MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

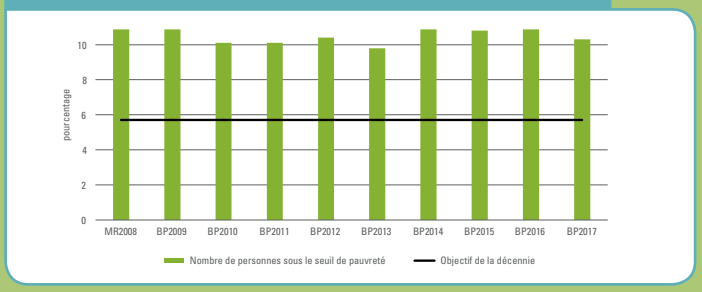
270

décembre 2017

Politique de lutte contre la pauvreté

10 Baromètres de la pauvreté montrent qu'après 10 ans, il reste quasiment autant de personnes qui vivent dans la pauvreté et que les progrès sont faibles.
En matière de santé, on constate que les inégalités demeurent importantes dans notre pays.
La société et, plus particulièrement les responsables de la politique, assument la responsabilité de plancher sur la redistribution, une plus grande égalité, une préoccupation et une attention accrues pour tous ceux qui sont ou deviennent plus vulnérables.

Figure 14 : Nombre de personnes en Flandre sous le seuil de pauvreté, en pourcentage



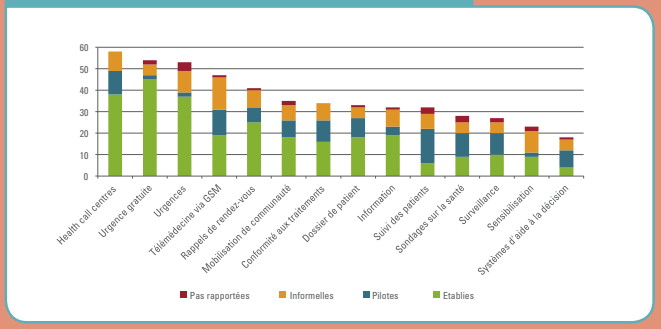
Le flux proactif

Le contrôle proactif introduit en 2015, s'est avéré très fructueux pour améliorer l'accès à l'intervention majorée par les ménages à faibles revenus. Les prises de contact organisées par les mutualités ont eu un effet causal important sur l'adoption de l'intervention majorée.

Organisation des soins de santé

Les Health call center sont les initiatives mHealth les plus implémentées dans le monde.

Figure 2 : Adoption d'initiatives de santé via "mobile", par phase, dans le monde



Sécurité Sociale

En 2016, une nouvelle loi sur le financement de la sécurité sociale a vu le jour. L'avenir nous dira si cette loi porte ou non atteinte à notre modèle de concertation largement vanté et à notre système de sécurité sociale.

MUTUALITE CHRETIENNE

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

Editorial

De plus en plus, en matière de politique, on souhaite travailler avec des objectifs concrets et mesurables à atteindre dans un délai donné. Cela permet aux stakeholders de passer de bons accords et de développer des méthodes pour atteindre ces objectifs. Afin de réaliser un suivi de qualité, des indicateurs sont définis et les résultats sont par exemple traduits sous forme de baromètres annuels. Une illustration de ce plan ambitieux : les objectifs décennaux 2017 arrêtés en 2006 par une plate-forme d'organisations de lutte contre la pauvreté. Le premier article de ce numéro du MC-Information aborde l'évolution du baromètre annuel de la pauvreté. Outre la santé, l'emploi, l'enseignement, les revenus et l'habitat sont également examinés de près. Hélas, la conclusion est, qu'après 10 ans, il reste quasiment autant de personnes qui vivent dans la pauvreté et que les progrès sont faibles. En matière de santé, nous constatons que les inégalités demeurent importantes dans notre pays. Il existe cependant un plaidoyer pour « la santé dans toutes les politiques ». Un meilleur remboursement pour les bénéficiaires du statut de l'intervention majorée ne peut apporter de solution globale s'il ne s'accompagne pas de l'obtention d'un logement sain, d'un travail sain, d'un revenu suffisant et d'un enseignement qui permette de résoudre les carences en langue et en calcul.

Le moyen le plus connu de rendre les soins de santé abordables pour les familles les plus fragiles est probablement le système de l'intervention majorée (IM). Toute personne ayant droit à l'intervention majorée paie par exemple un ticket modérateur moindre chez le médecin généraliste, a droit au régime du tiers payant, auprès de la SNCB ou le TEC, etc.

Différents groupes (qui représentent environ 8% de la population) ont automatiquement accès à l'intervention majorée : les personnes avec un revenu d'intégration, une garantie de revenus personnes âgées (GRPA), une intervention d'intégration (II), une allocation de remplacement de revenus (ARR), une allocation pour l'aide aux personnes âgées (AAPA), une prime pour enfants handicapés ou une maladie reconnue avec au minimum 66% d'incapacité ou 4 points sur le premier pilier de l'échelle médico-sociale.

En plus de cela, il existe un groupe d'environ 10% de la population qui a droit à l'intervention majorée sur la base d'un faible revenu. Ces personnes doivent cependant en faire elles-mêmes la demande, qui sera suivie par une enquête de revenus. Depuis 2015, la MC reçoit du fisc une liste des familles dont le revenu se situe sous le seuil permettant l'obtention de l'intervention majorée. Ce flux est appelé le flux proactif. Nous présentons dans ce numéro une étude réalisée en collaboration avec l'université d'Anvers, qui a mesuré l'efficacité du contact proactif de nos membres en ce qui concerne l'IM. Ces prises de contact s'avèrent efficaces et entrainent une hausse du nombre de bénéficiaires de l'IM. Nous constatons cependant des différences entre les mutualités régionales.

Une autre mesure d'abaissement du seuil des soins pourrait être la création de « call centers de la santé », qui enregistrent déjà des succès dans certains pays. Nous avons dressé l'inventaire des évolutions, sur base d'une étude de la littérature et des expériences en la matière dans les autres pays. Les contacts avec un « call center de la santé » sont facilités par la téléphonie mobile et Internet et ils figurent à l'échelon mondial en tête des développements liés à la santé mobile. Ces centres proposent deux services principaux: le triage (avis d'autotraitement ou renvoi vers le professionnel de santé le plus adéquat) et l'offre d'informations sur la santé ou les soins de santé. Dans certains pays, les mutualités restent un partenaire actif en la matière. En Belgique, l'initiative 1733 est très prometteuse pour ce qui concerne la sélection, pour envoyer le patient vers le bon prestataire: le médecin généraliste, le pharmacien ou les urgences par exemple. Pour les informations de santé plus générales ou qui concernent les aspects administratifs de nos soins de santé, les mutualités participeront davantage à ces évolutions, dans le cadre de leur mission de promotion de la littératie en santé auprès de leurs membres.

Le développement d'une société peut notamment être jugé sur la manière dont elle traite les plus vulnérables, les malades et les personnes âgées. Une sécurité sociale fortement développée est un facteur essentiel pour assurer une bonne approche de ces groupes. En 2016, une nouvelle loi sur le financement de la sécurité sociale a vu le jour. Nous la décrivons ci-après. Malgré ses aspects positifs, l'auteur qui a analysé la loi craint un interventionnisme et un contrôle plus poussés de l'État et de la politique dans la sécurité sociale. Car la sécurité sociale devra elle aussi contribuer aux efforts budgétaires, malgré les besoins croissants. On parle dans ce cas de « responsabilisation des partenaires sociaux ». Une commission pour les « Finances et le budget » veillera à la discipline budgétaire et recevra des compétences d'intervention étendues. L'avenir nous dira si cette loi porte ou non atteinte à notre modèle de concertation largement vanté et à notre système de sécurité sociale.

Michiel Callens

Directeur R&D

10 années d'une pauvre politique. 10 Baromètres de la pauvreté mettent le doigt sur cette plaie.

Michel Debruyne, Coordinateur Decenniumdoelen (www.decenniumdoelen.be)

Résumé

Depuis 2006, Decenniumdoelen2017 (à savoir la plate-forme des organisations de lutte contre la pauvreté, de la société civile, des mutualités et des syndicats qui a pour but de réduire de moitié la pauvreté en Flandre), suit de très près la politique flamande et fédérale. Des objectifs concrets ont été élaborés pour 6 domaines (à savoir la santé, les revenus, l'emploi, l'enseignement, le logement et le vivre ensemble). Grâce à ces objectifs, nous poussons ces niveaux de pouvoir à adopter une politique de lutte contre la pauvreté structurelle.
Les objectifs sont monitorés par les Baromètres de la pauvreté. Les 10 Baromètres de la pauvreté montrent qu'une approche multidisciplinaire de la pauvreté est nécessaire, qui cible la santé, mais aussi l'enseignement, l'emploi, les revenus et le logement. Les Baromètres de la pauvreté constatent notamment que les inégalités en matière de santé demeurent un problème important en Belgique et en Flandre.
Seule une politique de lutte contre la pauvreté cohérente peut avoir une incidence en matière de santé. Car c'est bien d'investir, par exemple, dans un remboursement accru des soins de santé pour les personnes disposant du statut de l'intervention majorée, mais qu'est-ce que cela change pour ceux qui vivent dans un logement insalubre, dans un quartier défavorisé, qui font un travail dangereux et nocif pour la santé, pour un revenu insuffisant pour pouvoir nouer les deux bouts et si le système d'enseignement ne fait qu'accroître toutes les inégalités ? Il est temps de mener une approche vraiment réfléchie des inégalités au sein de notre société. C'est une condition préalable à la réduction des inégalités de santé à l'avenir.
Avec Decenniumdoelen, nous nous penchons sur les différents domaines de la vie pour les regrouper au sein d'une histoire. Le 10e Baromètre de pauvreté évalue 10 années de politique de lutte contre la pauvreté sur l'ensemble de ces domaines. Les objectifs sont-ils atteints ? Peut-on mettre des progrès en avant ou sommes-nous en recul ? La conclusion est limpide : nous n'observons pas d'amélioration fondamentale, pour aucun objectif. Plus encore, pour 3 objectifs (santé, enseignement et vivre ensemble), nous reculons, et même largement. Les principales conclusions sont les suivantes :

- *10 années de politique de santé n'apportent pas le résultat escompté : plus que jamais, des citoyens se sentent en moins bonne santé et, plus que jamais, certains doivent reporter des soins de santé pour des raisons financières.*
- *Le nombre de personnes qui travaillent mais sont néanmoins pauvres ne diminue pas et fluctue sensiblement autour de 90.000 personnes.*
- *Les personnes ayant un faible niveau d'éducation et un passé migratoire éprouvent des difficultés supplémentaires sur le marché du travail. Elles sont également plus sensibles à la pauvreté, plus souvent malades ou se sentent en moins bonne santé que de nombreux autres groupes.*
- *Bien que le nombre de logements sociaux augmente progressivement, nous sommes encore loin de l'Objectif de la décennie. L'objectif flamand est, lui aussi, encore loin d'être atteint.*
- *L'Objectif de la décennie, réduire la pauvreté de moitié, n'est pas atteint. 10 années de politique de lutte contre la pauvreté ont donc accouché d'une souris. Après 10 ans, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté reste pratiquement identique.*
- *10 années de politique de lutte contre la pauvreté ne signifient donc pas moins de pauvres, au contraire. En dépit de toutes les intentions, la pauvreté reste élevée. L'indicateur de la pauvreté des enfants montre en outre que la pauvreté n'est pas une priorité, en dépit d'une prospérité croissante.*

Mots clés : 10e baromètre de la pauvreté, inégalité en matière de santé, pauvreté financière, pauvreté du travail, inégalité de l'enseignement, charge locative, exclusion, nombre de pauvres, couleur de la pauvreté.

1. 10 Baromètres de la pauvreté

En 2006, plusieurs organisations de lutte contre la pauvreté et de la société civile se sont regroupées dans le but d'imposer une politique structurelle de lutte contre la pauvreté. Des objectifs concrets ont été présentés :

- une réduction de moitié des inégalités de santé entre riches et pauvres ;
- une diminution de moitié du nombre de ménages dont aucun membre ne travaille ;
- pour chaque ménage, indépendamment de sa composition, au moins un revenu égal au seuil de risque de pauvreté européen ;
- une augmentation du nombre de logements de qualité et abordables de 150.000 unités, dont au moins la moitié de logements sociaux ;
- une réduction à 3% de l'illettrisme et de l'innumérisme chez les jeunes, dans toutes les formes d'enseignement et pour tous les groupes de jeunes ;
- un élargissement des réseaux de personnes dans la pauvreté.

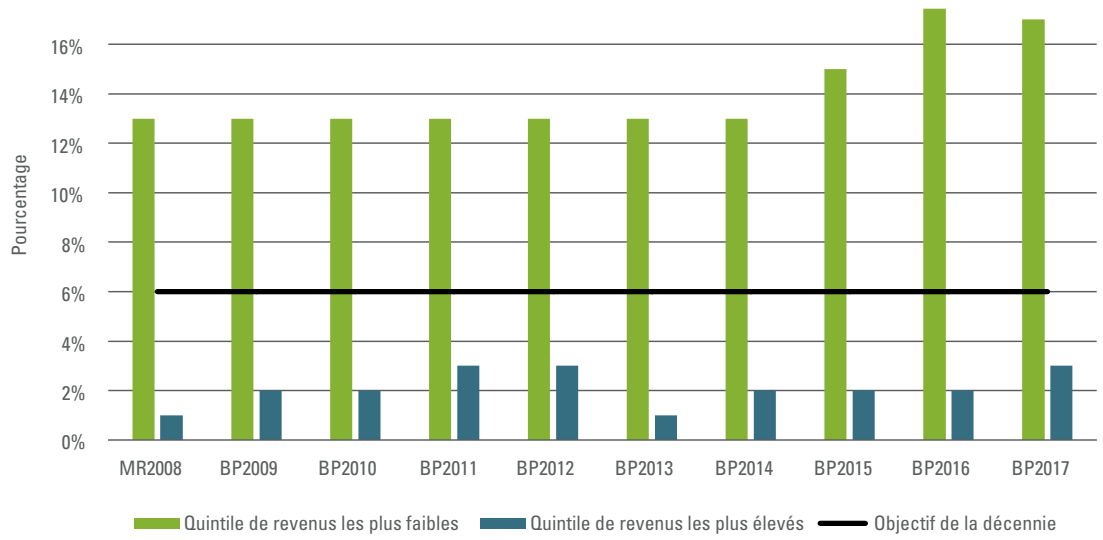
Un baromètre annuel de la pauvreté a été conçu dès 2007 sur la base de ces 6 objectifs. Pour ce faire, ils ont été traduits en indicateurs mesurables qui permettent de cartographier l'évolution de la pauvreté et d'esquisser une image claire des conséquences de la politique. Decenniumdoelen souhaitait, en effet, suivre et contrôler dès le début la politique menée avec un regard critique : quelles sont les conséquences de la politique menée sur la santé, le logement, le travail, etc. pour les personnes vivant dans la pauvreté ou à la limite de cette dernière ? Le Baromètre de la pauvreté est donc plus qu'un signal d'alarme. Nous mesurons également la température, à savoir la politique menée, de « l'état de la pauvreté ».

Depuis 2006, Decenniumdoelen2017 a publié 9 Baromètres de la pauvreté. Le 10e Baromètre de la pauvreté de 2017 ne se penche pas seulement sur l'année écoulée, il passe aussi en revue les dix dernières années et évalue 10 années de politique de lutte contre la pauvreté.

2. 10 années de politique de lutte contre la pauvreté à la loupe

Decenniumdoelen2017 suit de près les 6 domaines (revenus, emploi, santé, logement, enseignement, vivre ensemble). Nous utilisons les chiffres qui nous sont transmis par les pouvoirs publics et leurs agences. Ils se basent sur les chiffres, par exemple, du VDAB, de Kind et Gezin ou des administrations (Enseignement), services scientifique (autour de l'enseignement et du logement) et sur des chiffres européens (UE-Silc ou l'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie). Nous présentons ces chiffres publiés chaque année. L'enquête de base de notre étude provient de l'UE-Silc. Il est important de savoir que cette enquête remonte toujours deux ans en arrière. Cela signifie que le Baromètre de la pauvreté de 2017 porte sur l'année 2015, etc. L'UE-Silc est représentatif pour la Flandre. Le Baromètre de la pauvreté examine exclusivement la Flandre, pas Bruxelles. Ses conclusions s'appliquent toutefois également aux autres régions.

Figure 1 : Évolution du sentiment subjectif de mauvaise santé en Flandre



2.1. Santé et pauvreté

Nous traduisons l'Objectif de la décennie visant à réduire de moitié les inégalités de santé entre riches et pauvres, comme la diminution du sentiment subjectif de mauvaise santé du quintile de revenus les plus faibles à 6%. Ces 6% correspondent à la réduction de moitié de la différence entre le sentiment subjectif de mauvaise santé des personnes appartenant aux quintiles de revenus supérieurs et inférieurs au moment de la mesure de référence (MR dans les graphiques).

Les inégalités en matière de soins de santé se penchent sur l'évolution de l'écart entre l'objectif (à savoir 6%) et le sentiment subjectif de mauvaise santé dans le quintile de revenus inférieurs. La Figure 1 montre l'évolution du sentiment subjectif de mauvaise santé des personnes appartenant aux quintiles de revenus les plus faible et les plus élevés, toujours en comparaison avec l'objectif. Les 10 Baromètres de la pauvreté (BP20xx dans les graphiques) montrent l'augmentation des inégalités en matière de soins de santé.

Jusqu'en 2012 (BP2014), 13% des personnes du quintile de revenus les plus faibles se disent en mauvaise santé. À partir de 2013 (BP2015), le sentiment subjectif de mauvaise santé augmente fortement pour passer à 17% en 2015 (BP2017). L'écart avec l'objectif visé augmente ainsi : au moment de la mesure de référence, 7 points de pourcentage et en 2015, 11 points de pourcentage.

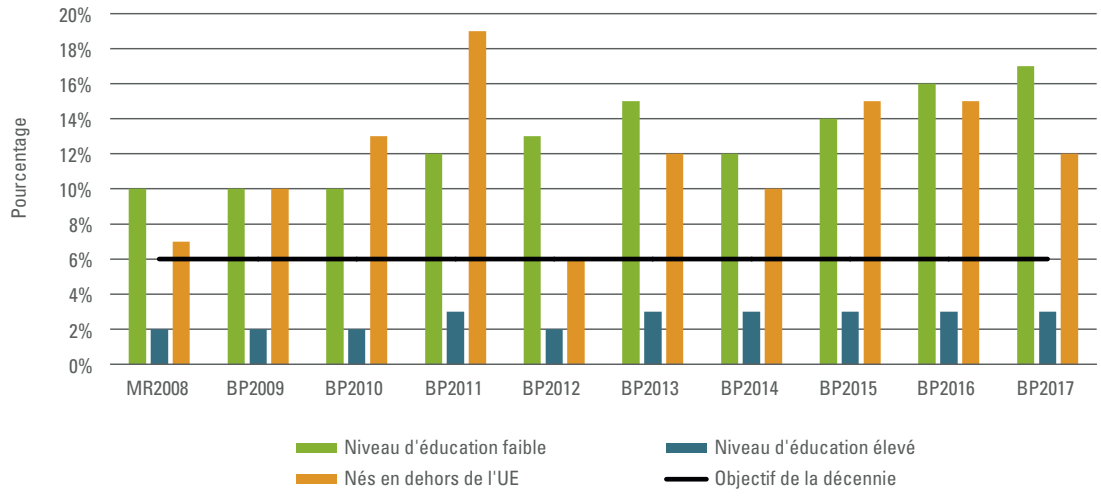
La Figure 2 montre le sentiment subjectif de mauvaise santé chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, un niveau d'éducation élevé et les personnes nées en-dehors de l'Union européenne (UE).

Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont intégrées comme base de comparaison. L'évolution du sentiment de mauvaise santé chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation suit une courbe ascendante : en 2006 (MR2008) 10% se sentaient subjectivement en mauvaise santé, à partir de 2009 (BP2011) les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus nombreuses à se sentir en mauvaise santé. En 2015 (BP2017), ce chiffre est de 17%.

Le sentiment subjectif de mauvaise santé des personnes nées en dehors de l'UE présente de grandes fluctuations : 7% en 2006 (MR2008) avant une forte hausse à 19% en BP2011, pour diminuer à nouveau fortement à 6%, avant d'augmenter à nouveau à 12% en 2015 (BP2017). Ces grandes fluctuations résultent de la méthodologie de l'UE-Silc, qui a recours à des panels tournants. La composition change toutes les x années, ce qui peut parfois influencer les résultats. C'est pourquoi nous examinons ici principalement la tendance à long terme.

L'Objectif de la décennie, réduire de moitié les inégalités en matière de santé entre riches et pauvres, est donc plus éloigné que jamais. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation, un passé migratoire et les personnes du quintile de revenus les plus faibles se sentent en bien moins bonne santé que les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et appartenant au quintile de revenus les plus élevés. De plus, l'écart entre l'objectif (6%) et le sentiment subjectif de mauvaise santé mesuré augmente.

Figure 2 : Évolution du sentiment subjectif de mauvaise santé auprès de différents groupes défavorisés en Flandre



Les pauvres, se sentent malades. Les graphiques suivants mettent l'accessibilité des soins de santé au centre. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour assurer l'accessibilité des soins de santé. La Figure 3 montre clairement qu'il y a encore beaucoup de travail à faire.

La ligne continue à la Figure 3 montre l'évolution des problèmes d'accessibilité de tous les Flamands. Elle est utilisée comme contraste avec l'évolution des problèmes d'accessibilité de certains groupes. Le graphique montre clairement que le nombre de personnes qui doivent reporter des soins de santé augmente sans cesse : en 2006 (MR2008) à peine 1,3% des Flamands, en 2015 (BP2017) 4,1%. Un examen plus approfondi de ce graphique montre que les mêmes groupes se sentent subjectivement en mauvaise santé : les personnes ayant un faible niveau d'éducation, nées en dehors de l'UE et dans le quintile de revenus les plus faibles reportent plus souvent leurs soins de santé pour des raisons financières. En 2006 (MR2008), 5% des personnes du quintile de revenus les plus faibles reportaient leurs soins de santé, en 2015 (BP2017), ils sont déjà 12% : soit une hausse de 7 points de pourcentage. En 2006 (MR2008), 4 % des personnes nées en dehors de l'UE reportaient leurs soins, en 2015 (BP2017), ils sont 12% : soit une hausse de 8 points de pourcentage. Nous observons la même évolution pour les personnes ayant un faible niveau d'éducation : de 2% à 7%, soit une hausse de 5 points de pourcentage.

Les citoyens sont plus nombreux à se sentir en mauvaise santé et à reporter des soins de santé, de sorte qu'ils sont également plus nombreux à se sentir en mauvaise santé. Un cercle vicieux est lancé : se sentir malade, tomber malade, reporter des soins, etc.

10 années de politique de soins de santé n'apportent donc pas le résultat escompté.

2.2. Mais à quel point les citoyens sont-ils pauvres ?

La Figure 4 montre l'évolution du sentiment subjectif de pauvreté. Contrairement à tous les autres graphiques qui reposent sur le revenu des ménages de l'année qui précède l'enquête, ce graphique montre quelle était la situation du ménage au moment de l'enquête, à savoir à la mi-2015. 2015 est également l'année où les gouvernements ont annoncé et réalisé d'importantes économies.

En 2006 (MR2008), 11,7% des résidents en Flandre se sentaient pauvres, sentiment qui a encore progressé durant les années 2009 et 2010 (BP2011 et BP2012, c'est-à-dire les années de la crise économique) à environ 15,3% en 2012, avant de repasser à 13,6% en 2015, soit une augmentation de 2 points de pourcentage depuis la mesure de référence (MR2008). L'examen des fluctuations montre que le sentiment de pauvreté est plus élevé que lors des premières années de mesure.

Les mêmes groupes défavorisés sont à nouveau touchés. La pauvreté subjective augmente à nouveau dans ces groupes

Figure 3 : Évolution du pourcentage de personnes de divers groupes défavorisés qui doivent reporter des soins de santé pour des motifs financiers

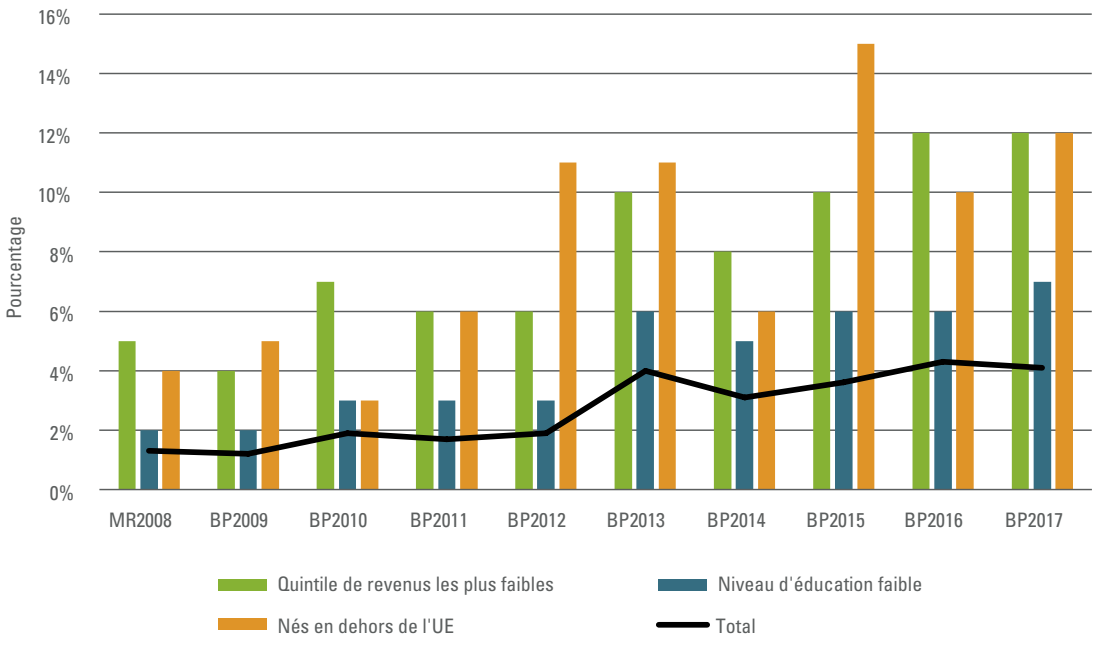
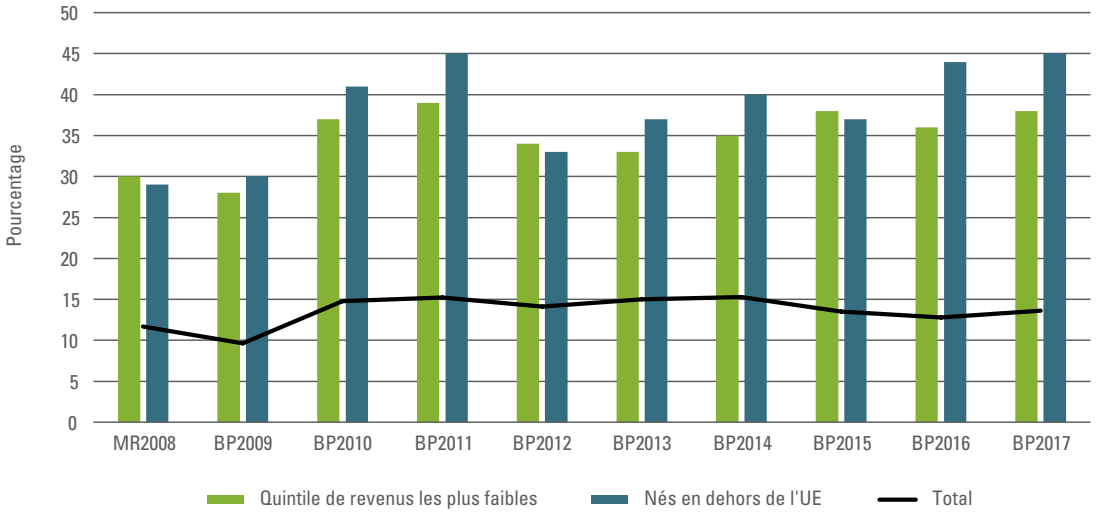


Figure 4 : Évolution de la pauvreté, subjective, globalement et pour deux groupes défavorisés en Flandre



depuis la crise économique de 2008 et il est à présent nettement plus élevé qu'en 2006 ou presque aussi élevé qu'en 2009. Près de 1 personne sur 2 née en dehors de l'UE se sent pauvre, ce qui est également le cas pour plus de 35% des personnes du quintile des revenus les plus faibles. Depuis la mesure de référence, cela représente une augmentation de plus de 15 et respectivement 7 points de pourcentage. Depuis 2006 (MR2008), la situation de ces groupes a réellement régressé. Si on compare avec le graphique précédent consacré au fossé de l'accessibilité (Figure 3), on ne peut que constater que les groupes qui reportent leurs soins de santé pour des raisons financières sont aussi les groupes qui se sentent pauvres.

Cet important recul peut notamment s'expliquer par la charge supportée par les ménages depuis 2015. Les économies entrées en vigueur en septembre 2015 touchent lourdement ces ménages. Depuis 2015, Decenniumdoelen2017 calcule les conséquences de ces économies pour différents types de ménages[1]. Seuls les ménages dont au moins un membre travaille à temps plein, sont épargnés par les conséquences des économies. Les conséquences des mesures aux niveaux fédéral et flamand sont négatives pour les ménages vivant d'une allocation, d'une pension ou pour les travailleurs à mi-temps, par exemple les familles monoparentales. L'augmentation de la facture d'énergie, les sauts d'index, l'augmentation des frais d'accueil et d'éducation des enfants, etc. pèsent lourd sur les ménages. En 2016 et 2017, cela impacte les ménages, en moyenne, à raison de 50 euros de moins par mois.

Le sentiment subjectif de pauvreté ne repose pas uniquement sur les économies, mais aussi sur ce que les gens peuvent dépenser ou pas. La Figure 5 montre le pourcentage de personnes qui peuvent se permettre un gros achat imprévu de plus de 1.000 euros au fil du temps (données disponibles à partir de 2006 (MR2008)), ainsi que le pourcentage de personnes qui sont pauvres depuis plus de 2 ans (données disponibles à partir de 2007 (BP2009)).

En 2006 (MR2008), 11,8% de la population flamande ne pouvait pas se permettre un gros achat imprévu. Cette proportion est progressivement passée à 16,5% en 2015 (BP2017). Ceux qui ne peuvent pas se permettre un gros achat imprévu ne sont pas forcément pauvres. Ce type de ménage évolue toutefois toujours autour du seuil de pauvreté et il ne faut donc pas grand-chose pour basculer dans la pauvreté. Pour ces ménages, qui vivent à la limite de la pauvreté, les conséquences des économies sont dès lors particulièrement lourdes : les économies les poussent un peu plus vers le seuil du risque de pauvreté.

Une pauvreté de longue durée signifie se trouver actuellement, et depuis les deux dernières années, sous le seuil de risque de pauvreté européen. En 2007 (BP2009), 5% de la population était composée de pauvres de longue durée, en 2015 (BP2017) c'était le cas pour 6,4% de la population.

Ceux qui sont pauvres peuvent, dans notre État providence, faire appel à la sécurité sociale ou à l'assistance. Il est crucial de savoir à quel point les minima sociaux (au sens positif ou négatif) sont éloignés du seuil de pauvreté européen. La

1 Le dossier de presse sur les conséquences des économies : http://www.decenniumdoelen.be/dcd/pers/

pauvreté est plus importante si les minima sont éloignés de ce seuil. Les résultats de cet exercice sont présentés visuellement à la Figure 6. Le seuil de pauvreté européen se situe à 100%.

Comme on peut le constater directement à la Figure 6, aucune indemnité n'atteint le seuil de pauvreté européen. En dépit de quelques petites améliorations au fil des 10 Baromètres de la pauvreté, principalement concernant le revenu d'intégration sociale et la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), les allocations de chômage et les pensions demeurent pratiquement aussi éloignées du seuil de pauvreté. Le revenu d'intégration sociale se situe, par exemple, à 20 points de pourcentage du seuil de pauvreté européen. Pour les couples avec 2 enfants, le revenu d'intégration sociale est inférieur de près de 30 points de pourcentage au seuil de pauvreté.

La Figure 6 montre des fluctuations limitées : depuis 2006, les minima sont quasiment restés constants, en dépit de toutes les promesses. La promesse du fédéral de remonter les minima jusqu'au seuil du risque de pauvreté a été abandonnée depuis la dernière note d'orientation politique[2]. L'ambition flamande exprimée dans le pacte 2020, que chacun bénéficie d'un revenu égal au seuil du risque de pauvreté européen, est ainsi inatteignable.

L'Objectif de la décennie, soit le fait pour chaque ménage de disposer d'au moins un revenu égal au seuil du risque de pauvreté, n'est pas davantage atteint après 10 années de politique de lutte contre la pauvreté.

Figure 5 : Évolution de l'ampleur de la pauvreté, pourcentage de ceux qui ne peuvent pas se permettre un achat imprévu et pourcentage de ceux qui sont pauvres depuis plus de 2 ans

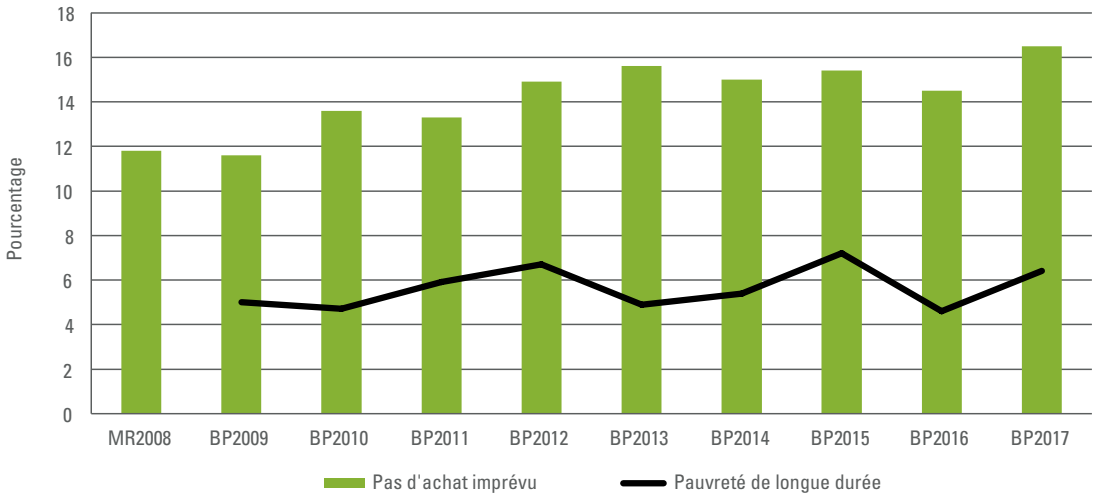
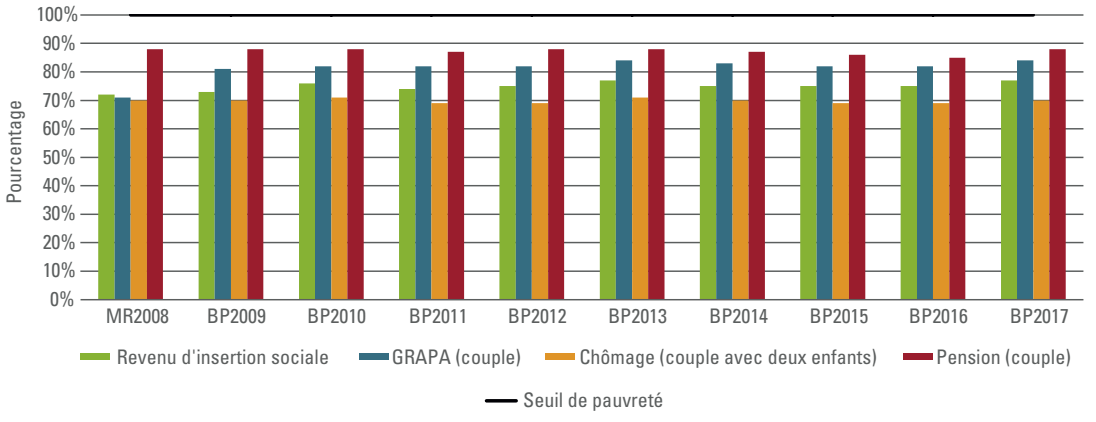


Figure 6 : Positionnement des minima sociaux en Belgique par rapport au seuil de pauvreté



2 Exposé d'orientation politique de Madame Demir Zuhal, Secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté, avril 2017, http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/0020/54K0020069.pdf.

La lecture successive des différents graphiques ci-dessus pousse à conclure que 10 années de lutte contre la pauvreté ne sortent pas les familles de la pauvreté, mais elle les y maintient. Aucun indicateur n'atteste d'une évolution positive. Dans le meilleur des cas, nous assistons à une stabilisation de la situation. Mais si l'on approfondit la question (et il n'est pas nécessaire de creuser très profondément), on constate une paupérisation croissante de plusieurs groupes de population.

2.3. Quand il n'y a pas de travail...

Les gouvernements actuels et précédents ciblent l'emploi comme réponse à la pauvreté. Dans la note d'orientation politique de l'actuelle Secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté, l'affirmation « plus de gens au travail » constitue en outre une condition à l'augmentation des minima sociaux[3]. Plus de gens au travail est l'objectif visé.

Les calculs réalisés par Decenniumdoelen2017 montrent que les gouvernements actuels veulent rendre le travail attractif par la méthode de « la carotte et du bâton ». Ceux qui travaillent gagnent, ceux qui ne travaillent pas perdent. Les calculs réalisés par Decenniumdoelen2017, montrent que ceux qui sont obligés de travailler à temps partiel ou qui ne trouvent que du travail à temps partiel sont pénalisés. Le travail n'est donc pas toujours la réponse à la pauvreté.

a) Ménages pauvres en travail

Le nombre de travailleurs qui vivent sous le seuil de pauvreté, en Flandre, fluctue autour des 3,5%. Ce chiffre est pratiquement inchangé depuis 10 ans. 3,5%, cela semble peu, mais en chiffres absolus, cela représente 90.000 personnes. Le travail n'est donc pas toujours la réponse pour sortir de la pauvreté.

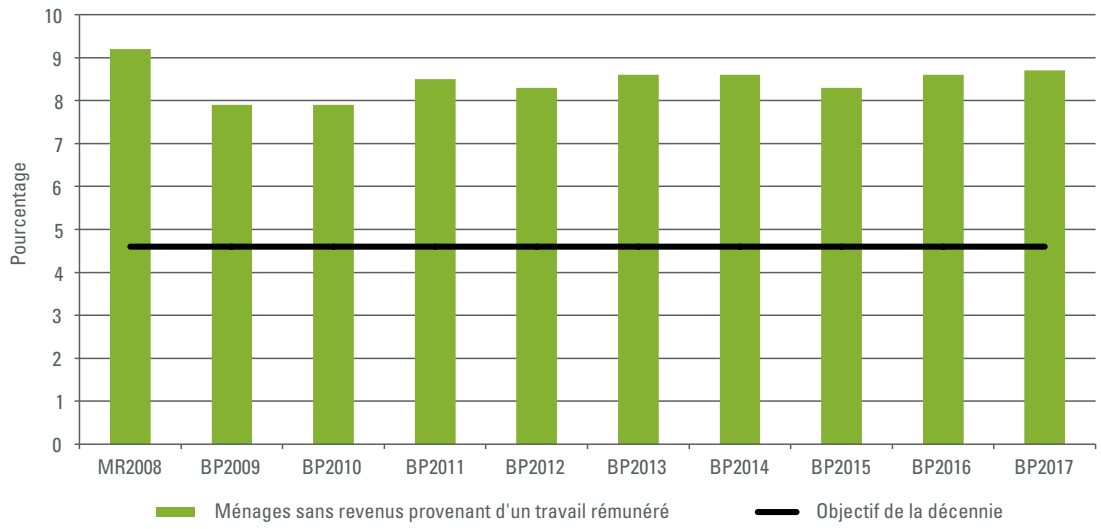
La Figure 7 montre l'évolution du pourcentage de ménages sans revenus provenant d'un travail rémunéré. Ce sont les ménages pauvres en travail. En 2006, 9,2% des ménages n'avaient pas de revenus provenant d'un travail rémunéré, en 2015, ce chiffre a baissé à 8,7%. Depuis la mesure de référence, ce nombre continue de fluctuer autour de 8%.

L'Objectif de la décennie, diminuer de moitié le nombre de ménages dont aucun membre ne travaille, se situe à 4,6%. L'objectif est toujours éloigné de 4 points de pourcentage. En d'autres termes, l'Objectif de la décennie est toujours aussi éloigné qu'au début des mesures.

b) Combien de personnes n'ont pas de travail ?

En ce qui concerne les chiffres du chômage, 3 groupes sautent aux yeux : Les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les jeunes et les personnes ayant un passé migratoire (Figure 8).

Figure 7 : Évolution du pourcentage de ménages en Flandre sans revenus provenant d'un travail rémunéré



3 « Plus de gens au travail, cela signifie notamment que l'on sache payer sur le long terme des pensions, mais également (et c'est essentiel dans le cadre de la lutte contre la pauvreté) des revenus sociaux qui ne soient pas significativement sous le seuil de la pauvreté. En effet, des allocations substantiellement plus élevées sont plus faciles à assurer si moins de personnes en ont besoin et si les allocataires retrouvent plus rapidement le chemin du travail. » Page 11 de la note d'orientation politique de Madame Zuhal Demir, cf note 2.

Le nombre total de chômeurs est relativement faible et il continue de fluctuer autour de 5%. Un regard sur différents groupes cibles donne une autre vision. Les jeunes éprouvent des difficultés sur le marché du travail. En 2006 (MR2008), 12,5% des jeunes étaient au chômage. Ce nombre a chuté jusqu'à la crise économique, pour repartir à la hausse à plus de 16%, avant de terminer à 15,2% en 2015 (BP2017). Cela représente une augmentation de 2,7 points de pourcentage par rapport à la mesure de référence (MR2008).

Le nombre de chômeurs peu qualifiés a augmenté de 7,5% en 2006 à 8,8% en 2015, soit 1,3 point de pourcentage. Le nombre de citoyens hors UE au chômage a chuté de 19,3% en 2006 à 16% en 2015, mais il reste particulièrement élevé en comparaison des autres groupes.

Nous pouvons comparer les graphiques ci-dessus : le taux d'emploi dans la population montre un écart entre les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et toutes les autres.

Depuis 2006 (MR2008), le taux d'emploi de la population flamande de 20 à 64 ans fluctue entre 65% et 67%. La Figure 9 illustre l'écart entre les différents groupes. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé ont un taux d'emploi supérieur à 85%. En contraste criant par rapport à ces chiffres élevés, il y a le taux des personnes ayant un faible niveau d'éducation et des citoyens hors UE, qui franchit juste la barre des 50% et n'a que peu fluctué pendant ces 10 années de monitoring.

Le taux d'emploi à la baisse des personnes ayant un faible niveau d'éducation apparaît également dans d'autres

Figure 8 : Évolution des taux de chômage dans les groupes défavorisés en Flandre

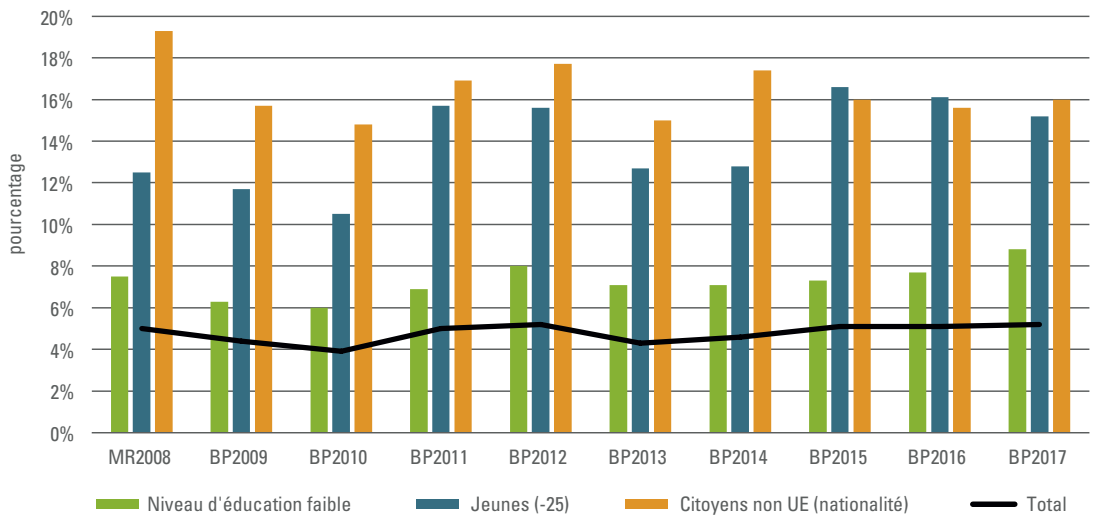
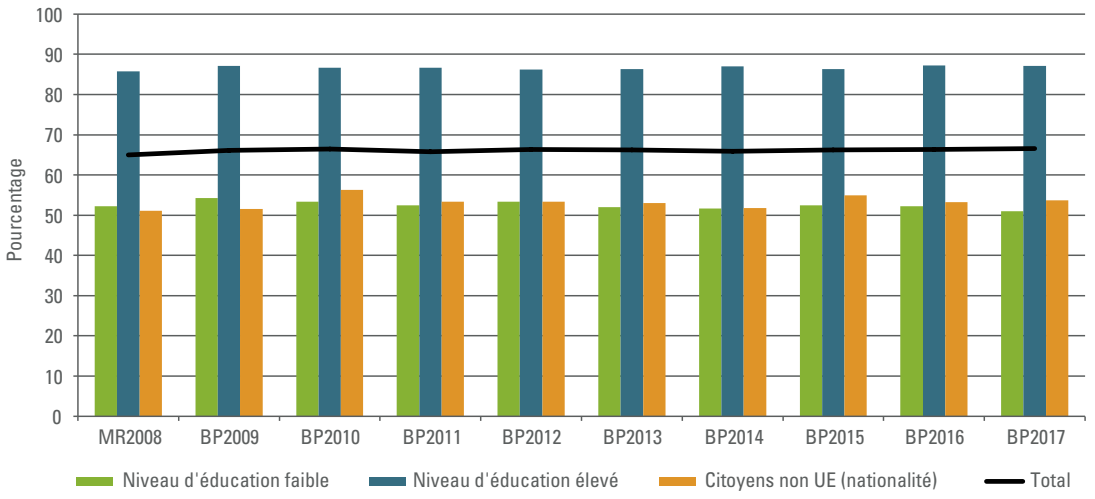


Figure 9 : Évolution du taux d'emploi dans les différents groupes défavorisés en Flandre



mesures. Ainsi, le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) publie chaque année un rapport sur les jeunes diplômés. Le nombre de jeunes diplômées qui cherchent encore du travail après un an fluctue autour de 12% (11,7% en 2012 et en 2015 (BP2017), avec entre-temps un légère augmentation et diminution). L'examen des élèves qui quittent l'enseignement secondaire spécial (BUSO) montre qu'ils sont de plus en plus nombreux à rechercher encore un travail après un an : 31,2% en 2012 et 41,5% en 2015 (BP2017).

L'économie sociale tente de contribuer à l'augmentation du taux d'emploi en aidant les personnes très éloignées du marché du travail (personnes âgées, jeunes, personnes ayant un passé migratoire, personnes handicapées, ayant un faible niveau d'éducation et les femmes) à trouver de l'emploi. Cette contribution est cependant modeste. À peine 26.000 personnes ont trouvé de l'emploi en Flandre grâce à l'économie sociale. De plus, aucun trajet de développement n'est mis en place pour ce secteur. Le nombre de postes au sein de l'économie sociale est plus ou moins stable à légèrement décroissant. Le Tableau 1 présente les chiffres les plus récents.

L'emploi est la réponse de ces gouvernements et des précédents à la pauvreté. Cette réponse se traduit par des méthodes de « la carotte et du bâton ». Les allocations de chômage sont très éloignées du seuil de pauvreté. Les conditions pour obtenir une allocation de chômage sont en outre beaucoup plus strictes. L'Objectif de la décennie, réduire de moitié le nombre de ménages dont aucun membre ne travaille n'est pas atteint. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation et les personnes ayant un passé migratoire restent loin derrière les autres groupes. L'écart entre eux et les autres augmente sans cesse. Des investissements sont consentis dans une prime à l'emploi pour ceux qui travaillent à temps plein, mais pas dans l'économie sociale, qui aide pourtant les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les personnes ayant un passé migratoire et d'autres groupes.

2.4. Inégalités de l'enseignement

Decenniumdoelen2017 a toujours consacré une attention particulière à l'enseignement. En effet, depuis la seconde guerre mondiale, l'école est l'endroit où les jeunes ont la possibilité de s'intégrer. L'Objectif de la décennie en la matière est donc une diminution à 3% de l'illettrisme et de l'innumérisme[4] chez les jeunes, dans toutes les formes d'enseignement et pour tous les groupes de jeunes. Cet objectif est illustré par la ligne horizontale à la Figure 10.

La Figure 10 résume les résultats des études (PISA) (Programme for International Student Assessment) depuis 2006 pour la Flandre. Tous les 3 ans, des tests sont effectués sur les jeunes de 15 ans de différents pays d'Europe et hors Europe. Ils fournissent un instantané de l'illettrisme et de l'innumérisme par pays et par région et ils permettent de faire une évaluation quant aux mesures d'enseignement adoptées.

L'évolution de l'illettrisme et l'innumérisme n'est pas rose : une augmentation est observée pour les deux données entre 2006 (MR2008) et 2015 (BP2017). Le pourcentage des jeunes de 15 ans en situation d'illettrisme et d'innumérisme en Flandre a progressé de près de 3 points de pourcentage, à 17% en 2015. L'innumérisme a augmenté d'un peu moins de 5 points de pourcentage à 16,8% en 2015. L'illettrisme a reculé lors de la deuxième mesure, à 13,4% (moins 0,7 point de pourcentage), pour repartir à la hausse à partir de la troisième mesure, à 17%. Une nette détérioration de près de 3 points de pourcentage.

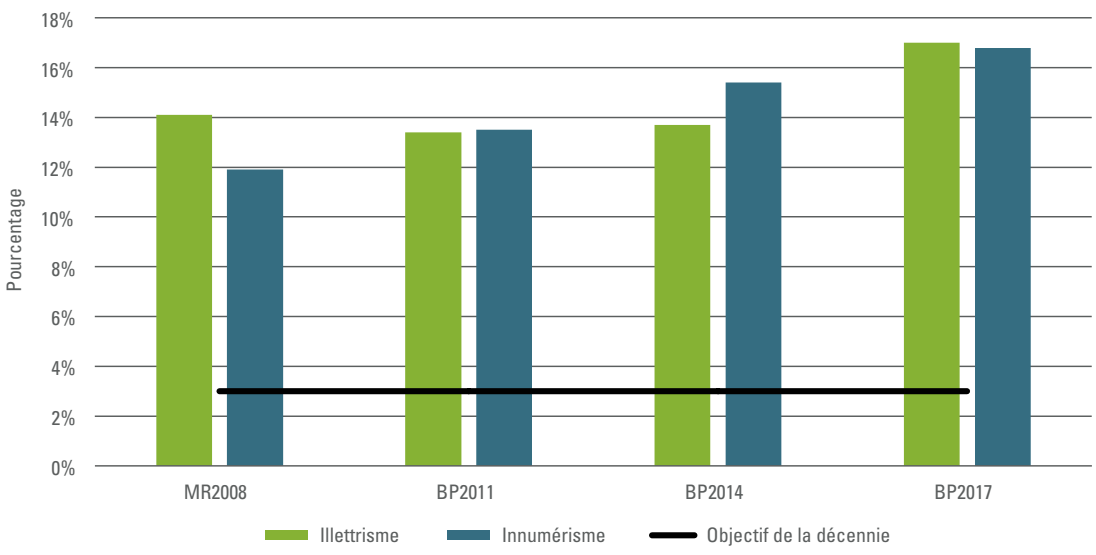
Cette évolution négative était déjà visible pour l'innumérisme : depuis la mesure de référence de 2008 (MR2008), l'innumérisme a augmenté de façon inquiétante : de 11,9% à 16,8%, soit un recul de près de 5 points de pourcentage.

Tableau 1: Évolution et portée des programmes dans l'économie sociale

TYPE D'ÉCONOMIE SOCIALE	31/12/2014	31/12/2015	DIFFÉRENCE ENTRE 2014 et 2015
Mise au travail sociale (sociale werkplaatsen)	4.730	4.450	-280
Ateliers protégés	16.881	16.994	+113
Entreprises d'insertion	545	227	-318
Économie de services locaux (lokale diensteneconomie)	2.067	1.985	-82
Activité de socialisation au travail (arbeidszorg)	2.313	2.678	365
Total	**26.536**	**26.334**	**-202**

4 « L'innumérisme est à la maîtrise des nombres, du raisonnement et du calcul ce qu'est l'illettrisme à la maîtrise de la langue. » https://www.la-croix.com/Actualite/France/Qu-est-ce-que-l-innumerisme-_NG_-2011-01-31-605974

Figure 10 : Évolution de l'illettrisme et de l'innumérisme en Flandre



Les précédents Baromètres de la pauvreté (vous les trouverez sur www.decenniumdoelen.be) ont clairement montré qu'un passé migratoire joue un rôle déterminant dans le retard scolaire en Flandre. Plus même, nous avons constaté que les nouveaux jeunes, de la première génération, rencontrent plus de difficultés à l'école. La dernière mesure PISA expose à nouveau la même distance entre les jeunes.

Le rapport PISA conclut : « *En 2006, les élèves flamands autochtones obtenaient en moyenne 90 points de plus pour les compétences scientifiques que les élèves d'origine étrangère. Cette différence a diminué à 82 points en 2015, mais elle demeure très importante et en faveur des élèves autochtones. Il est étonnant de constater que si l'on considère les pays de l'OCDE*[5]*, la tendance observée pour l'écart flamand est entièrement causée par les différences dans la performance moyenne de la population autochtone. En 2015, ces élèves ont respectivement obtenu 7 (OCDE) et 10 points (Flandre) de moins qu'en 2006, alors que les prestations du groupe d'élèves d'origine étrangère fluctuent beaucoup moins.* » Conclusion : les jeunes ayant un passé migratoire restent dans le bas du classement et ne progressent pas.

La dernière mesure PISA a suscité de nombreuses discussions. Les parents ayant un passé migratoire ont été mis en cause pour les moins bons résultats de leurs enfants. De nombreux chercheurs ont, au contraire, mis en avant les désavantages structurels des jeunes ayant un passé migratoire.

Orhan Agirdag, sociologue à la KU Leuven, se montre à juste titre très tranché : « *Rejetter toute la faute sur les parents équivaut à oublier que notre politique de l'enseignement porte également une responsabilité. Est-ce la faute des mères si, après quinze années de dissensions politiques, aucune véritable réforme de l'enseignement n'a été mise en place ? Est-ce la faute des parents si la plupart des enseignants inexpérimentés aboutissent dans des écoles défavorisées, bien plus que dans d'autres pays ? Et en quoi les « normes et valeurs » interviennent-elles dans le système en cascade ancré dans notre système d'enseignement ? Non, il s'agit uniquement de responsabilités politiques. Si tout relevait néanmoins de la responsabilité des parents, nous n'aurions alors pas besoin de ministre de l'Enseignement.* »

L'attention apportée par une école à ses élèves est importante. Bien que la Figure 10 présente une évolution négative, certains chiffres sont plus encourageants. Par exemple, les sorties sans qualification sont en léger recul. De même, le nombre de jeunes qui comptent 2 années ou plus de retard scolaire continue de baisser (légèrement) en Flandre, tant dans l'enseignement primaire que dans l'enseignement secondaire.

L'Objectif de la décennie, une baisse à 3% de l'illetrrisme et de l'innumérisme chez les jeunes, dans toutes les formes d'enseignement et pour l'ensemble des groupes de jeunes, est très éloigné. Aucune diminution de l'illettrisme et de l'innumérisme n'est constatée, mais au contraire, une nette

5 Organisation de coopération et de développement économiques

augmentation. En 2006, l'écart était respectivement de 11 et 7 points de pourcentage. En 2015, l'écart a progressé à 14%, tant pour l'illettrisme que pour l'innumérisme.

L'écart croissant entre les personnes ayant un faible niveau d'éducation et les autres est également signe d'un retard structurel ultérieur, sur le marché du travail, et donc aussi d'une pauvreté ancrée de manière structurelle dans notre société. L'enseignement peut donner une chance à tous les jeunes, mais pour cela, il faut une politique d'enseignement qui ne laisse personne au bord de la route.

2.5. On se lasse de louer

Une maison est une première préoccupation pour tous. Un bon toit au-dessus de sa tête est toujours une première réponse contre la pauvreté. Une maison est donc plus qu'essentielle. Cela touche à la première préoccupation de toutes les personnes vulnérables. L'Objectif de la décennie est donc clair : au moins 75.000 logements sociaux en location de plus en 10 ans.

Une habitation est particulièrement onéreuse. Les loyers croissants en sont la cause. À moins de 700 euros, il est actuellement (2017) pratiquement impossible de trouver une habitation[6]. Le syndicat des locataires évoque une forte augmentation des loyers dans les segments les moins chers du marché locatif privé[7]. Il y a aussi l'augmentation des charges énergétiques[8]. Les calculs de Decenniumdoelen2017 en rapport avec les économies montrent notamment les conséquences de l'augmentation des prix de l'énergie. Tout cela se traduit par la hausse des charges d'habitation.

Le Vlaamse Woonraad affirme sans détour : « *Les études montrent que le coût du logement (woonquote)[9] sur le marché locatif privé dans la période 2005-2013 a connu une évolution négative. En 2013, la proportion de ménages dont le coût du logement était supérieur à 40% était passée à 47% du marché locatif privé. 89% et 40% des locataires privés, respectivement, du premier et du deuxième quintile de revenus, disposent, après le paiement des dépenses de logement, d'un revenu résiduel insuffisant pour vivre dignement. D'aucuns affirment qu'un tiers des locataires privés tombent dans la pauvreté après le paiement du loyer (soit 160.000 à 170.000 ménages). Nombre de ménages des couches inférieures du marché locatif privé sont donc confrontés en permanence à un grave problème d'accessibilité, ce qui rend leur situation particulièrement précaire.* »

Les charges de logement des ménages sont un bon indicateur de l'ampleur de la pauvreté. L'étude menée par le Steunpunt Wonen (https://steunpuntwonen.be/), nous a appris qu'il existe une grande différence entre les propriétaires et les locataires. Les propriétaires assument très peu de charges de logement, même les ménages qui ont contracté une hypothèque.

Une récente étude du Steunpunt Wonen montre que « *la politique est plus largement axée sur le subventionnement des propriétaires que des locataires. Si l'on additionne les subsides au logement, fiscaux et non fiscaux, le montant total du subside pour les propriétaires-résidents est 4,9 fois supérieure à celui des locataires. En 2013, la Flandre compte 2,6 fois plus de propriétaires que de locataires (selon la Grote Woononderzoek -grande étude sur le logement-). Lorsqu'il est corrigé en fonction de ce rapport, en Flandre, un propriétaire reçoit en moyenne 88% de subsides au logement en plus qu'un locataire* »

Les charges de logement peuvent être moindres si vous pouvez louer un logement social. Dans son Pacte 2020, le gouvernement flamand a promis qu'à l'horizon 2020, 53.000 logements sociaux supplémentaires seraient mis en service. Ces promesses ont déjà été reportées à plusieurs reprises, cette fois jusqu'en 2023.

Decenniumdoelen2017 a un objectif plus ambitieux, à savoir 75.000 logements sociaux supplémentaires d'ici 2017.

Depuis 2006 (MR2008), 13.066 nouveau logements sociaux en location ont été mis en service. Si l'on ajoute à cela les logements gérés par les agences immobilières sociales, ce chiffre passe à 21.416 logements supplémentaires (Figure 11). C'est encore loin de l'objectif flamand et encore beaucoup plus loin de l'Objectif de la décennie. L'écart avec l'Objectif de la décennie diminue quant à lui progressivement : en 2015, l'écart avec l'Objectif de la décennie atteignait encore 24%. Le nombre d'habitations augmente donc, mais le besoin de logements sociaux supplémentaires progresse dans le même temps. Nous trouvons un premier indicateur en la matière à la Figure 12, qui compare le nombre de logements sociaux avec le nombre de ménages en Flandre.

6 Wooncrisis in de onderste lagen van de private huurmarkt. Avis 2017-06/27.04.2017 Vlaamse Woonraad. https://www.wonenvlaanderen.be/sociale-woonactoren/vlaamse-woonraad

7 http://huurdersplatform.be/hb/actualiteit-hb/gemiddelde-huurprijzen-volgen-inflatie-maar-opvallende-stijging-in-goedkoper-segment/

8 Dans le même avis du Vlaamse Woonraad, page. 8 : « Vrind affirme qu'en décembre 2015, la facture d'électricité moyenne pondérée des ménages est supérieure de 29 % à celle de décembre 2014 (notamment par l'augmentation de la TVA et le coût de la distribution majorée). La VREG (Vlaamse regulator van de elektriciteits- en gasmarkt – Régulateur flamand du marché de l'électricité et du gaz) a estimé qu'un ménage qui a consommé 3.500 kWh en 2016, a payé en moyenne 285 euros de plus que l'année précédente.»

9 Le coût du logement (woonquote) est la part des revenus nets du ménage consacrée chaque mois au loyer, sans les frais (pour les locataires), ou au paiement mensuel des prêts hypothécaires (pour les propriétaires). Il s'agit des frais de logement mensuels nus : le loyer sans frais de consommation pour les locataires et le montant mensuel du prêt hypothécaire pour les propriétaires.

Figure 11 : Évolution du logement social et du logement via des agences immobilières sociales

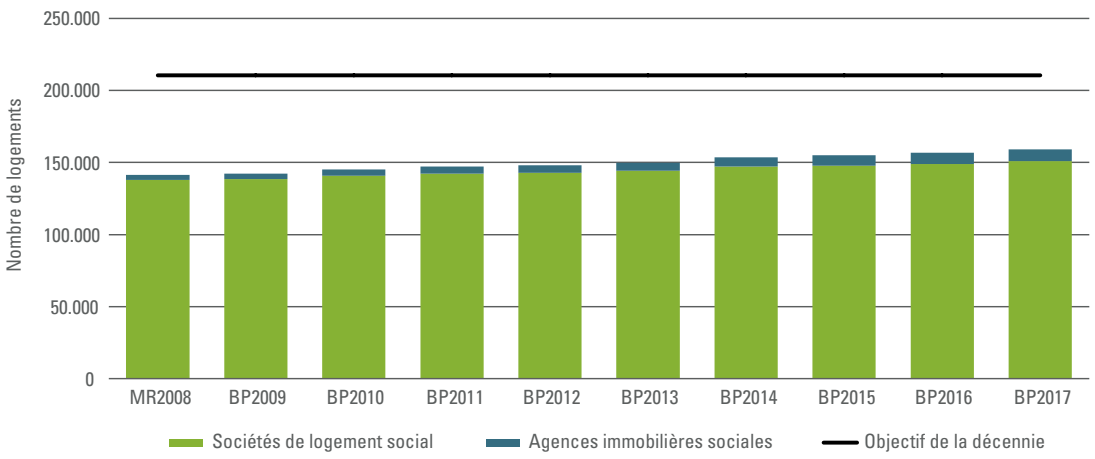
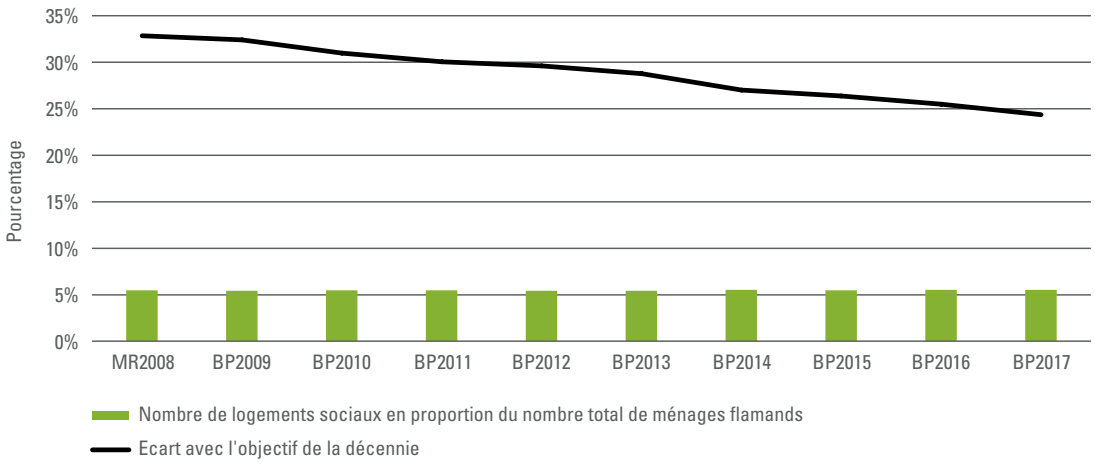


Figure 12 : Évolution du nombre de logements sociaux en comparaison avec l'objectif de la décennie et proportionnellement au nombre de ménages en Flandre



Même si de nouveaux logements sociaux sont construits, la proportion du nombre de ménages en Flandre reste pratiquement la même : en 2006, la Flandre comptait 5,42 logements sociaux pour 100 ménages, en 2015, ce chiffre est passé à 5,52.

Ce faible nombre (permanent) de logements sociaux se traduit également dans le nombre constamment élevé de personnes qui attendent un logement social. En 2006 (MR2008) près de 100.000 personnes étaient sur les listes d'attente. En 2015 (BP2017) 150.000 personnes attendent déjà. En 10 ans, la liste d'attente a donc augmenté de moitié.

Bien que le nombre de logements sociaux augmente progressivement, nous sommes encore loin de l'Objectif de la décennie. L'objectif flamand est, lui aussi, encore loin d'être atteint. Le besoin de logements en location abordable et de bonne qualité est cependant encore plus important : la liste d'attente pour un logement social a progressé de moitié, les loyers des segments les plus bas du marché locatif privé continuent d'augmenter, les charges de logement sont trop élevées pour au moins un quart des locataires et des groupes de revenus les plus faibles, etc.

Cette nécessité ne se traduit toutefois pas par un plus grand soutien aux locataires : plus de 88% du soutien octroyé par le gouvernement fédéral et flamand est destiné aux propriétaires-résidents. Un groupe pour lequel les charges de logement sont à peine trop lourdes. Une répartition équitable est plus que nécessaire.

2.6. Vivre ensemble, un défi

Le sixième Objectif de la décennie traite du vivre ensemble, de la façon dont les personnes en situation de pauvreté peuvent étendre leurs réseaux. La pauvreté, la discrimination, la ségrégation et le racisme, la maladie, etc. sont des obstacles à cause desquels les ménages dans la pauvreté éprouvent des difficultés à participer à la société. L'Objectif de la décennie porte sur l'extension des réseaux sociaux des personnes vivant dans la pauvreté. Les réseaux sociaux apportent en effet un soutien important à toute personne en difficulté.

Les différentes enquêtes (Sociaal-Culturele Verschuivingen in Vlaanderen-survey, EU-Silc, Vlaamse migratiemonitor) n'ont que récemment poursuivi l'exploitation du thème du vivre ensemble. Il est donc difficile de donner un aperçu de l'évolution de « l'extension des réseaux ». Nous le faisons néanmoins à l'aide d'un seul graphique qui résume en une image la problématique de la participation à la société.

La Figure 13 se penche sur l'évolution de la participation aux vacances. Depuis 2006, nous constatons une augmentation de la part des personnes qui ne peuvent pas se permettre de passer une semaine de vacances en dehors de chez elles : de moins de 15% à près de 19%. Depuis 2014, ce chiffre continue de fluctuer autour des 18,5%.

Bien que la participation aux vacances ne soit qu'un indicateur indirect de la participation à la société, la Figure 13 confirme l'écart entre ceux qui vivent dans la pauvreté et les autres. Ce graphique montre en outre que cet écart, comme tous les autres écarts ci-dessus ne diminue pas, malgré 10 années de politique de lutte contre la pauvreté. Le sixième Objectif de la décennie n'est pas davantage atteint que les autres.

Nous avons à présent parcouru ces six objectifs. Qu'est-ce que cela signifie concernant le nombre de personnes qui vivent dans la pauvreté en Flandre ?

Figure 13 : Évolution du pourcentage de personnes qui ne sont pas en mesure de prendre une semaine de vacances en dehors de chez elles

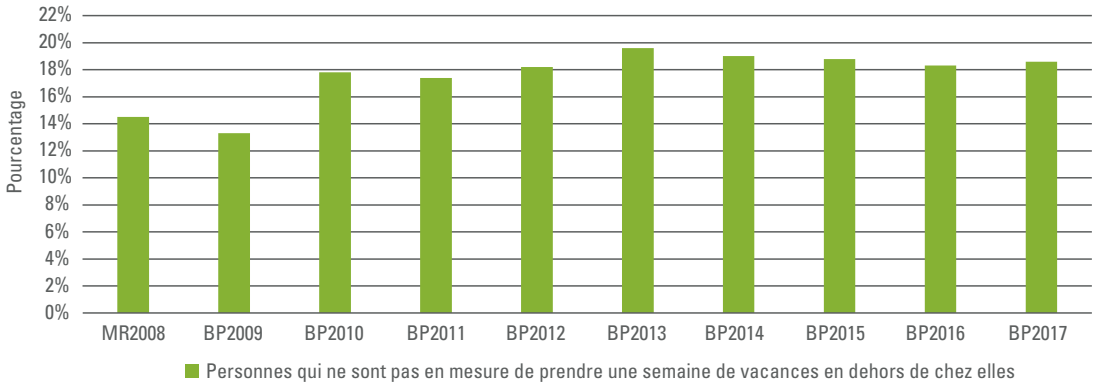
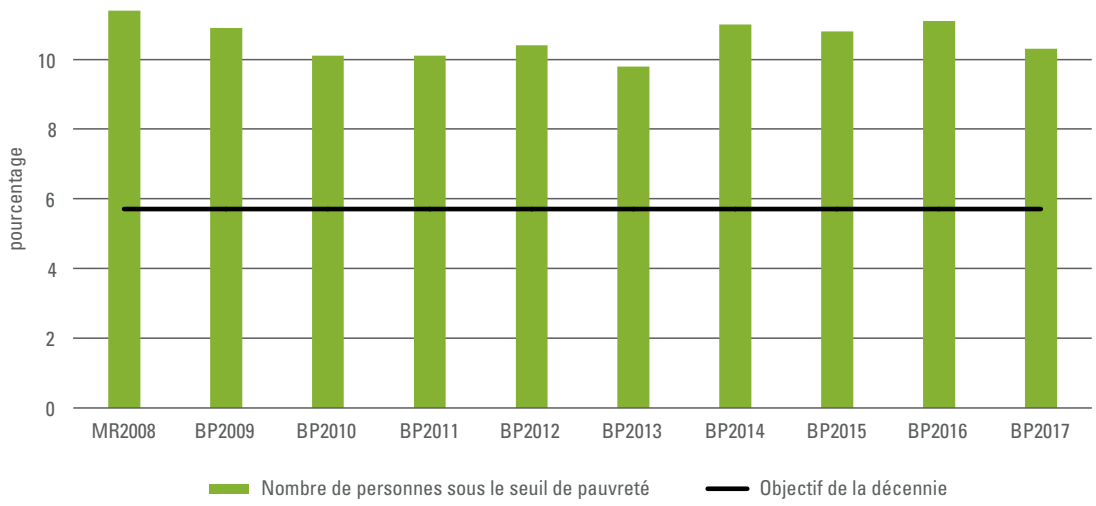


Figure 14 : Nombre de personnes en Flandre sous le seuil de pauvreté, en pourcentage



3. Quel est le nombre de pauvres ?

10 années de politique de lutte contre la pauvreté n'ont généré que de maigres résultats. Quelques objectifs progressent ou sont au statut quo, d'autres régressent. Que signifient 10 années d'une telle politique pour les personnes qui vivent dans la pauvreté ou à la limite de celle-ci ? Combien sont-ils et s'agit-il encore des mêmes pauvres ?

3.1. Nombre de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté

En 2006, 11,4% des Flamands vivaient sous le seuil de pauvreté. En 2015, ils sont 10,3%. Pendant les 10 Baromètres de la pauvreté, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté a continué de fluctuer entre 10 et 11%.

Le Baromètre de la pauvreté 2008, notre mesure de référence (MR2008), a déterminé l'Objectif de la décennie : la diminution de moitié du nombre de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté. Il a été fixé à 5,7%, soit la ligne horizontale à la Figure 14. Après 10 années de politique de lutte contre la pauvreté, la réduction de moitié est encore loin. Encore environ 5 points de pourcentage... L'Objectif de la décennie, réduire la pauvreté de moitié, n'est pas atteint.

Les pourcentages en disent long, mais en même temps, ils demeurent très abstraits. Les pourcentages peuvent également masquer une réalité. En raison de la croissance de la population, 10% en 2006 ne correspond pas à 10% en 2015. A la Figure 15 nous traduisons ces pourcentages en nombre absolu de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté.

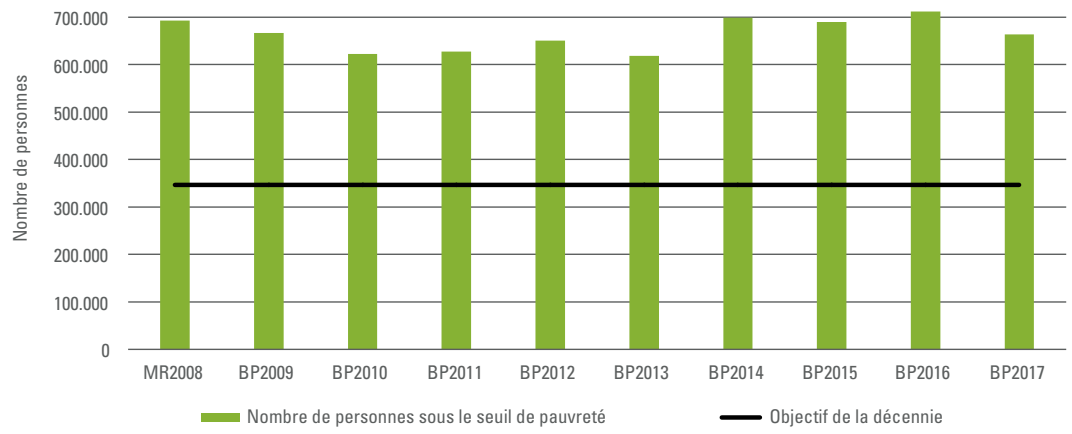
En 2006 (MR2008) 693.000 personnes vivaient sous le seuil de pauvreté. Une réduction de moitié signifie 346.500 personnes de moins. En 2015 (BP2017) cependant, 663.750 personnes vivent sous le seuil de pauvreté : soit à peine 30.000 personnes de moins. En pourcentage, la diminution est plus importante, plus de 1 point de pourcentage. Mais en réalité, ce point de pourcentage ne représente pratiquement rien. 10 années de politique de lutte contre la pauvreté ont donc accouché d'une souris. Après 10 années, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté reste pratiquement identique.

Les graphiques ci-dessus sont basés sur les données Silc de l'UE. Les données sont obtenues lors d'enquêtes menées auprès de 7.000 ménages en Belgique. Le panel change tous les 3 ans. De légères fluctuations peuvent dès lors voir le jour. D'où l'importance de la marge d'erreur. La marge d'erreur pour les chiffres ci-dessus est de 2%. Toutes les fluctuations s'inscrivent dans la marge d'erreur. Par un nouveau calcul en nombres absolus, nous sommes mieux à même de démontrer à quel point la pauvreté en Flandre (et en Belgique) est persistante et constante.

3.2. Plus qu'un point épineux : la pauvreté des enfants

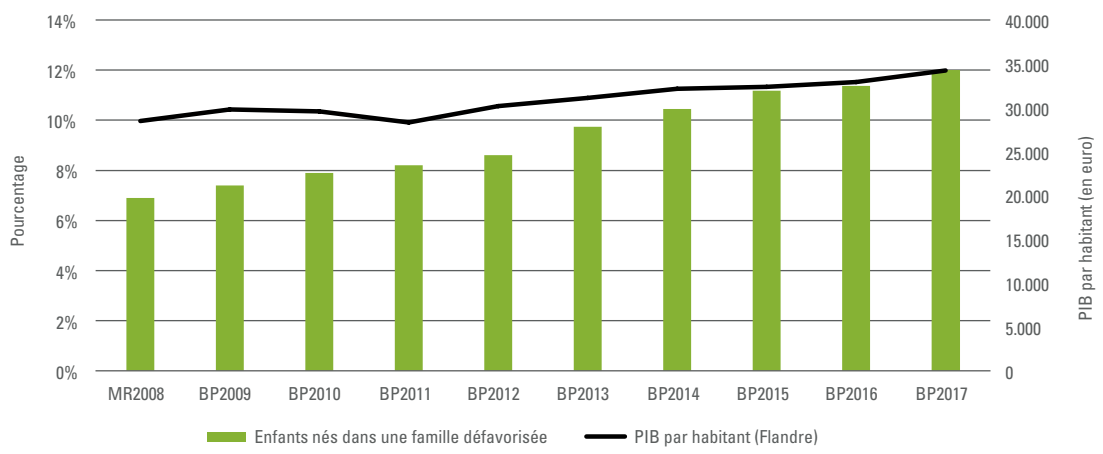
Kind et Gezin utilise un autre indicateur : la pauvreté des enfants. Il mesure la pauvreté dans les ménages avec de très jeunes enfants. Cet indicateur est calculé sur la base de tous les enfants nés dans l'année concernée. L'indicateur aplanit de grandes fluctuations par la prise en compte des années précédentes[10]. Contrairement aux chiffres précédents, la Figure 16 montre une tendance négative très

Figure 15 : Nombre de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté en Flandre, nombres absolus



10 Pour suivre l'évolution de la précarité chez les très jeunes enfants, chaque année, Kind et Gezin calcule l'indice de précarité pour la Région Flamande. Cet indice de précarité pour l'année X est calculé comme suit : Le nombre d'enfants nés dans l'année X, X-1 et X-2 dans un ménage, qui vivent dans la précarité et qui habitent dans la Région flamande au 31 décembre de l'année X, divisé par le nombre total d'enfants nés durant ces 3 ans et qui habitent dans la Région flamande au 31 décembre de l'année X (en pourcentage). Il est par ailleurs utile de savoir que les enfants qui ne sont pas nés en Flandre, mais qui y vivent, sont néanmoins pris en compte. L'index doit donc être compris comme un chiffre sur les très jeunes enfants qui vivent en Flandre le dernier jour de la dernière année.
http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/#Berekening-précarité-in

Figure 16 : Pauvreté des enfants en % par rapport au PIB par habitant en euros



nette. La figure 16 montre l'évolution de la pauvreté des enfants par rapport à l'évolution de la prospérité en Flandre (mesurée par le PIB par habitant).

La pauvreté des enfants augmente progressivement en Flandre : de 6,9% en 2006 (MR2008) à 12% en 2015 (BP2017). Les chiffres pour 2016 sont encore plus mauvais : 12,8% des jeunes enfants sont nés dans une famille défavorisée. Près du double ! En d'autres termes, l'objectif de la Flandre de réduire la pauvreté des enfants de moitié est inatteignable si l'on conserve la même politique. Autrement dit, réduire de moitié la pauvreté des enfants nécessite une autre politique de lutte contre la pauvreté.

Depuis 2006 (MR2008), la prospérité moyenne évolue progressivement : de 28.500 à 34.200 euros en 2015 (BP2017). La prospérité moyenne a uniquement cédé un peu de terrain pendant la crise économique de 2008. L'année suivante a plus que compensé la situation de l'année précédente.

En comparaison avec d'autres pays et régions d'Europe, la Flandre enregistre un excellent résultat en termes de prospérité. Seuls le Luxembourg, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Autriche, la Suède, l'Allemagne et le Danemark ont fait un peu mieux. La prospérité est donc suffisante en Flandre.

La ligne dénotant la prospérité présente un contraste criant avec celle dénotant la pauvreté des enfants. Nous pourrions en tirer comme conclusion que plus nous devenons riches, plus la pauvreté des enfants augmente. Cela pose cruellement la question de la redistribution.

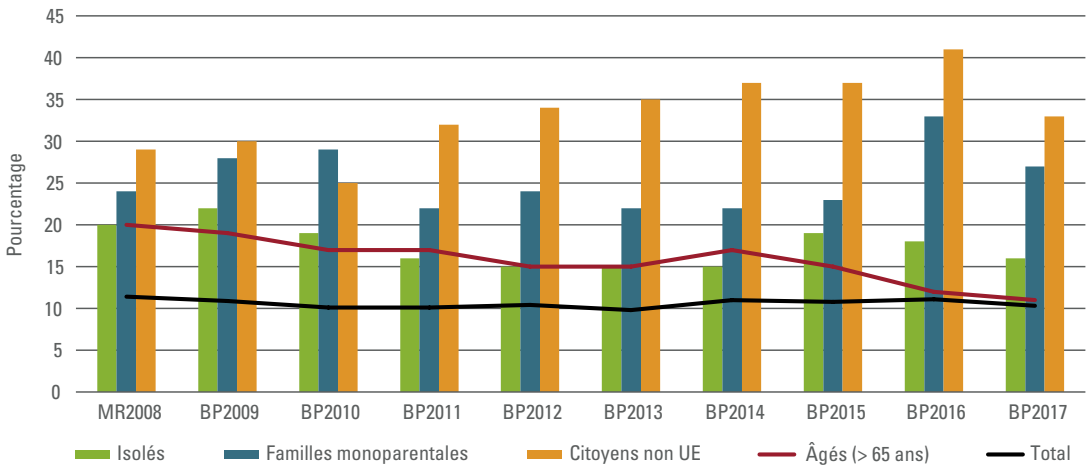
3.3. Les couleurs de la pauvreté

L'augmentation de la pauvreté des enfants constatée par Kind en Gezin chez les plus jeunes enfants touche principalement les ménages dont la mère est originaire d'un pays non-UE. Plus de 57% des plus jeunes enfants vivant dans un ménage défavorisé ont un passé migratoire. La pauvreté a une couleur. Mais pas uniquement une couleur.

la Figure 17 se penche sur 4 groupes de personnes qui courent un plus grand risque d'être pauvres : les personnes âgées, les isolés, les familles monoparentales et les citoyens hors UE. La ligne noire désigne le chiffre général de la pauvreté en Flandre. Nous avons déjà expliqué ci-dessus que ce chiffre fluctue toujours entre 10 et 11%.
En ce qui concerne le risque de pauvreté chez les personnes âgées, une tendance à la baisse est observée : en 2006 (MR2008), 20% des personnes de plus de 65 ans vivaient sous le seuil de pauvreté, en 2015 (BP2017), elles sont encore 11%. La prospérité croissante à partir des années 50 et l'attention accordée à la pauvreté parmi les personnes âgées donne un résultat clairement positif. Pour lutter contre la pauvreté, il faut donc à la fois plancher sur la sécurité sociale (le niveau des pensions) et sur les conditions de travail.
Pour les 3 autres groupes, l'évolution est cependant loin d'être aussi positive.

- 20% des isolés vivaient sous le seuil de pauvreté en 2006 (MR2008), en 2015 (BP2017), ils étaient encore 16%.
- 24% des familles monoparentales vivaient sous le seuil de pauvreté en 2006 (MR2008). Ce chiffre passe à 29% en 2008 pour terminer, en 2015, (BP2017) à 27%. Depuis la mesure de référence du Baromètre de la pauvreté (MR2008), nous mesurons donc une hausse de 3 points de pourcentage.

Figure 17 : Pourcentage de personnes en dessous du seuil du risque de pauvreté dans les différents groupes défavorisés



- 29% des citoyens hors UE vivaient sous le seuil de pauvreté en 2006 (MR2008). En 2015 (BP2017) ce chiffre était passé à 33% pour les citoyens hors UE. Depuis la mesure de référence du Baromètre de la pauvreté, nous observons donc une hausse de 4 points de pourcentage.

En d'autres termes, la pauvreté prend plusieurs couleurs. La situation de certains groupes s'améliorent sur l'échelle de la pauvreté, les personnes âgées par exemple. Cependant, il est inquiétant de constater que la situation des familles monoparentales et des familles ayant un passé migratoire se détériore. Néanmoins, il ressort de l'évolution des autres groupes qu'il est possible de progresser moyennant, notamment, une meilleure sécurité sociale et l'amélioration des conditions de travail.

4. Conclusion. Dix années de politique de lutte contre la pauvreté : Dix années de pauvre politique.

10 Baromètres de la pauvreté donnent une image des résultats de 10 années de politique de lutte contre la pauvreté. Pendant 10 ans les différents gouvernements ont promis de lutter contre la pauvreté, de la réduire de moitié, de faire passer les personnes vivant dans la pauvreté au-dessus du seuil de pauvreté, … Rien de tout cela, aucun indicateur n'atteste d'une amélioration fondamentale. Certains indicateurs progressent légèrement ou stagnent, d'autres reculent vraiment.

10 Baromètres de la pauvreté illustrent par conséquent 10 années d'une pauvre politique. 10 Baromètres de la pauvreté montrent clairement qu'une autre politique est nécessaire.

Les Objectifs de la décennie sont un défi pour la politique fédérale et flamande. La politique, car la pauvreté n'est pas une tâche pour le seul Secrétaire d'État ou Ministre de la Lutte contre la pauvreté. Une politique de lutte contre la pauvreté est un travail qui incombe à tous les responsables politiques, dans tous les domaines et à tous les niveaux.

Une politique de lutte contre la pauvreté nécessite en outre un changement de paradigme : en effet, la lutte contre la pauvreté est à présent la sonnette d'alarme de la société. Une pauvreté persistante, en dépit de tous les plans et de toutes les initiatives indique un problème structurel dans notre société. Pour y remédier, il faut poser un autre regard où « le souci de tous et de la société » occupe la place centrale.

C'est pourquoi la société et, plus particulièrement les responsables de la politique, assument la responsabilité de plancher sur la redistribution, une plus grande égalité, une préoccupation et une attention accrues pour tous ceux qui sont ou deviennent plus vulnérables.

Le livre « 10 Armoedebarometers : een decennium armoedig beleid » est disponible au prix de 10 euros plus frais d'envoi sur simple demande par mail envoyé à michel.debruyne@decenniumdoelen.be

Le flux proactif : une méthode fructueuse pour améliorer l'octroi de l'intervention majorée

Tim Goedemé, Raf Van Gestel, Julie Janssens et Eva Lefevere (Université d'Anvers)
Rik Lemkens, Tom Spiegeleer (ANMC – Assurabilité)

Synthèse

Un processus a été lancé en 2015 par lequel la MC a contacté ses membres de façon proactive pour les inciter à introduire une demande d'intervention majorée. Une expérience a été mise en place en collaboration avec l'Université d'Anvers, dans le but de mesurer l'incidence de ces prises de contact sur les familles à faibles revenus. Nous synthétisons dans la présente contribution les principaux résultats de cette étude. Ainsi, il apparaît que les prises de contact ont eu un effet très important : dans le groupe expérimental, le pourcentage de familles ayant opté pour l'intervention majorée était trois à quatre fois plus élevé que dans le groupe de contrôle. Ce début prometteur incite à répéter le contrôle proactif à l'avenir.

Mots-clés : intervention majorée, non-take-up, expérience sur le terrain, flux proactif, soins de santé accessibles.

1. Introduction

En Belgique, il existe différentes façons de maintenir les soins de santé abordables. Le principe de l'assurance maladie oblige tout un chacun à s'assurer à un tarif raisonnable. Cela s'applique également aux personnes qui ont une forte probabilité d'être malades. Il existe en outre le maximum à facturer (MAF), qui donne lieu au remboursement intégral des soins de santé, pour lequel l'assurance maladie obligatoire intervient lorsque les dépenses dépassent un plafond déterminé. La façon la plus connue pour faire en sorte que les soins de santé demeurent abordables pour les familles vulnérables est sans doute le système de l'intervention majorée (IM)[1]. Ceux qui ont droit à l'intervention majorée paient par exemple un ticket modérateur moins élevé (1 euro au lieu de 4 euros pour une consultation chez le médecin traitant – avec le dossier médical global) et, le régime du tiers-payant est appliqué lors de consultations chez le médecin traitant. Le statut d'IM donne en outre droit à de nombreux avantages indirects, notamment des tarifs réduits auprès de De Lijn, du TEC et de la SNCB et une réduction de la cotisation à la Protection sociale flamande (VSB). De plus, de nombreuses communes utilisent ce statut pour accorder un tarif social pour divers services, par exemple un abonnement à la bibliothèque locale ou l'accès à la piscine communale.

Certains groupes ont presque automatiquement accès à l'intervention majorée, par exemple les personnes qui reçoivent au moins l'une des indemnités suivantes : un revenu d'intégration ou équivalent, une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), un revenu d'intégration (RI), une allocation de remplacement de revenus (ARR), une intervention pour l'aide aux personnes âgées (APA), un supplément pour les enfants handicapés ou atteints d'une affection avec une reconnaissance d'au moins 66 % d'incapacité ou quatre points sur le premier pilier de l'échelle médico-sociale. L'octroi de l'intervention majorée à ces groupes a été en grande partie automatisée depuis 15 ans par l'échange de données via la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS). Une part importante de la population belge bénéficie de ce fait de l'intervention majorée, soit près de 8% à la fin de l'année 2016[2].

Par ailleurs, un plus grand groupe encore (environ 10% de la population fin 2016) bénéficie de l'intervention majorée en raison d'un faible revenu (un revenu sous une « limite IM »). Pour entrer en ligne de compte pour obtenir l'intervention majorée en raison d'un faible revenu, le bénéficiaire doit toutefois introduire lui-même une demande. Depuis de nombreuses années, la MC prend contact presque

1 L'ancien système de l'intervention majorée et le statut Omnio ont été regroupés au début de l'année 2014 au sein du système uniforme de l'intervention majorée.

2 Les chiffres dans ce paragraphe sont basés sur les statistiques en ligne de l'INAMI – Service du contrôle administratif.

automatiquement avec ses membres qui connaissent une modification de leurs conditions et pourraient bénéficier du droit à l'IM. C'est par exemple le cas lors du départ à la retraite, de l'obtention d'une indemnité d'invalidité ou en cas de chômage de longue durée.

Malgré ces efforts, il a été estimé, il y a quelques années, que plus de 500.000 personnes en Belgique avaient droit à l'intervention majorée, mais n'en profitaient pas. En réaction à cette situation, la MC a contribué à faire en sorte qu'un contrôle dit « proactif » soit possible. Par ce contrôle proactif, toutes les mutualités seraient informées par le fisc de ceux de leurs membres dont le revenu imposable est inférieur au plafond (plafond IM). Les mutualités pourraient alors contacter ces membres de façon proactive pour introduire une demande d'intervention majorée. Un Arrêté royal donnant concrètement forme à cette idée a été publié en janvier 2014[3]. Le « flux proactif » est devenu une réalité.

Dans le cadre du flux proactif, la MC a reçu, en 2015, une liste de plus de 200.000 ménages dont le revenu brut imposable 2013 était inférieur au plafond IM. Après l'exclusion de ceux qui avaient entre-temps probablement un revenu plus élevé, environ 128.000 ménages ont reçu un courrier au cours des deux dernières années. Nous ignorons cependant le nombre de ces ménages qui ont bénéficié de l'intervention majorée, spécifiquement en conséquence du contrôle proactif. Avant qu'il ne soit organisé, certains ménages se sont en outre spontanément adressés à la MC pour introduire une demande. De plus, le contrôle proactif est allé de pair avec une attention accrue des médias pour l'intervention majorée et celle-ci est sans doute aussi de plus en plus connue des organisations d'aide, des médecins et de la population en général. D'autres facteurs, tels que la pauvreté croissante de certains groupes cibles (par exemple les personnes ayant un faible niveau d'éducation[4]), ont pu faire en sorte que l'octroi de l'intervention majorée a progressé au cours des deux dernières années.

La question consiste donc toujours à savoir à quel point le contrôle proactif a été efficace pour améliorer la prise en charge de l'intervention majorée. Se pose également la question de savoir à quel point le contrôle proactif est efficace : ne fait-il pas en sorte qu'une part disproportionnellement importante s'adresse inutilement à la MC ? Pour répondre à ces questions, les chercheurs de l'Université d'Anvers et la MC ont uni leurs forces pour concevoir une étude expérimentale. Comme nous pourrons le voir, cette étude démontre que le contrôle proactif a en effet eu un impact important sur l'admission à l'intervention majorée. Dans la présente contribution, nous évoquons l'élaboration de l'étude et nous commentons ses principaux résultats.

2. L'élaboration de l'étude : un modèle expérimental

L'étude a été élaborée en collaboration avec des chercheurs de l'Université d'Anvers et des collaborateurs de l'ANMC, en concertation avec les représentants des différentes mutualités chrétiennes régionales. Au total, dix des 19 mutualités régionales ont décidé de participer à l'étude.

Un courrier commun a été rédigé pour les mutualités participantes, afin d'être envoyé aux membres dans le flux proactif, accompagné d'un dépliant sur les avantages de l'intervention majorée et les documents nécessaires à l'introduction d'une demande. Le contenu du courrier était plutôt formel et il mentionnait que le destinataire avait peut-être droit à l'intervention majorée. Le montant des revenus utilisé comme plafond pour l'intervention majorée était en outre mentionné dans le courrier et le destinataire était invité à prendre contact avec la mutualité locale pour prendre un rendez-vous dans le but d'introduire une demande. Quatre mutualités ont décidé de contacter également ces membres par téléphone afin d'encore les encourager à introduire une demande. Enfin, les personnes dont l'adresse mail était connue (environ 1 destinataire sur 6) ont d'abord reçu le courrier par mail.

Dans cette étude, il n'était pas possible de tester séparément l'incidence de chacune de ces prises de contact (par écrit, par téléphone, par email). Nous avons uniquement pu analyser l'incidence totale des prises de contact. Il est important en la matière que les prises de contact se fassent uniquement dans l'une des langues nationales, même s'il existe un risque réel que tous les destinataires ne parlent pas suffisamment la langue.

Comme le nombre total de ménages à contacter était très élevé, la MC a décidé d'étaler les prises de contact sur 18 mois. Les prises de contact ont eu lieu à six moments différents (six « vagues »), entre fin novembre 2015 et début mai 2017. Pour pouvoir mesurer l'incidence des prises de contact, avant le début de l'expérience, nous avons réparti de façon aléatoire l'ensemble des destinataires en six groupes, conformément aux six moments, ou vagues, de prise de contact. Par la répartition aléatoire, nous pouvions nous attendre à ce que les caractéristiques moyennes de chacun de ces six groupes soient égales. Un contrôle supplémentaire a démontré que c'était effectivement le cas pour une série de caractéristiques socio-économiques. La seule différence entre les groupes est de ce fait le moment où ils ont été contactés. Une comparaison de l'octroi de l'intervention majorée dans les trois premiers groupes (les « groupes expérimentaux ») à l'octroi dans les trois

3 Arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. 29/01/2014

4 Base de données Eurostat, en ligne : http://bit.ly/2kG44sO (dernière consultation en octobre 2017).

derniers (les « groupes de contrôle »)[5], avant que les trois derniers groupes aient été contactés par écrit, nous permet de mesurer l'effet des prises de contact. À ce moment, l'octroi mesuré de l'intervention majorée à des personnes dans les groupes de contrôle résulte exclusivement d'autres motifs que le flux proactif (par exemple les demandes spontanées).

L'obtention de l'intervention majorée par des personnes des groupes expérimentaux a été causée tant par ces motifs que par le flux proactif. En comparant la différence de l'octroi de l'intervention majorée dans les groupes expérimentaux et dans les groupes expérimentaux, nous avons pu mesurer l'effet du flux proactif. Remarquez ici qu'il nous est impossible d'isoler totalement l'incidence du contrôle proactif d'autres effets : ainsi, par exemple, l'attention supplémentaire des médias en raison du contrôle proactif a eu un effet similaire sur les personnes contactées et sur les « groupes de contrôle ». Il est également possible que des personnes du groupe de contrôle aient été incitées à introduire une demande par une personne de l'un des trois premiers groupes ayant déjà reçu un courrier. Nous ne pouvons mesurer ces effets. Enfin, les chefs de famille nés après 1985 ont été exclus de l'étude, car ils ont seulement été contactés à partir de fin septembre 2016. Le tableau 1 donne un aperçu plus détaillé du moment de la prise de contact et du nombre de ménages et de personnes impliqués dans l'étude.

Tableau 1 : Nombre de ménages et de personnes impliqués dans l'étude

Groupe et date de la prise de contact	Nombre de ménages	%	Nombre total de membres du ménage	%
1. 25/11/2015	4.986	9,00	8.365	9,06
2. 07/04/2016	10.016	18,08	16.664	18,05
3. 26/05/2016	14.926	26,94	24.731	26,79
4. 22/09/2016	5.307	9,58	8.874	9,61
5. 14/03/2017	12.569	22,68	20.944	22,69
6. 05/05/2017	7.603	13,72	12.734	13,79
Total	**55.407**	**100,00**	**92.312**	**100,00**

Comme le montre clairement le tableau 1, environ 55.000 ménages ont été impliqués dans l'étude, dont un peu plus de la moitié appartenait aux trois premiers groupes (« expérimentaux »). Au total, 92.000 membres de ménages ont été impliqués. À la demande des mutualités, pour des raisons pratiques, la taille des groupes était variable. La composition des groupes est cependant restée comparable, pour que des conclusions valides puissent être tirées.

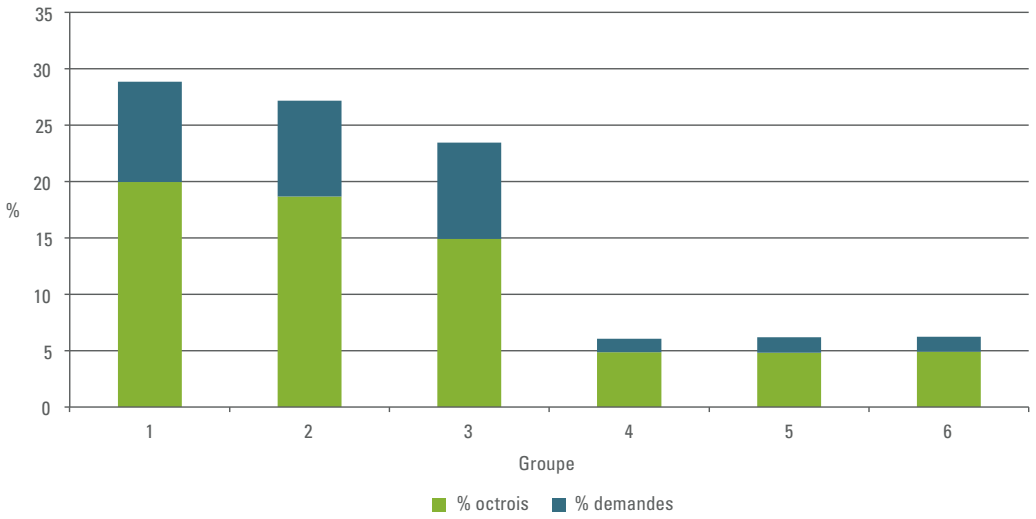
3. Un grand impact sur l'octroi de l'intervention majorée…

Pour connaître l'effet des prises de contact, nous comparons la situation des trois premiers groupes à celle des trois derniers, en septembre 2016, avant que le groupe 4 n'ait été contacté. Le graphique 1 résume le principal résultat. Ce graphique montre clairement que le nombre de demandes dans les trois premiers groupes, ainsi que le nombre d'octrois de l'intervention majorée, étaient nettement plus élevés que dans les trois groupes de contrôle (groupes 4 à 6). L'effet était le plus grand dans le premier groupe. Le nombre de familles auxquelles l'intervention majorée a été accordée était quatre (groupe 1) à trois (groupe 3) fois plus élevé que dans les groupes de contrôle. Étant donné la répartition aléatoire des ménages entre les six groupes, nous sommes certains que cet effet peut être attribué au flux proactif. Cela confirme la présomption que dans le passé, il existait un degré élevé de non-octroi de l'intervention majorée. Malheureusement, il est impossible de vérifier le nombre de personnes qui n'ont toujours pas recours à l'intervention majorée même si elles y ont droit (plus d'informations à ce sujet ci-après). La tendance à la baisse entre le groupe 1 et le groupe 3 peut s'expliquer par deux facteurs. D'une part, au moment de la prise de contact, les informations relatives aux revenus étaient moins à jour pour ces deux derniers groupes. D'autre part, au moment de la mesure, le groupe 3 avait eu moins de temps que le groupe 1 pour clôturer fructueusement un dossier.

Une comparaison du rapport du pourcentage de demandes et du pourcentage d'octroi permet également de s'exprimer sur l'« efficience » du contrôle proactif. Toutes les personnes qui introduisent une demande ne bénéficient en effet pas de l'intervention majorée. Cela signifie que des ménages et des bureaux locaux de la MC investissent du temps dans des dossiers qui n'aboutissent pas. En général, un nombre plus élevé de dossiers soumis va de pair avec un nombre plus élevé de dossiers ne débouchant pas sur une intervention majorée : alors que dans le groupe contrôle, près de 79% des dossiers sont clôturés avec succès, ce fut seulement le cas pour environ 66% des dossiers dans les groupes 1-3. L'« efficience » était sans doute encore un peu plus faible : en effet, toutes les mutualités n'enregistrent pas chaque demande s'il apparaît rapidement que le ménage n'a pas droit à l'intervention majorée.

5 À partir du groupe 4 toutes les personnes n'ont pas été contactées par courrier du fait de la mise en place d'un contrôle supplémentaire sur la base des bons de cotisation. Ainsi, il n'est pas possible d'étudier l'effet des prises de contact sur l'ensemble de la période.

Graphique 1. Le % de ménages ayant demandé l'intervention majorée dans chaque groupe et le % auxquels l'intervention majorée a été accordée



Remarque : Les chiffres sont cumulatifs. Pour la vague 1, le pourcentage d'octrois est égal à 20% et le pourcentage de demandes est de 29%.

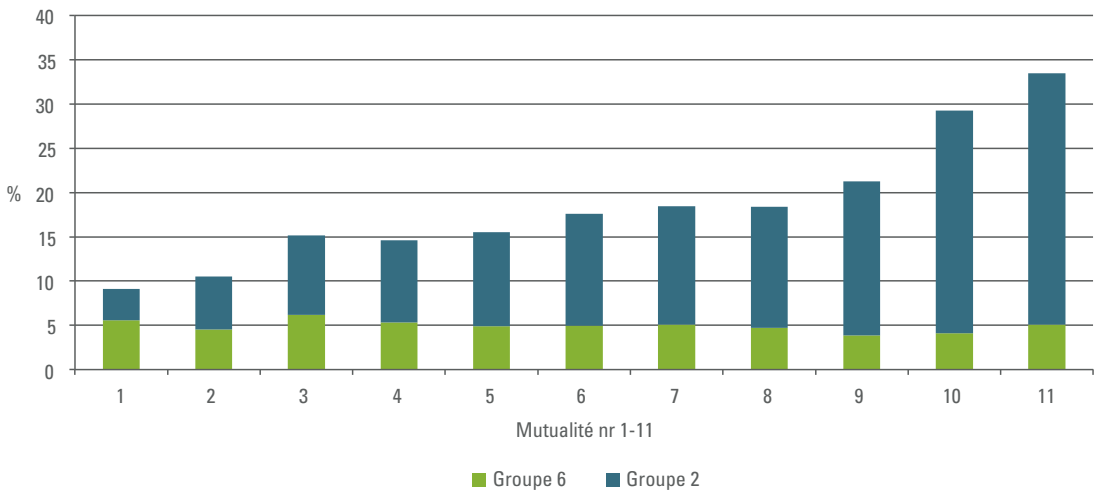
4. … qui diffère fortement d'une mutualité à l'autre

Il n'est pas étonnant que l'effet du flux proactif varie entre les différentes mutualités régionales. Il y a plusieurs raisons à cela.

- Premièrement, certaines mutualités n'ont pas uniquement envoyé un courrier et un dépliant, mais ont également téléphoné au destinataire (dans le graphique 2 : mutualités 1, 9 (uniquement vague 1), 10 et 11).
- Deuxièmement, certaines mutualités avaient déjà entrepris dans le passé, avant le flux proactif, des actions supplémentaires pour signaler à leurs membres l'existence de l'intervention majorée et les encourager à introduire une demande. Il était peut-être plus difficile de convaincre les personnes qui restaient d'introduire une demande. Il se peut aussi que dans ce groupe, les personnes susceptibles de demander effectivement l'IM étaient moins nombreuses.
- Troisièmement, le contexte de chaque mutualité diffère, de même sans doute que la composition du groupe-cible. Ainsi, il est possible que dans certaines mutualités, le nombre de personnes dont la situation de revenus a été fortement modifiée entre 2013 et le moment de la prise de contact était beaucoup plus élevé que dans d'autres mutualités ou que certaines mutualités comptaient, parmi les membres du groupe-cible, un plus grand nombre de personnes ne maîtrisant aucune des deux langues nationales. Le graphique 2 montre néanmoins une très grande variation dans l'effet des prises de contact entre les mutualités. Dans la mutualité ayant enregistré le plus grand impact (Mutualité 11), l'octroi effectif de l'intervention majorée dans le groupe 2 (groupe expérimental) approchait 33,5% (plus qu'une multiplication par six). Dans la mutualité ayant enregistré le plus petit effet (Mutualité 1), l'octroi de l'intervention majorée par les prises de contact n'a « même pas » été doublée. Des analyses plus approfondies (régression) montrent que les différences entre les mutualités se réduisent, bien qu'elles soient loin de disparaître, si nous tenons compte des différences dans la composition de la population de chaque mutualité en termes d'âge par exemple, de composition de ménage, de consommation de soins de santé et de périodes d'inactivité.

Il est étonnant de constater que la Mutualité 1 a également mené des prises de contact par téléphone, mais qu'elles ne se sont pas très bien déroulées. Tant les Mutualités 10 que 11, qui ont également procédé à des prises de contact téléphoniques auprès du Groupe 2, ont enregistré une prise en charge de l'intervention majorée clairement supérieure. Tous ces éléments laissent à penser que l'adoption de l'intervention majorée peut sans doute également augmenter dans les autres mutualités et qu'un groupe important de ménages a droit à l'intervention majorée, mais n'en profite pas.

Graphique 2. Octroi de l'intervention majorée par mutualité participante, comparaison des groupes 2 et 6



Remarque : Chaque chiffre de l'axe horizontal représente une mutualité, classée en fonction de l'effet des prises de contact proactives. Les différences de moins de quatre points de pourcentage entre deux mutualités peuvent s'expliquer par des variations aléatoires dans la composition de chaque groupe.

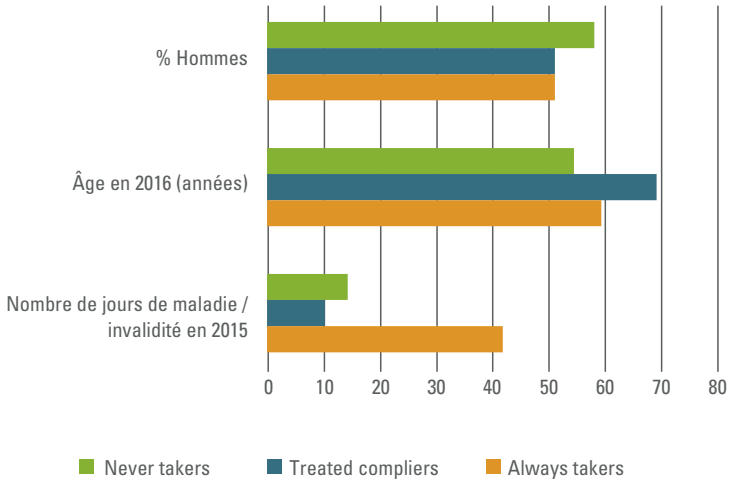
5. De grandes différences apparaissent aussi entre les ménages

Nous souhaitions également vérifier quelles sont les personnes qui ont ouvert leur droit à l'intervention majorée suite à la prise de contact. Pour ce faire, nous avons mené deux analyses différentes. Dans un premier temps, nous avons examiné les caractéristiques moyennes de ceux qui bénéficient de l'intervention majorée, même sans avoir été contactés (les « *always takers* »), de ceux qui ont bénéficié de l'intervention majorée suite à la prise de contact (les « *treated compliers* ») et de ceux qui n'ont pas bénéficié de l'intervention majorée, malgré la prise de contact (les « *never takers* »). Nous disposons ainsi de plus d'informations sur le profil de chacun de ces groupes. Nous sommes par ailleurs intéressés par les groupes qui réagissent le plus à la prise de contact (par ex. jeunes ou moins jeunes). Il est en effet possible, par exemple, que les gens ayant la caractéristique A réagissent un peu plus à la prise de contact que les personnes ayant la caractéristique B, mais que, étant donné le nombre plus élevé de personnes ayant la caractéristique B, les caractéristiques moyennes de celui qui ouvre un droit à l'IM suite à la prise de contact, soient dominées par la caractéristique B.

Les graphiques 3 et 4 décrivent le profil moyen des trois groupes. Ils nous apprennent que ceux qui ont ouvert leur droit à l'intervention majorée suite à la prise de contact (« *Treated compliers* »), avaient un chef de famille dont l'âge moyen était largement supérieur à ceux qui n'ont pas ouvert de droit ou à ceux qui auraient de toute façon ouvert leur droit, même sans prise de contact. De plus, ces ménages enregistraient un moins grand nombre de jours de maladie ou d'invalidité. Le chef de ménage était aussi un peu moins souvent un homme au regard des ménages dans lesquels aucun droit n'a été ouvert, en dépit de la prise de contact. En moyenne, ces ménages étaient un peu plus petits (n'est pas visible sur le graphique). Un constat important est que ceux qui ont bénéficié de l'intervention majorée sans prise de contact avaient, en moyenne, des dépenses de santé plus élevées que ceux qui ont bénéficié de l'intervention majorée suite à la prise de contact (voir Graphique 4). Ce dernier groupe avait, en moyenne, lui aussi des dépenses de santé plus élevées que ceux qui n'ont pas ouvert de droit, même après la prise de contact.

Les caractéristiques moyennes de ceux qui ont ouvert leur droit à l'intervention majorée suite aux prises de contact (par comparaison aux deux autres groupes) correspondent, dans une grande mesure, à celles de ceux qui ont semblé le plus réagir suite à la prise de contact. Il existe deux exceptions. En comparaison avec les « *Always takers* », les ménages ayant bénéficié de l'intervention majorée suite à la prise de contact comptaient moins de jours de chômage. Cependant, un nombre de jours de chômage plus élevé va de pair avec un effet accru de la prise de contact sur l'ouverture de l'intervention majorée. A l'inverse, des dépenses de santé plus élevées vont de pair avec un moindre effet de la prise de contact, peut-être du fait que ceux qui étaient présumés avoir droit à l'intervention majorée et avaient des dépenses élevées bénéficiaient déjà de l'intervention majorée. Il faut garder à l'esprit qu'un octroi effectif de l'intervention majorée est toujours la résultante d'une réaction à la prise de contact et du succès de l'ouverture du droit.

Graphique 3. Profil moyen des personnes qui ouvrent leur droit à l'intervention majorée, même sans être contactées (les « *Always takers* »), de ceux dont le droit à l'intervention majorée s'ouvre suite à la prise de contact (les « *Treated compliers*') et de ceux qui n'ouvrent pas leur droit, en dépit d'une prise de contact (les « *Never takers* »)



Graphique 4. Les caractéristiques de ceux qui bénéficient ou non de l'intervention majorée, suite à la prise de contact ou pas : Moyenne des dépenses de santé en 2015 en EUR

6. Conclusion et perspectives

L'intervention majorée est un important filet de sécurité sociale pour les personnes à faibles revenus, il contribue à maintenir les frais de santé sous contrôle. En 2016, environ 18% de la population bénéficiait d'un droit à l'intervention majorée (statistiques INAMI en ligne).

Le contrôle proactif introduit en 2015, s'est avéré très fructueux pour améliorer l'accès à l'intervention majorée par les ménages à faibles revenus. Par l'utilisation d'un modèle expérimental, nous pouvons affirmer, avec un degré de certitude élevé, que les prises de contact organisées par les mutualités ont eu un effet causal important sur l'adoption de l'intervention majorée.

Il convient toutefois de faire quelques commentaires.

Premièrement, nous observons de fortes variations dans l'octroi de l'intervention majorée entre les mutualités. Cela est dû en partie à la différence de composition de la population et en partie aux initiatives antérieures visant à améliorer l'accès à l'intervention majorée. La variation entre les mutualités est néanmoins si importante que nous supposons fortement l'existence, dans un certain nombre de mutualités, d'une marge pour faire bénéficier un plus grand nombre de personnes de l'intervention majorée et qu'il existe sans doute actuellement encore un groupe de personnes qui, en dépit des prises de contact, refusent l'intervention majorée. En moyenne, ce sont des personnes dont les dépenses de santé sont plus faibles. Cela ne signifie toutefois pas nécessairement qu'aucun ménage fragilisé ne bénéficie de l'intervention majorée.

Il nous semble utile de réunir les mutualités pour réfléchir aux différences importantes constatées dans l'efficacité des prises de contact et échanger les expériences. Une étude ultérieure montrera dans quelle mesure les prises de contact téléphoniques peuvent s'avérer utiles. En collaboration avec diverses mutualités, en mai 2017, nous avons mis en place une expérience afin d'examiner ce point plus en détail. Nous examinons en outre l'effet de l'octroi de l'intervention majorée sur les dépenses de santé des ménages. L'octroi de l'intervention majorée débouche-t-il sur une augmentation des dépenses pour les pouvoirs publics ou rend-il les soins de santé plus accessibles, sans générer immédiatement une utilisation plus importante ? Une analyse ultérieure apportera davantage de clarté sur ce sujet.

Deuxièmement, nous sommes convaincus que le contrôle proactif est un modèle utile pour qu'un plus grand nombre de citoyens ait accès à ce à quoi ils ont droit : des soins de santé accessibles. Ceci a bien évidemment un coût : non seulement pour les pouvoirs publics et les mutualités (qui doivent traiter un plus grand nombre de dossiers, qui n'aboutissent pas toujours), mais aussi pour le citoyen, qui sera parfois incité à introduire une demande, sans résultat. C'est pourquoi il est important de faire en sorte que le contrôle proactif soit aussi efficace que possible. C'est possible, d'une part par l'optimisation des flux de données entre les mutualités et l'administration fiscale (lisez : accélération). D'autre part, c'est possible grâce à des contrôles supplémentaires sur la liste des personnes à inscrire, par exemple en fonction des bons de cotisation. Il est préférable que la qualité de ces contrôles supplémentaires soit évaluée de façon objective, de sorte que les ménages fragilisés ne soient pas exclus à tort. De cette manière, les prises de contact peuvent être aussi ciblées que possible. Pour ce faire, les différentes Unions nationales devraient partager au maximum leurs connaissances et leur expertise afin d'accroître encore le soutien en faveur du contrôle proactif.

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes ayant contribué à la présente étude, et avant tout les collaborateurs des différentes mutualités régionales et de l'Alliance nationale, notamment Hervé Avalosse, Werner Cremer et Bram Peters. Cette étude a partiellement été financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo, le projet TAKE – Contrat BR/154/A4/TAKE) et la Banque Nationale de Belgique (UA/ADOC/LVP/15-065). Toutes les opinions contenues dans le présent article sont celles de leurs auteurs et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'organisation pour laquelle ils travaillent ou des financiers de l'étude.

Vous trouverez une discussion plus détaillée de cette étude dans les documents suivants : Van Gestel, R., Goedemé, T., Janssens, J., Lefevere, E. et Lemkens, R. (2017) *A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment*, CSB Working Paper 17/12, Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.

« Health(care) call center » : concepts, applications et impacts en Europe

Gauthier Vandeleene (R&D – ANMC)

Résumé

Les health call centers (HCC) sont des centres d'appels offrant à des patients un service de renseignement et d'information sur les soins de santé et permettant un triage guidant les demandes vers le prestataire de soins le plus approprié. Ce sont les initiatives les plus diffusées dans le paysage mondial du « mobile health » (ou « mHealth »), c'est-à-dire l'utilisation des technologies mobiles dans les soins de santé. En Europe, la majorité des pays ont choisi d'implémenter des health call centers. Leur organisation pourtant varie d'un pays à l'autre selon le type de services offerts, le niveau d'implémentation et le profil du personnel qui y travaille. Même si les services offerts par les HCC se situent dans le domaine des soins de santé, les applications sont diverses et variées : il s'agit principalement de centres de triage (renvoi vers le professionnel de la santé adéquat selon les besoins du patient), mais souvent ils proposent aussi des informations générales sur la santé ou les systèmes de soins de santé d'un pays donné. Des médecins, infirmiers ou professionnels spécialement formés peuvent être amenés à répondre aux appels des patients. Les HCC ne sont néanmoins pas des services de « télénursing » ou de « télémédecine », car il n'y a pas de consultations amenant à un diagnostic par téléphone. Les évaluations disponibles des HCC montrent que ces initiatives offrent des conseils et des informations de qualité et que leurs services sont appréciées par les utilisateurs. Il n'est donc pas anodin que les Mutualités chrétiennes s'intéressent à ce service qui n'existe pas encore tel quel, dans notre pays.

Mots clés : eHealth, mHealth, triage, informations, infirmières, urgence.

1. eHealth, mHealth et les health call center

Les health call center (HCC[1] ci-aprés) peuvent être génériquement définis comme « un service créé pour délivrer des conseils de soins de santé et/ou effectuer un triage pré-soins, réalisé par des professionnels de la santé à travers une communication téléphonique »[2]. Les HCC se différentient donc des numéros de téléphone d'urgence qui sont utilisés généralement pour avoir un accès rapide à des professionnels de la santé dans des cas d'urgence « maximale ».

Avant de définir ce que les HCC font de manière détaillée, il semble important de situer ce service au sein de l'univers des soins de santé, univers en constante évolution. Ce type de service fait partie d'un nouveau courant dans la manière d'administrer les soins de santé, appelé l' « eHealth ». Ce terme englobe un spectre important de services ou systèmes qui sont au confluent de la médecine, des soins de santé et des technologies de l'information et de la communication (TIC) [3]. Le mHealth est, quant à lui, défini comme « la pratique médicale ou de santé publique grâce aux appareils mobiles comme les GSM,

1 Nous garderons cette dénomination pour le reste de ce rapport malgré le fait que d'autres existent (comme « health care telephone help lines ». En effet, elle est la plus usitée. L'abréviation HCC sera aussi utilisée, tout comme la traduction « centre d'appels en soins de santé ».

2 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

3 Ces services/systèmes incluent entre autres : Enregistrements électroniques de santé : qui permettent la communication des données du patients entre différents professionnels des soins de santé - Commande à une médecin faite par ordinateur : manière de requérir des tests et traitements électroniquement et en recevoir les résultats de la même manière - ePrescription : accès à des options de prescriptions, impression de prescriptions pour les patients et pourquoi pas la transmission directe de celles-ci entre le médecin et les pharmaciens - Support de décision clinique : envoi électronique d'informations aux professionnels de soins de santé à fin d'utilisation pour le diagnostic et le traitement des patients, etc. Voir Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. Journal of medical Internet research, 7(1).

les appareils de surveillance des patients, les assistants digitaux personnels ou autres appareils sans fils [4].»

Parmi ces nouveaux services, le volet « mobile health » ou « mHealth » est donc venu se greffer aux nombres d'avancements en eHealth grâce à la diffusion sans précédent des technologies dites « mobiles », qui incluent l'utilisation des outils de communication mobiles afin de collecter des données de santé personnelles ou agrégées, informer les praticiens, chercheurs ou patients, contrôler en temps réel les données vitales ou encore la provision directe de soins via la « télémédecine » mobile[5]. Dans le contexte du mHealth, le type d'initiatives mHealth le plus rencontré autour du globe sont les HCC qui se retrouvent dans près de 60% des pays[6]. Bien que les HCC pourraient être atteint sans technologies mobiles (via une ligne fixe notamment), l'organisation mondiale de la santé a choisi d'analyser l'émergence des HCC à l'intérieur du mHealth. En effet, il y a aujourd'hui 5 milliards de GSM dans le monde et 85% de la population de la planète est couverte par un signal sans fil[7]. Les réseaux mobiles étant, surtout dans les pays en voie de développement, plus répandus que les réseaux fixes, il est devient donc plus facile de développer les services tels que les HCC à travers la technologie mobile[8].

2. Health call centre – Que font-ils ? Qui ? Comment ?

2.1. Que font les health call center ?

a) Objectif

Il est important de noter que les HCC ne sont pas des centres de « télénursing » ou de « télémédecine » ; en tout cas pas uniquement. Si certaines activités peuvent parfois se recouper, entre services de télénursing ou télémédecine, nous parlons bien ici de HCC, c'est-à-dire de services de triage et d'information, réalisés par tout type de professionnels de la santé[9].

L'objectif principal des HCC est de diminuer la charge de travail des médecins généralistes et des urgences dans les hôpitaux. Certaines études ont démontré qu'une partie importante des appels reçus par les urgences ou les médecins de garde pour des interventions pouvaient être réglés par de simples conseils téléphoniques[10]. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux pays, pour augmenter l'efficacité du système de santé et potentiellement réaliser des économies dans un contexte financier souvent difficile, ont tenté l'expérience des HCC[11], qui proposent donc deux services principaux: le triage et l'offre d'informations.

Comme déjà mentionné, dans certains pays les HCC remplissent aussi d'autre fonctions. Par exemple, deux tiers des hôpitaux aux Etats-Unis utilisent des HCC pour des services aussi variés que des conseils de santé faits par des infirmières, des programmes de gestion des épidémies, de services de marketing pour des campagnes de préventions et de programmes de formation pour les professionnels de santé[12].

b) Le triage

Le service le plus couramment proposé par les HCC est le « triage » : il s'agit de définir la nature de l'urgence d'un problème de santé et renvoyer le patient vers le professionnel de santé le plus adéquat, compte-tenu de l'information reçue et selon des algorithmes précis. Ce renvoi peut être fait soit vers l' « automédication », soit vers le pharmacien, le médecin de garde ou les urgences[13].
Ce service de triage peut être très utile afin d'éviter que les patients viennent remplir les salles d'attente des urgences ou des médecins de garde pour des problèmes mineurs alors que des cas plus graves attendent. D'autre part, la majorité des personnes travaillant dans les HCC sont des infirmières. Par conséquent, pour engranger des économies d'échelle, les centres d'appel sont souvent couplés à des services de télénursing « classiques », comme le monitoring des indices vitaux des patients.

4 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization, 64(7), 66-71.

5 Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). M-health: Emerging mobile health systems. Springer Science & Business Media.

6 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization, 64(7), 66-71.

7 Steinbock, D. (2005). The mobile revolution: The making of mobile services worldwide. Kogan Page Publishers.

8 Aker, J. C., & Mbiti, I. M. (2010). Mobile phones and economic development in Africa. The Journal of Economic Perspectives, 24(3), 207-232.

9 Pour des analyses plus précises sur le telenursing et la télémédecine, voir Norris, A. C., & Norris, A. C. (2002). Essentials of telemedicine and telecare (p. 106). Chichester: Wiley et Snooks, H. A., Williams, A. M., Griffiths, L. J., Peconi, J., Rance, J., Snelgrove, S., ... & Cheung, W. Y. (2008). Real nursing? The development of telenursing. Journal of Advanced Nursing, 61(6), 631-640.

10 Voir Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. Bmj, 316(7143), 1502; Dale, J., Crouch, R., & Lloyd, D. (1998). Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nursing Standard*, 12(47), 39-43; Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. JR Coll Gen Pract, 37(300), 301-304.

11 En outre souvent couplés à des services de telenursing et de télémédecine.

12 Strother, J. B. (2006, October). Call centers in health care: Effect on patient satisfaction. In IEEE International *Professional Communication Conference* (Vol. 10, pp. 291-298).

13 Ces algorithmes de décision sont élaborés soit par le health call center lui-même, soit acheté auprès de professionnels du domaine. Voir: Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., & Holmström, I. K. (2014). A comparison of calls subjected to a malpractice claim versus 'normal calls' within the Swedish Healthcare Direct: a case–control study. *BMJ open*, 4(10), e005961.

c) Informations

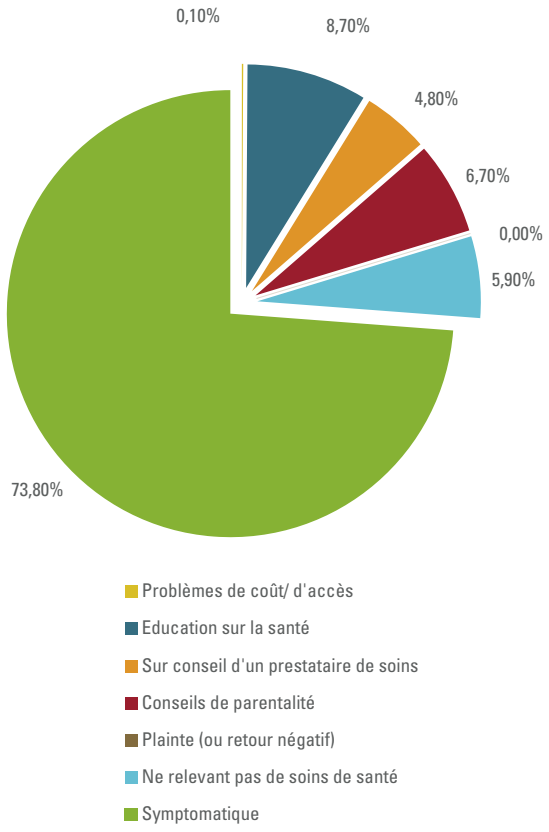
Outre le triage, les HCC ont été instaurés dans de nombres de pays afin que les patients puissent y venir chercher des informations relatives aux soins de santé. Ces services constituent alors une politique d'aide à la health litteracy, c'est-à-dire « la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie »[14]. Les patients peuvent en effet venir chercher facilement l'information qu'ils souhaitent avoir. D'autre part, il s'agit également d'un service de promotion du self-care : grâce aux informations données, il est possible que le patient puisse se soigner lui-même[15].

Concrètement, les HCC peuvent (ou pourraient) informer quant à plusieurs facettes des soins :

- « Fournir des informations spécifiques à une maladie et un conseil quant à son traitement, en renseignant des liens vers différentes ressources comme le centre antipoison, des lignes d'aides aux adolescents, des centres de santé mentale, etc.;
- Fournir des informations sur quel spécialiste consulter si besoin de soins spécifiques;
- Fournir des informations sur l'une ou l'autre procédure (du type « Que faire en cas de… »);
- Fournir des informations quant à des problèmes récurrents comme le fait d'arrêter de fumer, mieux dormir, etc. » [16]

La liste des services proposés pourrait bien sûre être plus longue. Cela dépend de la volonté des décideurs actifs dans le domaine des soins de santé et du degré auquel ces derniers veulent pousser les échanges à distance avec un professionnel des soins de santé (avec caméra ou autres appareils, via email, conférences, etc.). A titre d'exemple, les statistiques à la figure 1 présentent les raisons des appels vers la ligne santé de Nouvelle-Zélande. Ce pays a en effet mis en place des HCC depuis plus de 20 ans et étudie depuis longtemps les effets de ce service sur le système national des soins de santé. C'est aussi un exemple très intéressant puisque ces HCC font à la fois du triage et de l'information aux patients. Les Néo-Zélandais y font donc beaucoup appel pour d'autres raisons que purement médicales (administratives, éduction ou autres). De plus, ce service est opéré par un assureur, avec l'aide d'infirmières [17].

Figure 1 : Raisons de l'appel (avril-juin 2010), Healthline, Nouvelle-Zélande



Source: Clarke L. et al (2010): Healthline: doing its share for primary care, http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf

Comme on peut le voir à la figure 1, dans presque ¾ des cas (73,8%), les appels sont liés à un problème de santé (symptomatique). Dans le reste des cas, les personnes appellent pour demander des conseils en termes d'éducation sur la santé (ex : je connais quelqu'un qui a telle pathologie, que dois-je faire en cas de ...), conseils de parentalité (ex : comment bien nourrir un nouveau-né). De la sorte, le HCC est un système facile d'accès permettant de dispenser des informations sur la santé et par conséquent d'améliorer la littératie en santé de la population.

14 Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada [ressource électronique]: rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé: synthèse. Association canadienne de santé publique.

15 Bentley, P. J., Turner, V. F., Hodgson, S. A., Drimatis, R., & Hart, J. (2005). A central role for the health call centre. Australian Health Review, 29(4), 435-438.

16 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Affairs, 25(6), 1733-1737.

17 http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf

2.2. Quels sont les professionnels de la santé actifs dans les HCC ?

Ce sont majoritairement des infirmières qui sont actives dans les HCC. En effet, elles ont une connaissance approfondie de symptômes, du déroulement des opérations, des procédures, des peurs des patients, etc. Elle ne réalisent pas une consultation proprement dites mais conseillent les patients sur leurs actions à entreprendre. Elle sont généralement secondées par un médecin en cas de doute et peuvent toujours rediriger le patient vers un service d'urgences[18].

Néanmoins, dans certains pays (USA ou UK par exemple, plus libéraux en termes de régulation des soins de santé), les personnes répondants au téléphone ne sont pas nécessairement des professionnels de la santé. Elle sont formées par les HCC eux-mêmes sur les algorithmes utilisés et autres protocoles de réponses[19]. A l'inverse, des médecins (parfois même spécialistes comme en Allemagne) peuvent être amenés à répondre à des patients dans le cadre d'un HCC. Dans ce cas, il ne s'agit toutefois pas de télémédecine où l'entretien aboutira à un diagnostic. Le médecin se limite ici à donner des informations aux patients.

2.3. Qui organise?

Selon les pays, les HCC sont organisés soit :

- À l'échelle du pays lui-même (par l'organisme gérant les soins de santé, comme le NHS[20] en Angleterre);
- À l'échelle d'une région, d'une province ou d'un état (selon le découpage constitutionnel du pays) par un différents organismes de soins de santé (en Allemagne, ce sont les « caisses de santé », en Australie, ce sont des organismes dérivés du NHS);
- À l'échelle d'un arrondissement grâce à des coopératives de médecins généralistes par exemple (comme aux Pays-Bas)[21].

Selon le pays, le système peut soit être payant (abonnement via sa caisse de santé – par appel ou autres) soit être gratuit. Comme déjà mentionné, la mise en place des HCC a pour objectif principal de rationaliser les coûts pour le système des soins de santé en aiguillant les patients le plus rapidement possible vers le professionnel le plus adéquat[22].

3. Les health call center en Europe

Comme annoncé plus haut, les HCC sont les initiatives mHealth les plus implémentées dans le monde. En effet, selon une enquête de l'OMS, près de 60% des pays ont déjà pris une initiative qui visant la création d'un ou de plusieurs HCC.

Les objectifs et l'organisation de ces services varient beaucoup d'un pays à l'autre. L'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne ou la Grèce ont rapporté à l'OMS avoir mis en place des HCC ou des lignes d'aides qui fonctionnent 24h/7j. Ces centres opèrent avec des professionnels de la santé et sont soit publiques soit privés. Si le Royaume-Uni a un système totalement gratuit, mis en place par le NHS, ce n'est pas le cas de la Finlande, de l'Allemagne ou de la Grèce, où des entreprises privées (à but lucratif ou non) gèrent les appels. Le Danemark a aussi des lignes de contacts par email, initiative largement utilisée par les patients.
Dans les sections suivantes, plusieurs exemples de systèmes d'health call centers sont présentés. Il en existe beaucoup d'autres, en Europe et ailleurs. Le choix de ces pays en particulier, proches de la Belgique en terme de niveau de vie, tient au fait que leurs systèmes de HCC sont différents, au niveau de l'organisation, des professionnels actifs dans les HCC ou des conséquences pour le patient.

La figure 2 présente le pourcentage de pays où il existe au moins une initiative de type « mHealth ». On peut voir que les HCC sont les services mHealth les plus répandus à travers la planète (près de 60% des pays). En effet, vu la relative facilité d'installer un réseau de téléphonie mobile et sa relative accessibilité financière, cette initiative est très appréciée par les pays en voie de développement[23].

18 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. Pediatrics, 105(4), 819-821.

19 Turner, J., O'Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ open, 3(11), e003451;
http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx

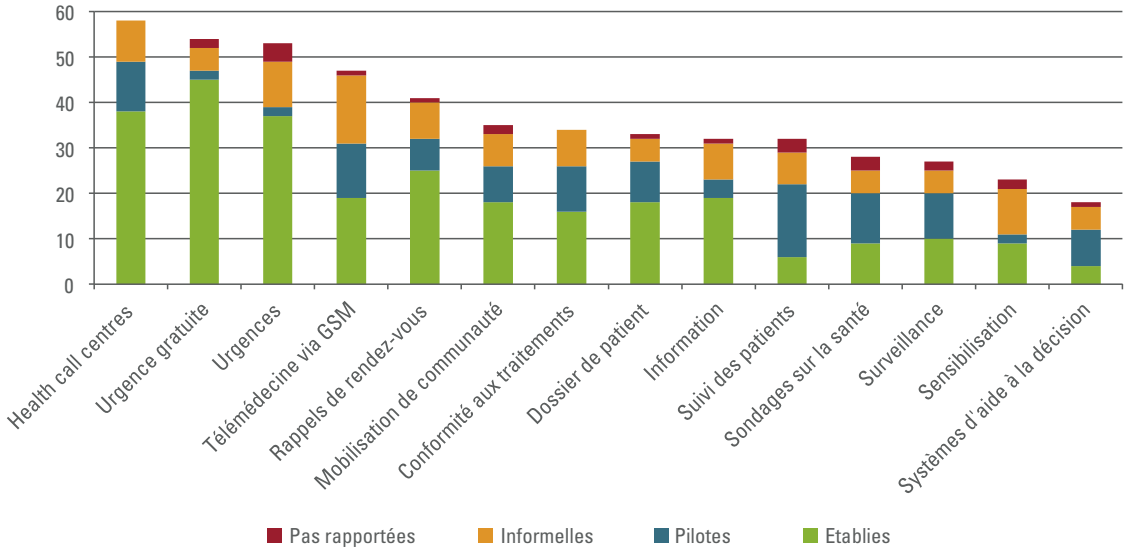
20 National Health System ou Système national de santé.

21 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Affairs, 25(6), 1733-1737.

22 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br J Gen Pract, 55(521), 956-961; St George, I., Cullen, M., Branney, M., Hogan, M., & Duncan, L. (2003). Telephone triage reduces out-of-hours work for country doctors. New Zealand Family Physician, 30(2), 95-101.

23 Voir Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). M-health: Emerging mobile health systems. Springer Science & Business Media.

Figure 2 : Adoption d'initiatives de santé via "mobile", par phase, dans le monde



Source : Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization, 64(7), 66-71.

3.1. Royaume-Uni

En Angleterre et en Ecosse[24], le numéro 111 (organisé par le NHS) permet de demander des informations non-urgentes quant aux soins de santé. Il a remplacé le système NHS Direct, sur lequel nous reviendrons dans la prochaine section. Ce service est réservé pour des « problèmes urgents mais qui ne menacent pas la vie du patient »[25]. L'avantage de ce système est qu'il est organisé à un niveau national : les opérateurs ont toutes les informations sur tous les hôpitaux, médecins (de garde ou non), pharmacies (de garde ou non) afin d'aiguiller au mieux les patients.

Les patients devraient téléphoner au 111 si :

- « *Ils ont besoin d'une aide médicale rapidement mais qui n'est pas urgente (c'est alors que l'on doit appeler le 999, le « 112 anglais »)* ;
- *Ils ne savent pas qui appeler ou ne connaissent pas de médecin généraliste* ;
- *Ils ont besoin d'information sur les soins de santé*[26]. »

Ce ne sont en général pas des infirmières qui répondent à ce numéro mais des agents spécialement formés. Des infirmières sont néanmoins présentes sur les lieux mais il n'y a pas de médecins[27]. Ces opérateurs renvoient vers les services de soins de santé classiques, selon le degré d'urgence et le niveau de doute sur la pathologie, et peuvent aussi prendre rendez-vous directement chez le prestataire approprié.

Ce service est de plus en plus utilisé. En effet, il a connu une augmentation des appels de 33% entre mars 2015 et mars 2016 (passant à 1,5 millions d'appels en un mois). En 2015, près de 60% des appels ont été aiguillés vers un professionnel de la santé de la première ligne (le reste étant des suivis d'appels précédents ou des patients qui ne veulent pas être plus spécifiques par rapport à leurs pathologies). La grande majorité des personnes appelant sont donc renvoyées vers des services de soins de santé non-urgent (primary-care) alors que près de 20% des appelants doivent être aiguillés vers les urgences, soit par de leurs propres moyens soit en ambulance[28]. La durée des appels moyenne est de plus de 10 minutes.

24 Turner, J., O'Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ open, 3(11), e003451; http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx ; Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Affairs, 25(6), 1733-1737.
Un système similaire existe pour le Pays de Galles.

25 https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx

26 Ibidem.

27 On peut bien sûr considérer cela comme une limite des health call center mais il est plutôt isolé aux USA et UK. Les autres pays forment des infirmières à ce sujet et des médecins sont toujours disponibles pour les aider (sur place ou par téléphone).

28 https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/nhs-111-minimum-data-set/nhs-111-minimum-data-set-2015-16/

3.2. Allemagne

Il n'y a pas en Allemagne de HCC organisé par l'Etat. Néanmoins, certaines « caisses de santé » organisent des HCC mais dans une version très spécifique. En effet, certains caisses mettent à dispositions de leurs affiliés des médecins spécialistes afin que ceux-ci puissent dispenser des informations par téléphone.
De plus, ce service n'est pas couplé à un service de triage, comme c'est le cas partout ailleurs dans le monde. En pratique, des médecins spécialistes sont disponibles à certaines heures de la journée afin de répondre aux questions des affiliés des caisses de santé sur, par exemple, le bien-fondé d'une opération risquée. Le médecin spécialiste discutera donc plus en détail des risques, des conséquences, des alternatives ou autre sujet que le patient n'aura pas eu l'occasion d'aborder avec son médecin traitant.

3.3. Pays-Bas

Les Pays-Bas ont un système dans lequel les médecins généralistes occupent un place importante en ce qui concerne les services en dehors des heures de travail « normales ». Ces médecins ont formé des coopératives en collaborations avec des infirmiers. Ces derniers répondent aux appels des patients, afin de réaliser le triage et le conseil adéquat[29]. Plusieurs scénarios sont alors possibles en fonction de la situation du patient : les infirmiers/infirmières peuvent conseiller aux patients de soit se rendre chez le médecin généraliste à un moment ultérieur, soit d'aller aux urgences, soit qu'il serait préférable que le médecin aille chez eux de suite. Elles peuvent aussi demander de l'aide à des médecins qui font chacun des permanences dans les call centers. Ceux-ci supervisent tous les appels que les infirmières gèrent[30].

Il existe aussi des centres d'appels nationaux (suite au regroupement des coopératives de plus en plus fréquents). Dans ce cas, les infirmières ont donc accès à des protocoles beaucoup plus informatisés (des guidelines et protocoles écrits existent néanmoins dans toutes les coopératives).

3.4. Suisse

Le standard des centres d'appels suisse comporte généralement trois fonctions :

- Le triage en cas de symptômes aigus, accompagné d'une recommandation sur l'urgence du traitement.
- Des conseils sur des questions relatives aux symptômes et à la progression des maladies, aux traitements et à la prévention.
- La mise à disposition de prestataires de soins.

Le système des centre d'appels suisse (fort semblable par ailleurs à ce qui existe en Europe) présente trois originalités[31].

- Premièrement, lorsque la personne assurée fait le choix de prendre comme option dans son assurance la possibilité d'appeler les HCC, cette dernière s'engage à solliciter les services de télémédecine du centre d'appel avant de consulter un prestataire de soins (médecins, pharmaciens ou autres) ou de commencer un traitement. C'est une condition sine qua non du remboursement des soins. En cas d'urgence, appeler le centre n'est pas obligatoire. Mais les assurances ont prévu un délai durant lequel vous devez téléphoner après une urgence.
- Deuxièmement, lorsqu'une personne s'engage de la sorte, elle reçoit une réduction sur sa prime d'assurance.
- Enfin, les centres d'appels sont généralement des sociétés indépendantes des caisses de soins de santé.

Les infirmères et médecins du centre de télémédecine donnent des conseils médicaux à la personne assurée et convient avec elle, si cela est nécessaire, du traitement adéquat et du délai dans lequel une consultation éventuelle avec prestataire doit avoir lieu ou à quelle fréquence (nombre) un tel traitement doit intervenir dans une période définie. La personne assurée est liée par l'ensemble des recommandations lui ayant été faites à propos du traitement et/ou de la catégorie de prestataires à consulter (par ex.: rhumatologue, cardiologue, etc.). En principe, la personne assurée peut toutefois choisir librement le prestataire qu'elle souhaite dans le cadre de la recommandation du centre de télémédecine. Si le médecin traitant propose une nouvelle consultation, l'assignation chez un autre médecin ou l'admission dans un hôpital ou un établissement médico-social, la personne assurée doit en informer le centre de télémédecine dans le délai maximal de cinq jours ouvrables.

L'avantage principal des modèles de télémédecine réside dans l'économie réalisée sur les primes payées par les assurés. Les caisses maladies comptent sur le fait que l'entretien téléphonique obligatoire fasse baisser considérablement les coûts d'assurance. En moyenne, ceux qui adhèrent au système obtiennent une réduction de 14% sur un prime d'environ 200 francs suisse. La gratuité de l'entretien téléphonique de conseil est un autre avantage, en particulier pour les cas moins graves pour lesquels une consultation par téléphone peut suffire.

29 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br J Gen Pract, 55(521), 956-961; van Charante, E. P. M., ter Riet, G., Drost, S., van der Linden, L., Klazinga, N. S., & Bindels, P. J. (2006). Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. BMC family practice, 7(1), 1.

30 van Uden, C. J., Giesen, P. H., Metsemakers, J. F., & Grol, R. P. (2006). Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in The Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. Fam Med, 38(8), 565-9.

31 http://www.moneyland.ch/fr/telmed-assurance-comparatif-suisse ; Syburra, T., & Genoni, M. (2008). Applications de la télémédecine en Suisse. Revue Médicale Suisse, 182(4), 2652-6.

4. Evaluation de l'efficacité et de la qualité des HCC

Pour évaluer l'utilité des HCC, plusieurs dimensions doivent être prises en compte.

Tout d'abord, il est fondamental de comprendre si les HCC remplissent de façon adéquate les fonctions pour lesquelles ils sont mis en place, c'est-à-dire le triage et l'offre d'information. Dans ce contexte, deux dimensions ont été évaluées : l'adhérence des patients aux conseils offert et la qualité des informations offertes par les opérateurs des HCC.

Deuxièmement, dans une perspective plus large, il est important de comprendre le rôle que les HCC ont dans l'amélioration et rationalisation des services de santé.

4.1. Adhérence des patients aux conseils du health call

Pour que les HCC aient un impact, il est nécessaire que les patients suivent les conseils qu'ils reçoivent lors d'un appel. Les études disponibles semblent indiquer une réponse positive à cette question.

Aux Etats-Unis, une étude a montré que sur 23.000 appels à un HCC, 79,2% des personnes renvoyées aux urgences ont effectivement suivi la recommandation ; parmi ceux renvoyés chez un médecin, de garde ou pas, 57% y sont allé ; et 65.8% parmi celles ayant été conseillées de se soigner elles-mêmes ont suivi ce conseil[32].

En Suède, les résultats sont encore meilleurs : 81,3% des patients ont suivi les conseils de l'infirmière afin de se soigner eux-mêmes ; 91,1% ont été chez le médecin généraliste s'il y avait besoin et 100% des patients se sont rendus aux urgences si l'infirmière le pensait judicieux[33]. Ces résultats très positifs peuvent être en lien avec la culture du pays vis-à-vis de l'autorité et aussi avec le fait que les infirmières peuvent prescrire directement des médicaments dans certains cas précis, ainsi que prendre rendez-vous directement avec le professionnel de soins le plus approprié. Le fait qu'un rendez-vous-soit déjà pris augmente la probabilité que le patient suive le conseil du HCC.

4.2. Qualité des conseils

Comme expliqué auparavant, la fonction la plus typique d'un HCC est le triage des patients. Pour évaluer l'efficacité des HCC est donc important de comprendre si les opérateurs des HCC évaluent correctement la pathologie et surtout l'urgence du problème.

Dans une étude[34] sur quatre call centers aux Pays-Bas, des chercheurs ont démontré que 69% des appels ont été traités selon le bon niveau d'urgence mais que les infirmières ont sous-estimé le niveau d'urgence dans 19% des cas. Plus intéressant encore est le fait que la bonne estimation de la pathologie et de l'urgence dépendait de façon significative de la bonne formation de l'infirmière au fait de conseiller des patients par téléphone et non face à face. L'étude pointe du doigt quelques cas où la mauvaise évaluation de l'urgence a mené à des conséquences néfastes. Cinq années plus tard, une nouvelle évaluation a montré une amélioration par rapport aux résultats précédents : aux Pays-Bas[35], sur près de 7.000 appels, 91% ont été bien géré par rapport à l'urgence. Une autre étude a été réalisée aux Etats-Unis[36] dans un hôpital pour enfants. D'un côté, des enfants arrivaient aux urgences sur décision des parents, de l'autre, sur décision d'un service de triage. Le docteur qui les examine doit alors déterminer si le fait d'être aux urgences était une décision appropriée compte-tenu de la pathologie (sans savoir qui était renvoyé par le service de triage). Pour les patients renvoyés par triage, 8 patients sur 10 avaient été orienté vers le bon prestataire. Pour les autres, cette proportion était de 6 sur 10.

D'autres études portent sur l'utilisation et la pertinence des protocoles de décisions mis en place dans certains HCC. En Suède, des chercheurs ont montré que les infirmières ont tendance à se baser davantage sur leurs propres expériences plutôt que sur les recommandations du système pour conseiller leurs patients par téléphone[37]. Une étude néerlandaise émet des doutes sur les système de triage et d'informations lorsque ceux-ci n'utilisent pas de système de décision interactive par ordinateur, se basant uniquement sur des protocoles médicaux[38], ce qui peut entraîner des problèmes de sécurité pour le patient[39].

32 O'Connell, J. M., Towles, W., Yin, M., & Malakar, C. L. (2002). Patient decision making: use of and adherence to telephone-based nurse triage recommendations. Medical Decision Making, 22(4), 309-317.

33 Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgquist, L., Baigi, A., & Fridlund, B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. Journal of nursing management, 15(2), 180-187.

34 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. Quality and Safety in Health Care, 16(3), 181-184.

35 Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R. P. T. M., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family practice, 29(5), 547-552.

36 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. Pediatrics, 105(4), 819-821.

37 Crouch, R., Woodfield, H., Dale, J., & Patel, A. (1997). Telephone assessment and advice: a training programme. Nursing Standard, 11(47), 41-44.

38 Derkx, H. P., Rethans, J. J. E., Muijtjens, A. M., Maiburg, B. H., Winkens, R., Van Rooij, H. G., & Knottnerus, J. A. (2008). Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. Bmj, 337, a1264.

39 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. Quality and Safety in Health Care, 16(3), 181-184.

Une étude au Royaume-Uni a constaté qu'il y a parfois 200% de passage de plus aux urgences après une consultation avec des protocoles de gestion des appels électroniques[40]. En général, il y a un risque que les services de triage et informations puissent mener à un retard dans la provision de soins « définitifs ». En d'autres termes, les patients ne sont pas orientés directement vers le bon type de soins, ce qui rajoute un coût au système de soins de santé[41 42].

En définitive, il est compliqué de tirer des conclusions nettes sur la qualité des conseils prodigués par les HCC.

4.3. Bénéfices pour les systèmes de soins de santé et les patients

L'objectif principal de l'instauration de centres d'appel en santé est qu'ils puissent contribuer à la diminution du coût général des soins de santé en dirigeant directement les patients chez le prestataire soignant le plus adéquat ou en les aidant à se soigner eux-mêmes. Par exemple, en Wallonie, l'utilisation des urgences est bien plus élevée qu'en Flandres, ce qui pourrait générer un coût des soins plus élevé pour la population francophone. Les health call centers pourraient être une piste à envisager pour modifier cette tendance ; mais nous reviendrons aux bénéfices pour la population belge plus bas.

Malheureusement, les évaluations disponibles de l'impact des HCC sur les dépenses de santé et plus généralement sur l'efficacité des systèmes de santé sont limitées et peu concluantes. Une étude au Danemark montre que l'instauration de centre d'appels gérés par des médecins généralistes avaient doublé la proportion de conseils en santé par téléphone. Le plus intéressant est que dans ce pays, aucune de ces interventions, qui devrait permettre une meilleure allocation des ressources, n'a diminué la charge du travail des médecins en terme de consultations : le nombre de patient est resté le même chez tous les médecins généralistes[43].

Au Royaume-Uni, avant que le NHS 111 soit en place, les médecins avaient organisé un système de call center avec des « infirmières-conseils », similaire au système des coopératives de médecins généralistes au Pays-Bas. Une évaluation de l'impact du système a montré une diminution de 69% de demande de conseils « généraux » aux médecins généraliste; 38% de patients en moins dans les « primary care centres » et 23% de visites à domicile en moins.

A notre connaissance, la seule évaluation de l'impact budgétaire des services de triage et d'informations, concerne le NHS du Royaume-Uni. La conclusion de ce travail est que les services de triage et d'informations (réalisés par des infirmières) en dehors des heures de bureaux réduit sur le long terme les coûts du NHS en diminuant la demande pour les services d'urgence à l'hôpital. De plus, il semble que les médecins généralistes soient moins consultés dans les régions où ce service est le plus utilisé. Vu que l'état de santé des britanniques est resté stable durant la période de référence, il semble que ces économies ne se fassent pas au détriment du patient[44].

Du point de vue du patient, les services de triage et d'information semblent être, en général, très appréciés par les utilisateurs. En général, c'est par le biais d'enquêtes que les impressions des utilisateurs sont recueillies. Celles-ci évaluent en général 3 critères principaux : la perception de l'accessibilité, la satisfaction de l'utilisateur, l'évaluation de la qualité des réponses et le résultat de l'intervention du répondant à l'appel du patient (par exemple, la réduction de l'anxiété ou les bénéfices directs ou indirects réalisés par l'utilisation du service). Dans la figure 3, on peut apprécier la croissance de ce service en dehors des heures de bureau au Danemark, après l'instauration de celui-ci en 1991 (+40% de consultations par téléphone en 6 ans).

40 Richards, D. A., Meakins, J., Tawfik, J., Godfrey, L., Dutton, E., Richardson, G., & Russell, D. (2002). Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. Bmj, 325(7374), 1214.

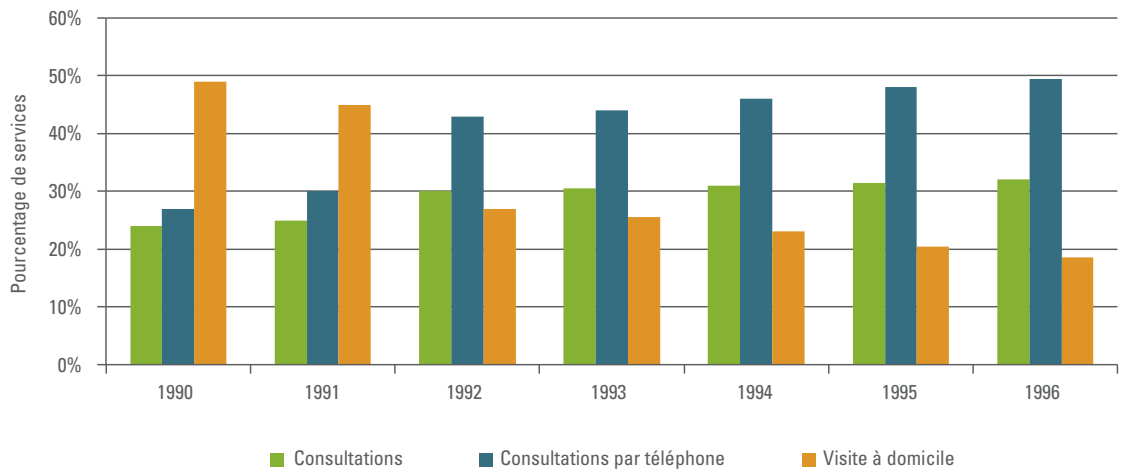
41 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br J Gen Pract, 55(521), 956-961.

42 Pour plus de details, voir Campbell, J. L., Britten, N., Green, C., Holt, T. A., Lattimer, V., Richards, S. H., ... & Fletcher, E. (2013). The effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage of patients requesting same day consultations in general practice: study protocol for a cluster randomised controlled trial comparing nurse-led and GP-led management systems (ESTEEM). Trials, 14(1), 4.

43 Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. JR Coll Gen Pract, 37(300), 301-304; Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. Bmj, 316(7143), 1502.

44 Lattimer, V., Sassi, F., George, S., Moore, M., Turnbull, J., Mullee, M., & Smith, H. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. Bmj, 320(7241), 1053-1057.

Figure 3 : Services en dehors des heures de bureau au Danemark (1990-1996)



Source : Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. Bmj, 316(7143), 1502.

Une autre étude de ce type a été menée pour les utilisateurs du service Info-Santé au Québec[45]. Depuis le milieu des années 1980, ce service géré par des infirmières prodigue des informations à propos des services de santé, sociaux ou publics. Dans le cas où il n'y aurait pas besoin d'interventions spécialisées ou immédiates, les infirmières offrent un avis professionnel. Au contraire, si une consultation avec un autre prestataire de soins est nécessaire, les infirmières donnent alors les informations utiles (lieu de consultation, horaires, téléphone, etc.). Les chercheurs ont réalisé une enquête auprès de 4.700 personnes qui ont utilisé ce service et leur ont demandé d'évaluer à la fois leur satisfaction des services et les bénéfices perçus par rapport à l'existence d'Info-Santé. En ce qui concerne la qualité, les utilisateurs semblent unanimes : au moins 95% des répondants évaluent les services et conseils d'Info-Santé comme « très bien ou relativement bien », par rapport, entre autres, à la pertinence des conseils.

Par rapport aux bénéfices perçus, présentés dans le tableau 1, la moitié des utilisateurs semble apprécier en particulier la rapidité d'accès et les informations reçues. Le voyage évité, la facilité d'accès et l'épargne financière sont des bénéfices liés au coût (temporel ou financier) d'aller aux urgences ou chez le médecin de garde qui a été évité grâce à Info-Santé. Autour de 15% des utilisateurs considèrent le système comme étant également bénéfique pour le système des soins de santé dans son ensemble. En synthèse, cette enquête semblent indiquer une forte appréciation du service de la part des utilisateurs québécois.

Comme le rapporte l'OMS, les HCC sont présents dans plus de la moitié des pays de la planète. C'est d'ailleurs la première application du mHealth dans le monde. Si ces éléments nous portent à croire qu'à la fois les dirigeants politiques et les populations perçoivent de nombreux bénéfices de ce services, les données et les études sont encore trop peu nombreuses pour tirer des conclusions fortes sur les bénéfices perçus par les utilisateurs des HCC[46].

Cependant, même si les évaluations de la qualité et de l'impact des HCC sont encore rares, les données disponibles semblent montrer que les HCC offrent des services de qualité qui sont appréciés par les utilisateurs, ce qui pourraient contribuer à une meilleure adéquation entre les besoins des patients et les soins prodigués.

45 Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.

46 Voir l'exemple de la RDC: Corker, J. (2010). Ligne Verte" toll-free hotline: using cell phones to increase access to family planning information in the Democratic Republic of Congo. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 4, 23-37.

Tableau 1 : Bénéfices perçus par les utilisateurs d'Info-Santé

Bénéfices*	Répondants (n=4696), en %
Rapidité d'accès	55,7
Plus d'informations par rapport aux problèmes et solutions	48,3
Voyage évité	38,3
Facilité d'accès	25,1
Accès à une infirmière	17,0
Choix plus judicieux pour les ressources du système	15,8
Plus de temps pour expliquer le problème et en discuter	10,3
Epargne financière	5,4
Autres	29,6

*Catégories non mutuellement exclusive

Source: Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. Public Health Nursing, 17(4), 305-313.

5. Les health call center: quid en Belgique?

Le modèle des health call centers serait-il transposable à la Belgique ? Permettrait-il d'augmenter l'efficacité et l'efficience de notre système santé ? Comme le rappelle le KCE, il y en Belgique « *1,24 service d'urgence pour 100.000 habitants, un chiffre considérable en comparaison avec les autres pays. La moitié de ces services ont moins de 55 contacts par 24 h (en moyenne), et moins de 6 contacts par nuit. De plus, une grande partie des patients qui se rendent aux urgences d'un hôpital pourraient aussi bien être traités par un médecin généraliste. Mais les 70 postes de garde de médecine générale qui ont été ouverts ces dernières années ne font pas baisser le nombre de ces patients.* »[47]

Un article paru précédemment dans cette revue présente également des faits alarmants sur la consommation de soins dans les services d'urgence de certains hôpitaux belges, alors que beaucoup de ces soins auraient pu être donné par un médecin généraliste voire même un pharmacien[48]. D'autre part, la littératie en santé des Belges est limitée voire insuffisante pour 42% d'entre nous (plus ou moins selon les régions et le niveau d'étude)[49].

Le manque d'information et d'éducation du patient ainsi que le besoin de rationalisation de l'utilisation de certains services, en particulier des services d'urgence, sont donc deux problématiques qui apparaissent également sur notre territoire. Les HCC pourraient amener une première réponse à ces problèmes mais il n'existe pas pour l'heure de service harmonisé et intégré de triage et d'information au niveau belge. Cela ne veut pas dire que ces services n'existent pas, sous d'autres formes.

Toute personne ayant besoin d'une aide urgente (de la part des pompiers ou d'une ambulance) peut appeler le numéro 112 (partout en Europe)[50]. En parallèle à ce numéro, le service du « 1733 » est disponible afin de joindre un médecin généraliste de garde, en soirée, de nuit ou pendant le week-end. Ce numéro pour l'aide médicale non urgente est lié aux services de garde locaux. Le numéro 1733 est déjà partiellement ou pleinement opérationnel dans certaines régions.

47 https://kce.fgov.be/fr/press-release/services-d%E2%80%99urgence-et-permanences-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-p ; pour le rapport complet, voir Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S,Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24;

48 Avalosse, H., Chapelle, A. & F. Van Sloten (2015). Recours aux urgences hospitalières : exploration des données de la MC. *MC-Informations*, n° 262, décembre 2014, pp.18-25.

49 Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., Rummens, G. & Gerard, F. (2014). Bilan des connaissances des Belges en matière de santé. *MC-Informations*, n° 258, décembre 2014, pp.48-55.

50 https://www.112.be/

L'opérateur du 1733 pose certaines questions afin d'estimer correctement la gravité de la situation et du degré de mobilité. L'opérateur oriente vers le prestataire de soins qui, à ce moment-là, est le mieux placé pour répondre aux besoins du patients :

1. Il peut inviter le patient à se rendre au poste de garde de médecins généralistes ou à la consultation du médecin de garde ;
2. Il peut envoyer à domicile un médecin de garde ;
3. Il peut proposer d'attendre la consultation du médecin généraliste personnel ;
4. Si la situation paraît grave, il peut demander au patient de se rendre aux urgences ou envoyer une ambulance au domicile[51].

C'est donc un véritable service de triage, qui n'est malheureusement pas encore disponible dans toutes les régions/communes du pays[52].

A coté du 1733, si un membre de la MC (MCFG) souhaite des informations sur les hôpitaux (le type de chambre, les tarifs et les acomptes, les assurances hospitalisation, les soins à domicile, la vente et la location de matériel sanitaire, la convalescence) ou des informations sur les avantages et services de la Mutualité chrétienne au niveau de l'assurance complémentaire ou toutes autres informations par rapport aux services de la MC, il peut appeler le 0800 / 10 9 8 7 (numéro gratuit)[53].

6. Conclusion : les health call centers, une bonne idée ?

Les health call centers sont un concept original et prometteur. Fondamentalement liés au développement de la téléphonie mobile, les HCC ont de nombreux attributs et qualités. La première est d'être une porte d'entrée de choix dans le monde des soins, avant même d'entrer dans la salle d'attente d'un médecin généraliste ou d'un service d'urgence. En effet, à la fois par ses côtés « triage » et « information », ce service conseille sur la bonne démarche à suivre dans tout type de situation parfois compliquée. Les études et évaluations du système sont encore trop peu nombreux pour tirer des conclusions fortes mais semblent tout de même suggérer que les bénéfices sont nombreux pour le patient et le système de soins de santé dans son ensemble. Les HCC sont d'ailleurs devenus la première initiative mondiale de la tendance mHealth.

Pour la Belgique, le premier bénéfice pourrait être de désengorger les urgences des hôpitaux en orientant les patients vers les médecins ou même la pharmacie de garde ce qui améliorerait l'utilisation des ressources existantes. Le numéro d'aide médicale 1733 est un pas dans la bonne direction. Ce numéro permet en effet de se renseigner facilement sur la nature du problème du patient et de lui permettre de se diriger directement vers le prestataire adéquat et ce, le plus rapidement possible. Néanmoins, ce service ne reprend pas la deuxième caractéristique principe d'un HCC : la diffusion d'informations sur la santé aux personnes qui en font la demande. La MC possède un centre d'appel mais pour des sujets précis, comme l'assurance hospitalisation. S'il est vrai que le paysage institutionnel belge des soins de santé permet difficilement un couplage des deux pans des HCC, il semble y avoir un besoin réel d'informations sur les soins de santé en général à combler.

51 https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/aide-medicale-urgente/services-de-garde ; Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S,Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24.

52 Pour savoir si une commune est connecté à ce service, l'utilisateur peut se rendre sur le site web suivant : https://apps.health.belgium.be/ordsm/02/wwv_flow.accept

53 Ce service est disponible du lundi au vendredi de 8h30 à 18h et le samedi de 9h à 13h.

Réforme du financement de la sécurité sociale en Belgique : le début d'un nouveau paradigme

Nabil Sheikh Hassan - service d'étude de la Centrale Nationale des Employés (CNE) et assistant-chercheur à la Faculté ouverte de Politiques économiques et sociales (FOPES).[*]

Résumé

Une nouvelle loi de financement de la sécurité sociale belge a vu le jour au début de l'année 2017. Le modèle belge de sécurité sociale est déjà marqué par de nombreuses évolutions dans le cadre du passage de l'Etat Providence à l'Etat social actif. Cette nouvelle loi de financement touche à divers axes du financement (financement alternatif, dotation de l'Etat, dotation d'équilibre, création d'une Commission « Finances et Budget », changements dans le financement des soins de santé). La loi parachève la transition de la sécurité sociale dans le cadre d'un Etat social actif en ancrant sa participation aux politiques d'emploi et à la réduction des déficits de l'Etat. Mais la nouvelle loi marque aussi le début d'un nouveau paradigme en consacrant l'acteur étatique au centre de la gestion du modèle, en imposant une forme d'activation des interlocuteurs sociaux et en induisant une philosophie politique nouvelle à la sécurité sociale.

Mots clés : sécurité sociale, financement, interlocuteurs sociaux, gestion tripartite, ONSS, Etat social actif.

Le 30 mars 2017, une loi réformant la sécurité sociale belge (Loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement de la sécurité sociale) a été adoptée au parlement fédéral par la majorité gouvernementale en place (MR-NVA-CD&V-Open VLD). Cet article expose les principaux points de cette réforme défendue par les ministres Maggie De Block (Open VLD) et Willy Borsus (MR) afin de les mettre en perspective. Dans un premier temps, une brève analyse du modèle de sécurité sociale belge et de son évolution sera présentée (1. Modèle de sécurité social belge). Le contexte de la réforme sera également explicité avec l'apport des interlocuteurs sociaux au débat (2. Contexte de la réforme). Ensuite, les principales mesures contenues dans le texte seront exposées et analysées (3. Contenu et analyse de la loi) pour enfin conclure sur la manière dont cette réforme constitue un changement ou une continuité pour notre modèle de sécurité sociale (4. Conclusions et perspectives).

1. Modèle de sécurité sociale belge

De multiples critères de différenciation peuvent être utilisés pour caractériser des systèmes de protection sociale (ESPING-ANDERSEN, 1999). Le mode de gestion, la nature du financement du système, les bénéficiaires du modèle, les objectifs et l'ampleur de la couverture sont autant de facteurs permettant de les analyser. Après la seconde guerre mondiale, la Belgique a mis en place un système avec un mode de gestion paritaire où les interlocuteurs sociaux (représentants des travailleurs et représentants patronaux) occupaient une place centrale. Le rôle de l'Etat dans la gestion de la sécurité sociale était alors majoritairement de deux ordres : d'une part le contrôle des comptes, et d'autre part la traduction des avis et propositions des gestionnaires de la sécurité sociale en textes de loi (REMAN & FELTESSE, 2003, p. 106). Le financement se calque sur cette gestion paritaire : il est à ses débuts essentiellement basé sur des cotisations sociales prélevées sur les revenus du travail[1]. Le modèle tentait alors de faire bénéficier à la population la plus large possible d'une protection sociale sur un principe assurantiel et de solidarité horizontale et verticale. Ce modèle social de départ a évolué et plusieurs glissements connexes se sont opérés à partir des années 80 (REMAN & FELTESSE, 2003, p. 107). Nous en retiendrons ici trois.

Le premier est un changement en terme d'objectifs du modèle. A ses débuts, la sécurité sociale servait essentiellement une politique d'assurance sociale, de protection des individus pour améliorer le bien-être collectif et d'efficacité économique à travers la réduction des inégalités. La stratégie change pour

* L'analyse de la loi ci-dessus exprime l'opinion et les vues de l'auteur.

1 En 1960, 69,4% du financement provenait des cotisations sociales. En 1970, le chiffre est de 73,6%.

intégrer des objectifs économiques précis et partiellement antagonistes avec cet esprit initial. D'une part, avec l'explosion du chômage dans les années 70, le soutien aux politiques d'emploi apparait dans le cadre de la sécurité sociale sous la forme de réductions de cotisations sociales accordées aux entreprises. Ce mouvement s'est très nettement accéléré dans les années 90 jusqu'à aujourd'hui[2]. D'autre part, la sécurité sociale s'inscrit de plus en plus dans une logique de participation à la réduction des déficits du budget de l'Etat (entendu dès lors au sens large comme la somme des entités publiques et de la sécurité sociale). Pour ce faire, deux méthodes sont suivies conjointement ou séparément : un refinancement pour adapter les recettes aux besoins grandissants ou une adaptation de la protection sociale en limitant les prestations face à ces mêmes besoins. Cette limitation peut s'opérer de diverses manières : une baisse dans la qualité ou quantité de prestations fournies ou un accroissement des conditionnalités d'accès (public ciblé, contreparties, …) pour les bénéficiaires.

Le second changement concerne le financement de la sécurité sociale. Dans les années 70, la part des cotisations sociales dans le financement baisse. Dans l'optique de limiter le poids de la sécurité sociale dans le déficit, des financements complémentaires ont été trouvés. Ainsi, dans les années 80, les sauts d'index successifs des gouvernements Maertens-Gol ont été affectés à une cotisation sociale spéciale dite de « modération salariale » finançant la sécurité sociale, renforçant par là-même la part des cotisations sociales dans le financement[3]. Ensuite, avec l'accroissement des réductions de cotisations sociales, la persistance d'un chômage de masse et l'augmentation des besoins en soins de santé, des financements complémentaires sont trouvés dans les moyens généraux de l'Etat qui financent la dotation de l'Etat et le financement alternatif de la sécurité sociale. Tout cela entraine un affaiblissement progressif de la part des cotisations sociales dans le financement depuis le début des années 90 jusqu'à la sixième réforme de l'Etat.

Le dernier changement concerne la gestion globale de la sécurité sociale. Le modèle du bipartisme des débuts a laissé la place à un tripartisme de plus en plus prégnant. L'instauration de la gestion globale en 1994 acte une représentation égale des patrons et des syndicats, mais aussi du gouvernement avec un droit de veto pour ce dernier. Les mutualités, eu égard du poids important des soins de santé dans la sécurité sociale, ont des représentants avec voix consultative dans ce comité. Dans les faits, la gestion financière ne peut se faire sans l'aval du gouvernement alors qu'elle peut être menée sans l'accord des interlocuteurs sociaux.

L'ensemble de ces évolutions prennent place dans le glissement entre l'Etat Providence et l'Etat social actif (VIELLE, POCHET & CASSIERS, 2005). La question est de savoir comment caractériser les mesures de la nouvelle loi de financement par rapport à ce glissement. Comme rappelé par Pascale Vielle lors des auditions parlementaires à la Commission des Affaires Sociales (Compte-rendu intégral - Commission des Affaires Sociales), une telle analyse est complexe mais peut être guidée par les travaux de Peter Hall (HALL, 1993) qui a analysé le passage de politiques d'inspiration keynésienne à des politiques néolibérales sous Margaret Thatcher. Hall catégorise trois types de changements dans les politiques publiques : des changements de moindre importance qui affectent les instruments de la politique sociale (montants des indemnités, …) ; des changements plus importants qui concernent les institutions (privatisation d'un service, changement dans le mode de financement, …) ; et enfin les changements les plus fondamentaux, dits paradigmatiques, qui concernent les objectifs politiques, économiques ou sociaux.

C'est dans ce cadre que nous examinerons les principales dispositions contenues dans le nouveau texte. Nous détaillerons alors ses impacts potentiels par rapport aux glissements déjà identifiés pour évaluer si la réforme se situe en rupture ou en continuité de notre modèle actuel de sécurité sociale.

2. Contexte de la réforme

Portée par le gouvernement de Charles Michel, la réforme du financement de la sécurité sociale se veut être une réponse à divers problèmes constatés en son sein. Les interlocuteurs sociaux avaient d'ailleurs exprimé à plusieurs reprises (en juillet 2014 et 2015) le souhait de revoir la loi de financement afin d'assurer une certaine pérennité de la sécurité sociale. Le contexte et les enjeux qui justifiaient cette demande étaient multiples.

- La 6ème réforme de l'Etat et le transfert consécutif de compétences en matière d'allocations familiales et de soins de santé ont eu un impact sur le financement de la sécurité sociale. Après le transfert d'une partie des recettes mais surtout d'une grande partie des dépenses vers les entités fédérées, la sécurité sociale s'est retrouvée avec un excédent de financement rendant comptablement superflu l'intervention de la dotation d'équilibre. Une législation était donc nécessaire afin de neutraliser budgétairement l'impact du transfert vers les entités fédérées.
- De manière plus générale, les sources de financement de la sécurité sociale étaient considérées comme trop nombreuses et peu lisibles. De la même manière, certaines dépenses

2 En 1996, 1,23 milliards d'euros étaient accordés en réduction de cotisations sociales. En 2004, 3,798 milliards d'euros et en 2016, 7,289 milliards d'euros étaient accordés.

3 En 1980, la sécurité sociale était financée à 60,5% par des cotisations sociales. En 1984, le chiffre passait à 58,1% tandis qu'en 1990, 74,7% du financement provenait de ces cotisations.

étaient opérées dans le cadre de la sécurité sociale, alors qu'elles ne relèvent pas de ses missions de base.

- Entre 2010 et 2014, une dotation d'équilibre (temporaire dans son attribution et donc non-structurelle) devait permettre d'éviter les déficits de la sécurité sociale dus à son sous-financement eu égard des besoins constatés (Loi-programme (1) du 23 décembre 2009; Loi-programme (I) (1) du 29 mars 2012). A partir de 2015, la base légale pour cette dotation d'équilibre n'avait pas été reconduite par la majorité fédérale en place (MR-NVA-CD&V-Open VLD).
- Cette même majorité avait décidé d'un vaste « Tax Shift » en juillet 2015. Ce « Tax Shift » consistait, entre autres choses, en une réduction phasée dans le temps du taux de cotisations sociales patronales, principale source de financement de la sécurité sociale. Aucune base légale n'avait été introduite pour renforcer le financement alternatif et ainsi compenser la dégradation attendue des moyens.
- La norme de croissance de l'objectif budgétaire des soins de santé a été révisée à la baisse de nombreuses fois ces dernières années, passant d'une norme légale de 4,5% à 1,5% voire même 0,5% dans la pratique (en 2017). Ces révisions à la baisse pour des motifs budgétaires inquiétaient les interlocuteurs sociaux. Au-delà du débat sur la qualité des prestations et la réponse aux besoins, un dépassement dans les soins de santé constaté en fin d'exercice budgétaire, à cause par exemple d'une prévision d'une norme de croissance trop faible, est supporté par la gestion globale de la sécurité sociale, sans possibilité pour les interlocuteurs sociaux d'y remédier.

Les interlocuteurs sociaux ont donc plaidé pour un système de financement qui tienne compte de ces enjeux selon les principes suivants :

- Le transfert de compétences aux entités fédérées doit donner lieu à une neutralisation sur le plan budgétaire qui doit être opérée en diminuant les moyens dans l'enveloppe de la dotation de l'Etat et du financement alternatif. Le poids relatif des cotisations sociales doit donc augmenter dans le financement après une telle réforme.
- Une simplification et une pérennisation du financement alternatif de la sécurité sociale doivent être consacrées par une loi qui privilégie deux sources de financement principales (une partie du produit de la TVA et du précompte mobilier) ainsi qu'une source de réserve (le précompte professionnel). Une simplification du côté des dépenses doit amener les politiques publiques fonctionnelles à prendre en charge les dépenses indues dans la sécurité sociale.
- Le mécanisme de dotation d'équilibre doit être certain et pérenne via une législation ad hoc, afin de garantir l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.
- Les réductions de cotisations sociales octroyées au niveau fédéral doivent être compensées par le financement alternatif.
- Le financement des soins de santé doit être simplifié et adapté. Si un dépassement de l'objectif budgétaire est constaté, les interlocuteurs sociaux demandent qu'il soit pris en charge par l'Etat (après la prise en compte de la responsabilité des mutuelles), et non plus par la gestion globale.

3. Contenu et analyse de la loi

La loi portant réforme de la sécurité sociale prétend répondre au contexte et aux demandes exprimées par les interlocuteurs sociaux.

En effet, la loi tient compte des attentes des partenaires sociaux sur une partie des points : en neutralisant l'impact de la 6ème réforme de l'Etat, en simplifiant les sources du financement alternatif, en réintroduisant - partiellement - le principe de la dotation d'équilibre, et enfin en supprimant certaines dépenses indues du champ de la sécurité sociale.
Cependant, une analyse plus détaillée de la loi doit être effectuée pour vérifier si au-delà des modifications techniques proposées se dissimulent d'autres enjeux. Nous retiendrons ici et passerons en revue cinq pôles : le financement alternatif, la dotation classique, la dotation d'équilibre, la mise en place d'une Commission « Finances et Budget » et des changements dans le financement des soins de santé.

3.1. Le financement alternatif

Suite à la réforme de l'Etat, la loi neutralise les montants sur l'enveloppe du financement alternatif, maintenant intact et au niveau de la sécurité sociale fédérale les cotisations sociales. La loi simplifie les sources du financement alternatif en les limitant à deux principales: la TVA (13,41% de son produit, avec un minimum de 3,93 milliards) et le précompte mobilier (40,73% de son produit, avec un minimum de 1,93 milliards). Une troisième source de financement est également prévue au cas où les deux précitées devaient s'avérer insuffisantes, à savoir le produit des accises sur le tabac. Sur ce dernier point, le gouvernement ne suit pas l'avis des interlocuteurs sociaux qui souhaitaient comme troisième source de recettes le précompte professionnel. Par ailleurs, le financement alternatif devra servir uniquement à deux volets de la gestion globale des travailleurs salariés : d'une part, le financement des réductions de cotisations sociales fédérales et d'autre part, le financement alternatif pour les soins de santé (§1quater).

Toujours dans le cadre du financement alternatif, la loi prévoit une compensation nouvelle afin de pallier la diminution du montant des cotisations sociales entraînée par le Tax Shift. Ce montant, qui vient gonfler le financement alternatif total, ne sera pas égal aux réductions de cotisations sociales brutes données dans ce cadre. En effet, le gouvernement table sur des effets retours positifs du Tax Shift. Ces effets (tels que la création d'emploi et la diminution du chômage) ont été calculés par le Bureau du Plan et le gouvernement en tient compte dans son calcul de l'enveloppe (1,87 milliards en 2017 passant à 3,03 milliards en 2020). A partir de 2021, ce financement alternatif destiné à la compensation du Tax Shift sera incorporé dans le montant de base du financement alternatif de sorte qu'il n'y aura plus qu'un seul financement alternatif de base. L'impact et l'évaluation des effets retours du Tax Shift ne seraient donc plus,

à partir de cette date, dissociable du reste de l'enveloppe. La loi précise que les montants prévus pour le financement alternatif peuvent être adaptés chaque année en fonction d'une part de l'impact des mesures de réductions de cotisations sociales sur les recettes et dépenses de la sécurité sociale, et d'autre part en fonction d'éventuelles modifications touchant la TVA et le précompte mobilier (via arrêté délibéré en Conseil des Ministres).

Quelle évaluation faire de ces modifications touchant le financement alternatif ?

Une première critique a été émise par les interlocuteurs sociaux à l'occasion de l'avis donné sur le projet de loi par *le comité de gestion* de la sécurité sociale. Contrairement à la source de réserve qu'ils préconisaient (le précompte professionnel), le choix des accises sur le tabac induit une potentielle fragilité du financement alternatif. En effet, il existe « *un risque réel que la source « accises sur le tabac » soit insuffisante au moment d'une rechute importante des recettes de TVA et/ou du précompte mobilier* » (Avis des partenaires sociaux au sein du CGSS, 2016, p. 3).

Une seconde critique concerne le poids relatif du financement alternatif et les conséquences politiques et institutionnelles en terme de gestion de la sécurité sociale. Comme rappelé en introduction, sous la pression de politiques de réduction de cotisations, la sécurité sociale a vu le poids des cotisations sociales diminuer dans son financement au détriment d'un financement alternatif de plus en plus important. Si on prend la protection sociale dans son ensemble en Belgique[4], le financement alternatif dessiné par la nouvelle loi ne fera qu'accroitre cette tendance. Dans le passé récent, cette lame de fond avait consacré la présence du gouvernement fédéral dans une gestion de la sécurité sociale alors devenue tripartite. Le nouveau financement accentuera sans doute la centralité du gouvernement dans les décisions de la sécurité sociale.

Enfin, les incertitudes sur l'adéquation du financement alternatif ne sont pas levées. En effet, depuis que notre modèle de sécurité sociale poursuit un double objectif de soutien aux politiques d'emploi et de participation à l'apurement des déficits budgétaires de l'Etat, des débats ont lieu sur l'opportunité et la faisabilité d'y poursuivre ces objectifs simultanément. Ces débats sont toujours d'actualité : si des réductions de cotisations sont accordées dans le cadre du Tax Shift, le financement alternatif va combler une partie du manque de financement dans l'attente que des effets-retours viennent combler l'autre partie. Deux cas peuvent alors se présenter. Le premier est la réussite de la politique d'emploi où les effets-retours se manifestent bien dans les proportions budgétisées. Le second survient si les effets-retours ne sont pas suffisants : le financement alternatif de la sécurité sociale devient alors inadéquat et il faudra attendre une décision du Conseil des Ministres pour l'augmenter. Sans cela, l'échec de la politique d'emploi impulsée par le gouvernement dans le cadre de la sécurité sociale sera assumé par cette même sécurité sociale (via un déficit ou une obligation de revoir des prestations). Enfin, dans le cas où le gouvernement neutralise l'effet sur la sécurité sociale d'une politique inadéquate en augmentant le financement alternatif, cela peut évidemment avoir des impacts sur d'autres dépenses de l'Etat si les moyens mobilisés pour augmenter le financement alternatif ne viennent pas de recettes nouvelles.

3.2. Dotation classique

La nouvelle de loi de financement de la sécurité sociale maintient, comme par le passé, la dotation classique de l'Etat qui est adaptée chaque année en fonction de l'évolution de l'indice-santé. L'élément nouveau est le renforcement de ce financement pour pouvoir tenir compte des évolutions démographiques (comme le vieillissement de la population). La dotation pourra en effet être adaptée chaque année par un « coefficient de vieillissement ». Sa valeur est fixée annuellement par le gouvernement en Conseil des Ministres. Il ne s'applique que si, d'une part, l'âge effectif de sortie du marché du travail augmente significativement tous les ans et d'autre part, que la croissance réelle du PIB atteint au moins 1,5%.

Par cette mesure, pour faire face au phénomène du vieillissement de la population, le gouvernement fédéral veut s'assurer que la dotation de l'Etat suive des besoins en augmentation. Cependant, le volet supplémentaire de cette dotation est conditionné et non garanti. Ce phénomène est nouveau et marque une rupture : pour la première fois, un volet du financement de la sécurité sociale se trouve formellement lié au respect d'une croissance économique minimale et à un critère concernant le marché de l'emploi (l'allongement des carrières). C'est une inflexion qui accentue le rôle central de l'Etat dans la gestion et l'orientation de la sécurité sociale : la dotation est fixée mais son évolution à la hausse est conditionnée à des critères externes à la sécurité sociale. Pour obtenir ce montant supplémentaire, les interlocuteurs sociaux sont alors obligés de mettre en œuvre des politiques qui sont en phase avec la volonté du gouvernement, ici sur l'allongement des carrières. Le mécanisme, s'il vient à être utilisé avec d'autres critères dans d'autres volets du financement, laisse augurer un changement de paradigme où les interlocuteurs doivent exécuter une politique du gouvernement pour assurer l'adéquation du système de sécurité sociale avec les besoins. Il faut en outre souligner que le lien avec une croissance économique de 1.5% est peu évident (la croissance dépend de facteurs conjoncturels) et contraignant (8 des 20 dernières années ont connu une croissance économique réelle inférieure à 1,5%).

4 Cette condition est importante. En effet, avec le transfert de dépenses de sécurité sociale aux régions et le maintien de l'entièreté des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale fédérale, le poids des cotisations sociales augmente dans le financement de la sécurité sociale après ce transfert de compétences. Si on garde tout le périmètre de la protection sociale (fédéral + régions), ce poids diminue.

Ainsi, l'augmentation de la dotation classique en lien avec l'augmentation du coût du vieillissement constitue ici une réponse incertaine à un vrai problème, tout en soumettant les interlocuteurs sociaux à un nouvel objectif politique pour la sécurité sociale en matière d'emploi.

3.3. Dotation d'équilibre

La loi réintroduit la dotation d'équilibre pour assurer le cas échéant l'équilibre budgétaire des régimes salariés et indépendants. Cette réintroduction est assortie de deux restrictions. D'abord, la dotation d'équilibre n'est confirmée que pour quatre ans (2017-2020). En effet, au plus tard en septembre 2020, une évaluation du mécanisme doit avoir eu lieu pour déterminer la nature de sa prolongation par le Conseil des Ministres. Ensuite, son octroi est soumis à l'examen de certaines conditions visant à responsabiliser les interlocuteurs sociaux. La liste des conditions pour pouvoir prétendre à la dotation d'équilibre est par ailleurs non exhaustive et peut être amendée chaque année par le Conseil des Ministres.

Quels sont les critères prévus par la loi ? A partir de maintenant, avant de statuer sur le montant de la dotation, il sera notamment tenu compte des effets des mesures concernant la lutte contre la fraude sociale et la lutte contre les mécanismes d'utilisation impropre au niveau des dépenses et des recettes. Il est aussi question de mesurer la contribution de la sécurité sociale à la résorption du déficit budgétaire, contribution qui peut être redéfinie chaque année. La réalisation des mesures d'économies planifiées et exigées par le gouvernement pour la sécurité sociale sera étudiée. Si ces économies ne sont pas réalisées, le gouvernement examinera les causes et prendra une décision concernant des mesures compensatoires. Il sera également tenu compte de la neutralité budgétaire des accords sociaux conclus par les interlocuteurs sociaux. Le gouvernement précise que « *le terme accord peut être interprété de manière large. Les partenaires sociaux devront proposer des mesures de correction. Le gouvernement décide alors s'il exécute l'accord totalement ou partiellement et prend une décision concernant les mesures compensatoires* » (Loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement de la sécurité sociale, p. 15.).

Pour caractériser le fond de ces changements, il faut revenir à la transition entre l'Etat Providence et l'Etat social actif dont une des caractéristiques principales est l'activation des dépenses de sécurité sociale. Cette évolution se marque particulièrement dans le pilier de l'emploi. Les prestations ou les remboursements vont de pair avec des contreparties plus grandes (par exemple, l'activation du comportement des chercheurs d'emploi), des conditionnalités plus importantes (par exemple : les critères pour avoir une allocation d'insertion) ou des prestations plus faibles pour inciter à des changements de comportement (ex : dégressivité accrue des allocations de chômage ou disparition progressive des régimes de crédits-temps). Bien que les modalités soient différentes, la dynamique est commune: l'Etat décide ces politiques autant pour résorber le chômage que pour diminuer les dépenses de sécurité sociale[5]. Les interlocuteurs sociaux doivent alors appliquer ces politiques autant dans le cadre général de la gestion globale de la sécurité sociale que dans celui particulier du comité de gestion de l'ONEM.

Les changements qui interviennent dans la dotation d'équilibre n'amènent plus seulement à une activation des dépenses de sécurité sociale via une activation de publics précis, mais à une activation du comité de gestion, et donc des interlocuteurs sociaux eux-mêmes. La « responsabilisation » des interlocuteurs sociaux par l'introduction de conditionnalités sur l'équilibre de la sécurité sociale n'est pas sans rappeler la responsabilisation des demandeurs d'emploi. Désormais, les interlocuteurs sociaux savent a priori (lors de l'établissement des budgets) que si des dépassements auront lieu, le gouvernement les analysera a posteriori pour prendre d'éventuelles mesures correctrices. Ce mécanisme postule que la responsabilité en cas de déficit est portée par les interlocuteurs sociaux. Pourtant, les dépassements constatés sont bien plus la conséquence de problèmes tantôt conjoncturels (croissance économique plus faible, chômage conjoncturel, effets négatifs des politiques publiques sur les conditions de travail...) tantôt structurels (sous-financement de la sécurité sociale par rapport aux besoins croissants). Les mesures correctrices seront du même ordre que celles déjà en œuvre dans les mutations vers un Etat Social Actif. L'ampleur risque d'être inédite. L'activation des interlocuteurs sociaux par le biais de critères de responsabilisation, imposés par le gouvernement pour obtenir la dotation d'équilibre, démontre un changement profond dans le mode de gouvernance de la sécurité sociale. A la différence d'une mesure décidée par un gouvernement sans concertation sociale sur un segment précis de la sécurité sociale, tous les secteurs de la sécurité sociale sont concernés et la liberté de sa gestion en est profondément affectée.
En examinant la liste des critères retenus, certains sont la traduction institutionnelle de pratiques récentes. L'examen de la « *contribution de la sécurité sociale dans la réalisation des objectifs budgétaires tels que déterminés dans le Pacte de Stabilité* » (Loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement

5 Les effets d'une telle politique sont contestés. Les partisans de cette politique affichent leurs résultats en terme de chômage. Pour eux, le taux de chômage en Belgique est passé en 1996 de 9,5% à 8,3% en 2006 et 7,8% en 2016 (chiffres Eurostat). Le taux d'emploi était en 1996 de 61,7%, en 2006 de 66,5% et en 2016 de 67,7%. Les détracteurs rappellent que ces chiffres masquent une réalité nettement plus contrastée entre les différentes régions du pays. De plus, le taux d'emploi comptabilise mal la qualité des emplois créés puisqu'un emploi d'une heure par semaine ou à temps plein est statistiquement similaire. Enfin, les chiffres du chômage en baisse oublient de mentionner que les méthodes utilisées ne sont pas neutres. Si le budget ONEM a baissé de près de 1,5 milliards entre 2013 et 2016, c'est au détriment de demandeurs d'emplois exclus et d'une explosion des indemnités maladies de l'INAMI (+0,9 milliards entre 2015 et 2017).

de la sécurité sociale, p. 15.) acte bel et bien le positionnement toujours plus évident de la sécurité sociale comme une variable d'ajustement du budget de l'Etat aux politiques d'austérité. D'autres critères témoignent d'une conception nouvelle de la concertation sociale. En effet, le critère demandant une neutralité budgétaire des accords sociaux impose une forme très restrictive – voire impossible - de négociation aux interlocuteurs sociaux où chaque nouvelle prestation sociale doit être compensé budgétairement. Dans un contexte où le débat sur des nouvelles sources de financement est rendu impossible, cela revient soit à donner l'opportunité au gouvernement d'exécuter partiellement les accords sociaux, soit à empêcher leur conclusion, soit à contrebalancer tout progrès de protection dans un domaine par des conditionnalités accrues ou des couvertures moindres dans un autre.

Au final, qu'ils relèvent de l'institutionnalisation de pratiques établies ou qu'ils traduisent une nouvelle tendance, ces critères de responsabilisation marquent la volonté manifeste de l'Etat d'accroitre la soumission de la gestion de la sécurité sociale à des décisions politiques. Plus largement, la dotation d'équilibre passe d'une logique de garantie de continuité de paiement des prestations à une logique de conditionnalité de cette garantie aux orientations décidées par l'Etat en terme de sécurité sociale. Ces ruptures ne sont pas sans conséquence pour les acteurs mutuellistes et les syndicats : ils sont désormais liés, plus qu'auparavant, aux volontés politiques, notamment celles souhaitant minimiser la taille de la sécurité sociale et limiter ses prestations.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale a été pensée par le gouvernement dans un objectif de pérennité. Cependant, la loi stipule qu'une analyse sera faite, au plus tard pour septembre 2020, pour prolonger le mécanisme. Et au vu de la trajectoire et des inflexions à l'œuvre, il est possible que de nouvelles conditions soient énoncées en l'échange de la prolongation de cette dotation.

3.4. Commission « Finances et Budget »

La nouvelle loi de financement instaure une commission appelée Commission « Finances et Budget » au niveau de chaque gestion globale. Celle-ci a pour mission de suivre et analyser l'évolution du financement de la sécurité sociale ainsi que « *suivre les mesures du gouvernement à l'aide d'un tableau de bord* ». L'action de cette commission se fait tout au long de l'exercice budgétaire (budget initial, contrôles budgétaires et clôture). De plus, si cette commission établit qu'un « *risque de dérapage est constaté* », elle avertit le gouvernement et le comité de gestion concerné tout en demandant à ce dernier des explications et des éventuelles mesures « *pour corriger le risque du dérapage* » (Loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement de la sécurité sociale, pp. 19-20). Cette commission est composée exclusivement par des experts des gestions globales, des experts-représentants du SPF Sécurité sociale, SPF Budget et SPF Finances.

L'analyse de l'instauration d'une Commission « Finance et Budget » qui exclut les interlocuteurs sociaux et qui est parallèle au travail effectué dans les comités de gestion de la sécurité sociale s'inscrit dans la continuité des propositions sur la dotation d'équilibre. Une telle commission surveille la gestion paritaire et s'assure que les mesures gouvernementales soient bien appliquées. Son rôle va donc au-delà du suivi pour garantir une gestion saine de la sécurité sociale – qui par ailleurs est l'objectif même du comité de gestion. La commission est donc une manière de lui imposer un calendrier avec un cahier des charges visant à rencontrer les objectifs gouvernementaux. Cela renforce le changement de paradigme d'une sécurité sociale dont le centre de gravité passe d'une gestion tripartite à une gestion dirigée par l'Etat avec la participation des interlocuteurs sociaux.

3.5. Changements dans le financement des soins de santé

Avant cette nouvelle loi, la sécurité sociale finançait de manière particulière les soins de santé par un mécanisme limitant l'intervention de la gestion globale. En résumé, le dénommé financement §1bis définissait le montant versé par la gestion globale à l'INAMI. Le §1quater définissait le montant du financement alternatif consacré aux soins de santé, ce qui correspondait au montant de l'objectif budgétaire des soins de santé auquel était soustrait le montant §1bis. Une troisième source de financement était constituée du financement alternatif directement attribué à l'INAMI sans faire partie de la gestion globale. Et pour finir, il existait le §1ter qui faisait payer les dépassements budgétaires des soins de santé par la gestion globale de la sécurité sociale après responsabilisation des mutuelles.

La demande des interlocuteurs sociaux était pour rappel que les dépassements budgétaires soient pris en charge par l'Etat après responsabilisation des mutuelles et non plus par la gestion globale vu que l'objectif budgétaire est fixé par le gouvernement et que les interlocuteurs sociaux n'ont que très peu d'impact sur ces dépenses.

Le nouveau projet de loi adapte le financement des soins de santé à la réalité des transferts de compétences de la 6ème réforme de l'Etat. Le montant du financement §1bis est donc adapté en conséquence suivant l'avis des interlocuteurs sociaux. La gestion globale intervient pour le financement des dépenses de soins de santé en fonction du taux de croissance des cotisations sociales. Cependant, en raison du Tax Shift qui entraîne une diminution des cotisations, ce mécanisme pourrait ne pas s'appliquer jusqu'en 2022 - raison pour laquelle il est suspendu durant cette phase. Pendant cette période préliminaire (2017-2021), l'évolution se fera uniquement sur base de l'indice-santé. Ensuite, il est prévu de supprimer le financement alternatif directement attribué à l'INAMI et de le faire basculer dans la gestion globale au sein du montant consacré par le §1quater, avec pour source unique la TVA.

La nouvelle loi n'intègre pas la demande de mettre fin au paiement par la gestion globale du dépassement des objectifs budgétaires pour les soins de santé. Etant donné la norme de croissance des soins de santé de 1,5%, le risque de dépassement budgétaire dans les soins de santé est grand. Il l'est d'autant plus lorsqu'une norme encore plus faible est imposée. Cela risque d'avoir pour conséquence une intervention de l'Etat, soit via le nouveau mécanisme de la Commission « Finances et Budget », soit en fin de processus avec l'octroi de la dotation d'équilibre après l'imposition d'éventuelles mesures d'économies supplémentaires.

4. Conclusions et perspectives

La nouvelle loi de financement de la sécurité sociale ne suit finalement que très partiellement l'avis des interlocuteurs sociaux (simplification du financement alternatif, certaines dépenses indues à charge de l'Etat, rétablissement partiel de la dotation d'équilibre).

L'analyse a également démontré que la loi acte le parachèvement de plus de 30 ans d'évolutions d'une sécurité sociale au service d'un Etat providence à une sécurité sociale au service d'un Etat social actif. Partant du cadre décrit en introduction, la sécurité sociale ancre son rôle d'auxiliaire des politiques d'emploi de l'Etat (critère de recul de l'âge moyen de sortie du marché du travail pour l'évolution de la dotation d'Etat, un financement alternatif anticipant des effets retours du Tax Shift). Elle est également une variable d'ajustement des objectifs budgétaires de l'Etat fédéral dans le cadre des engagements européens. Que cela soit par le truchement de la « responsabilisation des interlocuteurs sociaux » dans la dotation d'équilibre ou l'instauration d'une Commission « Finances et Budget », il est désormais acté institutionnellement que la sécurité sociale doit participer aux efforts budgétaires en dépit des besoins croissants.

Mais le texte de loi va plus loin. La gestion tripartite dominée par les représentants de l'Etat semble s'effacer au profit d'une sécurité sociale où le financement est conditionné au respect des impulsions politiques de ces représentants étatiques. Cela rend central et incontournable le rôle de l'Etat dans la gestion, tout en reléguant le rôle des autres acteurs. Plus encore, l'Etat souhaite non seulement donner le contenu des politiques de sécurité sociale mais utilise les nouveaux mécanismes de financement pour faire en sorte que les interlocuteurs incorporent ces politiques dans leurs pratiques de gestion. L'introduction d'une dotation d'équilibre avec un examen préalable de la responsabilité des interlocuteurs sociaux sur base de critères, le conditionnement de la progression de la dotation de l'Etat à des critères de croissance et de sortie du marché de l'emploi, le suivi du travail du comité de gestion de la sécurité sociale par une Commission « Finances et Budget » sont les éléments phares qui marquent cette *activation des interlocuteurs sociaux*. Les conditionnements multiples et les incertitudes entourant des financements pouvant être revus en Conseil de Ministres rendent complexes l'application de politiques alternatives à celles pensées par un gouvernement. Le texte institutionnalise dès lors un degré relatif de certitude dans les politiques prises et d'incertitude dans le financement.

La loi induit aussi dans les politiques de sécurité sociale une nouvelle philosophie politique. Le contrôle de la gestion des interlocuteurs sociaux avant, pendant et après l'exercice budgétaire ou encore la possibilité de refuser d'appliquer des accords sociaux pour cause de non-neutralité budgétaire traduisent une volonté qui dépasse l'Etat social actif. L'idée semble déjà moins d'activer les dépenses de sécurité sociale que de les minimiser et d'imposer cet objectif aux comités de gestion. L'ensemble de ces éléments accréditent la thèse du début d'un paradigme nouveau pour la sécurité sociale belge.

L'analyse a jusqu'ici permis de mettre en lumière des changements importants imposés par les porteurs du texte de loi. Il est bon de rappeler que ces inflexions se sont faites en décalage avec les demandes des interlocuteurs sociaux. Le débat parlementaire n'a fait qu'accentuer les clivages et n'a apporté que peu de modifications à la mouture initiale du texte. Par là-même, plutôt que de rechercher un consensus collectif sur un édifice social important, le gouvernement impose sa vision de la sécurité sociale. Au vu de la dépendance au chemin emprunté (path-dependency) de constructions telles que la sécurité sociale (VIELLE, POCHET & CASSIERS, 2005, p. 26), les futurs possibles risquent d'être restreints par le texte actuel. Les termes des débats prochains pourraient bien parachever ce glissement vers un paradigme nouveau. Pourtant, les défis sont nombreux : la multiplication des statuts intermédiaires entre salariés et indépendants, le soutien des politiques actuelles à des formes de contrats et de rémunérations alimentant peu ou prou les caisses de la sécurité sociale, le vieillissement de la population et la multiplication des conséquences de l'automatisation sur le nombre, le type et les formes d'emploi. Toutes ces mutations – choisies ou subies - appellent des réponses progressistes dans le cadre d'une sécurité sociale émancipatrice.

Le défi pour les mutuelles et les syndicats est d'éviter que la sécurité sociale perde son statut d'amortisseur des chocs du système économique capitaliste, sous peine d'une perte croissante de légitimité parmi ses cotisants et d'efficacité dans la lutte contre les inégalités et le précariat. Cela nécessite de convaincre que la route employée actuellement n'est pas la bonne pour garantir à la sécurité sociale son rôle d'assurance solidaire contre des risques encourus par tout un chacun. Cela nécessite aussi de mobiliser pour répondre aux défis futurs, et ce malgré les carcans imposés par des opposants défendant un paradigme néolibéral de sécurité sociale.

Bibliographie

Avis des partenaires sociaux au sein du CGSS. (2016, décembre 2). *Projet de loi portant réforme du financement de la sécurité sociale*.

Compte-rendu intégral - Commission des affaires sociales. M.B., CRIV 54 COM 562 p.18. 13 janvier 2017.

ESPING-ANDERSEN. (1999). *Les trois mondes de l'Etat-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Paris: PUF.

HALL, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning and the State : The Case of Economic Policy-making in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.

Loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement de la sécurité sociale. (s.d.). M.B. 28 avril 2017.

Loi-programme (1) du 23 décembre 2009. *M.B.*, Titre 5, Chapitre V, art. 73. 30 décembre 2009.

Loi-programme (I) (1) du 29 mars 2012. *M.B.* Titre 6 - Chapitre 1. 06 avril 2012

REMAN, P. & FELTESSE, P. (2003). *L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. Reflets et perspectives de la vie économique*, 4, pp. 101-113.

VIELLE, P., POCHET, P. & CASSIERS, I. (2005). *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?* Bruxelles: PIE - Peter Lang.

rapport annuel

Dans son dernier rapport annuel, la MC dresse le bilan de l'exercice 2016. Le rapport se compose de quatre parties.

La partie 1 aborde une série de développements majeurs dans les différents domaines des soins de santé en 2016. Après une rapide description des mesures et des évolutions, nous nous arrêtons sur le rôle de la MC dans ce contexte. Via des études, des propositions politiques, des actions ciblées, sa représentation dans de multiples conseils et commissions, la Mutualité chrétienne veut participer activement au modèle de soins de santé d'aujourd'hui et de demain. Poussée par sa conviction fondamentale en l'importance de la solidarité et de la justice sociale, la MC plaide pour des soins de santé aisément accessibles et de qualité.

La partie 2 livre un aperçu des études et des campagnes nationales, ayant parfois des incidences dans les mutualités régionales, et des activités des mutualités régionales qui sont liés aux besoins et intérêts des membres.
À l'aide de ces exemples concrets, la MC veut montrer qu'elle est bien plus qu'un simple assureur contre les risques liés à la maladie et à l'incapacité de travail. En tant que « mutualité santé », la MC prend diverses initiatives visant à garantir des soins de santé accessibles et de qualité, tout en essayant d'orienter les gens dans le domaine de la santé et des soins de santé. Elle organise aussi des campagnes et des actions pour aider les gens à vivre plus sainement, ainsi que des activités au travers desquelles les volontaires peuvent s'affirmer.

La partie 3 du rapport expose la collaboration mise en place entre la MC et les divers mouvements en 2016, ainsi que les actions organisées par ces mouvements. Cette partie se concentre également sur le rôle de la MC à l'échelon international.

La partie 4, enfin, avance une série de chiffres de la MC, en lien avec le paysage des mutualités et le profil de ses membres. Le rapport financier se trouve lui aussi dans cette partie.

Le rapport annuel 2016 est disponible sous forme numérique et peut être consulté sur le site web de la MC.

MC en bref

1. Choix de vie durant les vieux jours : enquête auprès de plus de 2.000 personnes de 60 ans et +

Comment percevons-nous la vieillesse ? Quelles sont les attentes et les préférences des Belges à propos de ce qu'il convient de faire lorsque la perte d'autonomie survient ? Sommes-nous capables d'anticiper correctement cette étape de notre vie ? La Fondation Roi Baudoin a, pour répondre à ces questions, interrogé plus de 2.000 personnes âgées de plus de 60 ans encore pleinement autonomes.

Il ressort de l'enquête que les Belges se montrent plutôt optimistes face à cette étape de la vie. 68% des répondants ont affirmé l'envisager de manière (très) positive. La plupart des répondants l'associent à des aspects positifs : le fait de vivre plus calmement et de manière plus détendue, d'avoir davantage de temps pour eux, leurs propres intérêts, les (petits-)enfants…

Mais tout n'est pas toujours rose. En effet, 32% des répondants envisagent le vieillissement de manière (très) négative. Les personnes qui présentent un plus grand risque de problèmes de santé (qui s'aggravent) et celles qui reçoivent moins de soutien social de la part de leur entourage sont davantage concernées. La probabilité qu'un individu relève du groupe présentant un risque accru est plus grande pour ceux qui ont obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur au maximum, étaient ouvriers au cours de leur vie professionnelle (pour ceux qui sont actuellement à la retraite), n'exerçaient pas d'activité professionnelle (pour ceux qui ne sont pas encore à la retraite), vivent seuls, n'ont pas de partenaire, vivent en appartement, louent leur logement ou ne participent pas à la vie associative.

D'autre part, sommes-nous capables d'anticiper correctement les conséquences d'une éventuelle perte d'autonomie ? Si le Belge est plutôt optimiste, il peut aussi s'avérer insouciant… Seuls 26% des répondants affirment avoir pris des mesures pour se préparer à une telle éventualité. Cela peut s'avérer particulièrement problématique lorsque l'on sait que l'état de santé peut évoluer rapidement et que le réseau social se restreint avec l'âge.

Aussi, le choix des soins informels est également clairement marqué. En supposant qu'ils aient un jour besoin d'aide, 72% des répondants choisiront de se faire soigner par leur famille très proche (partenaire ou enfants). Le souci est que seuls 8% des répondant ont affirmé souhaiter devenir aidants proches si un membre de leur famille a besoin de soins. Le fait de devenir aidant proche ne serait donc pas vécu comme un choix mais comme une obligation.

Dans l'ensemble, les Belges de plus de 60 ans ne nécessitant pas de soins sont donc raisonnablement optimistes à l'égard du vieillissement. Les groupes qui présentent le plus de risques de rencontrer des problèmes le jour où ils auront besoin de soins en raison de leur âge sont les personnes isolées socialement et celles qui présentent des risques de santé ; ces risques diminuent pour les personnes qui se préparent à leurs vieux jours et sont intégrées dans un réseau social.

Pour plus d'infos : https://www.kbs-frb.be

2. Planifier l'offre de médecins en Belgique: modélisation mathématique ou décision stratégique ?

Ces derniers mois, nous avons beaucoup entendu parler de la planification de l'offre médicale en Belgique, notamment à travers la question des numéros INAMI et de la mise en place d'un examen d'entrée en faculté de médecine du côté francophone du pays. Cette lourde tâche revient à la Cellule de planification des professions de santé du SPF Santé publique qui utilise à cette fin un modèle mathématique permettant de projeter et de planifier l'offre médicale pour les 25 années à venir. Le Centre fédéral d'expertise (KCE) a évalué ce modèle et l'a soumis à une analyse critique des principaux stakeholders du secteur des soins de santé. Il s'agit en réalité de la deuxième évaluation que le KCE fait de ce modèle, la première ayant eu lieu en 2008. Quelles sont les principales conclusions de cette nouvelle analyse ?

Même si le modèle belge est considéré comme étant l'un des plus performants d'Europe, il ressort qu'entre la première et la seconde évaluation, le modèle a connu certaines améliorations majeures. La principale avancée est obtenue grâce au couplage des données « Plan CAD » c'est-à-dire un couplage de données (anonymisées) du cadastre du SPF Santé Publique recensant les médecins diplômés et en ordre d'exercice en Belgique (données statiques) avec la base de données de l'INAMI (qui donne un aperçu du degré d'activité via les remboursements d'activités médicales), ainsi qu'avec le Datawarehouse marché du travail et protection sociale (qui fournit des données variées telles que le lieu de pratique, le statut social – salarié ou indépendant – etc.). Ce couplage permet désormais de connaître le nombre de médecins actifs en Belgique et d'estimer avec davantage de précision l'évolution et la répartition de leurs activités (hôpitaux, soins ambulatoires…) ainsi que leur distribution sur le territoire. Grâce à cela, la Cellule de planification peut tester des scénarios pour l'avenir, en y intégrant des caractéristiques telles que l'âge des médecins, leur sexe, leur nationalité, le pays d'origine du diplôme, et ce

pour toutes les spécialités médicales curatives. Du côté des points négatifs, l'étude suggère que le modèle gagnerait à pouvoir être alimenté en continu sans devoir solliciter chaque fois une autorisation de couplage et d'analyse des données. En effet, obtenir ces autorisations prend du temps et cela retarde le processus.

Il ressort également des consultations que la finesse de la répartition territoriale pourrait être améliorée. Au sein d'une même région ou province, les communes vivent parfois des réalités très différentes dont le modèle ne tient pas nécessairement compte. Il serait également nécessaire de distinguer le lieu de domicile du médecin de son lieu de pratique, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Les stakeholders indiquent qu'il conviendrait d'introduire plus de nuances dans l'estimation de l'activité des médecins. En effet, la plupart des médecins ont un statut d'indépendant; ils n'ont donc pas de contrat de travail précisant, par exemple, le nombre d'heures qu'ils prestent. Actuellement, des estimations du volume d'activité peuvent être établies sur base des données INAMI et l'établissement de profils-types, mais ceux-ci ne tiennent pas compte d'éléments importants tels qu'une sur-sollicitation de certains médecins ou une production élevée d'actes médicaux non justifiés. Elle occulte également d'importantes variations en fonction des caractéristiques de la population prise en charge (urbaine ou rurale, milieux défavorisés, patients âgés ou chroniques, etc.).

Autre piste d'amélioration : la définition de la demande de soins. Le modèle mathématique a pour objectif de projeter l'offre de médecins nécessaire pour répondre à la demande future. Il est donc essentiel de pouvoir cerner cette demande mais c'est une tâche extrêmement complexe. Le modèle tente actuellement de l'approcher sur la base de la consommation de soins passée mais cette approche présente plusieurs limites. Notamment, elle ne tient pas compte des soins qui n'ont pas été consommés, par exemple parce que le patient les a reportés pour des raisons financières ou d'accessibilité… ou parce qu'il n'y avait pas, en temps opportun, de médecin disponible pour une consultation.

Le modèle a également pour objectif de pouvoir tester différents scénarios alternatifs en formulant des hypothèses sur les futures évolutions sociétales. Actuellement, ces scénarios alternatifs sont basés sur des observations historiques. Il serait bien plus intéressant d'y injecter des tendances en évolution rapide, comme par exemple l'intensification de la mobilité européenne des étudiants et des professionnels, ou les glissements d'activité d'un groupe professionnel vers un autre, (par exemple le suivi de la grossesse par des sages-femmes plutôt que par des gynécologues), ou encore des évolutions de la demande liées au vieillissement de la population et à la migration de populations ayant des problèmes de santé différents, etc. Les stakeholders recommandent donc de dynamiser le modèle en y intégrant plus systématiquement ces évolutions.

Finalement, les acteurs de terrain s'interrogent sur la finalité même du modèle de projection. Dans l'absolu, il n'existe pas 'un' nombre idéal de médecins à atteindre. Les besoins en médecins dépendent de décisions politiques et sociétales (quelles ressources veut-on engager pour les soins de santé ? Comment veut-on organiser et financer le système de soins de santé ?). Même si le modèle de projection belge est considéré comme assez performant sur le plan technique, les stakeholders remettent en question les objectifs poursuivis.

Les projections mathématiques ne devraient pas avoir pour but ultime de livrer des estimations quantitatives exactes, mais bien de définir ou prédire des tendances actuelles et émergentes afin de permettre aux décideurs politiques de les anticiper. Le recours à des méthodes scientifiques pour en déduire les effectifs de prestataires de soins dans une population donnée n'a de sens que si les objectifs de santé à atteindre sont explicites, si l'on se donne les moyens de les atteindre, et si les avis scientifiques sont effectivement suivis par les décideurs politiques.

Faute de quoi, c'est la finalité même de ces projections qui est remise en question : y a-t-il encore un sens à essayer de planifier de manière aussi stricte à l'intérieur de nos frontières, dans un monde aussi ouvert et mobile que celui de l'Union européenne ? Veiller à une offre suffisante, mais non-pléthorique, adéquatement répartie sur l'ensemble du territoire et dans les différents secteurs d'activités, voilà le défi que notre société devrait parvenir à relever.

Le rapport complet sur : https://kce.fgov.be

3. Objectifs de santé belges : d'une formulation ad hoc vers une approche structurée

Pour être cohérente, la politique de santé d'un pays (ou d'une région) doit idéalement viser certains objectifs plus ou moins concrets, ce qui donne à tous les acteurs du secteur des buts communs à poursuivre. C'est en tout cas la recommandation que font différentes institutions internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Observatoire européen des Systèmes de santé. De nombreux pays ont mis en place de véritables programmes globaux de fixation d'objectifs de santé mais ce n'est pas encore le cas de la Belgique. Si notre pays en utilise déjà un certain nombre, c'est encore de manière assez disparate puisque ces objectifs ne sont pas déterminés dans le cadre d'un grand plan global mais plutôt au cas par cas. En vue de mettre sur pied une approche plus cohérente, il a été demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de dresser l'inventaire de tout ce qui existe au niveau fédéral.

L'inventaire ainsi réalisé révèle un mélange d'objectifs très généraux (p.ex. réduire les inégalités d'espérance de vie liées au niveau socioéconomique au sein de la population belge), et d'autres beaucoup plus spécifiques (p.ex. un pourcentage minimum de prescriptions bon marché par chaque médecin ou dentiste individuel). On distingue aussi des objectifs de résultats (ce que l'on veut atteindre, avec éventuellement des objectifs intermédiaires), des objectifs de processus (les actions à entreprendre pour atteindre les résultats escomptés) et des objectifs de structure (les modifications structurelles à obtenir pour atteindre le résultat).

Ces objectifs sont formulés tantôt par le niveau politique (p.ex. la ministre de la santé publique a formulé un objectif de réduction du nombre d'adultes fumeurs à 17%), tantôt par le monde scientifique (p.ex. les recommandations du Conseil supérieur de la Santé en matière de nutrition), tantôt encore à un niveau plus opérationnel ou administratif (p.ex. les objectifs du Conseil National de Promotion de la Qualité à l'attention des médecins).

Il faut aussi ajouter à cet inventaire les divers plans d'action adoptés ces dernières années, comme par exemple le plan conjoint « Soins intégrés en faveur des malades chroniques » (lancé conjointement par les ministres de la santé fédéraux et des entités fédérées) ou le plan d'action pour une réforme du système de financement des hôpitaux (lancé par la ministre de la Santé fédérale). Ces plans regroupent chacun plusieurs objectifs ambitieux.

On peut donc dire que la Belgique a déjà bel et bien défini de nombreux objectifs de (soins de) santé mais qu'il faut leur donner un fil rouge et un encadrement. Le KCE propose de créer à cet effet une plate-forme pour coordonner, soutenir et faire connaître la politique de fixation d'objectifs. Cette plate-forme devrait réunir les représentants politiques et administratifs des différents niveaux de compétences et domaines pertinents, ainsi que des représentants des principales parties concernées sur le terrain et des scientifiques.

Une des premières tâches de la plate-forme devrait être de définir les priorités de la politique de santé. Cet exercice doit idéalement se faire en large concertation avec les acteurs de terrain afin de développer des objectifs concrets, des valeurs-cibles à la fois ambitieuses et réalistes, et ensuite des programmes d'action réellement portés par le secteur.

À terme, avec un brin d'optimisme, cet exercice pourrait mener à un élargissement des objectifs aux autres secteurs et niveaux de gouvernance, pour atteindre le principe de la « santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*) qui constitue une sorte de Graal en la matière.

Le rapport complet sur : https://kce.fgov.be/fr/objectifs-de-sant%C3%A9-belges-d%E2%80%99une-formulation-ad-hoc-vers-une-approche-structur%C3%A9e

4. Réintégration des malades de longue durée

Un trajet de réintégration peut être lancé pour accroître les chances de reprise du travail par les malades de longue durée. Il peut être mis en place à la demande du malade de longue durée, du médecin-conseil de la mutualité ou de l'employeur. Ce trajet prévoit (temporairement) un autre travail ou un travail adapté chez le même employeur. La CSC a mené une première évaluation de cette mesure sur la base d'une consultation auprès de six services de prévention. Durant les six premiers mois de 2017, une demande a été introduite pour ce type de trajet en faveur de 5.400 personnes. Le fait que 66 % des malades de longue durée aient personnellement demandé à suivre ce trajet montre qu'ils ont envie de reprendre le travail. Dans près d'un quart des cas, la demande émanait de l'employeur. Pour 3.570 des 5.000 dossiers soumis (environ 71%), le médecin du travail a décidé que le malade de longue durée n'était plus à même d'exercer son emploi antérieur et qu'il ne pouvait en outre pas occuper un autre emploi, plus adapté, chez le même employeur. Un emploi adapté n'était possible que dans 12,5% des cas.

Source : https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/10/05/langdurig-zieken-willen-weer-aan-des-slag--maar-mogen-vaak-niet/

Sommaire

Editorial 2

Politique de lutte contre la pauvreté 3
10 années d'une pauvre politique. 10 Baromètres de la pauvreté mettent le doigt sur cette plaie.

Accessibilité 19
Le flux proactif : une méthode fructueuse pour améliorer l'octroi de l'intervention majorée

Organisation des soins de santé 26
« Health(care) call center » : concepts, applications et impacts en Europe

Sécurité Sociale 37
Réforme du financement de la sécurité sociale en Belgique : le début d'un nouveau paradigme

MC en bref 45

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	Favorit
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles