouvoir les priorités de la MC.

Mots-clés : droits du patient, groupes focus, prix, estimation des coûts, informations financières

1 Vancorenland S. e.a. Action droits des patients 2018 : analyse des sites Internet hospitaliers. Dans : MC-Informations 272, juin 2018.

1. Contexte

Dans notre pays, les droits du patient sont fixés par la loi. Ils sont au nombre de huit et s'appliquent à la relation entre le patient et le prestataire de soins.

- Le droit de choisir librement le prestataire de soins,
- Le droit à des prestations de services de qualité,
- Le droit de recevoir des informations sur son état de santé,
- Le droit au consentement libre et éclairé à une intervention,
- Le droit de consulter le dossier du patient, avec possibilité d'accès et de copie,
- Le droit à la protection de la vie privée,
- Le droit d'introduire une plainte auprès d'un service de médiation,
- Le droit au traitement de la douleur.

Par ailleurs, tout patient a toujours le droit de se faire assister par une personne de confiance. Vous exercez vous-même vos droits mais pouvez vous faire assister par une personne de votre choix pendant une consultation, la lecture de votre dossier, l'introduction d'une plainte, etc.

Si vous n'êtes plus vous-même en état d'exprimer votre volonté et de faire valoir vos droits, vous pouvez, du moment que vous jouissez encore de votre capacité à consentir, désigner un représentant de votre choix. Cette personne prendra dès lors les décisions à votre place si vous n'êtes plus en état de le faire (p. ex. dans le cas d'une personne atteinte de démence, d'une personne dans le coma, etc.).

La MC accorde une grande importance aux droits du patient. C'est pourquoi la MC, Samana et Altéo mettent chaque année l'un de ces droits en évidence. Cette action se déroule le 18 avril, la Journée européenne des droits du patient. En 2017 comme en 2018, le choix s'est porté sur le droit de chaque patient à recevoir au préalable toutes les informations relatives au traitement, et notamment les conséquences financières. Les informations liées au prix constituent une partie importante et souvent sous-estimée des informations préalables dont vous avez besoin pour pouvoir donner un consentement éclairé.

L'action droits des patients de 2017 était consacrée à l'importance d'une discussion relative au prix avec le prestataire de soins. Le message consistait à dire que cette discussion à propos du prix fait tout autant partie du contact avec le prestataire de soins qu'une discussion relative aux symptômes ou au traitement. En 2018, l'action droits des patients attire l'attention sur la transparence financière à l'hôpital. À cet égard, il est important de noter qu'en tant que patient, vous avez le droit de recevoir des informations préalables à propos du prix de votre traitement lors d'une hospitalisation prévue.

Nous avons mis l'accent sur l'estimation des coûts, un outil important dans l'exercice de ce droit. En effet, une estimation des coûts vous fournit un ordre de grandeur du prix auquel vous pouvez vous attendre, vous permettant ainsi d'éviter des surprises désagréables à la réception de la facture de l'hôpital. Elle vous permet également de choisir votre chambre (individuelle ou commune) en connaissance de cause et de poser, avant votre admission, des questions ciblées à l'hôpital, au(x) médecin(s) traitant(s), à la mutualité ou à l'assureur pourvoyant l'assurance hospitalisation (par exemple, pour savoir dans quelle mesure l'assurance hospitalisation interviendra). Si vous le souhaitez, en tant que patient, vous avez également la possibilité de comparer les prix pratiqués par différents hôpitaux pour une intervention particulière. Évidemment, il vous faut alors tenir compte du fait que toutes les estimations des coûts ne reposent pas sur une base identique et que votre choix ne se fondera pas uniquement sur le prix mais sur un ensemble d'éléments.

Préalablement à cette journée, deux études ont été menées :

- La première consistait en une analyse des 99 sites Internet hospitaliers. Ceux-ci ont été notés en fonction de leur transparence financière et de la mesure dans laquelle ils procurent des informations relatives aux droits du patient. Cette analyse cible les informations financières communiquées par les hôpitaux (via leur site Internet). Ses résultats ont déjà été commentés dans le précédent numéro de MC-Informations[2].

- La seconde étude consistait à organiser des groupes focus destinés à interroger les patients sur leurs expériences en matière d'information sur les conséquences financières lors d'une hospitalisation prévue. Il s'agissait d'examiner dans quelle mesure le patient utilise les informations financières communiquées par les hôpitaux. Le présent article traite des résultats de ces groupes focus.

Des actions régionales et nationales ont également été organisées à l'occasion de la Journée des droits du patient. Vous en trouverez un bref compte-rendu dans le présent article.

2 Ibidem

2. Groupes focus : objectif et méthodologie

2.1. Objectif

En tant que défenseur des intérêts de ses membres, la MC estime qu'il est essentiel d'être à leur écoute et de répercuter leur voix dans son propre fonctionnement comme au niveau politique. En ce qui concerne le droit aux informations financières également, nous avons donné la parole aux membres par l'intermédiaire de groupes focus.

L'objectif de ces groupes focus consistait à cerner les connaissances, expériences et attentes des participants sur ce thème. Nous prenons ces informations en considération au moment d'identifier les points d'amélioration et d'adresser nos propositions d'amélioration à la direction et aux autres partenaires concernés.

Pour notre étude, nous nous sommes limités au droit à l'information sur le prix dans le contexte d'une hospitalisation.

2.2. Méthodologie

Afin de connaître la réalité du terrain, nous avons procédé à une étude selon la méthodologie des groupes focus[3]. Cette méthodologie suppose que nous réunissions 6 à 10 personnes afin d'entamer un dialogue sur le thème des informations financières lors d'une hospitalisation. Ce dialogue se déroule sous forme de conversation semi-structurée, à savoir selon un guide de conversation spécifique, composé de questions d'enquête ouvertes. L'objectif consiste à organiser les conversations jusqu'à ce que celles-ci ne génèrent plus aucune nouvelle constatation.

Cette méthode nous permet d'approfondir un sujet et présente, notamment, l'avantage d'impliquer directement et plus activement nos membres dans notre étude et nos actions.

Le public cible des groupes focus était composé de gens qui sont eux-mêmes malades ou davantage impliqués dans le processus d'hospitalisation, en tant que patient ou proche, que la population belge moyenne. Les groupes étaient essentiellement composés de membres de la Mutualité Chrétienne et de ses mouvements (Altéo, Samana, Enéo, etc.) qui étaient intéressés par le sujet. Des personnes disposant de plus d'expérience comme patient ou comme proche d'un patient se sont présentées. Les participants s'exprimaient toujours par rapport à leurs expériences, ce qui a permis d'obtenir des informations très intéressantes.

Le recrutement des participants a été effectué via un appel diffusé dans les journaux destinés aux membres de la MC, Visie et En Marche, ainsi que dans les bulletins d'information de la MC. Samana et la MC ont également procédé à un mailing ciblé et des flyers ont été distribués. Des personnes ayant récemment posé une question relative à leur hospitalisation dans le cadre du Plan hospitalisation ont également été invitées par e-mail.

10 groupes focus ont été organisés et répartis dans toute la Belgique, pour un total de 78 participants. Les groupes focus se sont tenus entre novembre 2017 et février 2018.

3. Groupes focus : résultats

3.1. Informations générales relatives au prix d'une hospitalisation

« Je ne pense pas à mon portefeuille. Mais bien des questions telles que « Ai-je pris la bonne décision ? Quel sera le résultat ? » Ai-je fait le bon choix ? Je penserai seulement après à ce que cela me coûtera. »

« Il y a le stress de l'opération, du coup on ne s'occupe pas de l'aspect « ce que cela va vous coûter ». »

« *Je n'ai pris conscience du prix qu'après ma convalescence. Je tournais en rond dans l'hôpital et à l'aide des fiches d'information qui s'y trouvaient, j'ai obtenu les informations. »*

« Un rêve : avoir l'info sans devoir la demander ! Savoir où on met les pieds… »

Il ressort clairement des groupes focus que les patients pensent d'abord à leur santé lors d'une hospitalisation. Le prix n'est souvent pris en considération que plus tard. Toutefois, cela ne change rien au fait que les patients tiennent à recevoir des informations correctes sur le prix.

Comme il ressort également de l'analyse des sites Internet hospitaliers, parue dans le précédent numéro de MC-Informations, on constate une amélioration notoire des informations communiquées par les hôpitaux en ce qui concerne les droits du patient en général et l'impact financier d'une hospitalisation. Une tendance confirmée par les participants aux groupes focus. En effet, ceux-ci déclarent qu'on consacre sans nul doute davantage de temps à l'information des patients. Toutefois, ces informations ne sont pas toujours exhaustives et compréhensibles pour le patient ou son proche. En outre, ils indiquent qu'il existe une certaine confiance en la médecine et le système de sécurité

3 Eliot & Associates (2007) Guidelines for Conducting a Focus Group. Disponible en ligne : https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf

Taylor-Powell, E. and Renner, M. (2003). Analyzing qualitative data. Madison, WI: University of Wisconsin Extension. Disponible en ligne : http://learningstore.uwex.edu/assets/pdfs/g3658-12.pdf

sociale. Ils attendent, entre autres, de leur mutualité que celle-ci assume également un rôle informatif, y compris en ce qui concerne le prix d'une hospitalisation.

En dépit d'une amélioration de l'offre d'informations, il reste du pain sur la planche. Les groupes focus mettent en lumière le fait que les informations sont trop disparates et aussi souvent trop limitées. Certains patients déclarent qu'ils ont dû eux-mêmes rechercher des informations relatives au prix via différents canaux, tels que le site Internet de l'hôpital et des brochures de l'hôpital lui-même ou de la MC par exemple, ou obtenir oralement des informations auprès de prestataires de soins, etc. Il existe donc un manque d'informations exhaustives et groupées. Les informations concernent souvent l'hospitalisation elle-même, mais pas les coûts qui s'y ajoutent ultérieurement (tels que, par exemple, les traitements de kiné ou les soins de suivi nécessaires). De plus, le sujet des coûts n'est pas toujours abordé spontanément par les prestataires de soins, le patient devant souvent lui-même demander des informations.

Il existe un grand besoin d'informations préalables à l'hospitalisation proprement dite. Lors de la planification d'une hospitalisation, les informations ne sont pas communiquées de façon suffisamment proactive. Si ces informations ne sont communiquées qu'au moment même de l'hospitalisation, elles sont souvent moins bien intégrées, ce qui constitue un gros inconvénient. À ce moment-là, il y a souvent trop peu de temps et de place pour poser des questions supplémentaires. Comme précisé plus haut, au moment de l'admission, les patients se préoccupent d'abord de leur santé et sont parfois nerveux et quelque peu inquiets en raison de l'intervention ou du traitement.

Il importe également que les informations soient accessibles et formulées dans un langage compréhensible par le patient. Celui-ci doit en effet pouvoir entendre et comprendre parfaitement ce qui est dit. C'est une des raisons pour lesquelles il est important que la personne qui communique les informations soit aussi la plus apte à le faire. Les participants aux groupes focus déclarent qu'ils n'attendent pas que toutes les informations soient communiquées par le médecin traitant lui-même, un autre service ou une autre personne pouvant s'en charger. Le médecin et le personnel infirmier sont bien entendu les plus à même de donner des explications relatives aux aspects médicaux et à d'autres aspects du traitement, et éventuellement aussi au prix du matériel qui sera utilisé. Mais en ce qui concerne le coût de l'hospitalisation, des médicaments, etc., les informations peuvent être communiquées par un autre service.

Il importe que le patient sache à qui il peut poser des questions et qu'il dispose d'un point ou d'une personne de contact au sein de l'hôpital. l'hôpital et le médecin doivent se renforcer mutuellement et travailler de manière complémentaire sur ce point.

D'autres problèmes spécifiques liés à l'impact financier d'une hospitalisation sont également abordés, tels que les acomptes. Bien qu'il s'agisse d'une rubrique obligatoire de la déclaration d'admission[4], le patient ne sait pas toujours précisément s'il doit payer un acompte et, dans l'affirmative, quel sera le montant de celui-ci. Il importe que le patient bénéficie d'une communication transparente à ce propos. Par ailleurs, dans la pratique, le paiement ou non d'un acompte dépend du fait que le patient dispose ou non d'une assurance hospitalisation. La question « *Disposez-vous d'une assurance hospitalisation ?* » est ainsi devenue une question standard, comme le révèlent les groupes focus. Une personne non assurée payerait souvent un acompte plus important.

La problématique de la chambre individuelle obligatoire a elle aussi été abordée. Dans ce cadre également, le patient se voit souvent poser la question « *Disposez-vous d'une assurance hospitalisation ?* ». Les patients disposant d'une assurance sont parfois incités à opter pour une chambre individuelle afin de pouvoir leur facturer des suppléments. La justification est probablement la suivante : ce supplément a peu ou pas d'influence sur la facture en ce qui concerne le patient dans la mesure où les frais supplémentaires sont à charge de l'assurance.

3.2. Estimation des coûts

« Une version papier ET l'aide de quelqu'un pour un survol préalable. À savoir avant l'hospitalisation, lors de la prise en charge. Tout le monde n'y aura pas recours, mais l'option doit exister. »

« L'hôpital reconfirme les rendez-vous des patients par SMS … Pourquoi ne pas envoyer d'office un devis … et qu'en fonction du montant, le patient puisse dire « Je ne le fais pas » »

Dans la mesure où l'action droits des patients 2018 souligne spécifiquement l'importance de l'estimation des coûts en tant qu'outil informatif sur le prix d'une hospitalisation, les participants aux groupes focus ont été expressément interrogés sur le sujet.

Bien que la majorité des participants n'avait encore aucune expérience en termes d'estimation des coûts préalable, l'idée a été accueillie de manière positive. Seuls quelques participants étaient conscients de la possibilité de demander une estimation des coûts lors d'une hospitalisation.

Il va sans dire que, même en cas d'estimation des coûts, les informations communiquées doivent être compréhensibles pour le patient. Un exemple d'estimation des coûts a été présenté durant la tenue des groupes focus. Les participants ont remarqué que certains postes de coûts faisaient l'objet d'une description assez

4 Qu'il s'agisse d'une admission classique (avec au moins une nuitée), d'une hospitalisation de jour ou d'une admission en hôpital psychiatrique, l'hôpital est tenu de soumettre au patient une déclaration d'admission qui doit être remplie en double exemplaire. Ce document informe le patient des conditions financières de l'hôpital.

vague, ce qui rendait leur contenu peu clair. Ainsi, par exemple, il n'est pas évident de savoir ce que couvrent les « coûts divers ». En outre, toutes les informations importantes n'étaient pas toujours reprises. Les participants trouvaient, par exemple, important que la part de l'AMI figure elle aussi sur l'estimation des coûts, ce qui n'est pas le cas pour tous les hôpitaux.

À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle uniforme d'estimation des coûts. C'est pourquoi le patient éprouve des difficultés à y trouver les informations pertinentes. Par ailleurs, toutes les estimations des coûts ne font pas l'objet d'un calcul et d'une présentation uniformisés, ce qui les rend difficilement comparables.

4. Recommandations sur base des résultats des groupes focus

La tenue des groupes focus ayant permis d'identifier des points sensibles, la MC a formulé quelques recommandations aux hôpitaux, aux patients et à la direction.

- Il est important de planifier un premier rendez-vous avec le médecin ou un autre service au sein de l'hôpital bien avant l'hospitalisation prévue. Le patient dispose ainsi de suffisamment de temps pour intégrer les informations reçues et poser des questions éventuelles ou demander des informations complémentaires. Le patient qui n'aurait pas compris certaines choses ou qui souhaiterait poser des questions supplémentaires ne doit jamais hésiter à s'exprimer. Il peut s'adresser à l'hôpital, mais également à la mutualité et, le cas échéant, à l'assureur hospitalisation.

- Il peut s'avérer utile de se faire accompagner par une personne de confiance lors de la consultation chez le médecin. Cette personne peut non seulement apporter un soutien moral, mais aussi conserver une distance lui permettant parfois d'enregistrer d'autres informations. Elle peut également revenir ultérieurement sur la conversation avec le médecin, ce afin de vous permettre de prendre calmement et en connaissance de cause d'éventuelles décisions. De plus, la personne de confiance se trouve parfois dans une position plus confortable que le patient pour poser certaines questions.

- Il ressort des groupes focus qu'il manque un point de contact accessible au sein de l'hôpital, où obtenir des informations financières relatives à l'hospitalisation. De cette manière, le patient ne porte pas prioritairement la responsabilité d'obtenir des informations aussi complètes que possible, mais peut s'adresser à un guichet unique au sein de l'hôpital pour obtenir des réponses à ses questions. Il revient alors au collaborateur de ce guichet unique de recueillir les informations requises auprès de l'hôpital. Il n'est d'ailleurs pas évident pour un patient de savoir quelles questions poser pour obtenir des informations exhaustives.

- Le patient doit idéalement vérifier la couverture de son assurance hospitalisation préalablement à son admission. Cette précaution permet d'éviter de nombreux malentendus.

- Il importe que le patient puisse obtenir à l'avance les informations concernant spécifiquement l'estimation des coûts. C'est la seule façon pour lui de disposer de suffisamment de temps pour bien examiner et comprendre ces informations et en obtenir d'autres, le cas échéant. La MC plaide pour que chaque hôpital propose une estimation des coûts, établie, qui plus est, selon un modèle standard clair et compréhensible. Ces estimations des coûts doivent, selon la MC, être à tout le moins disponibles sur le site Internet de l'hôpital, à un endroit aisément accessible. Il s'avère également utile, lors de la transmission d'une estimation des coûts, de communiquer le nom d'une personne de contact à laquelle le patient peut s'adresser s'il a d'autres questions.

Comme déjà dit, ces estimations des coûts constituent un outil pratique permettant au patient d'obtenir des informations sur le prix, mais ne remplacent en aucun cas le dialogue entre le médecin, l'hôpital et le patient, les conséquences financières de l'hospitalisation devant faire partie de la discussion.

5. Actions menées vers le 18 avril

Le 17 avril, les résultats de l'analyse des sites Internet hospitaliers et des groupes focus ont été présentés à la presse néerlandophone à l'occasion d'une action publique organisée en collaboration avec l'hôpital AZ Damiaan à Ostende. L'hôpital a présenté ses propres initiatives visant à fournir des informations optimales aux patients. Une personne bénévole de Samana était également présente afin de répondre aux questions. La MC d'Ostende avait installé un stand d'information dans le hall de l'hôpital, des collègues étant chargés de recevoir les patients.

Du côté wallon, une action a été organisée le 17 avril, en collaboration avec la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies. Les résultats des différentes études y ont également été examinés, en présence de participants aux groupes focus de Namur. La Clinique Saint-Pierre a présenté à la presse ses propres bonnes pratiques en matière de transparence financière et de droits du patient. La clinique a profité de l'occasion pour souligner le fait qu'elle met à disposition une estimation des coûts sur son site Internet. La presse francophone était présente en nombre et chacun de ses représentants a pu recueillir les impressions des témoins et orateurs présents.

Pas en reste, les autres régions ont elles aussi organisé différentes actions. Ainsi, les gens ont été activement abordés dans les bureaux de consultation de la MC et dans les hôpitaux afin de leur communiquer des informations relatives à la transparence financière et à l'estimation des coûts. Il s'agissait d'une action organisée en collaboration avec des bénévoles de la MC, Samana

et Altéo. Des actions sur les marchés ont également été organisées, afin de dialoguer un maximum avec les passants. Nous avons ainsi pu mesurer leur niveau de connaissance du prix d'une hospitalisation et les sensibiliser à l'importance d'informations correctes à ce sujet.

Les brochures de la MC sur l'hospitalisation et le site Internet ont été revus, et un quiz en ligne sur le thème spécifique du droit à l'information financière a été organisé à l'attention des collaborateurs de la MC.

Notre action a généré un intérêt considérable auprès de la presse, et ce tant du côté néerlandophone que du côté francophone.

De Morgen titrait ainsi : « *Les hôpitaux rarement transparents sur le prix* », (De Morgen, 18 avril 2018, p. 1)

La Libre Belgique a également consacré un article au sujet : « *Combien va coûter un séjour à l'hôpital ? Mystère… Le stress de la facture s'ajoute à celui de l'opération* » (La Libre Belgique, 18 avril 2018, p. 8)

6. Conclusion

L'action droits des patients de 2018 a ciblé le droit à l'information financière, et plus particulièrement l'estimation des coûts, dans la mesure où celle-ci manque encore de précision et suscite encore beaucoup de questions. L'analyse des sites Internet hospitaliers, parue dans le précédent numéro de MC-Informations, révèle une amélioration des informations financières communiquées par les hôpitaux via leur site internet par rapport à 2013.

Toutefois, l'effet de cette amélioration sur le terrain reste limité. Bien qu'une attention accrue y soit accordée, la communication spontanée sur le sujet demeure insuffisante. Le patient doit encore trop souvent rechercher lui-même des informations sur le prix et ne reçoit que rarement ces informations préalablement à son hospitalisation. En outre, il ne suffit pas de placer des informations sur le site Internet. Il convient également de s'assurer que ces informations parviennent effectivement aux patients.

L'estimation des coûts n'est pas encore, elle non plus, totalement entrée dans la pratique. Seule une minorité des participants aux groupes focus était consciente de la possibilité de demander une estimation des coûts en cas d'hospitalisation, et une proportion encore moindre en avait déjà elle-même fait l'expérience.

Ces constatations prouvent qu'il est d'une importance capitale de porter cette problématique au niveau politique et de faire en sorte que les hôpitaux y accordent une plus grande importance. La MC plaide en faveur d'une estimation systématique des coûts, les médecins et les hôpitaux devant rechercher un mode d'organisation permettant aux patients d'obtenir simplement et sans étapes intermédiaires des informations préalables sur le prix. La création d'un point de contact unique pourrait constituer une piste de solution.

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes.Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.Tout le monde peut s'abonner à cette revue.Elle peut également être diffusée aux personnes qui, dans le cadre de leur fonction ou de leurs missions au sein de la société, souhaitent rester au courant de ces informations (collaborateurs MC, administrateurs de la MC et des organisations apparentées, autres services d'études, responsables presse, élus politiques, …). Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la revue.

Si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes - R&D
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail àMieke.Hofman@cm.be

Sommaire

Éditorial 2

Memorandum MC 3

Introduction 3

Un financement durable et solidaire 6

Des soins accesibles à tous 9

Intermezzo: Transparence 11

Une plus grande attention pour la qualité 13

Une gestion plus effeciente de notre système de santé 15

Une organisation des soins plus efficace,

à la mesure du patient 20

Intermezzo : Améliorer la communication

entre les différents acteurs 27

Attention accrue à la prévention et à la promotion
de la santé 34

Un revenu de remplacement à part entière 39

Action droits des patients 2018 41

Les patients parviennent-ils à obtenir des informations financières lors d'une hospitalisation ?

MC-Informations

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : http://www.mc.be/MC-Informations.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

Colophon

Editeur responsable	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Rédacteur en chef	Michiel Callens
Secrétariat de rédaction	Rebekka Verniest et Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Artoos
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles