MC-Informations Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

269

septembre 2017

Europe

Si la politique de santé relève essentiellement de la compétence des États-membres, l'UE tente de l'harmoniser davantage.

Communauté germanophone

Grâce aux réformes de l'Etat et également aux transferts de compétence provenant de la Région wallonne, la Communauté germanophone tend à être une grande communauté sur le plan institutionnel.

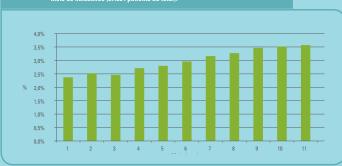
Burn-out parental

On estime que le burn-out parental touche 5% des parents, mais jusqu'à 8% seraient à risque élevé.

Consommation de rilatine

Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH.

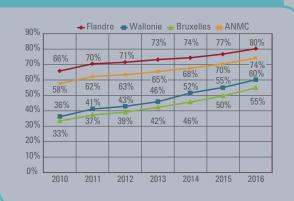
Graphique 3 : % des patients 6-18 ans ayant bénéficié du remboursement du méthylphénidate pa mois de naissance (37.684 patients au total).



DMG

Evolution de la proportion des membres MC avec un DMG

Graphique 1 : Evolution 2010-2016 de la proportion de membres MC avec un DMG (au 31/12)



La coopération internationale de la MC

La MC partage la conviction que les mutuelles de santé sont une des stratégies permettant d'atteindre la couverture maladie universelle. C'est pourquoi la MC soutient, depuis près de 25 ans, des initiatives mutuellistes en Afrique et en Europe centrale.



Editorial

La Belgique n'est pas une île isolée de l'Europe et du rest du monde. L'impact de l'Union européenne sur notre système de santé fait l'objet d'un article dans le présent numéro. Si la politique de santé relève essentiellement de la compétence des États-membres, l'UE tente de l'harmoniser davantage. En attestent les objectifs de santé communs en matière de prévention, les normes de qualité et de sécurité, la façon d'aborder les menaces transfrontalières sur la santé, la mobilité des patients et la collaboration en matière de maladies graves, l'harmonisation des règles de commercialisation des médicaments, eHealth, la libre circulation des professions de santé, etc. D'autre part, la politique européenne de libreéchange et les accords commerciaux comme le TTIP et le CETA constituent une menace potentielle pour la politique de santé. Nous refusons que soient appliquées aux soins de santé, droit de base de chaque citoyen, les règles d'une économie privée basée sur le profit.

Les mutualités plaident pour un accès à des soins de santé de qualité, abordables financièrement et basés sur la solidarité. Et parce que cette solidarité ne s'arrête pas aux frontières, un article décrit la contribution et le rôle du département Coopération internationale de la MC. La contribution à la réalisation d'un accès universel aux soins de santé et la défense du droit aux soins de santé constituent le point de départ des actions entreprises, basées sur le modèle mutualiste. Concrètement, nous soutenons des initiatives dans le Sud et en Europe centrale. La situation diffère naturellement d'un pays à l'autre et il s'avère toujours nécessaire de veiller à un ancrage local soutenu par nos partenaires sur le terrain.

En Belgique, nous avons également évolué vers un modèle laissant davantage de choix locaux/régionaux concernant les soins de santé dans des domaines tels que la prévention/ promotion de sa santé, les soins (aux personnes âgées), l'assistance aux personnes, la rééducation, le financement de l'infrastructure hospitalière et le bien-être. Vous découvrirez ainsi dans un article comment la Communauté germanophone assume les compétences qui lui ont été confiées et les assumera au lendemain de la mise en place de la sixième réforme de l'État. De nouvelles structures sont malheureusement créées pour ce faire, dotées d'autres responsabilités, plutôt que de recourir à l'expertise des acteurs des secteurs concernés, comme les mutualités. Nous ne pouvons qu'espérer que ces instances offriront des services tout aussi efficaces, en veillant à la qualité et à l'accessibilité.

Un autre défi à relever dans les soins de santé en Belgique est celui de l'harmonisation efficace des différentes 'lignes de soins'. Pour ce faire, le dossier médical global a été instauré en 1999 au niveau du médecin généraliste, l'objectif étant de fidéliser le patient à un seul médecin généraliste ou à une seule pratique de groupe de la médecine générale. Un dossier médical bien tenu permet de mieux coordonner les soins autour du patient. Une étude présente les chiffres actuels de ce système dont le succès ne se dément pas, avec malheureusement encore d'importantes disparités régionales. Le temps est peut-être venu d'affiner le système afin d'en faire un instrument de qualité, et de faire le lien avec le résumé du dossier médical électronique (SUMEHR) à compléter et partager. Nous pourrons alors convaincre le patient, qui doit pouvoir consulter son propre SUMEHR, des avantages découlant de la possession d'un DMG.

Nous terminerons par deux articles en lien avec les soins de santé mentale. Le premier décrit le phénomène du 'burnout' parental. Tout parent souhaite naturellement être un bon parent pour son/ses enfant(s), mais certains rencontrent parfois des difficultés mentales face à cette charge supplémentaire. Il est important d'identifier et de prévenir à temps les facteurs de risques avant un tel épuisement.

Nous constatons d'autre part, comme l'évoque le deuxième article, que les exigences envers les enfants sont élevées. Les enfants souffrant de troubles de l'attention, d'hyperactivité et/ ou d'un comportement impulsif sont peut-être trop rapidement diagnostiqués ADHD et se voient par conséquent prescrire des médicaments (méthylphénidate). Une étude montre en effet que les élèves les plus jeunes de la classe prennent plus fréquemment ce type de médicaments, ce qui pourrait attester de la médicalisation d'un développement normal. Il est nécessaire de procéder à un bon enregistrement du méthylphénidate, même lorsqu'il n'est pas remboursé. La MC plaide en outre pour une approche plus tolérante des enfants 'turbulents' et, si une approche médicale s'avère tout de même nécessaire, pour son intégration dans un trajet de soins pluridisciplinaires.

Michiel Callens

Directeur R&D

Europe

Que fait l'Union Européenne pour nos soins de santé?

Clara Noirhomme et Gauthier Vandeleene, avec la contribution d'Agnès Chapelle et de Naïma Regueras (Service R&D, ANMC).

Résumé:

Cet article pose la question de l'influence de l'Union Européenne dans un domaine qui reste principalement de la compétence des Etats membres. Afin d'explorer les différents impacts de l'UE sur les soins de santé, nous analysons son action sous deux angles. Premièrement, nous présentons les actions de l'UE dans le domaine des soins de santé lorsqu'elle invoque directement ses compétences légales en la matière. Les différents domaines d'action sont approfondis, avec les exemples de la directive en matière de soins transfrontaliers, du programme Interreg, initiative de la Commission et de la recommandation du Conseil en matière de maladies rares. Ensuite, nous analysons l'influence indirecte de l'Union sur les politiques de santé, via la formulation de politiques touchant à d'autres domaines, mais ayant un impact sur la santé. Dans ce chapitre, nous approfondissons la problématique des accords commerciaux et celle de la gouvernance économique commune. Nous concluons enfin en évaluant l'impact de l'action de l'UE en matière de soins de santé.

<u>Mots clés :</u> Union européenne, soins de santé, soins transfrontaliers, coopération transfrontalière, maladies rares, Interreg, Brexit, marché, circulation, TTIP, CETA, gouvernance économique commune, crise, commerce.

1. Introduction

Il y a un peu plus d'un an, l'Europe se réveillait sous le choc du vote pour le Brexit (ou la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne). Quel que soit les points de vue sur la question, force est de constater que ce débat a largement divisé la population britannique (et européenne¹). Un des arguments majeurs des défenseurs du Brexit était l'idée selon laquelle le Royaume-Uni pourrait récupérer l'argent alloué à l'Union européenne (UE) pour l'investir dans le système national de soins de santé (le National Health Service - NHS). L'argument de Michael Gove, conservateur et fervent défenseur du Brexit, était le suivant : « en récupérant les £350 millions que nous donnons par semaine à l'UE, nous donnerons £100 millions supplémentaires au NHS par semaine »².

Bien qu'incorrect³, les partis en faveur du Brexit ayant euxmêmes admit leur erreur⁴, cet argument pose en filigrane la question suivante : l'Union européenne empêche-t-elle les pays-membres de gérer leur politique de soins de santé comme ils l'entendent ? Quelles sont réellement les responsabilités de l'UE en termes de soins de santé ? Que fait-elle ? Que ne faitelle pas ? L'argument tendant à dire que « c'est de la faute de l'Europe »⁵ est-il valable pour les politiques de santé ?

Cet article abordera ces questions de la manière suivante : premièrement, nous approcherons la question des possibilités d'action directe de l'Union européenne en termes de soins de santé sur base juridique des Traités, au travers de quelques exemples marquants. Deuxièmement, nous verrons comment la santé et les politiques de soins de santé sont indirectement influencées par l'Union européenne, notamment au travers des

- 1 Voir par exemple une position en faveur du Brexit, d'un point strictement continental : De Grauwe, P. (2016). Why the European Union will Benefit from Brexit. Social Europe. Disponible en ligne : https://www.socialeurope.eu/2016/02/why-the-european-union-will-benefit-from-brexit/
- 2 Asthana, A. et Mason, R. (1er juillet 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*, disponible en ligne: https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise: Notre traduction de l'anglais
- Begg, I. (2015). Lies, damned lies and statistics on the UK's EU membership. LSE European Politics and Policy (EUROPP) Blog. Disponible en ligne: http://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2015/10/13/lies-damned-lies-and-statistics-why-figures-on-the-uks-eu-membership-should-be-treated-with-caution/
- 4 Helm, T. (10 septembre 2016). Brexit camp abandons £350m-a-week NHS funding pledge, *The Guardian*, disponible en ligne: https://www.theguardian.com/politics/2016/sep/10/brexit-camp-abandons-350-million-pound-nhs-pledge
- 5 Hobolt, S. B., & Tilley, J. (2014). Blaming europe?: Responsibility without accountability in the European Union. Oxford University Press.

caractéristiques du marché intérieur. Nous aborderons deux sujets d'actualité qui illustrent cette facette de l'action européenne : les accords commerciaux et la gouvernance fiscale. Enfin, nous conclurons en évaluant l'impact de l'action de l'UE en matière de soins de santé et en proposant une réponse provisoire à la question suivante : les habitants de Grande-Bretagne bénéficieront-ils de meilleurs soins de santé maintenant qu'ils ont décidé de sortir de l'Union européenne ?

2. De la compétence de l'Union européenne en matière de soins de santé : ce que l'Europe peut faire et ce qu'elle fait

2.1. Base légale

Jusqu'à la fin des années 1970, la politique de santé européenne était essentiellement conçue comme une application ponctuelle des grands principes économiques des traités fondateurs de la Communauté européenne. Les règlements européens portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, qui permettent entre autres un accès aux soins de santé dans le cadre de la circulation des travailleurs, en sont une illustration⁶. Les années 1980 marquent un tournant : les crises sanitaires telles que celle du SIDA mettent en lumière de nouveaux risques que les Etats membres peuvent difficilement gérer seuls⁷. Les institutions européennes apparaissent alors comme un partenaire essentiel pour relever ces nouveaux défis de santé publique. L'intégration européenne grandissante, la dynamique du marché unique et le principe de libre circulation des personnes imposent également la santé comme l'un des domaines d'action de l'Union.⁸

Dès 1992, avec le traité de Maastricht, l'Union devient compétente pour améliorer la santé des citoyens à travers des actions de santé publique⁹. En 2000, en inscrivant la **protection de la santé** à l'article 35 de sa Charte des droits fondamentaux¹⁰, l'Union Européenne (UE) en fait un de ses objectifs généraux.

Article 35 Protection de la santé

Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

Charte des droits fondamentaux de l'UE

La base juridique de cette compétence, l'article 168 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE), énonce les domaines d'action de l'UE en matière de santé :

- Amélioration de la santé publique et prévention des maladies, affections humaines et causes de danger pour la santé physique et mentale,
- Lutte contre les grands fléaux et menaces transfrontières graves sur la santé,
- Réduction des effets nocifs de la drogue sur la santé.

a. Mais quel est réellement le pouvoir de l'UE en matière de santé ?

L'ensemble des compétences de l'Union sont définies dans les articles 2 à 6 du TFUE. Il existe trois types de compétences : (1) les compétences exclusives de l'UE, (2) les compétences partagées avec les Etats membres et (3) celles pour lesquelles le rôle de l'UE consiste à appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres.

La protection et l'amélioration de la santé humaine font partie de la troisième catégorie de compétences. Cela signifie donc que la définition des politiques de santé, l'organisation et la fournitures des prestations de soins de santé relèvent de la compétence des Etats membres¹¹. Le rôle de l'UE, lui, consiste à compléter les politiques nationales en :

- « aidant les pays membres à atteindre les objectifs communs ;
- générant des économies d'échelle par la mise en commun des ressources;
- aidant les pays de l'UE à relever des défis communs (pandémies, maladies chroniques ou conséquences de l'allongement de l'espérance de vie sur les systèmes de santé, notamment). »¹²
- 6 Règlements (CEE)1408/71 et (CEE)574/72 (aujourd'hui (CE)883/2004 et (CE)987/2009)
- 7 Senn, A. (2006). La politique de santé de l'Union européenne, *Question d'Europe,* n°25.
- 8 Garel, P. (2013). Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence, Quaderni, 82, pp. 17-26.
- 9 Hassenteufel, P. (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé ?, Informations sociales, 2013/1 (n°175), pp. 48-59.
- 10 Adoptée le 7 décembre 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'UE a, depuis la signature du traité de Lisbonne en 2007, une valeur juridiquement contraignante.
- 11 Article 168 TFUE, §7
- 12 Union Européenne, Domaines d'action de l'Union Européenne Santé. Page consultée le 18 mai 2017, disponible ici : https://europa.eu/european-union/topics/health_fr

Ainsi, dans les domaines d'action mentionnés dans l'article 168 TFUE, l'Union a la possibilité de compléter l'action des Etats membres, et vient, en théorie, tenter d'améliorer la qualité des soins et ajouter des droits aux Européens là où les Etats membres ne sont pas assez efficaces en agissant seuls. C'est le principe de subsidiarité.

L'action de l'Union se concentre donc principalement sur les matières où l'action coordonnée des Etats apporte une plusvalue, c'est-à-dire celles qui ont des **effets transfrontaliers**. Elle insiste sur la coopération entre les Etats membres, en particulier pour améliorer la complémentarité des services de santé dans les régions frontalières, comme le réaffirme le point 2 de l'article 168 TFUE.

b. Quelles mesures concrètes l'UE peut-elle prendre dans ce cadre ?

Le Parlement et le Conseil peuvent ainsi adopter des mesures, applicables à l'échelle de l'UE, encourageant la protection ou l'amélioration de la santé, ainsi que des mesures fixant des normes de qualité et de sécurité portant sur les substances d'origines humaine, les domaines vétérinaires et phytosanitaire, les médicaments et dispositifs à usage médical¹³.

La Commission, elle, peut prendre des initiatives pour promouvoir la coordination des Etats membres (pour par exemple établir des orientations ou organiser l'échange des meilleures pratiques). Quant au Conseil, il peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans l'article 168 TFUE.

2.2. Les actions de l'UE dans le domaine des soins de santé

Une **politique de la santé européenne** a donc émergé suite à de nouveaux défis de santé publique couplés à l'effet « européanisant » du marché unique et du principe de libre circulation des personnes sur la santé publique ¹⁴. L'Europe exerce désormais une certaine influence sur les Etats membres, avec une nouvelle ambition d'action sur le long terme pour améliorer la santé des citoyens de l'UE¹⁵.

Concrètement, l'UE exerce ses compétences pour développer des mesures en matière de mobilité des patients et de gestion des menaces sanitaires transfrontalières, pour promouvoir un mode de vie sain (prévention méfaits de l'alcool, du tabac et de la toxicomanie, mais aussi dépistage précoce des cancers) et pour mettre en commun l'expertise des professionnels de la santé¹⁶.

L'UE est une actrice engagée dans la prévention, notamment dans la lutte contre la consommation de tabac. Ainsi, elle a adopté plusieurs directives en la matière, dont celles de 2001, relative à la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac, et celle de 2003, relative à la publicité et au parrainage en faveur des produits du tabac¹⁷. Elle intensifie également sa lutte contre le tabagisme en menant des campagnes médiatiques visant à sensibiliser contre les effets néfastes du tabac¹⁸.

Dans un autre registre, l'UE, à travers son Centre de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) évalue les menaces sanitaires et surveille les maladies en Europe¹⁹. Lors d'épidémies telles qu'Ebola, ce centre publie des évaluations du risque dans les différents pays, ainsi que des mises à jour épidémiologiques qui peuvent s'avérer très utiles²⁰. Les médicaments, sujet éminemment lié au marché unique²¹, doivent quant à eux faire l'objet d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM). L'UE finance aussi, à hauteur de 7,5 milliards d'euros, la recherche scientifique en soins de santé à travers son programme Horizon 2020, plus grand programme de recherche et d'innovation jamais réalisé par l'UE²².

Ci-après, nous tentons de vous exposer un exemple pour chaque différent mode d'action des institutions européennes : directives du Parlement et du Conseil, initiatives de la Commission et recommandations du Conseil. Nous le faisons avec une attention particulière pour les maladies rares, domaine dans lequel la collaboration européenne présente une valeur ajoutée indéniable.

a. Directive du Parlement et du Conseil en matière de soins transfrontaliers

Utilisant leur pouvoir d'adoption de mesures visant à l'amélioration de la santé, le Parlement et le Conseil ont adopté

- 13 Article 168 TFUE, 4.
- 14 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.
- 15 Senn, A. (2006), op. cit.
- 16 Senn, A. (2006), op. cit.
- 17 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.
- 18 Sauer, F. (2005). Les ambitions européennes en matière de santé, Revue française d'administration publique, 2005/1 (n°113), pp. 147-157.
- 19 Centre européen de prévention et de contrôle des maladies : https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_fr
- 20 European centre for Disease Prevention and Control Ebola and Murburg fevers: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/Pages/index.
- 21 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.
- 22 Commission européenne (2014), Horizon 2020 en bref. Le programme-cadre de l'UE pour la recherche et l'innovation, disponible ici : https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/H2020_FR_KI0213413FRN.pdf

la directive 2011/24/UE relative à l'application des **droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers**, qui est entrée en vigueur le 24 avril 2011. Les pays de l'UE devaient la transposer dans leur droit national avant le 25 octobre 2013.

Cette directive a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de santé transfrontaliers et leur remboursement dans l'UE. Pour certains types de soins, elle est complémentaire aux règlements de coordination de la sécurité sociale cités plus haut²³. Elle établit des règles visant à garantir la qualité et la sécurité des soins de santé reçus et encourage la coopération en la matière entre les pays de l'UE dans le respect des compétences nationales en matière d'organisation et de prestation des soins de santé. La directive vise donc à favoriser la coopération entre les systèmes nationaux de soins de santé et à clarifier les possibilités de mobilité. Elle exige par ailleurs que des mesures soient prises pour assurer l'information des patients quant à leurs possibilités en termes de mobilité.

La directive encourage la création de Réseaux Européens de Référence (ERN), qui contribuent à l'exploitation des possibilités de coopération européenne en matière de soins de santé hautement spécialisés, au rassemblement des connaissances en matière de prévention et à l'amélioration du diagnostic et la prestation de soins de qualité, en particulier en ce qui concerne les maladies rares. L'article 13 de la directive spécifie également que la Commission aide les États membres à coopérer au développement de moyens de diagnostic et de traitement.

Par ailleurs, dans son article 6 intitulé « Points de contact nationaux pour les soins de santé », la directive 2011/24/EU impose à chaque Etat membre de désigner un ou plusieurs points de contact nationaux, qui ont pour but d'informer les patients sur leurs droits en matière de soins de santé transfrontaliers, pour leur permettre d'exercer effectivement ceux-ci²⁴. En Belgique, on retrouve ainsi aujourd'hui le « Point de contact national soins de santé transfrontaliers » sur le site internet du SPF Santé²⁵.

b. Le programme Interreg, initiative de la Commission européenne

La Commission européenne, nous l'avons vu, promeut également la coordination entre les Etats membres. Ainsi, le programme Interreg, initiative de la Commission européenne financée par le FEDER (Fonds européen de développement régional), a pour but de renforcer la cohésion économique et sociale dans l'Union européenne par la coopération transfrontalière (partie A du programme), transnationale (partie B) et interrégionale (partie C)²⁶.

Au fil des années, Interreg est devenu l'instrument clé de l'Union européenne pour soutenir la coopération entre les partenaires transfrontaliers. L'objectif: relever les défis communs et trouver des solutions partagées, que ce soit dans le domaine de la santé, de la recherche et de l'éducation, des transports ou de l'énergie durable²⁷. Dans ce cadre peuvent être déposés de nombreux projets, touchant notamment à des thématiques de santé.

Les projets Interreg ont notamment permis le développement d'une coopération sanitaire franco-belge qui se traduit maintenant par la possibilité pour les patients de cette zone frontalière de bénéficier de l'offre de soins hospitalière de l'autre côté de la frontière ou la mise en place d'un dispositif d'interventions transfrontalières des services d'urgence (SMUR)²⁸.

C'est dans ce cadre que le projet EMRaDi, acronyme d' « Euregio Meuse-Rhine Rare Diseases » a pu être élaboré, celui-ci relavant du 5e programme Interreg, partie A (INTERREG V-A EMR). Ce projet est une coopération transfrontalière entre des mutualités, des hôpitaux universitaires, des associations de patients et une université dans l'Euregio Meuse-Rhin. Il vise, à travers plusieurs axes, à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies rares. Durant trois ans (2016-2019), huit partenaires belges, hollandais et allemands actifs dans l'Euregio Meuse-Rhin unissent leurs efforts pour améliorer de manière substantielle la mobilité des patients et les soins intégrés offerts aux patients atteints de maladies rares. La mutualité chrétienne, en tant qu'organisme assureur et représentante de l'intérêt des patients, est chef de file de ce projet²⁹.

Le domaine des maladies rares est un bon exemple dans lequel la collaboration européenne présente une valeur ajoutée indéniable. Une conjonction des efforts est nécessaire pour réduire les inégalités entre les patients atteints de maladies rares et ceux atteints de maladies plus communes.

c. Recommandation du Conseil en matière de maladies rares

L'Union européenne, via une recommandation du Conseil relative à une action dans le domaine des maladies rares³⁰ (2009/C 151/02), a recommandé aux États membres d'établir et

- 23 Règlements (CEE)1408/71 et (CEE)574/72 (aujourd'hui (CE)883/2004 et (CE)987/2009).
- 24 Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
- 25 SPF Santé Point de contact national soins de santé transfrontaliers, https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/point-de-contact-national-soins-de-sante
- 26 Interreg: European Territorial Cooperation: http://ec.europa.eu/regional_policy/fr/policy/cooperation/european-territorial/
- 27 Ibidem.
- 28 Pour plus d'informations, consultez www.ofbs.eu.
- 29 Pour plus d'informations, consultez www.emradi.eu.

de mettre en œuvre, avant 2013, des plans de lutte contre les maladies rares. La recommandation du Conseil s'inscrivait dans une volonté de la Commission de définir une stratégie d'ensemble cohérente pour permettre à l'action contre les maladies rare d'être performante et de réunir des ressources rares et éparpillées dans un effort européen commun³¹.

Bien qu'une telle recommandation n'ait pas de portée contraignante, nombreux sont les Etats membres qui se sont engagés à suivre cet appel. Ainsi, en décembre 2013, la Ministre belge des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, a publié le « Plan belge pour les maladies rares ». Ce plan a l'ambition « d'offrir un accès équitable et correct à un diagnostic adéquat, à des soins spécialisés, modernes et multidisciplinaires, développés et organisés dans des réseaux à multiples niveaux, dont l'objectif final est de maintenir une qualité de vie pour les patients et d'augmenter la connaissance, les informations et la sensibilisation sur les maladies rares »32. En mars 2017, RaDiOrg (Association coupole pour les patients atteints de maladies rares) annonçait que si ce plan reste malheureusement très flou, les vingt actions initialement prévues se mettent progressivement en place. RaDiOrg propose ainsi un état des lieux du plan, plus de trois ans après sa publication, permettant d'avoir un aperçu des mesures qui ont déjà été mises en œuvre³³.

2.3. Positif ou négatif?

Nous l'avons vu, si elles n'étaient à l'origine que très limitées, les compétences de l'Union européenne dans le domaine de la santé se sont développées ces vingt dernières années. Toutefois, la situation en matière de santé reste très hétérogène dans les différents pays de l'Union³⁴. Si la volonté de l'Union est de réduire les écarts, il reste que la primauté en terme de définition de leur politique de santé et clairement reconnue aux Etats, comme le stipule l'article 168 du TFUE.

Si, en théorie, les pays européens restent souverains en matière de politique de santé, comme nous l'avons vu avec les divers exemples en matière de maladies rares, certains secteurs des soins de santé peuvent être fortement influencés par les initiatives et les décisions européennes. Cette influence, bien que contraignante, présente toutefois nombreux aspects positifs et octroie des droits nouveaux aux citoyens européens.

Selon certains, la seule façon de parvenir à réduire les écarts entre les Etats membres serait de prendre davantage de mesures et de créer une Europe de la santé, au service de la santé des citoyens européens avant tout, et au sein de laquelle le pouvoir des intérêts économiques serait limité. L'AIM, Association Internationale de la Mutualité, répond ainsi à la carte blanche de Jean-Claude Juncker sur le futur de l'Europe en utilisant ces mots :

« Nous appelons à une action renforcée de l'UE dans le domaine de la santé qui rapproche l'UE de ses citoyens, en protégeant les patients et les consommateurs et en améliorant la santé des gens. Nous appelons à une action de l'UE en matière de santé qui favorise la collaboration entre pays, intègre l'action des États membres et les aide à relever les défis sans précédent auxquels nous sommes confrontés. Nous appelons à une action de l'UE en matière de santé soutenue par un programme de santé solide de l'UE et menée par une Direction spécifique de la Commission européenne. »35

3. Des politiques européennes affectant indirectement la santé

3.1. La santé et les autres compétences de l'Union

L'impact de l'Union européenne en matière de santé n'est pas limité aux domaines d'action mentionnés dans les traités de l'Union. Même si, comme nous l'avons vu, l'UE a réalisé de nombreuses politiques via son pouvoir d'appui, de coordination et d'enrichissement des politiques nationales, son impact sur la santé peut être bien plus important lorsque d'autres objectifs (parfois assez éloignés) sont visés par les politiques européennes³⁶.

Le marché intérieur, qui consacre le principe de libre circulation des personnes, des biens, des services et des capitaux, est à la base de l'action de l'Union européenne. Ces principes s'appliquent à de nombreux secteurs, y compris celui de la santé. La logique du marché intérieur apparaît clairement dans l'exemple des soins transfrontaliers et la possible mobilité des patients³⁷.

- 30 Recommandation relative à une action dans le domaine des maladies rares (2009/C 151/02).
- 31 Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions Les maladies rares: un défi pour l'Europe (11 novembre 2008).
- 32 Plan Belge pour les maladies rares, décembre 2013.
- 33 RaDiOrg (mars 2017), Le plan belge pour les Maladies Rares, disponible ici: http://radiorgfr.squarespace.com/plan-daction-pour-la-belgique-1/
- 34 Senn, A. (2006), op. cit.
- 35 Turnbull, A. & Greco, M. (6 juin 2017). EU Health Collaboration is crucial for Europe's future, AIM mutual, disponible en ligne: http://aim-mutual.org/wp-content/uploads/2017/06/letter_value-of-health-cooperation-final-2.pdf
- 36 Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- 37 Voir http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy_frn et les règlements de coordination de la sécurité sociale cités plus haut.

Une série de limites au principe de libre circulation en matière de santé se posent toutefois d'amblée. Tout d'abord, ce principe est nuancé par la compétence des Etats membres d'organiser leur système de santé et les prestations couvertes par celui-ci. Ensuite, la liberté de circulation est encadrée par la possibilité pour l'Etat membre compétent de conditionner cette mobilité à la délivrance d'une autorisation mais aussi par des règles de calcul des montants de remboursement. Finalement, les services de soins de santé sont exclus de la Directive services³⁸ qui porte notamment sur la fourniture de services transfrontaliers. Les services de santé, comme les services d'intérêt général non économique et les services sociaux, ne sont dès lors pas soumis aux mêmes règles que les autres services plus « classiques ».

a. Libre circulation des biens & santé

Depuis 1965, en matière de libre circulation des biens, l'Union cherche par exemple à harmoniser les règles de commercialisation des produits pharmaceutiques dans l'Union³⁹. Le secteur des médicaments est d'ailleurs aujourd'hui l'un des secteurs les plus régulés du marché intérieur. En effet, la législation européenne permet d'obtenir une licence au niveau européen (ou national) à travers une seule et même procédure, obligatoire pour certains types de produits⁴⁰.

Si ces règles permettent de mieux contrôler la qualité des médicaments, on peut se demander si une telle démarche aurait été entamée si elle ne consistait pas une plus-value économique pour le marché unique, mais uniquement une plus-value pour la santé.

b. Libre circulation des personnes & santé

En Belgique, la récente controverse des numéros INAMI a fait resurgir la question des professionnels de santé exerçant leur métier en dehors du pays où ils ont obtenu leur diplôme. L'an dernier, en Belgique, 388 des 1.715 médecins à recevoir leur numéro INAMI possédaient un diplôme étranger⁴¹. Ce sont les règles du marché unique qui permettent aux profes-

sionnels de s'établir dans un autre pays de l'Espace économique européen⁴². Dans ce cadre, les discriminations à l'emploi ou de rémunération sont interdites et les qualifications automatiquement reconnues à travers le principe de reconnaissance mutuelle. Ce principe concerne aussi bien les médecins, que les infirmières, les dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens⁴³. Si certains y voient une opportunité de palier des pénuries (notamment dans le secteur infirmier), d'autres le perçoivent comme une forme de concurrence⁴⁴.

De manière générale, la santé est utilisée comme un outil afin de poursuivre un des objectifs majeurs de l'Union : la réduction des inégalités entre les différentes régions européennes. Ces écarts sont malheureusement significatifs avec, par exemple, une différence d'espérance de vie de huit ans entre les Etats membres les mieux classés et les moins bien classés 45.

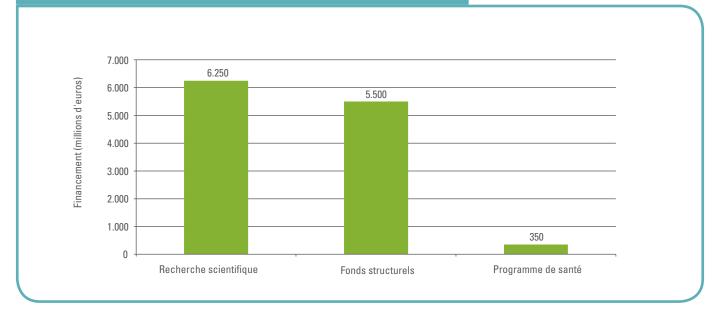
Comme le montre le graphique 1, plus de 6 milliards d'euros ont été investis par l'Union européenne dans la santé durant la période 2007-2013, au travers de fonds structurels d'aide (tels le Fond social européen ou le Fond de Cohésion), de programmes de recherche scientifique ou du programme « santé » l'Union⁴⁶.

Beaucoup d'autres domaines d'action de l'UE ont eu un impact sur le secteur de la santé. Les politiques sociales, le bien-être, la recherche scientifique, la concurrence, les aides d'Etat ou les services d'intérêt général n'en sont que quelques exemples.

Néanmoins, depuis quelques années, un domaine qui fait davantage parler de lui est celui de la gouvernance économique commune ou en d'autres termes, de la capacité d'injonction de l'Union européenne dans la gestion des finances publiques des Etats membres⁴⁷. Nous aborderons ce domaine dans la section suivante, après avoir rappelé la problématique des accords commerciaux et leurs potentiels impacts sur l'organisation des soins de santé dans l'Union européenne (et plus particulièrement en Belgique).

- 38 Article 2,f Directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, JOUE 27/12/2006, plus connue du public comme la « Directive Bolkestein ».
- 39 Hauray, B. (2005). L'Europe du médicament: politique-expertise-intérêts privés. Presses de Sciences Po.
- 40 Entre autres, ceux contenant une substance active datant d'après 2004 et visant à traiter le VIH, le SIDA, le cancer ou le diabète.
- 41 Votron, V. (27 juillet 2016). Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger, RTBF Info, disponible en ligne : https://www.rtbf.be/info/regions/detail_numeros-inami-un-quart-des-nouveaux-medecins-diplomes-de-l-etranger?id=9363604
- 42 Article 45ff TFUE.
- 43 Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
- 44 Votron, V. (27 juillet 2016), Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger, op. cit.
- 45 Voir OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en
- 46 Voir Programme Santé de l'Union européenne, disponible en ligne : https://ec.europa.eu/health/programme/policy_fr.
- 47 Greer, S. L. (2014). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. Policy and Society, 33(1), 13-24.

Graphique 1 : Fonds européens pour le secteur de la santé (2007-2013)



Source: Watson J. Health and structural funds in 2007–2013: country and regional assessment. Brussels, DG Health and Consumer Protection, 2009 (http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/docs/watson_report.pdf)

3.2. TTIP, CETA et leurs conséquences sur nos soins de santé⁴⁸

L'article 34 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne garantit l'accès égal pour tous aux services de soins de santé et services sociaux. En Belgique, la matérialisation de ce droit est concrétisé par le régime d'assurance maladie et invalidité obligatoire qui garantit l'universalité de l'accès aux soins de santé.

Afin de garantir l'accès à ces services, le droit européen prévoit des exceptions à l'application des règles du marché intérieur pour les services publics et les services considérés « d'intérêt général »⁴⁹. En effet, si le service en question répond aux caractéristiques définies par la jurisprudence de la cour de Justice européenne⁵⁰ et reprises par la Commission⁵¹, les Etatsmembres peuvent décider de la non-application des règles de la concurrence⁵². En Belgique, sont donc exonérées des règles de concurrence l'assurance maladie obligatoire et les activités des mutualités dans le cadre de l'exécution de l'assurance

maladie obligatoire et de l'organisation de l'assurance complémentaire⁵³.

Cependant, les négociations dans le cadre du TTIP et du CETA remettent ces principes en question. En effet, les services publics et d'intérêt général sont potentiellement menacés à plusieurs égards. La Commission européenne, qui a reçu un mandat de négociation de la part des Etats-membres, a émis des réserves dans le but de protéger les services publics et d'intérêt général des règles de la libre concurrence⁵⁴. Malheureusement, ces précautions présentent certaines limites : le CETA et le TTIP permettront par exemple aux investisseurs de porter plainte devant un système juridictionnel des investissements (SJI) si des régulations de services nationales allaient à l'encontre de leurs intérêts. Concrètement, ces traités pourraient permettre aux entreprises d'attaquer une politique de prévention des autorités nationales s'ils estiment que celle-ci a un impact négatif sur leurs résultats financiers. Ce mécanisme pourrait offrir un levier au secteur privé commercial, lui permettant d'influencer les politiques de soins

- 48 Pour une présentation plus étayée de ce sujet d'un point de vue mutualiste: Chapelle, A. (2015). Pourquoi les mutualités se préoccupent-elles d'un accord commercial ? MC-Informations. n°261, 58-66.
- 49 Pour une explication plus précise : Services sociaux d'intérêt général (SSIG), Centre d'économie sociale de l'Université de Liège, disponible en ligne : http://www.ces.ulg.ac.be/fr_FR/services/cles/dictionnaire/s---t---u/services-sociaux-d-interet-general-ssig et Sauter, W. (2008). Services of general economic interest and universal service in EU law. European Law Review, 33(2), 167-192.
- 50 Entre autres, Arrêt CJUE du 16 mars 2004, Affaire C-264/01 AOK-Bundesverband
- 51 Document de travail de la Commission, SWD(2013) 53, Commission européenne, 29/04/2013
- 52 Article 106 TFUE.
- 53 Article 67 de la loi du 26 avril 2010 portant disposition diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire
- Kunsch, C. & Vandenhemel, N. (2015). Le CETA: petit frère du TTIP? Disponible en ligne: http://www.moc-site.be/images/stories/pdf/2015/CETA_Presentation%20MOC_29.09.15.pdf

de santé européennes et par là-même, de pousser les acteurs du secteur privé non commercial (tels que nos mutualités) à s'aligner sur les règles du secteur privé commercial (celui des assurances privées).

De plus, les clauses d'accessibilité du marché, qui stipulent que les parties ne peuvent prévoir des mesures qui imposent des limitations du nombre de fournisseurs ou de volume d'opérations⁵⁵, pourraient directement entrer en conflit avec les règles de planification des soins telles qu'établies dans les pays européens. Parmi les propositions de l'industrie pharmaceutique, figure notamment la proposition visant à prendre l'élément 'innovation' en ligne de compte lors de la fixation des prix et du remboursement. La proposition définit largement la notion de produit novateur et octroie une voie prépondérante à l'industrie pharmaceutique dans les procédures et l'instauration de voies de recours pour le demandeur. De plus, via le mécanisme de règlement des différends entre investisseurs et États (comme pour les régulations de services), le risque existe que les entreprises pharmaceutiques puissent poursuivre une autorité nationale devant un « tribunal » international lorsqu'un pays décide de ne pas rembourser un médicament. En Belgique, alors que les mutualités plaident depuis de nombreuses années pour un meilleur contrôle du prix des médicaments⁵⁶, dont certains éléments se retrouvent dans le pacte conclu avec l'industrie pharmaceutique⁵⁷, la possibilité pour ces entreprises de recourir aux mécanismes prévus dans ces accords de libreéchange met à mal les efforts effectués jusqu'alors.

L'exclusion de la sécurité sociale obligatoire de ce type de traité assure donc, en théorie, la souveraineté des Etats en termes de définition de leur politique de santé⁵⁸. Cependant, comme nous l'avons vu, les mécanismes prévus dans ces traités, tels que le mécanisme de règlement des différends, peuvent tout de même influencer indirectement les politiques de santé des Etats européens. En poussant la situation à son extrême, les systèmes de santé européens pourraient

dangereusement se rapprocher du système de santé des Etats-Unis, principalement régi par les firmes privées et dans lequel l'accès aux soins pour tous n'est pas garanti⁵⁹.

Certains diront que ce sont les Etats membres eux-mêmes qui ont volontairement donné mandat à la Commission européenne afin de négocier un tel traité, la Commission étant ainsi censée représenter les intérêts de tous les Etats membres. Malheureusement, ce n'est pas si simple. Un grand nombre d'études documentent l'influence des grands Etats membres sur les politiques de l'Union européenne⁶⁰. Si ce sont bien les gouvernements nationaux⁶¹ qui donneront leur accord final, force est de constater que le contenu de ces accords est largement influencé par les intérêts des grands Etats membres, au détriment des plus petits, moins puissants au niveau économique et diplomatique⁶².

D'autre part, le lobby des entreprises commerciales a été extrêmement puissant⁶³. Malgré les nombreuses protestations de la société civile (notamment sous forme de grandes manifestations organisées un peu partout en Europe), le parlement européen s'est prononcé en faveur de la poursuite des négociations⁶⁴ et adopté le CETA⁶⁵.

Entre l'influence des lobbys et le fait que la Commission défend davantage les intérêts de certains Etats membres que d'autres, la procédure de négociation apparait plus complexe qu'elle ne l'est en théorie et donne finalement peu de place à l'expression de l'opinion publique.

3.3. Gouvernance économique commune, austérité et économies dans les soins de santé

Dans un rapport de 2012 « Les réponses des politiques de santé à la crise financière en Europe », l'OMS constate que la crise qui a débuté en 2007 a eu « un effet négatif important sur la

- 55 Voir AECG (CETA) Article 9.6, Chapitre XIX Commerce transfrontière des services
- La Belgique est l'un des pays dont les habitants consacrent le plus de moyens aux médicaments. Voir OECD (2016). Health at a glance: Europe 2016. Disponible en ligne: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en
- 57 Voir Lebbe, C. (2016). Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique. MC-Informations, n°264, 37-43.
- 58 Voir « Instrument interprétatif commun concernant l'accord économique et commercial global » (AECG) entre le Canada et l'Union européenne et ses Etats membres.
- 59 Le débat sur l'abolition de l'Affordable Care Act ou Obamacare a fait resurgir dans le débat public ce constat. Voir Frean, M., Gruber, J., & Sommers, B. D. (2016). Disentangling the ACA's Coverage Effects—Lessons for Policymakers. New England Journal of Medicine, 375(17), 1605-1608 et Blumberg, L. J., Buettgens, M., & Holahan, J. (2016). Implications of Partial Repeal of the ACA through Reconciliation. Washington, DC: Urban Institute.
- Magnette, P., & Nicolaïdis, K. (2005). Coping with the Lilliput Syndrome: Large vs. Small Member States in the European Convention. European Public Law, 11(1), 83; Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2003). Large and small member states in the European Union: Reinventing the balance. Paris: Notre Europe.
- 61 Et les entités fédérées en Belgique.
- 62 Tallberg, J. (2008). Bargaining power in the European Council. *JCMS: journal of common market studies*, 46(3), 685-708 et Bunse, S., Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2005). *Is the commission the small member states' best friend?*. Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS). Disponible en ligne: http://kalypsonicolaidis.com/wp-content/uploads/2015/02/2005_lsTheCommissionBestFirend.pdf
- 63 Vanheste, T. (2016). Big business orders its pro-TTIP arguments from these think tanks, The Correspondent, disponible en ligne: https://thecorrespondent.com/3884/big-business-orders-its-pro-ttip-arguments-from-these-think-tanks/179184456-59671a10
- 64 Vote des députés belges sur le 3ème volet de négociations du TTIP : http://www.no-transat.be/plus-infos/marche-transatlantique-vote-deputes-belges-3eme-volet
- 65 Vote du Parlement européen du 15/02/2017 déclenchant ainsi l'application provisoire du traité à partir du 1er avril 2017.

disponibilité des ressources du système de santé ou un effet positif important sur la demande de services de santé » 66. Elle remarque que « les coupes effectuées dans les dépenses publiques de santé en réaction à la crise économique apparaissent précisément au moment où les systèmes de santé requièrent davantage, et non pas moins de ressources, notamment pour traiter les effets néfastes du chômage sur la santé » 67.

La Grèce fut un des pays particulièrement touché par les mesures d'austérité dans le secteur des soins de santé. Comme le rappelle l'association Médecins du Monde, « en théorie, le système de santé public universel grec permet aux assurés qui ont un revenu très faible de consulter des médecins généralistes et d'obtenir des médicaments gratuitement, mais nombreux sont ceux qui n'obtiennent pas le livret de santé requis qui leur permettrait de ne pas payer d'avance, en particulier à cause de la complexité des procédures administratives en Grèce. Depuis octobre 2010, tous les hôpitaux publics imposent un droit d'entrée de 5 euros, et les examens complémentaires doivent aussi être payés ; cette mesure exclut un grand nombre d'usagers »68. Cet exemple n'est sont malheureusement pas le seul : beaucoup d'économies ont été faites dans les soins de santé afin de limiter l'effet de la crise sur les finances publiques et ce dans de nombreux pays de l'Union européenne⁶⁹.

Malgré des impacts clairement anticipés par nombreux chercheurs en soins de santé⁷⁰, les politiques d'austérité ont été menées à travers l'Europe et ont eu un impact très négatif sur la santé des populations, en particulier les plus vulnérables⁷¹. C'est notamment dans le cadre des Semestres européens que de nombreuses recommandations budgétaires relatives aux soins de santé ont été formulées⁷². Nous allons maintenant nous concentrer sur ce mécanisme.

Le Semestre européen est un système de coordination des politiques économiques et budgétaires des Etats membre qui s'articule autour de trois axes : (1) les réformes structurelles portant sur la croissance et l'emploi (stratégie Europe 2020) ; (2) les politiques budgétaires (pacte de stabilité et de croissance) ; (3) la prévention des déséquilibres macro-économiques excessifs.

Dans ce cadre, la Commission européenne publie chaque année des prévisions économiques basées sur l'examen de la croissance et reprenant les priorités économiques générales de l'UE pour l'année suivante⁷³. Sur base de ce rapport, les Etats membres établissent leur programme de stabilité ou de convergence et leur programme national de réforme. Ces derniers reprennent leurs stratégies budgétaires et réformes envisagées en matière économique, financière, environnementale, etc. pour répondre aux priorités économiques de l'Union européenne. Sur base de ces programmes, la Commission formule ensuite des recommandations spécifiques par pays⁷⁴. Les recommandations formulées par la Commission peuvent être à la fois préventives et correctives.

Durant les périodes les plus dures de la crise, les dirigeants des pays membres de l'Union, et plus particulièrement les pays membres de la zone euro, ont décidé de renforcer le contrôle par l'Union européenne des critères dits « de Maastricht » sur les finances publiques (à savoir moins de 60% de ratio dette/ PIB et moins de 3% de déficit public structurel)⁷⁵.

C'est dans ce cadre, avec l'objectif de préserver la discipline des budgets et de prévenir les déséquilibres, que les Etats de la zone euro ont ratifié le Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance, souvent dénommé "Pacte budgétaire". Le contenu de ce traité n'appartient en réalité pas au droit européen. Il s'agit d'un accord de nature intergouvernementale, s'appuyant sur certaines institutions de l'Union. Le Royaume-Uni, quant à lui, ne fait pas partie des signataires. Il n'est ainsi pas impacté par les recommandations de la Commission en la matière.

- 66 WHO (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. Disponible en ligne: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1
- 67 Ibidem.
- 68 Médecins du monde (2013). L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie, p.4. Disponible en ligne : https://mdmeuroblog. files.wordpress.com/2014/01/mdm-rapport-complet-crise-et-xenophobie-2013-fr.pdf
- 69 Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. Bmj, 347, f5239.
- 70 Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet, 374*(9686), 315-323.
- 71 Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. The Lancet, 383(9918), 748-753.
- 72 Pour une analyse critique plus complète, voir Zeitlin, J., & Vanhercke, B. (2014). Socializing the European Semester. *Economic governance and social policy coordination in Europe, 2020,* 2014-17 et Costamagna, F. (2013). The European Semester in Action: Strengthening Economic Policy Coordination While Weakening the Social Dimension? LPF-WEL Working Paper No. 5. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2367768.
- 73 European Commission. Economic and financial affairs: the European Semester. Brussels, European Commission, 2013, disponoble en ligne: http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/the_european_semester/
- 74 Europe 2020, Semestre européen 2016, disponible en ligne : http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_fr.htm; pour le rapport pour la Belgique en 2016, voir http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_belgium_fr.pdf
- 75 Pour une analyse critique de ces règles réalisée peu après la signature du Traité de Maastricht, voir Buiter, W., Corsetti, G., & Roubini, N. (1993). Excessive deficits: sense and nonsense in the Treaty of Maastricht. Economic Policy, 8(16), 57-100.

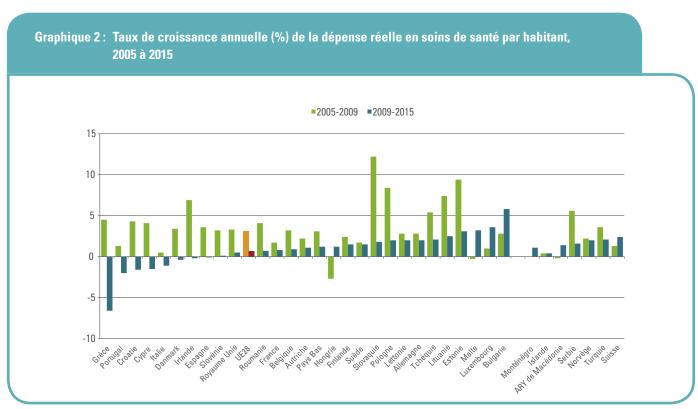
Le Pacte de stabilité et de croissance fut ainsi renforcé par des « packs » de guidelines et autres législations (le « two-pack » et « six-pack » principalement), mettant en place un certain nombre d'obligations que les Etats doivent respecter afin de rendre plus aisé mais aussi plus strict le contrôle des finances publiques par la Commission.

Lorsqu'un pays ne respecte pas ses engagements en termes de dette et déficit, la Commission active la « Procédure de Déficit Excessif ». Le pays a alors six mois pour réagir, en formulant des plans pour rétablir un équilibre plus stable dans ses finances publiques. Dans le cas contraire, la Commission formulera des recommandations. Le volet « correctif » des recommandations peut imposer un certain nombre de mesures, comme des amendes, une invitation à la Banque Européenne d'Investissement (BEI) à reconsidérer sa politique de prêt au pays ou encore une suspension des aides financières, telles que les fonds de cohésion⁷⁶.

Le financement des soins de santé n'échappe bien sûr pas aux recommandations émises par la Commission. Les dépenses de

soins de santé représentent en effet 9% du PIB des pays membres de l'Union européenne en moyenne⁷⁷, et sont donc des cibles privilégiées pour réaliser des économies. Toutefois, on peut constater que les recommandations de la Commission et du Conseil qui concernent directement le système de santé sont extrêmement générales⁷⁸. Si l'amélioration de « l'efficacité-coût » des soins de santé est fréquemment mentionnée dans les recommandations, celles-ci reprennent rarement des propositions de mesures pratiques concrètes. Si la Commission ne recommande pas directement d'avoir recours à des coupes directes dans les soins de santé, elle parle plutôt de « réorganisation des soins » ou de « risque de trajectoire budgétaire ». Cependant, face à l'obligation de réduire les dépenses publiques afin de satisfaire aux critères du pacte de stabilité et de croissance, le secteur des soins de santé est souvent visé quand il s'agit de produire des économies importantes⁷⁹.

Nombreux sont les pays qui ont ainsi réduit leur budget soins de santé en réponse à la crise. La Bulgarie et la Lituanie ont par exemple réduit leur budget de 20%, la hausse importante du chômage ayant entrainé une chute des contributions sociales



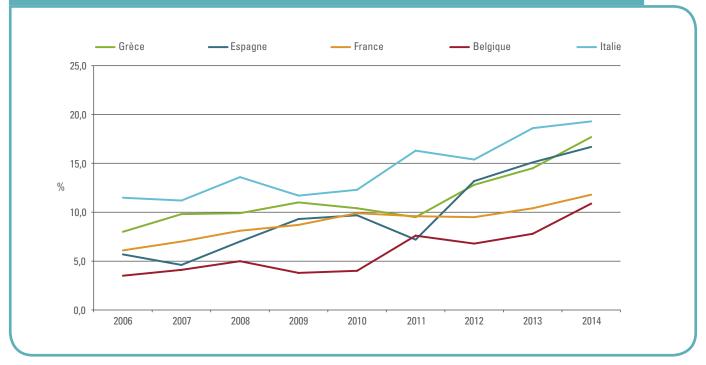
Source: Voir OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. Disponible à http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en

- Pour une analyse critique des mesures correctives, voir Geist R. Macroeconomic conditionality: another brick in the austerity wall. Social Europe Journal Blog, 2013, 28 October, disponible en ligne: http://www.social-europe.eu/2013/10/macroeconomicconditionality- another-brick-in-the-austerity-wall/
- 77 Azzopardi-Muscat, N., Clemens, T., Stoner, D., & Brand, H. (2015). EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. Health Policy, 119(3), 375-383.
- 78 Par exemple, Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, pp.124-127.
- 79 Pour l'exemple espagnol, voir Legido-Quigley, H., Otero, L., Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *BMJ (Clinical research ed)*, 346, f2363.

destinées au financement des soins. A quelques exceptions près, tous les pays d'Europe ont décidé ou ont été forcés de réduire le budget ou de réduire la croissance des dépenses en soins de santé (voir graphique 2)80.

Les conséquences de telles politiques sont malheureusement nombreuses. Comme le mentionnent les auteurs de l'étude Austerity and Health in Europe, « Cette récession a mené à une augmentation des personnes en mauvaise santé, une augmentation des taux d'anxiété et de dépression chez les personnes les plus vulnérables. De plus, l'incidence des maladies contagieuses ainsi que les taux de suicide ont augmenté significativement y⁸¹. Le graphique 3 illustre ces propos : la proportion de personnes ayant de bas revenus qui n'a pas pu se soigner est en forte augmentation depuis 2008 et ce phénomène tend à s'accélérer depuis 2012⁸².

Graphique 3 : Evolution de la proportion de personnes ayant de bas revenu avec des besoins non-rencontrés pour des raisons financières, 2008-2014



Source: Voir OECD (2016). *Health at a glance:* Europe 2016. Disponible en ligne: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016 9789264265592-en

4. Conclusion

Comme nous l'avons vu dans la première partie de l'article, les compétences de l'Union en matière de santé se sont développées ces vingt dernières années. Si la définition des politiques de santé continue de relever prioritairement du pouvoir des Etats membres, l'Union développe un rôle de coordination et de soutien en la matière, via diverses actions entreprises (directive sur les soins transfrontaliers, initiatives de la Commission en matière de recherche, recommandations pour améliorer l'efficacité des soins, etc.). En définitive, lorsque

l'Union agit sur base de ses compétences formelles en termes de santé, elle tend à octroyer des droits nouveaux aux citoyens, en plus de ceux dont ils bénéficient au niveau national. L'Union coordonne donc les politiques européennes existantes, avec le but d'en améliorer l'efficacité, sans diminuer la qualité des systèmes de soins de santé.

Toutefois, l'influence de l'Union en matière de santé ne se limite pas à ses compétences directes. En effet, la mise en œuvre de politiques plus globales a des conséquences directes sur l'organisation des soins de santé en Europe. Nous avons approfondi deux matières dans lesquelles nous avons vu que

⁸⁰ WHO (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. Disponible en ligne: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1

⁸¹ Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. Health policy, 113(1), 13-19.

⁸² Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. European journal of public health, 25(3), 364-365.

les pouvoirs de l'Union peuvent porter atteinte à la qualité et à l'accessibilité des soins de santé : les accords de libre-échange et la gouvernance économique commune.

L'impact de l'action de l'Union sur la santé est donc à double tranchant : l'UE octroie des droits nouveaux aux citoyens européens en agissant directement sur les politiques de santé, tout en menaçant le bon fonctionnement des systèmes nationaux de santé via des politiques d'austérités qui prennent forme dans les traités commerciaux et de finances publiques.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que ce sont les Etatsmembres (à travers le Conseil européen, sommet des chefs d'Etat ou de gouvernement) qui ont donné à la Commission le mandat de négociation du TTIP et du CETA. Le parlement européen s'est lui-même prononcé favorablement à plusieurs reprises sur ces traités. Le Semestre Européen, quant à lui, est une procédure qui est inscrite dans les Traités européens depuis 2010 et sur laquelle tous les Etats-membres et le parlement européen ont dû se prononcer.

Si aujourd'hui, certains gouvernements prennent la décision de considérer la santé comme une « variable d'ajustement », il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un choix politique. Grâce à notre vote, tant au niveau national, qu'au niveau européen ou régional, et à notre mobilisation, nous avons donc une possibilité d'influence sur les directions prises par l'Union impactant indirectement la santé.

Aussi, il est simpliste d'envisager que les montants alloués à l'Europe pourraient être réinjectés directement dans le système de soins de santé. Très rapidement après avoir été énoncé, l'argument pro-Brexit en lien avec le financement de

la santé s'est avéré erroné⁸³. Le chiffre de 350 millions de livres par semaine est en effet un chiffre brut qui ne tient pas compte des sommes importantes qui reviennent au Royaume-Uni sous la forme de subventions agricoles et autres subventions de l'UE, y compris les Fonds structurels et subventions pour l'éducation et la recherche⁸⁴. Ce raisonnement simpliste fait donc fi de tous les avantages économiques apportés par l'Europe au Royaume-Uni, notamment en termes d'échanges commerciaux. Au contraire, le Brexit pourrait aggraver les problèmes de l'organisation des soins de santé britanniques⁸⁵. Selon plusieurs études, le Brexit ne devrait d'ailleurs pas amener à davantage de régulations au niveau du tabac, de collaboration entre scientifiques, de législation sur l'environnement ou d'accessibilité des soins⁸⁶.

En outre, nous l'avons vu, le mécanisme du Semestre européen n'impacte pas directement le Royaume-Uni car ce dernier n'est pas signataire du pacte budgétaire. Il ne reçoit de recommandations que pour la forme, et n'en a d'ailleurs jamais reçu en matière de santé. Dès lors, les Anglais ne peuvent pas se prévaloir de quitter l'Union en clamant que celle-ci leur impose des économies qui ne leur permettent pas d'allouer un budget suffisant à leurs soins de santé.

Si les Anglais ou les Belges veulent rendre leurs systèmes de soins de santé plus solidaires, plus accessibles et offrant des soins de meilleure qualité, les citoyens doivent d'abord faire en sorte de voter pour des gouvernements qui le veulent également. Les positions du Conseil européen reflètent celle des gouvernements des Etats membres, dans lesquels on observe actuellement une orientation libérale des politiques de santé.

⁸³ Dhingra, S., Breinlich, H., Ottaviano, G. I., Sampson, T., & Reenen, J. V. (2016). BREXIT 2016 - Policy analysis from the Centre for Economic Performance. Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science.

⁸⁴ Asthana, A. & Mason, R. (1er juillet 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*, disponible en ligne: https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise

Wollaston, S. (2016). Brexit should come with a health warning for the NHS, public health, and research. BMJ, 353, i3295; Gulland, A. (2016). How Brexit might affect public health. BMJ, 353, i2747.

⁸⁶ McKee, M., & Galsworthy, M. J. (2016). Brexit: a confused concept that threatens public health. Journal of Public Health, 38(1), 3-5.

La coopération internationale de la MC

Défendre le droit aux soins et à la santé pour tous, de l'international au local ... et inversement

Valérie Van Belle, Thomas Istasse, Pieter Van Wolvelaer, service coopération internationale ANMC

Avec la collaboration de Naïma Regueras, service R&D ANMC

Résumé

Après un rapide survol du contexte international en santé, cet article propose d'examiner le rôle des mutuelles de santé dans la couverture santé universelle, un des objectifs de développement durable établis par les Nations unies. Ensuite, nous examinerons les actions menées par la Mutualité chrétienne avec ses partenaires du Sud et de l'Est (appui technique, renforcement de capacités, études et plaidoyer politique, éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, mobilisation du niveau local au niveau international) en les illustrant à chaque fois avec un exemple concret.

<u>Mots-clés</u>: coopération internationale, objectifs de développement durable, droit à la santé, couverture santé universelle, mutuelles de santé, partenariats, Afrique, appui technique, renforcement de capacités, plaidoyer politique, éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, mobilisation

1. L'évolution du contexte international en santé

Si l'espérance de vie a continué de progresser dans le monde, de 5 ans entre 2000 et 2015¹ - ce qui est considérable - les grandes inégalités sanitaires persistent dans et entre les pays.

Les enfants nés en 2015 peuvent espérer vivre jusqu'à 71,4 ans (73,8 ans pour les filles et 69,1 ans pour les garçons) mais, au niveau individuel, la perspective dépend du lieu de naissance. Les nouveau-nés dans 29 pays, tous à haut revenu, ont une espérance de vie moyenne d'au moins 80 ans tandis que dans 22 autres pays, tous en Afrique subsaharienne, elle est de moins de 60 ans.

Comment, dans ce contexte mondial où les inégalités continuent à augmenter, permettre un meilleur partage du progrès économique et social ? Comment lutter contre la pauvreté et aider les individus et les familles à faire face aux chocs de la vie liés à la maladie, à la perte de revenus, à une crise financière ou des catastrophes imprévues ?

Les défis sont multiples et complexes, au premier rang desquels le climat et la démographie. Face aux nombreux risques, les Etats doivent construire progressivement des systèmes sociaux plus protecteurs et équitables, plutôt que les démanteler comme sont tentés de le faire les pays européens face à la crise des finances publiques. Il est de l'intérêt de tous que s'établisse le meilleur niveau de protection sociale possible plutôt que d'aboutir à un dumping social généralisé.

Les objectifs de développement durable (ODD)

Les Nations unies ont adopté des cibles liées à la santé dans les **objectifs de développement durable** (ODD) en septembre 2015. Des lacunes importantes au niveau des données devront être comblées pour suivre les progrès en matière de santé pour les ODD car on estime, par exemple, que 53% des décès dans le monde ne sont pas enregistrés.

Alors que les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) — qui ont précédé les ODD - s'intéressaient à un ensemble restreint de cibles sanitaires spécifiques pour certaines maladies à l'horizon 2015, les ODD sont tournés sur 2030 et ont une portée bien plus large. Ils incluent un objectif général pour la santé « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et appellent notamment à instaurer « une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

Les Statistiques sanitaires mondiales de cette année montrent que certains pays sont encore loin de la couverture sanitaire universelle telle que mesurée par l'indice d'évaluation de l'accès à 16 services essentiels, notamment dans les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Chaque année, environ 44 millions de foyers, soit plus de 150 millions de personnes dans le monde, font face à des dépenses catastrophiques², et environ 25 millions de foyers ou plus de 100 millions d'individus se retrouvent dans une situation de pauvreté, car ils doivent payer pour ces services. En outre, l'impact de paiements directs par l'usager des soins de santé s'étend au-delà des seules dépenses catastrophiques. De nombreuses personnes peuvent décider de ne pas faire appel aux services, tout simplement parce qu'elles ne peuvent pas se permettre soit les coûts directs, tels que les consultations, les médicaments et les tests en laboratoire, soit les coûts indirects, tels que le transport et la nourriture spéciale. Les ménages pauvres sont susceptibles de sombrer encore plus dans la pauvreté en raison des effets néfastes de la maladie sur leurs revenus et sur leur bien-être général. L'une des préoccupations des décideurs politiques doit être de protéger la population contre une catastrophe financière et contre un appauvrissement engendré par l'utilisation des services de soins de santé.

Le rapport comporte des données qui illustrent les inégalités en matière d'accès aux services de santé dans les pays, entre les habitants les plus pauvres d'un pays donné et la moyenne nationale pour un ensemble de services de santé reproductive, maternelle et de l'enfant. Parmi un nombre limité de pays ayant des données récentes, le Costa Rica, la Jordanie, les Maldives, la Mongolie, l'Ouzbékistan, le Swaziland et la Thaïlande sont en tête de leurs régions respectives en ce qui concerne l'accès le plus égal aux services de santé reproductive, maternelle et de l'enfant.

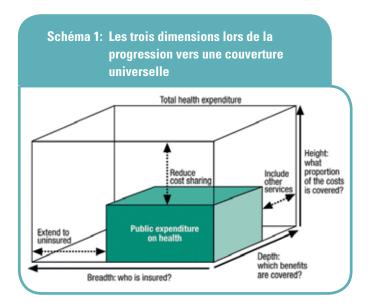
2. La couverture santé universelle (CSU)

Les objectifs de développement durable (ODD) démontrent un engagement international renouvelé en faveur de la santé, étayé par la cible 3.8 relative à la couverture sanitaire universelle (CSU): « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». Selon Margaret Chan, directrice générale de l'OMS (jusqu'à fin juin 2017), « la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir. Elle concerne tous les individus. Elle unifie les services et les fournit de façon intégrée et globale, sur la base des soins de santé primaires ».

Selon l'OMS, il y a trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle :

- Elargissement : extension de la couverture à des groupes qui, jusqu'à présent, restent exclus des soins de santé afin que tous ceux qui en ont besoin puissent accéder à des soins de santé, quels que soient leurs moyens financiers;
- Approfondissement : extension des services et prestations, des soins primaires vers les soins plus spécialisés. Cette dimension porte également sur la qualité de l'offre de soins;
- Augmentation : réduction des coûts des soins, particulièrement des payements directs (« out-of-pocket payments » ou OOP) afin que le coût des soins n'expose pas les usagers à des difficultés financières.

² Les dépenses de santé sont considérées comme catastrophiques chaque fois qu'elles sont supérieures ou égales à 40% du revenu de non-subsistance d'un ménage, à savoir le revenu disponible après avoir satisfait les besoins de base.



Les Etats doivent donc progresser dans ces trois directions. Néanmoins, pour chacune de ces dimensions, les pays sont confrontés à des choix difficiles : à quels groupes étendre la couverture prioritairement ? Quels services développer en premier ? Comment basculer d'un système de payements directs par l'usager à un système de prépaiement ? Pour les guider, le comité consultatif de l'OMS sur l'équité et la CSU recommande une stratégie en trois étapes:

- Etablir différentes catégories de services sur base d'une étude couts-bénéfices pour identifier les services prioritaires pour la population.
- Garantir en premier une couverture universelle pour ces services prioritaires. Cela implique l'élimination des payements directs (OOP) tout en construisant un système de prépaiement obligatoire.
- Ce faisant, s'assurer que les groupes vulnérables (bas revenus et population rurale) ne sont pas exclus.
- 3. La CSU et le droit à la santé

Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain, consacré dans de nombreux instruments internationaux, notamment par la Déclaration universelle des droits de l'homme qui prévoit en son article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ».

A l'évidence, les progrès vers une couverture santé universelle contribuent à la réalisation du droit à la santé :

 La CSU vise essentiellement à supprimer les barrières financières à l'accès aux soins, ce qui est conforme avec l'obligation découlant du droit à la santé qui impose aux Etats de garantir l'accès de tous, y compris les plus pauvres, à un système de santé.

- La CSU a pour objectif le renforcement du système de santé dans son ensemble (par opposition aux programmes verticaux centrés sur des maladies ou infections spécifiques), ce qui fait écho aux exigences du droit à la santé de répondre aux besoins prioritaires de la population.
- Enfin, la CSU et le droit à la santé sont tous deux applicables à tous les pays quels que soit leur niveau de développement économique.

Néanmoins, CSU et droit à la santé ne sont pas parfaitement équivalents :

- Le droit à la santé requiert des progrès tant au niveau du système de santé que des déterminants sociaux de la santé.
 Or, les instruments relatifs à la CSU demeurent vagues sur les facteurs socio-économiques de la santé.
- L'attention portée par la CSU aux barrières financières aux soins risque de détourner l'attention des autres formes d'exclusion.
- Le concept de CSU accorde trop de place aux opérateurs privés commerciaux et n'insiste pas suffisamment sur la responsabilité première des pouvoirs publics.

4. Les mutuelles de santé et la CSU

Depuis près de 25 ans, la Mutualité chrétienne soutient des initiatives mutuellistes en Afrique et en Europe centrale. La MC et ses partenaires partagent la conviction que les mutuelles de santé sont une des stratégies permettant d'atteindre la couverture maladie universelle.

4.1. Les partenariats MC

Mutualité chrétienne	Pays / région	Organisation partenaire
Hainaut oriental (Anderlues)	Mali / Ségou	UTM (Union technique de la Mutualité malienne)
Province de Luxembourg (Arlon)	Bénin / Bembéréké	Aprosoc (Actions pour la protection sociale)
Verviers-Eupen	Sénégal / Thiès	Graim (Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes) URMST (Union régionale des mutuelles de santé de la région de Thiès)
Liège	Burkina Faso	RAMS (Réseau d'appui aux mutuelles de santé)
Hainaut Picardie	Congo / Sud Kivu Palestine Liban	REMUSACO (Réseau des mutuelles de santé communautaires) - Bukavu
Saint-Michel	Congo / Nord Kivu (Butembo – Béni)	Musosa (Mutuelle de solidarité pour la santé) – CGAT (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Antenne de Béni
Province de Namur	Congo / Kinshasa	CGAT (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Antenne de Kinshasa
Brabant wallon	Bénin / Sinendé	Aprosoc (Actions pour la protection sociale)
Waas en Dender	Guinée Conakry	Dynam (Dynamique mutualiste)
Midden-Vlaanderen	Burundi / Gitega Pologne / Torun	MUNASA (Mutuelle nationale de santé) SWP Flandria
Mechelen-Turnhout	Congo Roumanie / Slatina Timis	Congodorpen ADAM
Roeselare-Tielt	Congo	Congodorpen
Oostende-Veurne-Diksmuide	Pologne / Trojmiasto	SWP Flandria
Zuid-West-Vlaanderen	Pologne / Bydgoszcz	SWP Flandria
Sint-Michielsbond	Pologne / Poznan	SWP Flandria
Brugge	Roumanie / Cluj	ADAM
CZ Sint-Pietersbond	Guatemala (CM-ACV- Beweging.net-WS project)	

En effet, les mutuelles de santé jouent un rôle sur les trois dimensions de la CSU :

- Augmentation: En mutualisant les risques et en mettant en place un système de prépaiement, elles permettent à leurs membres d'accéder aux soins à un prix abordable. Les mutuelles interviennent comme catalyseurs du financement de la santé par la population en garantissant aux membres un accès plus équitable et financièrement beaucoup moins lourd que pour des individus insolés.
- Elargissement: plus de membres signifie plus de personnes protégées par une assurance maladie. Les mutuelles répondent bien à des solutions d'extension de la protection sociale dans le secteur de l'économie informelle mais elles sont également largement adoptées par des travailleurs de l'économie formelle lorsque ceux-ci ne disposent pas d'alternatives organisées par les pouvoirs publics ou leurs employeurs ou lorsque celles-ci sont déficientes.
- Approfondissement : les mutuelles négocient avec les prestataires de soins une gamme étendue de services de

qualité à prix fixe et développent d'autres services qui sont complémentaires.

La plus-value des mutuelles de santé ne se limite pas à leur contribution aux trois dimensions de la CSU. Les mutuelles sont composées de structures de participation et de gestion démocratiques qui reposent entièrement sur leurs membres, ce qui implique un processus actif et constant de sensibilisation et de concertation avec eux. Cela leur donne aussi une proximité sociale unique qui leur permet de suivre de près les besoins de la population. D'autre part, les mutuelles n'ont pas de but lucratif et réinvestissent leurs recettes dans la prise en charge et les services des membres.

Cependant, la modèle mutualiste connait des limites de plusieurs ordres :

 L'inscription volontaire demeure un obstacle à une affiliation plus massive dans un contexte où le pouvoir d'achat des ménages, confrontés à de multiples besoins, reste très limité. Tôt ou tard, le passage à l'échelle nécessitera l'implication active de l'Etat et probablement une modalité d'adhésion obligatoire.

- Les premières années, la mise en place d'un modèle mutualiste a souffert d'un manque de flexibilité et sa complexité a été sous-estimée. Cet aspect a été en grande partie résorbé par la création dans les pays partenaires de cellules d'appui technique aux mutuelles, au sein desquelles les experts maitrisent les techniques de l'assurance mutuelliste.
- La qualité de l'offre de soins laisse à désirer dans beaucoup de pays africains, ce qui constitue évidemment un frein pour les ménages à investir une partie de leurs maigres ressources dans une cotisation à une mutuelle.
- Si faible soit elle, la cotisation reste un obstacle à la couverture des groupes les plus pauvres (indigents). Pour réaliser la couverture universelle, il est indispensable que les gouvernements prévoient des mécanismes de subsides facilitant l'adhésion des personnes les plus démunies.
- Trop souvent, les pouvoirs publics ne jouent pas leur rôle de régulation de l'offre de soins, ce qui résulte notamment dans une tarification anarchique. Les mutuelles de santé ont mis en place des mécanismes (conventionnement, contrôle par des médecins-conseils,...). Mais elles n'ont pas encore atteint la masse critique nécessaire pour avoir un réel impact sur la qualité et le coût des services de santé.
- L'autofinancement est une utopie. L'histoire du mouvement mutualiste en Europe occidentale rappelle qu'un appui financier complémentaire aux cotisations des membres fut une décision politique décisive en termes d'accès aux soins et de protection sociale des populations. Aujourd'hui, la plupart des frais de gestion sont pris en charge par des bailleurs externes. Une politique de subventionnement par l'Etat est nécessaire pour couvrir le fonctionnement des mutuelles et garantir l'affiliation des plus pauvres.

Tant au niveau belge qu'au niveau international, de nombreux acteurs de développement interviennent dans le secteur de la santé. Alors que jusqu'ici beaucoup proposaient leur propre vision sur l'organisation de la santé, le concept de la « couverture-maladie universelle », lancé par l'OMS dans les Rapports mondiaux de la Santé de 2008 et 2010, a permis à tous ces acteurs de s'inscrire dans cette vision à long terme commune. Cela étant, les stratégies d'intervention de ces acteurs, et leur positionnement par rapport aux mutuelles de santé, sont restés différents.

Si plusieurs organisations ont accompagné et encouragé le mouvement mutuelliste en Afrique, depuis le départ, le modèle des mutuelles de santé a également été l'objet de vives critiques de la part d'autres acteurs de la coopération au développement.

L'OMS, quant à elle, considère les mutuelles de santé, et plus généralement tous les mécanismes d'assurance facultative,

comme « une première étape utile »³ lorsque le contexte économique et fiscal ne permet que des faibles niveaux de perception de l'impôt ou de cotisations d'assurance obligatoire.

4.2. Le Rwanda, 'bon élève' de la Banque mondiale

Ce pays est l'exemple mis en avant par la Banque mondiale concernant l'accès à l'assurance maladie par les pauvres.

En 1999, avec l'appui de la coopération américaine (USAID), le gouvernement rwandais a lancé un programme pilote de développement des mutuelles de santé. En 2006, cette politique a été implantée au niveau national : l'affiliation à une mutuelle est passée de 7% en 2003 à 74% en 2013. Cette augmentation spectaculaire est imputable à plusieurs facteurs :

- l'obligation pour tous les citoyens d'avoir une assurance santé, imposée à partir de 2008;
- le paiement de la prime par des subsides gouvernementaux pour les ménages les plus pauvres (qui représentent 27% des membres);
- l'application simultanée de plusieurs programmes visant à garantir la qualité des soins et à en maitriser le coût, notamment via du financement basé sur les résultats.

Le système rwandais est considéré comme un succès, même parmi les détracteurs des mutuelles de santé :

- la couverture est très élevée (près de 90% de la population en combinant les différents régimes) et les risques sont partagés au niveau national;
- la part des paiements directs (OOP) dans le financement de la santé est passé de 28 à 12%;
- l'utilisation des services de santé a augmenté considérablement (1,23 consultations par personne par an, supérieure à la norme minimale de l'OMS);
- le Rwanda a considérablement amélioré ses indicateurs de santé, notamment en ce qui concerne la santé infantile.

Cependant, plusieurs caractéristiques éloignent ce régime du modèle mutuelliste ou le rendent difficilement transposable à d'autres pays :

- Absence de l'aspect « mouvement social démocratique» : si des comités de mutuelles chargés de la sensibilisation existent au niveau local, l'essentiel de la gestion reste aux mains du gouvernement central.
- Coercition propre à un régime autoritaire. Les autorités locales sont chargées de veiller au respect de l'obligation d'affiliation, chaque maire de district signant un contrat de performance avec la Présidence de la République. Cette pression se reporte ensuite sur la population, les récalcitrants

- pouvant voir, par exemple, leur bétail vendu de force pour payer la cotisation.
- Le système est hautement dépendant des aides financières extérieures qui rendent possible le payement de la cotisation des plus pauvres, l'inclusion des services des hôpitaux de référence ou encore la prise en charge des frais de gestion; ce qui pose des problèmes évidents en terme de durabilité du système.

Comme d'autres organisations internationales, la Banque mondiale, dans sa « stratégie de protection sociale pour l'Afrique », reconnait l'assurance-maladie comme « un outil d'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité pour protéger les populations contre le poids financier de la maladie ». Mais, derrière cet engagement de principe en faveur de la protection sociale et de l'assurance maladie, plusieurs éléments transparaissent de la stratégie de la Banque mondiale :

- Certes, cette stratégie a vocation à aider les pays à « mettre en place les éléments nécessaires à l'élaboration de systèmes de protection sociale complets et durables » mais seulement « à plus long terme » et plutôt pour les pays à revenu intermédiaire. Dans l'immédiat, la protection sociale est seulement envisagée comme une réponse à court terme susceptible de protéger les plus pauvres des conséquences des chocs cycliques et des crises.
- Les filets sociaux de sécurité, et particulièrement les transferts monétaires, sont mis en avant et considérés comme les programmes les plus efficients et efficaces.
- Si la société civile est rarement mentionnée, les mouvements sociaux (syndicats notamment) sont eux totalement absents.

De plus, en pratique, la position de la Banque mondiale vis-àvis des mutuelles s'est avérée moins nuancée que ne le laisse penser son document stratégique. Récemment, en Rd Congo⁴, la Banque s'est opposée à ce que les mutuelles de santé soient mentionnées dans la politique nationale de protection sociale tant qu'une étude n'avait pas évalué leur impact.

5. La coopération internationale de la MC

Par le biais de ses activités de coopération internationale, la MC veut promouvoir le rôle des mutualités dans les systèmes de soins de santé, renforcer leur impact sur les décideurs nationaux et internationaux et participer à la construction d'une protection sociale mondiale solidaire, en contrant la privatisation non régulée et la commercialisation des soins et de la santé.

5.1. L'appui technique aux partenaires

Les services Coopération internationale et Affaires européennes de la MC peut faire la différence pour ses partenaires dans le Sud et en Europe centrale dans plusieurs domaines. Tandis que le suivi de nos partenaires dans le Sud au jour le jour est plutôt assuré par nos collègues de Solidarité Mondiale⁵, notre service joue davantage le rôle d'expert des aspects technique et thématique d'une mutuelle de santé.

On retrouve également cette approche dans le programme mutualiste MASMUT, auquel le service Coopération internationale a intensément participé au cours des trois dernières années. Le programme qui a débuté le 1er juillet 2014 avait comme objectif global que les mutualités du Burundi, de la Rd Congo, du Burkina Faso, du Sénégal, du Mali et du Togo contribuent à une couverture universelle du risque de maladie.

Pour l'atteindre, le travail a été mené sur différents terrains. Un terrain important était le soutien technique des diverses plates-formes mutualistes. L'expertise accumulée par les mutualités belges au fil du temps a été exploitée durant tout le programme et partagée avec nos partenaires mutualistes du Sud. Cet échange d'expertise a conduit au renforcement des capacités techniques des plates-formes nationales au niveau de la gestion mutualiste et de l'assurance maladie et ce, via des formations adaptées, mais aussi via l'échange d'expériences et le développement de réseaux.

- 4 Commentaires du Groupe Inter-Bailleurs de PS sur le Projet de Politique Nationale de Protection sociale en RDC, septembre 2015.
- 5 Solidarité mondiale est l'ONG du mouvement ouvrier chrétien et de ses organisations membres www.solmond.be

Mission de la MCPN (Namur) avec les hôpitaux

L'appui technique aux partenaires peut également se concrétiser via les mutualités régionales et les réseaux qu'elles peuvent mobiliser au sein de leur région, comme par exemple ce projet récent de la Mutualité de la Province de Namur.

C'est en 2013 que la MCPN a renoué avec le partenariat international en Rd Congo en choisissant de soutenir l'action d'une cellule d'appui technique aux mutuelles de santé, le CGAT dans le champ de l'émergence d'un modèle mutuelliste en Rd Congo.

Au fil des échanges et au travers des missions successives, il nous est apparu plus clairement que l'émergence d'un modèle mutuelliste fort repose aussi en partie sur une offre de soins accessible et de qualité. Comment demander à un citoyen de s'affilier à une mutuelle si les soins sont difficilement accessibles ou de piètre qualité ?

Nous avons eu l'occasion de partager ces constats avec le CHU-UCL-Namur, institution hospitalière du réseau médico-social proche de la MCPN. De fil en aiguille, l'idée d'une mission exploratoire a germé, avec pour objectif d'envisager d'éventuelles collaborations dans le champ sanitaire et mutuelliste. La mission qui s'est déroulée en avril 2017, a alterné des rencontres de prestataires (centres de santé, hôpitaux,...) et des rencontres « mutuellistes » et a été ponctuée par une journée de travail conjointe CGAT, hôpitaux kinois, CHU-UCL-Namur et MCPN. Sur base des points forts, des attentes et des besoins de chacun, cette journée a eu pour objectif de dégager des pistes potentielles de collaboration.

Des travaux, il ressort 3 axes de collaborations prioritaires : l'échange de pratiques dans le champ des soins ; la logistique et les infrastructures, le médicament. À ce stade, les partenaires analysent les productions issues de la mission et devraient dans un futur proche être en mesure de dégager les premières actions concrètes de collaboration. Une certitude cependant, l'idée n'est pas de se lancer dans l'immédiat dans un projet « mammouth », mais bien de démarrer par des petits pas qui aideront aussi à construire et renforcer la confiance mutuelle. La suite dans les mois qui viennent...

5.2. Le renforcement des capacités

Le renforcement des capacités est lié au soutien technique et thématique des partenaires du Sud et de l'Est. Cette thématique est identifiée et organisée en concertation avec nos partenaires. Elle apporte structure et solidité à nos partenaires mutualistes. L'intention du renforcement des capacités est d'améliorer leurs connaissances globales à travers des formations techniques et thématiques. Elles ne se limitent toutefois pas à nos partenaires

étrangers. En Belgique aussi, un renforcement des capacités est proposé via des formations et des actions de sensibilisation. Plusieurs fois par an, les services MC et le Mouvement ouvrier chrétien prévoient un moment pour une formation thématique (parcours de formation au sein de l'ANMC et des mutualités MC).

Le renforcement des capacités est également abordé avec des externes, comme la coopération technique belge (CTB), COOPAMI (INAMI), des comités de pilotage Internationaux, ...

Renforcement des capacités pour les autorités maliennes

Au printemps 2017, le service Coopération internationale a reçu, via notre partenaire l'Union technique de la mutualité malienne (UTM) et la MC Hainaut-oriental, la question de savoir si nous pouvions organiser un échange pour une délégation des autorités du Mali.

Une délégation de la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), l'organe qui gère et organise l'assurance maladie obligatoire au Mali, est arrivée en Belgique pour découvrir comment nous organisons notre protection sociale. Durant cet échange, l'accent a été mis sur l'organisation des mutualités et leur rôle dans l'assurance maladie.

Le Mali travaille en effet au projet d'une « Assurance maladie universelle », ce qui signifie qu'il y aura une intégration de l'assurance maladie obligatoire du secteur formel, du régime d'assistance des nécessiteux et du système de mutualités non-obligatoires du secteur informel. C'était donc une occasion privilégiée pour nous de montrer que, lors du développement de la protection sociale, il est crucial de collaborer avec des organisations de la société civile telles que des mutualités, afin de garantir la qualité.

Avec Solidarité mondiale, nous avons mobilisé divers experts internes à la MC et externes, afin d'apporter à la délégation malienne notre vision et notre expertise en matière de gestion financière, de communication et de dialogue social, de services médicaux, d'aspects juridiques, ... dans l'espoir qu'ils exploiteront ces connaissances lors de la rédaction de leur plan national d'assurance maladie universelle.

5.3. Etudes et plaidoyer politique

Comme on l'a vu dans l'introduction, la couverture sanitaire universelle est à l'agenda international, les objectifs de développement durable reconnaissent le rôle de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et plusieurs Etats africains ont adopté des réformes visant à couvrir toute la population contre le risque maladie.

Cependant, il faut reconnaitre que le modèle mutuelliste est souvent méconnu et/ou combattu. Beaucoup de bailleurs internationaux actifs en Afrique mettent en avant d'autres approches (financement basé sur les performances, transferts monétaires, financement exclusif de la santé par l'impôt,...) et sont sceptiques sur l'utilité des mutuelles de santé dans le contexte africain. En Europe centrale, l'absence de mouvement mutualiste a contribué au développement de soins de santé à deux vitesses.

Il est donc important que notre service puisse fournir (directement ou en faisant appel à des spécialistes) une expertise pertinente sur la couverture maladie universelle et le rôle des mutuelles de santé dans un système de protection sociale.

a. Un travail en synergie

Ce travail de recherche ne peut évidemment être mené uniquement par notre service. Nous collaborons particulièrement avec le service « Recherche & Développement » de l'Alliance ainsi que, pour le Sud, le service « Etudes et plaidoyer » de Solidarité mondiale qui a développé une expertise importante sur le travail décent et la protection sociale, notamment par rapport au cadre normatif de l'OIT. Selon la thématique, nous pouvons également établir une collaboration avec MASMUT⁶ ou des instituts de recherche.

b. Etudes et capitalisation

Le travail de recherche et le plaidoyer politique sont intimement liés : notre objectif final est de prouver la pertinence de la démarche mutuelliste dans le contexte de la couverture maladie universelle. Nous concevons ces études comme des outils pour nos partenaires dans leurs actions politiques auprès de leurs dirigeants ainsi que pour mener un plaidoyer commun, au Nord et au Sud, sur l'importance d'un système de santé solidaire et social.

Depuis 25 ans que la Mutualité chrétienne est active dans la coopération internationale, le contexte international et la situation de nos partenaires au Sud et à l'Est ont évidemment beaucoup évolué. Or, nous ne prenons sans doute pas suffisamment le temps de regarder en arrière pour mesurer les progrès accomplis, identifier les obstacles rencontrés et en tirer les leçons pour l'avenir. Les études doivent avoir également pour but de mettre en lumière les résultats obtenus, les forces et les faiblesses de nos partenariats de coopération et de diffuser les « leçons apprises » afin de contribuer à la réflexion stratégique pour le futur.

Un exemple : L'étude sur le potentiel des mutuelles de santé en RDC

Les autorités congolaises ont un objectif clair. Elles souhaitent que d'ici à 2025, chaque Congolais bénéficie d'une protection sociale minimum. Et pour ce faire, elles veulent confier la couverture de tous les membres du secteur informel – ce qui représente environ 80% de la population – aux mutuelles de santé. Toutefois, certains bailleurs de fonds internationaux, notamment la Banque mondiale, ne sont pas convaincus de l'efficacité des mutualités en République démocratique du Congo (RDC) et font pression pour une modification de cette politique.

Étant donné que nous souhaitions répondre à ce scepticisme par des arguments scientifiques, la plate-forme des organisations mutuellistes congolaises « POMUCO », en concertation avec la MC et WSM dans le cadre du programme MASMUT, a commandé une étude pour évaluer les mutualités en RDC et souligner leur rôle potentiel dans la CSU.

Cette étude a été confiée à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers et a eu lieu d'avril 2016 à décembre 2016. l'équipe de chercheurs de l'IMT a, à cet effet, collaboré avec des membres de la plate-forme POMUCO, l'École de Santé Publique des universités de Kinshasa et de Bukavu, la Chaire de Dynamique Sociale de Kinshasa, Solidarité Mondiale et le service Coopération internationale de l'ANMC.

L'étude avait pour objectif d'examiner la façon et les moyens nécessaires pour renforcer et professionnaliser les mutualités afin qu'elles puissent participer activement à l'assurance maladie universelle en RDC. Les divers facteurs de succès et obstacles ont donc été compilés pour aboutir à une liste de recommandations afin de permettre de développer les mutualités en tant que pilier de bassurance maladie universelle. Conjointement avec la plate-forme mutualiste nationale POMUCO, WSM et les autres membres du programme MASMUT, le service de collaboration internationale a organisé un atelier de restitution des résultats en février 2017.

Dans un deuxième temps, nous avons utilisé cette étude pour entreprendre, avec l'appui de membres de la direction (Jean-Pierre Descan, Michael Callens et Tom Joos) et de collègues de WSM et de la CSC, des actions politiques auprès des instances congolaises compétentes (Ministère de la santé, ministère de l'emploi, travail et protection sociale,...) ainsi qu'auprès de bailleurs de fonds internationaux (UNICEF, Banque mondiale,...).

5.4. Education à la citoyenneté mondiale et solidaire

a. Sensibilisation et formation

Les activités d'information et d'ED sont complémentaires aux projets menés par la MC dans le Sud et en Europe centrale. Elles s'adressent à nos collègues et bénévoles, porteurs de changements au niveau sociétal, et notre public cible est composé par les différents acteurs de la MC: le personnel, les mouvements, les membres bénévoles des AG et des CA, les membres en général. Ces activités s'inscrivent dans un processus à long terme de sensibilisation, de prise de

conscience et d'incitation à l'action et notre approche vise à stimuler l'esprit critique, la diversité thématique, le travail en partenariat, l'éducation par la participation et la création d'espaces d'apprentissage interactifs. Les événements que les MC régionales organisent depuis quelques années, tels que la Fête des Partenariats à Tournai, Africa Fonck à Liège, Festiv'Africa à Bruxelles, Avondloop Guinée dans la région de Waas & Dender, participent pleinement à ce processus.

Pour cela une participation active à différents réseaux est également nécessaire : le réseau des mutualités chrétiennes (service communication, formation, mouvement), celui des structures de WSM (Commission Nord / Noordraad, groupe de travail campagne) et du MOC, et d'autres encore au niveau national et/ou régional (Plateforme d'action Santé & Solidarité, BeCause-Health, CNCD-11.11.11).

Par ces activités, nous visons à :

- Contribuer à l'amélioration de l'information de nos publics concernant les activités de coopération internationale de la MC
- Contribuer à l'amélioration des capacités de nos publics à agir en faveur d'un monde plus juste et solidaire.
- Faire 'rentrer l'international' dans la MC et fournir un appui aux MC régionales.
- Partager les expériences MC en matière de coopération internationale vers d'autres institutions.

b. Voyage d'immersion au Togo et au Bénin

Du 14 au 27 novembre 2016, un groupe de permanents des organisations membres du Mouvement Ouvrier Chrétien s'est rendu en voyage d'immersion et d'échanges auprès des partenaires de Solidarité Mondiale (WSM) et de la MC au Togo et au Bénin. Ils étaient neuf représentants au total de la Mutualité chrétienne, de la CSC, du CIEP, des JOC, des Equipes Populaires et de Solidarité Mondiale (WSM). Ce fut l'occasion pour eux de rencontrer les acteurs mutuellistes de ces deux pays.

« Rencontrer les partenaires mutuellistes togolais et béninois de WSM et de la Mutualité Chrétienne ce fut en quelque sorte une occasion de contempler le passé de notre propre histoire sociale. Si ce voyage nous aura permis d'effleurer la réalité socio-sanitaire de ces pays et de voir ce qui pouvait être mis en place pour l'améliorer, il nous aura aussi permis de percevoir le combat de ceux qui ont initié le mouvement mutuelliste en Belgique il y a plus de 150 ans ». C'est ce que rapporte Naïma Regueras, collaboratrice au service R&D de l'ANMC.

Au Togo et au Bénin, le mouvement mutuelliste est né au début des années 90 suite à la crise du franc CFA. À l'époque, la monnaie connaît une importante dévaluation et le coût de la vie explose, y compris le prix des soins et des médicaments. Afin de faire face à l'inaccessibilité croissante aux soins de santé, des acteurs de la société civile, locaux et internationaux, se mobilisent pour mettre en place un système d'assurance maladie basé sur la solidarité.

Si le contexte n'est pas le même, le développement des premières mutuelles togolaises et béninoises nous rappelle pourtant la naissance du mouvement mutuelliste en Belgique. Comme chez nous, ce sont, au départ, des initiatives locales, des petites structures d'adhésion libre, qui se fédèreront par la suite, uniquement financées par les cotisations de ses membres et proposant un nombre limité mais croissant de services. Dans ces pays, 80% des travailleurs font partie du secteur informel et ne bénéficient pas d'une assurance maladie organisée par

l'Etat (contrairement aux fonctionnaires et les salariés du secteur privé) ou ne peuvent s'offrir une assurance privée. S'affilier à une mutualité représente donc pour ces travailleurs une occasion unique, basée sur la solidarité, de s'assurer contre le risque de maladie. Cependant, la proportion actuelle de la population béninoise et togolaise couverte par ce type d'assurance reste particulièrement faible. Au Bénin par exemple, seul 45.000 personnes (sur une population totale de 11 millions d'habitants) sont affiliées à une mutualité. En Belgique aussi il a fallu convaincre les travailleurs que la solidarité était la meilleure option pour se prémunir collectivement face aux risques de la vie. L'adhésion des membres, c'est d'ailleurs la première difficulté que rencontrent les travailleurs (souvent bénévoles) des mutualités du Togo et du Bénin. En effet, quand les revenus sont particulièrement faibles, s'affiler et payer une cotisation de mutuelle pour se prémunir d'un risque qu'on ne subit pas encore n'est pas forcément une priorité...

Ensuite, afin d'assurer la sécurité tarifaire des affiliés, il faut convaincre les prestataires de se prêter au jeu et de signer des conventions fixant les tarifs appliqués par ces derniers et le niveau de remboursement accordé par la mutualité. Nous nous souviendrons des grèves de 1963 durant lesquelles les prestataires de soins belges protestaient contre la mise en place du système d'accords et de conventions médicomutualistes. Au Togo et au Bénin aussi, les acteurs mutualistes se heurtent aux réticences des prestataires qui voient en de tels accords une menace de leur liberté de pratique. Conséquence, dans ces pays les affiliés mutualistes ne sont pas toujours bien accueillis par les prestataires. En Belgique, ce n'est pas parce que le système existe depuis plus de 50 ans qu'il n'est pas en danger. Pas plus tard qu'en novembre dernier, plusieurs syndicats professionnels menaçaient de rompre l'accord médico-mutualiste pour 2017 suite à l'annonce du montant des économies à réaliser sur le budget des soins de santé pour cette même année, à savoir plus de 900 millions, décidées par la Ministre Maggie De Block, mettant ainsi en péril la sécurité tarifaire des affiliés belges.

Finalement, alors que les mutualités du Togo et du Bénin auront besoin du soutien et de la reconnaissance de leurs gouvernements pour se développer davantage, les mutualités belges doivent, pour mener à bien leurs missions, continuer à démontrer leur plus-value envers nos décideurs politiques et la population en tant qu'organisme intermédiaire de paiement et cogestionnaire de l'assurance soins de santé et invalidité mais également dans leur fonction d'accompagnement des membres pour faire valoir leurs droits et défendre leurs intérêts en tant que patients.

« Que ce soit ici ou en Afrique, ce voyage nous aura permis de nous rendre compte que finalement nos luttes et nos combats ne sont pas si éloignés. Si là-bas beaucoup reste à construire, ici nous ne devons jamais abandonner notre combat en croyant naïvement que nos avancées sociales nous seront à tout jamais acquises ».

5.5. La mobilisation, du local à l'international

La mobilisation permet le passage à l'action pour changer une situation, grâce à une action collective par un regroupement d'acteurs. Il s'agit de répondre à des besoins, résoudre des difficultés, améliorer les conditions de vie, modifier des fonctionnements, etc.

En matière de mobilisation, la coopération internationale poursuit :

- La lutte et la vigilance face aux accords de libre échange qui nous concernent ainsi que nos partenaires de l'Est et d'Afrique (CETA, TTIP, TISA, APE, ...);
- La mise en évidence de l'importance de contribuer à améliorer les déterminants sociaux de la santé (participation à la Biennale 'Ensemble pour la santé', au réseau Agroecology in action ...);
- Le suivi de la campagne « protection sociale pour tous » et la participation aux campagnes de WSM (Justice migratoire, Cleane Kleren).

La mobilisation contre le CETA

En 2016, étant donné le calendrier politique pressant, c'est surtout le **CETA** (accord de libre-échange entre l'UE et le Canada) qui a tenu le haut de l'affiche, l'essentiel du travail ayant été effectué en intermutualiste. Un exercice d'analyse des textes a été fourni, en confrontant le CETA à la résolution du Parlement européen (juillet 2015) concernant le TTIP (accord de libre-échange entre l'UE et les Etats-Unis). En octobre, il a fallu analyser le texte de la déclaration interprétative. En termes de plaidoyer politique, des contacts ont été pris avec des parlementaires aux différents niveaux, des questions ont été élaborées pour les auditions. En février nous avons participé à la consultation des parties prenantes, en collaboration avec l'AIM. Au niveau de la stratégie de communication, nous avons préparé une campagne intitulée **'Les soins de santé ne peuvent pas être un privilège'**. Plusieurs outils - page web (http://participer.stop-ttip.be/groups/17), capsule vidéo, affiches, dépliants — ont permis de sensibiliser largement et de préparer la mobilisation pour le mois de septembre.

Au niveau interne (Conseil intermutualiste - CIN), des lettres d'information ont été élaborées afin de maintenir les différentes mutualités à jour sur l'évolution du dossier. Une formation de 'relais' et des séances d'info au niveau national et régional ont été organisées. La MC a également pris part à temps d'infos et des débats dans la communication avec les médias (presse, radios, TV) et lors d'événements publics (soirée CNCD Etterbeek, intervention et participation aux débats à Manifiesta, ...).

La MC a aussi rejoint d'autres réseaux qui regroupent les plus grandes organisations de la société civile pour le plaidoyer contre le CETA-TTIP. Avec l'Alliance du 4 mai, nous avons d'abord élaboré une déclaration commune : 'Traités transatlantiques: la société civile belge s'unit contre ces traités de dérégulation non démocratiques', organisé un séminaire sur le CETA et produit des documents d'analyse par thème. Enfin, une lettre ouverte a été envoyée à deux reprises aux Gouvernement et Parlements de Belgique (juin et septembre 2016). Au sein de la coalition plus large coordonnée par le CNCD (www. stopttip.be), nous avons surtout mené des actions d'expression et de mobilisation citoyennes importantes. Le point culminant a sans nul doute été la manifestation du 20 septembre ou environ 500 représentants de la Mutualité chrétienne ont renforcé les rangs du 'bloc santé' et marché auprès des 15.000 autres manifestants.

L'État Belge

La Communauté germanophone : inconnue mais pas mal-aimée !

Nicole De Palmenaer - Département R&D

Résumé

La Communauté germanophone (CG) est la plus petite des entités fédérées de notre pays et, probablement, la moins connue des Belges. Elle n'en a pas moins de grandes ambitions. A l'instar des autres Communautés et Régions, la 6ème réforme de l'Etat a élargi considérablement son champ de compétences. Grâce également aux transferts de compétence provenant de la Région wallonne, elle entend être bien plus qu'une 'communauté'. Le présent article décrit les instances politiques de la CG ainsi que les enjeux liés aux nouvelles compétences liées à la santé et à l'aide aux personnes.

Mots clés : Communauté germanophone, réforme de l'état

1. Introduction

« La Belgique est un État fédéral qui se compose des communautés et des régions », tel est le premier article de la Constitution Belge.

Le paysage institutionnel belge est marqué par différentes réformes constitutionnelles qui déterminent et accompagnent le processus de la fédéralisation de l'Etat belge.

En 1970, la première réforme de l'Etat constitue les Communautés culturelles. Dix ans plus tard, ces Communautés culturelles, désormais nommées Communautés, obtiennent plus d'autonomie et sont dorénavant compétentes pour les matières culturelles et les matières dites personnalisables (santé et aide sociale).

Les décennies suivantes, plusieurs réformes de l'Etat octroient de plus en plus de compétences fédérales aux Régions et Communautés. De ce fait, des compétences dans différents domaines sont transférées aux entités fédérées. Ainsi, la troisième réforme de l'Etat de 1988 attribue l'enseignement aux Communautés.

C'est la 4ème réforme de l'Etat des années 1993-1994 qui met en place les Communautés tels que nous les connaissons aujourd'hui. Alors que la dénomination officielle de « Parlement de la Communauté germanophone » date de 2004, c'était jusque-là le Conseil culturel de la Communauté germanophone « Rat der deutschen Kulturgemeinschaft » depuis 1970 et puis de 1984 à 2004 le Conseil de la Communauté germanophone « Rat der Deutschsprachigen Gemeinschaft » qui gérait par voie décrétale les matières culturelles et personnalisables.

Depuis la deuxième réforme de l'Etat des années 1980-1983 le « Rat der Deutschsprachigen Gemeinschaft » désigne lui-même les membres du Gouvernement de la Communauté germanophone.

Cette deuxième réforme de l'Etat ouvre aussi la porte au transfert des compétences régionales wallonnes à la Communauté germanophone via l'article 139 de la Constitution.

La Communauté germanophone (CG) couvre un territoire de 853,6 km² et compte 76.645 habitants au 1er janvier 2016¹. Ceuxci sont répartis sur 9 communes : Eupen, Kelmis, Raeren et Lontzen au nord et Büllingen, Bütgenbach, Amel, St.Vith et Burg-Reuland au sud. La langue administrative de la CG est l'allemand².

Comme les deux autres communautés linguistiques du pays, la Communauté flamande et la Communauté française, la CG gère les matières personnalisables. Ces matières sont énumérées à l'article 130, §1 de la Constitution.

- 1 www.ostbelgienstatistik.be
- 2 Cf. Art. 4 de la Constitution « La Belgique comprend quatre régions linguistiques : la région de langue française, la région de langue néerlandaise, la région bilingue de Bruxelles-Capitale et la région de langue allemande. »

Le Parlement de la Communauté germanophone règle par décret :

- 1° les matières culturelles ;
- 2° les matières personnalisables;
- 3° l'enseignement dans les limites fixées par l'article 127, § 1er, alinéa 1er, 2° ;
- 4° la coopération entre les communautés, ainsi que la coopération internationale, y compris la conclusion de traités, pour les matières visées aux 1°, 2° et 3°;
- 5° l'emploi des langues pour l'enseignement dans les établissements créés, subventionnés ou reconnus par les pouvoirs publics.

Depuis 1994, la CG exerce également des compétences régionales. Sur base de l'article 139 de la Constitution, il est possible que la Région Wallonne transfert des compétences régionales à la CG : « Sur proposition de leurs Gouvernements respectifs, le Parlement de la Communauté germanophone et le Parlement de la Région wallonne peuvent, chacun par décret, décider d'un commun accord que le Parlement et le Gouvernement de la Communauté germanophone exercent, dans la région de langue allemande, en tout ou en partie, des compétences de la Région wallonne. Ces compétences sont exercées, selon le cas, par voie de décrets, d'arrêtés ou de règlements. »

Les compétences régionales que la Communauté germanophone exerce actuellement sont :

- · compétences relatives aux monuments et site;
- compétences en matière d'emploi;
- compétences en matière de pouvoirs subordonnés.

Cette particularité apporte à la CG le statut de « Communauté-Région ». Les auteurs du Courrier Hebdomadaire du CRISP décrivent dans l'article intitulé « La Communauté germanophone après la 6^{ème} Réforme de l'Etat » parfaitement l'état particulier de la CG dans un contexte institutionnel: « Bien qu'elle demeure petite du point de vue de son territoire et de sa population, la Communauté germanophone tend à être une grande Communauté sur le plan institutionnel, notamment quand on la compare avec la Communauté française. Elle n'a cependant pas atteint la situation extrême de la Communauté flamande, qui exerce l'intégralité des compétences de la Région flamande. »³

Cet énoncé soutient les revendications des politiques de la CG qui souhaiteraient la voir se transformer en 4^{ème} Région, exerçant non seulement les compétences communautaires, mais aussi l'intégralité des compétences régionales. Le Parlement de la CG a d'ailleurs voté une déclaration de principe en 2011 qui confirme que la CG est disposée à saisir, moyennant les moyens financiers adéquats, toutes les compétences qui ont été transférées aux entités fédérés à ce jour ou qui seront transférées dans le futur 4.

2. Les instances politiques

Le Parlement de la CG est composé de 25 députés⁵.

Depuis 1995, la CG a droit à un siège de représentant au Sénat. Le Sénateur est membre ordinaire du Parlement de la Communauté germanophone.

Depuis l'année 2004, la CG constitue une circonscription électorale pour les élections européennes ce qui lui accorde une représentation assurée au Parlement Européen. Le député européen siège comme mandataire consultant au Parlement de la Communauté germanophone.

Une spécificité de ce Parlement est la présence de mandataires consultants au sein de son enceinte. Tout mandataire à la Chambre, au Parlement Wallon ou à la Province de Liège qui est domicilié sur le territoire de la CG siège automatiquement comme mandataire consultant au Parlement de la CG. Les mandataires consultants n'ont pas de droit d'initiative ou de vote⁶.

- 3 Bouhon, Frédéric; Niessen, Christophe; Reuchamps, Mi: La Communauté germanophone après la 6^{ème} réforme de l'Etat: état des lieux, débats et perspectives. Courrier hebdomadaire n°2266-2267. Crisp, Bruxelles, 2015.
- 4 Beschluss vom 27.06.2011 Dokument Nr. 83 (2010-2011). Grundsatzerklärung des Parlaments zur Positionierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Prozess der Staatsreform. www.pdg.be
- 5 http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4065
- 6 http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4066/

La composition actuelle du Parlement de la CG est donnée, ci-après, à la Figure 1.

Figure 1 : Composition du Parlement de la CG7





7 sièges + 2 mandataires consultants (Député Européen et Conseiller provincial)



5 sièges (+ Ministre-Président et Ministre)



4 sièges + 2 mandataires consultants (Député Wallon et Conseiller provincial) (+ 1 Ministre)



3 sièges + 3 mandataires consultants (Député fédéral, Député wallon et Conseiller provincial) (+ 1 Minsitre et Président du Parlement)



2 sièges + 1 mandataire consultant (Conseiller provincial)



2 sièges

Le Gouvernement de la CG est composé du Ministre-Président et de trois Ministres.

La majorité gouvernementale est composée de deux représentants du ProDG (parti régionaliste), un représentant du PFF - Partei für Freiheit und Fortschritt (Parti libéral), formation d'où provient également le Président de l'assemblée parlementaire - et d'un représentant du SP (Parti socialiste).

Le budget de la CG, pour 2017, s'élève à 313,85 millions d'euros du côté des recettes et à 333,5 millions d'euros du côté des dépenses⁸.

Pour la gestion des compétences « santé », la CG prévoit des dépenses à hauteur de 5.275.000 euros⁹. La partie la plus importante (54% des dépenses) de ce budget est prévue pour les indemnités versées à l'INAMI pour les matières et leur

- 7 www.pdg.be
- 8 Beschluss vom 15.12.2016 Dokument Nr. 4-HH2017 (2016-2017) Dekret zur Festlegung des Haushaltsplans der Einnahmen und des Allgemeinen Ausgabenhaushaltsplans der Deutschsprachigen Gemeinschaft für das Haushaltsjahr 2017 http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4003/7284_read-41705/
- 9 Ces dépenses couvrent les dépenses courantes, les subventions aux organisations actives dans la prévention et la promotion de la santé, les formations pour les urgentistes, les infirmiers, les sages-femmes, le personnel médical aidant et les ambulanciers, les subventions à l'association des psychiatres, les subventions aux cercles de médecins, les subventions à l'association des soins palliatifs, les subventions au Centre Psycho-Social (SPZ), le programme Impulseo, les subventions aux communes et institutions publiques dans le cadre du programme nutrition et activité physique ainsi que les indemnités à l'INAMI dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat.

gestion dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat. En deuxième place (18% des dépenses), se trouvent les dépenses liées aux subventions attribuées au Centre-Psycho-Social. Seulement 9% des dépenses sont attribués aux organisations actives dans le cadre de la promotion de la santé et la prévention.

Pour la gestion des compétences « seniors » la CG prévoit des dépenses à hauteur de 25.153.000 euros¹0. La plus grosse partie des moyens budgétaires, soit 69% des dépenses, est prévue pour les indemnités versées à l'INAMI pour les matières et leur gestion dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat, les indemnités versées au SPF Santé publique représentent 18% des moyens budgétaires. Enfin 12% sont versés aux services d'aide et soins à domicile.

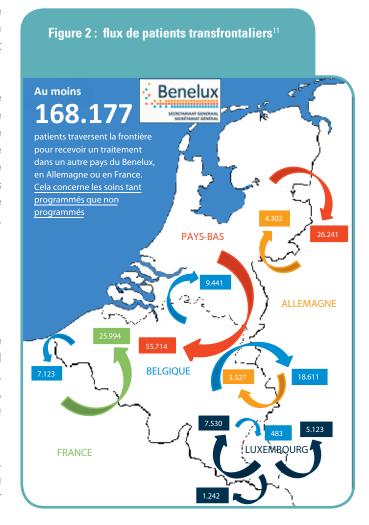
Vu que la plus grande partie des dépenses en matière de santé et de seniors est versée à l'INAMI et au SPF Santé Publique dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat, on peut déjà conclure que cette réforme a comme conséquence qu'une grande partie des moyens budgétaires de la CG sera utilisée pour la gestion et la mise en œuvre des nouvelles compétences dont elle sera entièrement en charge après la période transitoire qui devrait s'achever au 01/01/2019.

3. Une région frontalière

La CG est une région frontalière (voir la Figure 2). Au nord de son territoire, elle touche à l'Allemagne et au Pays-Bas; au sud de son territoire, elle touche au Grand-Duché du Luxembourg. Les habitants de la CG ont l'habitude de passer des frontières, pour travailler, pour faire leur courses, pour étudier ou pour se faire soigner.

Les raisons pour se faire soigner à l'étranger sont multiples. Certes l'emploi de la langue joue un rôle important - dans la mesure où les germanophones doivent régulièrement traverser des frontières linguistiques au sein même de notre pays - mais aussi un manque de services spécialisés en CG, rendant un accès aux soins de santé dans leur langue maternelle plus difficile, a poussé les citoyens germanophones à se tourner vers les pays voisins pour se faire soigner.

Presque un quart de la population active, soit un peu plus que 13.500 personnes, travaille en dehors de la Communauté germanophone, soit en Région Wallonne, en Allemagne, au Luxembourg ou au Pays-Bas. D'un autre côté, plus de 5.000



¹⁰ Ces dépenses couvrent les dépenses courantes, les dépenses liées aux formations et mesures d'accompagnement dans le cadre de l'investissement volontaire, subventions pour des opérations dans le secteur des séniors, subventions aux services d'aide à domicile, subventions pour des projets pilotes dans le secteur des séniors, subventions pour Eudomos [intégré dans le budget de la DSL], indemnités versées au SPF Santé Publique dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat, indemnités versées à l'INAMI dans le cadre de la période transitoire de la 6ème réforme de l'Etat.

¹¹ Rapport « Patients sans frontières – Flux de patients transfrontaliers dans le BENELUX », Secrétariat général de l'Union Benelux, Karen Jutten en collaboration avec Peter Janssens – page 9

personnes de l'intérieur du pays viennent travailler en Communauté germanophone (voir la Figure 3).

FIGURE 3: flux de travailleurs provenant de ou vers la CG¹² PENDLER IN DER DG NIEDERLANDE INS2001 aus dem Bezirk Verviers: 462 INAMI 2013 DEUTSCHLAND BA 2013 AUS BELGIEN: 3.644 Deutsche + 2.463 Belgier AUS DER DG: 4.700 INS 2012 In den Bezirk Verviers: 597 INAMI 2013 LUXEMBURG IGSS 2013

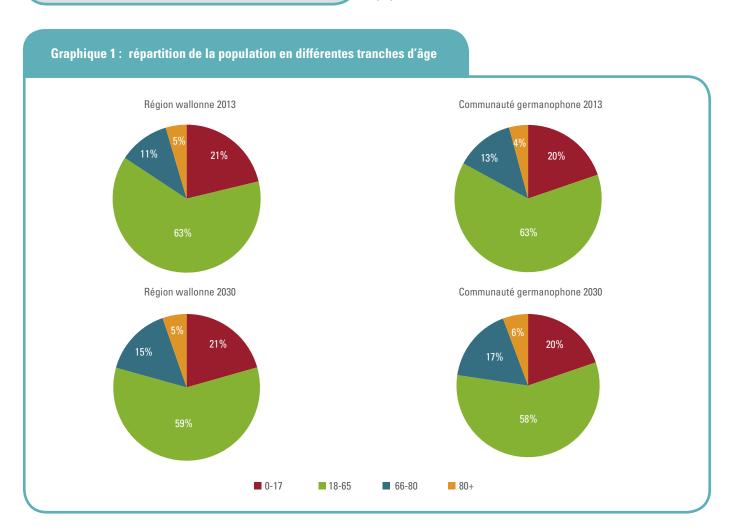
4. Evolution démographique

L'évolution démographique de la Région wallonne et de la communauté germanophone se caractérise par le vieillissement de leur population respective (voir Graphique 1).

En 2013, en CG, les personnes âgées de 66 et plus représentent 17% de la population. Idem en Région wallonne, où les personnes âgées de 66 ans et plus représentent 16% de la population.

Toutefois, les prévisions du SPF Economie¹³ montrent une évolution démographique plus aigüe en CG et les responsables politiques doivent aujourd'hui déjà en tenir compte dans la conceptualisation de leur politique des soins et de l'aide aux personnes âgées en CG.

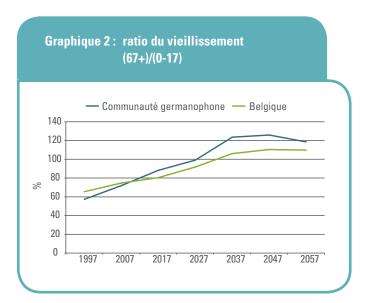
Pour l'année 2030, les personnes de cette même tranche d'âge, donc de 66 ans et plus, représenteront 23% de la population, soit presque un quart de la population de la CG. Alors qu'en Région Wallonne, cette tranche d'âge représentera 20% de la population.



¹² Die DG in Zahlen. Ausgabe 2014-2015. DGStat, Ministerium der DG. http://www.ostbelgienstatistik.be/PortalData/22/Resources/downloads/DGStat_Flyer_RZ_DEF.pdf

¹³ http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/perspectives/

Comme on le voit au Graphique 2, le vieillissement de la population semble plus accentué en Communauté germanophone par rapport à l'ensemble du pays. On voit également que le phénomène du vieillissement semble prendre fin aux alentours des années 2050-2060.



5. 6ème réforme de l'Etat¹⁴

Dans le cadre de la 6^{ième} réforme de l'Etat, accord institutionnel conclu en 2011, les allocations familiales ainsi que des parties des compétences concernant le marché de l'emploi, les soins de santé et l'aide aux personnes, la justice, la mobilité et la sécurité routière, l'agriculture, le tourisme et les autorités locales sont transférées aux Communautés et Régions.

Le transfert intégral de compétences représente un volume de 20 milliards d'euros, dont plus de 5,09 milliards d'euros seront transférés dans le cadre des soins de santé et de l'aide aux personnes. 17% du budget INAMI sort du système de la sécurité sociale pour aboutir dans les budgets communautaires et régionaux.

Cette dernière réforme de l'Etat renforce l'autonomie constitutive des entités fédérées et le transfert de nouvelles compétences aux Communautés et Régions augmente également leurs capacités d'action.

Force est de constater que, dans le cadre de cette réforme de l'Etat, des parties significatives de la sécurité sociale sont transférées (marché de l'emploi, soins de santé, allocations

familiales). Cette 6^{ième} réforme de l'Etat transforme aussi la structure institutionnelle autour de Bruxelles, simplifie le rôle du Sénat et renforce l'autonomie constitutive de la Communauté germanophone.

Dans le cadre de l'implémentation et de la gestion de nouvelles compétences concernant les soins de santé et l'aide aux personnes, la CG a décidé de mettre en place un modèle hybride pour la gouvernance des nouvelles compétences liées aux soins de santé et à l'aide aux personnes. L'administration gère les matières liés au domaine de la « santé » (prévention et promotion de la santé, revalidation, financement des infrastructures hospitalières). Le financement des maison de repos et des maisons de repos et de soins sera également géré directement par l'administration.

La Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben¹⁵ (DSL) gère les matières qui touchent directement les personnes dépendantes. Elle a été créée au 1er janvier 2017¹⁶ et s'adresse aux personnes dépendantes et leurs proches, ainsi qu'aux malades de longue durée. Ces tâches principales sont l'information, le conseil et l'accompagnement de la personne dépendante et de son entourage. De plus, elle a le devoir d'élaborer des proposition et politiques dans les matières du handicap et des séniors et assure ainsi une fonction de conseil auprès du gouvernement de la CG.

La DSL est un guichet unique et sa mission est de donner aux bénéficiaires les moyens nécessaires pour vivre une vie autodéterminée. Pour cela elle est chargée d'établir un plan de soutien pour les personnes dépendantes. Ce plan contient l'évaluation du niveau de dépendance pour les personnes qui se rendent en maison de repos et de soins (MR/MRS), les adaptations de logement et les mesures nécessaires pour une vie autonome à domicile.

La DSL traitera également les demandes pour les aides techniques, comme les aides à la mobilité. A partir de 2019, la DSL évaluera le niveau de dépendance des résidents en maison de repos et en maison de repos et de soins, ainsi que le degré d'handicap des enfants dans le cadre des allocations familiales majorées.

Comme tout Organisme d'Intérêt Public, la DSL dispose d'un Conseil d'administration qui est composé en partie paritairement. Y sont représentés avec voix délibérative : les représentants des employeurs et des employés, ainsi que les organismes assureurs, alors que les représentants de prestataires n'ont qu'une voix consultative.

- 14 Voir aussi: MC Information 266 décembre 2016: http://www.mc.be/binaries/mc-informations_266_decembre_2016_tcm377-184969.pdf
- 15 Agence pour une vie auto-déterminée
- Dekret zur Schaffung einer Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für selbstbestimmtes Leben Dokument 148 (2016-2017) Nr. 5 file://udata-151.cmc.be/PersonalData\$/7515483/Downloads/DDL_Dok%20148-05%20(1).pdf

6. Perspectives

Le transfert de compétences concernant les matières liées aux soins de santé et à l'aide aux personnes dans le cadre de la 6ème réforme de l'Etat vers la CG a obligé les organismes assureurs à se positionner sur les visions et points de vue politiques concernant l'implémentation et l'organisation de ces compétences en CG.

De ce fait, les organismes assureurs présents sur le territoire de la CG ont décidé fin 2015 de créer une structure similaire à celle qui existe au niveau fédéral : le Collège Intermutuelliste, afin de coordonner la concertation autour des positionnements à défendre dans l'intérêt de leurs membres auprès des pouvoirs publics.

Comme décrit plus haut, les nouvelles matières transférées seront gérées et mises en œuvre par l'administration pour les matières liés à la santé et par la DSL pour les matières liées à l'aide à la personne, plus précisément tout ce qui concerne les personnes dépendantes indépendamment de leur âge.

Les organismes assureurs à qui, jusque-là, étaient confiées des missions d'opérationnalisation des matières ressortissant de

la sécurité sociale, telles que la gestion des aides à la mobilité ou celle des paiements faits aux maisons de repos et maisons de repos et de soins, se voient aujourd'hui retirer ces missions qui seront dorénavant prises en charge par la DSL ou l'administration.

Alors que le gouvernement a mis en œuvre, par la DSL, une structure partiellement gérée paritairement, les enjeux sont liés à la mise en place d'une forme de gestion qui rassemble tous les acteurs qui cogèrent déjà actuellement les matières de la sécurité sociale et qui apportent donc une solide expertise et beaucoup de savoir-faire.

La question fondamentale est : est-ce que la CG peut, demain, gérer d'autres matières issues de la sécurité sociale, tout en apportant à ces citoyens le même niveau de service et de sécurité (sociale dans ce cas) ?

L'enjeu sera, ici, lié aux politiques de santé et de bien-être qu'elle pourra mettre en place. Au vu de sa petite taille, des évolutions démographiques et des spécificités liées à la mobilité de ses citoyens, ces politiques se devront d'être efficaces, finançables et surtout proches des besoins de ses citoyens.

Politique de soins de santé

Le Dossier Médical Global

Rose-Marie Ntahonganyira et Hervé Avalosse – Département R&D Dr. Alex Peltier - Département Politique de santé

1 Qu'est-ce que le DMG?

Le Dossier Médical Global (DMG) apparaît dans la nomenclature des soins de santé en mai 1999. Ce dispositif vise à renforcer le rôle du médecin généraliste, à encourager la fidélisation des patients auprès de leur médecin de famille. C'est ce dernier qui gère le DMG, en rassemblant les informations médicales au sujet de ses patients et en veillant à leur mise à jour. Bien sûr, bien avant 1999, les médecins géraient déjà les dossiers de leurs patients (c'est une obligation déontologique). Ce qui a changé depuis lors, c'est la formalisation de cette prestation au sein de la nomenclature, qui se concrétise par un honoraire versé au médecin et à divers avantages pour le patient.

Concrètement, le DMG couvre plusieurs types de données : outre des informations socio-administratives, il reprend les antécédents, les problèmes, les rapports d'autres prestataires de soins, les traitements chroniques. Un large volet préventif est également intégré au DMG (auparavant dénommé DMG+) : il s'agit d'une liste thématique à parcourir par le médecin. Par exemple : le mode de vie (alimentation, tabac, alcool, ...), les maladies cardio-vasculaires, les dépistages du cancer colorectal, du cancer du sein et du col de l'utérus, les vaccinations, ...

Depuis sa création, d'un point de vue administratif, le dispositif a connu bien des adaptations et modifications¹. Nous reprenons ci-après les principes généraux d'application du DMG.

- Le patient doit marquer son accord quant à la gestion du DMG par son médecin de famille². Une fois ouvert, à l'occasion d'une consultation ou d'une visite, les droits découlant du DMG sont acquis jusqu'au 31 décembre de la seconde année civile qui suit son ouverture ou sa prolongation (cette prolongation peut se faire à l'occasion d'un nouveau contact avec son médecin³).
- Pour la gestion du DMG d'un de ses patients, le médecin reçoit un honoraire de 30 euros (55 euros si le patient a entre

45 et 75 ans et bénéficie du statut affection chronique). Cet honoraire est perçu par le médecin à chaque ouverture ou prolongation d'un DMG (maximum une fois par année civile). Pour cet honoraire, entièrement remboursé par la mutuelle, on peut demander l'application du tiers-payant de sorte que le patient ne doive pas sortir cet argent de sa poche (il est alors versé directement par sa mutuelle au médecin qui gère le DMG).

- Pour le patient, l'avantage principal de bénéficier d'un DMG est la diminution des tickets modérateurs :
 - Pour les consultations, le ticket modérateur est limité à 1 euro pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, à 4 euros pour les autres (au lieu de, respectivement, 2 euros et 6 euros si le patient n'a pas de DMG ouvert).
 - De plus, pour les personnes de 75 ans et plus et/ou malades chroniques, les tickets modérateurs des visites à domicile sont réduits de 30%.
 - Ces tickets modérateurs diminués visent les consultations et visites du médecin généraliste qui gère le DMG ou d'un médecin généraliste collaborant avec ce dernier et qui a accès au dossier du patient.
- Il y a d'autres avantages au fait de bénéficier d'un DMG :
 - Lorsque le médecin généraliste envoie (un formulaire d'envoi doit être complété) son patient pour une consultation chez certains spécialistes: réduction de 5 euros du ticket modérateur (2 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée). Maximum une fois par année civile et par spécialité.
 - Avoir un DMG est une condition d'accès aux trajets de soins (diabète type 2, insuffisance rénale chronique) et aux avantages qui en découlent.

Depuis le 1er août 2014, les médecins généralistes peuvent opter pour l'eDMG. C'est la version électronique (par le biais du réseau électronique MyCareNet) de la procédure administrative existante. Patients et médecins bénéficient alors d'avantages pratiques et de nouvelles fonctionnalités liées au eDMG⁴.

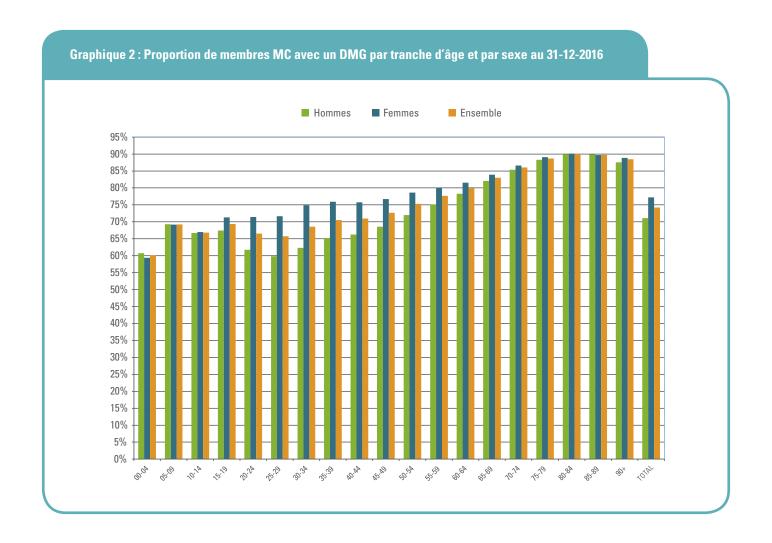
- 1 Pour plus de détails historiques, voir : Regueras N. 2012. Le dossier Médiale Global. Du DMG au DMG+ :intégration d'un module de prévention. MC-Informations 249. Fiche-Info.
- 2 Si une personne est inscrite dans une Maison Médicale (financée au forfait), alors cette inscription implique que la gestion du DMG est confiée aux médecins de la Maison Médicale.
- 3 Depuis 2004, la prolongation administrative a été mise en place. Il s'agit d'une prolongation automatique du DMG. Il y a des conditions à remplir.
- 4 Voir: http://www.mc.be/b2b/medecin-generaliste/dmg/principes-generaux/papier-edmg.jsp

2. Le DMG en quelques chiffres

Au 31 décembre 2016, près de 3,4 millions de membres de la Mutualité chrétienne (MC) possédaient un DMG, ce qui représente une proportion de 74% de membres avec un DMG⁵. Cette proportion est plus élevée au sein des membres qui bénéficient de l'intervention majorée (82%) par rapport aux membres qui n'en bénéficient pas (73%).

Comme on peut le voir au Graphique 1, le DMG connaît un succès croissant. En effet, la proportion de membres ayant un DMG est en progression constante ces dernières années : de 2010 à 2016, elle passe de 58% à 74%. C'est également vrai au niveau des régions. Pour la Wallonie et Bruxelles, on constate une progression remarquable : Bruxelles dépasse maintenant la barre des 50%, la Wallonie atteint les 60%.

Graphique 1 : Evolution 2010-2016 de la proportion de membres MC avec un DMG (au 31/12) → Flandre → Wallonie → Bruxelles → ANMC 90% 74% 73% 80% 80% 71% 70% 66% 70% 74% 70% 68% 60% 65% 58% 62% 63% 46% 50% 43% 55% 41% 36% 40% 39% 42% 30% 33% 20% 10% 0% 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016



- 5 Comparaison avec les données nationales.
 - En 2014, la proportion de belges disposant d'un DMG était de 60% (source : Atlas de l'Agence Intermutualiste).
 - Pour la MC, en 2014, cette proportion était de 68%. Les membres de la MC font donc davantage appel au DMG que la population belge générale.

Le fait de disposer d'un DMG varie en fonction de l'âge, comme on peut le voir au Graphique 2. La proportion de membres détenant un DMG est plus élevée chez les personnes âgées. Elle atteint un maximum dans la tranches 80-89 ans : 90%. A noter aussi que cette proportion est plus élevée chez les femmes (77%) que chez les hommes (71%).

On trouve également une grande variation au niveau géographique⁶ (voir Graphique 3). Les proportions les plus élevées sont atteintes dans les arrondissements limbourgeois (86 à 88%), la proportion la plus faible est observée dans l'arrondissement de Huy (52%). A nouveau, on constate un progrès remarquable : en 2011 la plupart des arrondissements wallons ainsi que Bruxelles étaient en-dessous de la barre des 50%, maintenant tous sont au-dessus.

Graphique 3 : Proportion de membres MC avec un DMG par arrondissement et région au 31-12-2016 95% 90% 85% 80% 74% 75% 70% 65% 60% 55% 50% 45% 40% 35% 30% 25% 20% 15% 10% 0%

3. Les enjeux pour l'avenir

L'avenir, c'est bien entendu, de continuer à faire la promotion du DMG, de continuer à sensibiliser à la fois les prestataires et les patients. Au sein des membres de la MC, on constate un effet de rattrapage en Wallonie et à Bruxelles. Les MC francophones et germanophones ont mis en place un service d'assurance complémentaire qui rembourse les tickets modérateurs des enfants de moins de 18 ans. Pour ce faire, il faut ouvrir un DMG⁷. Ce genre d'incitant participe sûrement au succès grandissant du DMG dans la partie sud de notre pays.

Au-delà des aspects quantitatifs, il faut évaluer les aspects qualitatifs du DMG. Est-ce qu'avec son financement, nous rencontrons aussi son rôle premier de centralisation des informations ? Les informations contenues sont-elles pertinentes, suffisamment actualisées ? Se focalisent-elles autant sur les aspects curatifs que préventifs (la suppression du DMG+ était liée à une intégration du volet préventif dans le DMG) ? Pour les DMG sous forme électronique, les données permettent-elles d'élaborer des SUMEHRS (SUMmarized Electronic Health Record, soit le résumé du dossier électronique) corrects, moteurs des échanges d'informations avec d'autres prestataires de santé (moyennant, bien-sûr, l'autorisation du

- 6 selon le lieu de résidence des affiliés
- https://www.mc.be/mes-avantages/0-18/100pour100rembourses.jsp
- 8 Voir l'accord national médico-mutualiste 2016-2017 http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2016_2017.pdf

patient) ? Voici autant de questions qui restent actuellement sans réponse. Des évaluations sont en cours, menées par le service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI⁸.

Comme on l'a vu précédemment, l'honoraire perçu par le médecin prévu pour la gestion d'un DMG est augmenté à 55 euros pour un patient âgé de 45 à 75 ans et bénéficiant du statut affection chronique. Cette restriction sur l'âge est due à des raisons purement budgétaires. Elle ne répond donc à aucune logique médicale. En fait, ce financement plus élevé devrait être octroyé pour tous les patients malades chroniques, la charge de

travail pour le médecin quant à la gestion du DMG et à la coordination des soins étant plus élevée. Mais l'élargissement du financement du DMG n'ira pas sans retour d'une évaluation positive, d'un retour effectif, d'une valeur ajoutée démontrée. Le DMG existe déjà depuis 18 années, il faut le conforter dans ses objectifs. La MC veillera à ce que les objectifs de départ de la mise en place du DMG soient rencontrés. Les médecins généralistes doivent assurer le rôle central qu'il revendique par ailleurs. Cela signifie donc qu'ils revendiquent aussi être actif et qualitatif dans la tenue du DMG, afin que cet outil soit performant pour la qualité et la continuité des soins.

Santé mentale

Parentalité : de la joie ... à l'épuisement ...

Hervé Avalosse – département R&D Aline Franssen – Infor Santé en collaboration avec Moïra Mikolajczak (UCL)

Résumé

Etre parent n'est pas simple dans notre société. La pression est grande, voire grandissante. Nous voulons être de 'bons' parents, tout faire pour nos enfants. Et, parfois, certains s'investissent dans cette mission jusqu'à l'épuisement. Moïra Mikolajczak et Isabelle Roskam, psychologues de l'UCL, étudient ce syndrome, qu'elles qualifient de 'burn-out parental'. Elles estiment que 5% des parents sont touchés, mais jusqu'à 8% seraient à risque élevé. La propension à présenter ce syndrome provient de divers facteurs de risque, dont l'accumulation n'est plus compensée par divers facteurs de protection. La stratégie pour prévenir ce syndrome, ou s'en sortir, consistera alors à bien identifier les facteurs sur lesquels on peut agir, afin de restaurer l'équilibre entre facteurs de risque et de protection.

Mots clés : burn-out parental, facteurs de risque

1. Introduction : être parent n'est pas une sinécure !

Si avoir des enfants apporte joie et bonheur, il n'en reste pas

moins vrai qu'être parent est source de stress. C'est qu'il ne s'agit pas seulement d'être parent, mais d'être surtout un « bon » parent. Qu'est-ce qu'on ne ferait pas pour nos enfants? Et les recommandations sociales en la matière ne manquent pas! Il ne suffit pas seulement d'être bienveillant et d'assurer les soins de base, comme l'alimentation, le logement, l'éducation. Non, notre société est bien plus exigeante : on veille aux intérêts des enfants, il faut qu'ils puissent s'épanouir, développer

leurs potentialités, trouver leur voie ... Cette parentalité « positive » se révèle un idéal qu'il est parfois difficile d'atteindre. Certains parents y consacrent beaucoup de temps et d'énergie, au risque de s'épuiser.

Ce syndrome d'épuisement est étudié de près par Moïra Mikolajczak et Isabelle Roskam, psychologues et chercheuses à l'UCL. Fruit de leurs recherches et expériences, elles ont publié récemment un livre, très pédagogique, à ce sujet ('Le burn-out parental, l'éviter et s'en sortir') où elles décrivent ce syndrome, qu'elles n'hésitent pas à qualifier de 'burnout parental', ainsi que les moyens de s'en prémunir.

2. Le burn-out parental : qu'est-ce que c'est ?

Le syndrome du 'burn-out parental' comporte trois dimensions¹:

- Un sentiment d'épuisement, à la fois physique et émotionnel.
 « C'est la facette qui apparaît le plus souvent en premier. Le parent a le sentiment d'être épuisé, vidé, au bout du rouleau ». Ce sentiment de fatigue peut être tel que la simple pensée de ce qu'il y a à faire avec les enfants devient source de désarroi.
- 2. La distanciation affective avec les enfants. « Trop fatigué, le parent n'a plus l'énergie de s'investir dans la relation, ou en tout cas plus autant que d'ordinaire. Il prête moins d'attention à ce que ses enfants lui racontent, il n'accorde plus (autant) d'importance à ce qu'ils vivent et ressentent [...]. Il fait ce qu'il doit faire (les conduire à l'école, leur préparer à manger, la toilette, le coucher), mais pas plus. »
- 3. La perte d'efficacité et d'épanouissement dans son rôle de parent. « Le parent prend conscience qu'il n'est plus le parent qu'il voudrait être. Il ne se sent plus efficace, il a l'impression de ne plus être un bon parent. »

Pour parler de 'burn-out parental', il faut présenter des symptômes sévères sur au moins deux de ces trois dimensions.

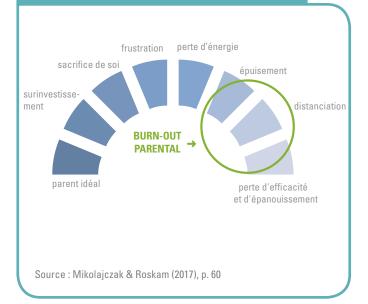
Les études menées par Moïra Mikolajczak et Isabelle Roskam suggèrent que « 5% des parents seraient aujourd'hui touchés et 8% seraient à risque élevé. Et cela concerne aussi bien les hommes que les femmes. »² Ce n'est certainement pas marginal, c'est même plutôt préoccupant. De plus, il est à craindre que ce syndrome induise des conséquences défavorables sur la santé des parents, sans oublier que le bien-être des enfants euxmêmes peut être mis en danger (négligence, ...)³.

Attention, il ne faut pas confondre le 'burn-out parental' avec le burn-out professionnel. Ce dernier se manifeste dans le monde du travail, tandis que le premier est propre à la sphère familiale. Il ne faut pas non plus assimiler 'burn-out parental' et dépression. Si le burn-out est lié à un contexte particulier, il n'en va pas de même de la dépression, « qui touche toutes les sphères de la vie (privée et professionnelle) »⁴.

3. Le burn-out parental, c'est aussi un processus

Ce syndrome n'apparaît pas subitement, il est progressif. Moïra Mikolajczak et Isabelle Roskam le représentent sous forme d'un processus en arc de cercle (voir schéma 1). Cela commence avec le rêve ou l'espoir d'être un parent idéal, d'être à la hauteur des exigences de la mission de parent qu'on s'est donnée. D'où un investissement intense, voire un surinvestissement. « II (le parent) se donne sans compter, au niveau des nuits, des soins et des activités d'éveil (pour les enfants en bas âge) ou des trajets, des activités extrascolaires, des devoirs, des repas, du temps passé à jouer ou discuter avec les enfants, pour les plus âgés» 5. Forcément, on en vient à négliger ou sacrifier ses propres besoins, en abandonnant certaines activités, ses loisirs, ... Parfois la relation conjugale s'en ressent également. S'en suit de l'insatisfaction, qui progressivement peut devenir de la frustration (tant le fossé entre l'idéal et la réalité peut se révéler grand ...). Si elle perdure, alors la fatigue accumulée commence à poindre et le parent « prend pleinement conscience des sacrifices qu'exige son rôle de parent »6. Cette phase de perte d'énergie, de 'coup de mou', est critique. Car à ce stade, la situation est encore réversible, à condition que des changements aient lieu. Mais, si on n'y prend pas garde, à force de consacrer son temps à ses enfants, sans avoir le temps de prendre soin de soi-même, bref « si on laisse les choses aller, on bascule alors dans le burnout », véritable 'coup de bambou'!

Schéma 1 : les phases du burn-out parental



4. Facteurs de risque et facteurs de protection

Faire un 'burn-out parental' n'est pas dû à un élément ou une cause en particulier, bien des facteurs de risque entrent en ligne de compte. Comme on l'a vu ci-dessus, c'est un phénomène progressif. En fait, c'est l'accumulation de facteurs de risque, que des facteurs de protection ne parviennent plus assez à compenser, qui va finalement déclencher le burn-out. « On pensait qu'il était lié à la présence d'un enfant gravement malade, au fait d'élever ses enfants seul(e), aux familles recomposées ou aux très grandes familles. Si ces éléments augmentent globalement de 10% le risque de burn-out parental, trois autres facteurs semblent nettement plus déterminants (20 à 25% chacun) »⁷:

- 1. La personnalité du parent. Par exemple : l'instabilité émotionnelle, un vécu ou une histoire personnelle difficile, et le perfectionnisme parental sont des facteurs de risque. A l'inverse, avoir de bonnes compétences émotionnelles est un facteur de protection : le parent est-il à même de reconnaître, comprendre, exprimer, écouter et gérer ses émotions et celles des autres ?
- La parentalité. On revient aux pratiques éducatives mises en place par les parents, à leur façon de 'fonctionner' dans leur relation quotidienne avec leurs enfants. Certaines pratiques (ex. inconsistance éducative, sévérité excessive)

- 2 Propos recueillis dans Moreau (2017)
- 3 Cf Royer (2017b)
- 4 www.burnoutparental.com
- 5 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 63
- 6 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 68
- 7 Propos recueillis dans Royer (2017a)

- sont des facteurs de risque ; d'autres (ex. consistance, renforcement positif des bons comportements des enfants) sont des facteurs de protection.
- 3. La **conjugalité**. La satisfaction conjugale et une bonne coparentalité (c'est-à-dire une vraie collaboration entre les deux partenaires sur les valeurs et pratiques éducatives) sont des facteurs de protection tandis que l'insatisfaction de la relation avec le partenaire (peu de moments de plaisir partagés) et un manque de coparentalité (ex. manque de soutien, dénigrement) sont des facteurs de risque.

Il est très difficile, voire impossible de remédier à certains facteurs de risque, comme sa situation matrimoniale, le fait d'avoir un enfant malade ou handicapé. Mais pour les trois types de facteur mentionnés ci-dessus, la bonne nouvelle, c'est qu'ils ne sont pas figés dans le temps. S'ils peuvent devenir négatifs, au point que leur accumulation puisse déclencher un burn-out parental, on peut aussi agir dessus, dans le but d'améliorer les choses, voire même d'en faire des facteurs de protection.

5. Que faire?

Tout sera donc une question d'équilibre (ce que symbolise le schéma 2) entre facteurs de risque (ce qui ne va pas bien) et facteurs de protection (ce qui va bien). Le défi au sein de chaque famille sera de trouver quelles sont ses forces, ses faiblesses et où se situe son point d'équilibre. En identifiant bien les facteurs sur lesquels on peut agir, en investissant dans les facteurs de protection, alors on pourra 'compenser' les facteurs de risque auxquels on fait face en même temps et ainsi préserver ou restaurer son bien-être parental.

Par exemple, on peut travailler à améliorer ses compétences émotionnelles, ce qui aidera à faire face aux situations stressantes. On peut également renoncer à vouloir atteindre la perfection, arrêter de se mettre la pression, sans pour autant renoncer à passer des moments de qualité avec son enfant. Et, au sein du couple, on peut aussi améliorer la coparentalité : qu'en est-il de la collaboration, de l' « entente entre les parents au sujet du partage des responsabilités, la collaboration au quotidien dans les tâches qui sont liées à l'enfant, la qualité de la communication, le respect mutuel et la manière dont les conflits au sujet de l'éduction de l'enfant sont résolus » ?

Rien n'est figé, ni définitif. On peut se sortir d'un 'burn-out parental', mais pour cela il faut agir, les pistes de solution étant variables d'une personne à l'autre. Se faire aider, par des professionnels par exemple, en fait partie.

Schéma 2 : prévention du 'burn-out' parental via un bon équilibre Facteurs de protection Facteurs de risque

L'action des mutualités chrétiennes francophones et germanophones (MCFG)

Les MCFG s'investissent aussi autour de cette thématique du bien-être parental, notamment en collaborant aux recherches menées par l'UCL. Ainsi, nous avons relayé auprès d'un échantillon de membres francophones de la MC, une invitation à participer à une enquête en ligne organisée par l'UCL.

Les MCFG ont organisé, au premier semestre 2017, une campagne de sensibilisation à l'équilibre familial, avec comme fer de lance une conférence intitulée « Être parent, une aventure de chaque jour. Des pistes pour trouver son équilibre ». Huit conférences ont déjà eu lieu aux quatre coins de la Fédération Wallonie-Bruxelles, rassemblant près de 1.000 participants. La Christliche Krankenkasse met la main à la pâte également : deux conférences similaires sont prévues en septembre 2017.

Les nombreux témoignages des participants vont dans le même sens : on met, enfin, des mots sur ce que des milliers de parents ressentent dans leur quotidien. Décomplexantes et accueillantes, Isabelle Roskam et Moïra Mikolajczak ont fait passer des messages clairs au public : être parent n'est pas un pur bonheur. Et il y a des pistes pour s'en sortir quand ça ne va plus.

En plus de ce cycle de conférences, chaque mutualité régionale a mis sur pied des activités spéciales « famille » ou « parent » : ateliers de soutien à la parentalité, initiations aux techniques de relaxation parent-enfant, journées thématiques, conférences spécifiques ...

Comme outils concrets, les MCFG ont développé un kit de cartes postales de sensibilisation ainsi gu'un un «Carnet de

bord des parents», véritable prolongement des messages de campagne qui fourmille d'exercices, de mises en situation et de contenus éloquents sur la parentalité d'aujourd'hui. De plus, la thématique de la parentalité est intégrée dans le site www. jepenseaussiamoi.be où on trouvera des articles de fonds, des témoignages et des conseils.

Enfin, au-delà de ces efforts d'informations et d'activités locales, les MCFG ont également mis en place une intervention dans le coût des consultations chez le psychologue (jusqu'à 15 euro par séance, maximum 180 euro par an et par personne). Bien sûr, ce service couvre tout problème psychologique, y compris le 'burn-out parental'.



Bibliographie

Mikolajczak M., Raes M.E. & Roskam I. 2017. Exhausted parents: sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. En cours de publication.

Mikolajczak M & Roskam I. 2017. *Le Burn-out parental: L'éviter et s'en sortir.* Editions Odile Jacob. 196 p.



Moreau C. 2017. Burn-out parental : reconnaître les signes avant de craquer. Femme actuelle, édition en ligne. http://www.femmeactuelle.fr/enfant/enfants/sante-psycho/burn-out-parental-reconnaitre-signes-avant-craquer-36095

Royer M. 2017a. Le burn-out parental frappe un parent sur 20. Sud Presse. Edition du 18-03-2017.

Royer M. 2017b. Le parent en burn-out vit dangereusement. Sud Presse. Edition du 18-03-2017.

Roskam I., Raes M.E. & Mikolajczak M. 2017. Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology. 8 :* 163.doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163

Consommation des soins de santé

Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH

Lebbe Caroline, Ntahonganyira Rose-Marie, Vandenbergen Jan (ANMC R&D – DM)

Résumé

Les troubles de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité chez les jeunes constituent un problème de société. Le traitement à l'aide du méthylphénidate du « trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », TDAH en abrégé, existe depuis maintenant quelques décennies. Ce médicament est couramment utilisé en Belgique. Au moins la moitié des prescriptions interviennent dans un circuit en dehors de celui du remboursement officiel. La consommation semble par ailleurs baisser en été. La MC a examiné la consommation de méthylphénidate chez les jeunes de moins de 18 ans. Il est frappant de constater, dans l'étude de la MC, que les plus jeunes de la classe courent plus de risques de se faire poser un diagnostic de TDAH. Nous en concluons que le risque de médicalisation du développement normal est réel. La MC propose d'enregistrer l'usage du méthylphénidate et de développer des trajets de soins multidisciplinaires.

<u>Mots clés :</u> Déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH), méthylphénidate, plus jeunes de la classe, médicalisation.

1. Introduction

Le TDAH est bien connu et caractérisé par un manque d'attention, une hyperactivité et une impulsivité (American Psychiatric Association, 1992).¹ La prévalence du TDAH est estimée à 2,9% dans l'enfance et à 2,1% à l'âge adulte.

Les enfants (mais aussi les adultes) confrontés à cette problématique éprouvent des difficultés au niveau de l'attention, de la vigilance, de la résolution et de l'exécution ciblée de tâches, de la concentration et de la mémoire, et d'autres fonctions mentales (Sabbe et al. 2015).

Concernant le traitement médicamenteux, le méthylphénidate (Rilatine®, Equasym®, Concerta®, ...) est le médicament le plus étudié chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de TDAH formel. Ce médicament est une amphétamine qui limite les comportements hyperactifs et imprévisibles.

Il est prescrit couramment et ce, durant plusieurs années, bien que son efficacité à long terme ait été peu étudiée.² La prise de ce médicament n'est pas sans risque. Variations de la tension artérielle, maux de tête, vertiges et maux d'estomac, pertes d'appétit et de poids, mais aussi problèmes de sommeil, changements de comportement et symptômes psychiques ont été décrits. À long terme, il existe un risque accru de retard de croissance, de maladies cardio-vasculaires, de problèmes hépatiques, de dépendance et de troubles psychiatriques.³

Qu'en est-il de la consommation de ce médicament parmi nos enfants ?

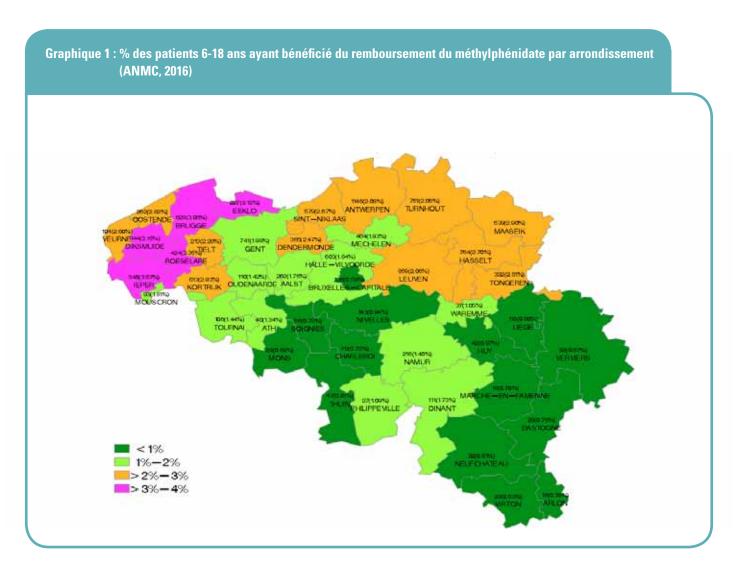
Parmi les membres de la MC, quelque 12.000 jeunes de 6 à 18 ans⁴ (2% des jeunes) ont reçu au moins une fois une

- 1 American Psychiatric Association, 1992; DSM V. Nussbaum et al. (2014). APA
- BCFI, 2017: 2010, 2014
- 3 BCFI, 2017: 2010, 2014
- 4 Depuis le 1er septembre 2004, le méthylphénidate est remboursé pour les jeunes de 6 à 17 ans dans le cadre d'un traitement pour TDAH. Le rapport d'un neurologue pédiatrique ou d'un pédopsychiatre doit être avancé. Le remboursement est autorisé pour 6 mois maximum. Un renouvellement du remboursement est possible pour 12 mois, moyennant un rapport d'évolution des spécialistes précités, justifiant la poursuite du traitement.

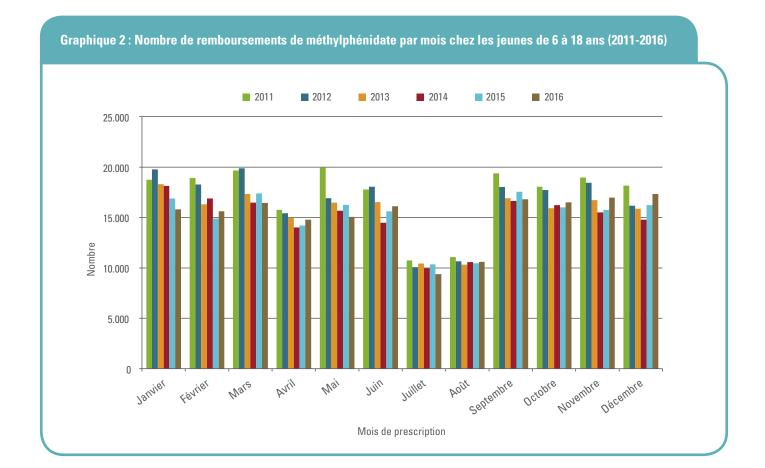
spécialité remboursée de méthylphénidate en 2016. Ce chiffre est comparable à celui des pays voisins. Il y a toutefois lieu d'apporter une précision majeure. Les chiffres de vente en Belgique révèlent que le méthylphénidate est souvent vendu en dehors du système de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. En 2016, ces ventes « secondaires » atteindraient jusqu'à 50% du volume vendu. La consommation réelle du méthylphénidate en Belgique est donc nettement plus élevée que ce que révèlent les données de facturation de la MC.

Nous avons également fait d'autres observations. Environ 59% des personnes pour lesquelles ce médicament a été prescrit sont des jeunes entre 10 et 15 ans, et majoritairement des garçons. 22% des prescriptions concernent des jeunes de 16 à 18 ans.⁵

Autre constat: le médicament est davantage prescrit en Flandre (2,4% contre 0,9% en Wallonie et 0,6% en Région bruxelloise) (voir Graphique 1), même si son usage augmente en Wallonie.



⁵ Il faut tenir compte ici du fait que les bases de données MC ne comportent que des informations relatives à des médicaments prescrits faisant l'objet d'un remboursement.



On note aussi la baisse du nombre de conditionnements de méthylphénidate remboursés durant les mois d'été (Graphique 2) et ce, quel que soit l'âge de l'enfant.

La longue durée de la consommation est par ailleurs interpellante : 21% des patients consomment encore du méthylphénidate après 10 ans.

Ces données confirment des tendances précédemment observées de médicalisation des comportements d'agitation et des problèmes de concentration jugés problématiques chez les enfants. Les scientifiques estiment que les parents et les enseignants pourraient jouer un rôle à ce niveau.⁶

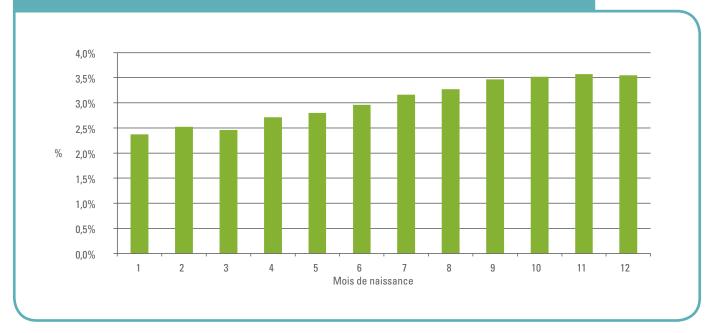
3. Les plus jeunes de la classe courent un risque plus élevé d'être traités au méthylphénidate

Nous avons fait un autre constat interpellant. En Belgique, les classes d'enseignement sont organisées par année civile. Les plus jeunes de la classe semblent courir un risque plus élevé d'être traités au méthylphénidate (voir Graphique 3). Dans une classe, le risque de traitement médicamenteux avec un remboursement du méthylphénidate semble être lié à l'âge relatif de l'enfant. Nous constatons que les enfants nés au cours du dernier trimestre, et donc les plus jeunes de la classe, ont environ 50% de chances en plus de se faire rembourser au moins une fois du méthylphénidate que ceux plus âgés, nés au cours du premier trimestre.

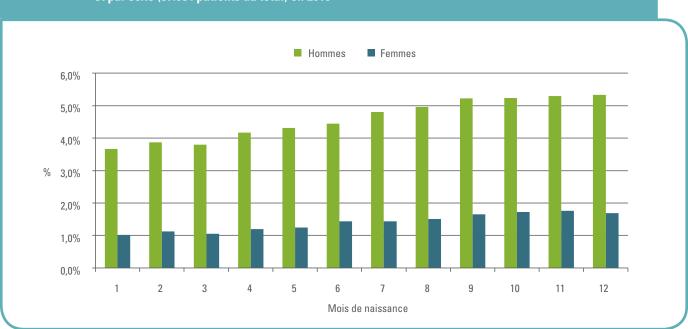
L'observation est identique chez les filles et les garçons (Graphique 4).

⁶ Philips, C.B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. Plos Medicine, 3, 182. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434504/

Graphique 3 : % des patients 6-18 ans ayant bénéficié du remboursement du méthylphénidate par mois de naissance (37.684 patients au total) en 2016







Nos données confirment une étude précédente. 7,8 À l'étranger aussi, les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de se faire prescrire du méthylphénidate. Comment l'expliquer ? Le développement psychomoteur se caractérise par une combinaison des aspects moteurs, cognitifs et dynamicoaffectifs. Il induit des changements de comportement en lien avec l'âge et le contexte psychosocial. Manque d'attention, hyperactivité et impulsivité seraient perçus comme anormaux. Toute déviance court dès lors le risque d'être médicalisée et traitée sans prendre en compte les facteurs contextuels. 9,10,11 Cela signifie non seulement un risque accru d'exposition au médicament, mais cela confirme aussi la réalité d'un traitement inutile (avec un médicament psychostimulant) qui est manifestement devenu une habitude. La limite entre TDAH et immaturité semble floue. Le risque de surdiagnostic et de surconsommation est donc réel. Et nous ne parlons même pas de l'usage inapproprié du méthylphénidate par les étudiants et lors d'événements sportifs.

4. Conclusion et point de vue de la MC

Nos observations suscitent des questions concernant la pose du diagnostic de TDAH, la facilité de délivrance d'une prescription d'un tel médicament stimulant ainsi que le risque d'usage inadéquat qui en découle chez les jeunes. Ces médicaments sont en effet dangereux à long terme et entraînent un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de problèmes psychiques, en plus d'une dégradation de la qualité du sommeil, une perte d'appétit et un retard de croissance. Il convient donc de s'interroger si l'usage de ce médicament ne pourrait pas être mieux encadré.

Par ailleurs, les autorités doivent s'atteler à l'enregistrement de tous les conditionnements du méthylphénidate qui sont délivrés (qu'ils soient remboursés ou non).

Concernant une approche à long terme, la MC plaide pour une approche plus tolérante des enfants « turbulents » et le développement de trajets de soins interdisciplinaires pour les jeunes souffrant d'un manque d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité en lien avec leur environnement. Au sein de ces trajets, la structure de soins devrait combiner une approche psychique, comprenant une psychothérapie individuelle ou familiale, un accompagnement éducatif et un traitement médicamenteux si nécessaire. De cette manière, on évitera la médicalisation de comportements jugés problématiques.

- Whitely M., Lester L., Phillimore J., Robinson S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. https://www.mja.com.au/system/files/issues/206_02/10.5694mja16.00398.pdf
- 8 Morrow R.L., Garland E.J., Wright J.M, Maclure M., Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ.184(7): 755–762. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/
- 9 Morrow R.L., Garland E.J., Wright J.M, Maclure M., et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ.184(7): 755–762. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/
- $10 \quad \text{http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/conclusive-proof-adhd-is-overdiagnosed_b_10107214.html:}, \\ \text{http://www.eduratio.be/geboortemaand.html}$
- 11 Verhaeghe P. (2002). Over normaliteit en ander afwijkingen. Acco. Gent.

MC en bref

Étudiants : une source de soutien, mais aussi de stress en période d'examens

La période des examens est particulièrement stressante pour les étudiants et toute forme d'aide et de soutien est alors la bienvenue. En avril, Teleblok a organisé, via la MC et en collaboration avec des partenaires du réseau, un sondage parmi les étudiants de l'enseignement supérieur, au sujet du soutien en période d'examens. Quelque 700 étudiants ont répondu en ligne à cette enquête.

Elle révèle que la grande majorité des étudiants traversent des moments difficiles durant cette période. Ils sont nombreux à se sentir régulièrement seuls. À ce moment, ils peuvent profiter de tout soutien offert, mais nous constatons qu'ils ne l'exploitent pas toujours pleinement. Sept étudiants sur dix ne veulent pas embêter leurs condisciples avec leurs problèmes. Ils déclarent pourtant qu'ils sont prêts à aider les autres.

L'enquête confirme par ailleurs des observations précédentes, selon lesquelles le contact avec les condisciples, aussi bien réel que virtuel, est une source de soutien favorable. Ce soutien peut revêtir des formes très pratiques (répondre à des questions dans une matière, transmettre ses notes, s'interroger mutuellement) ou bien psychologiques (se détendre, envoyer un petit message ... pour se relaxer quelques instants). Elles procurent un sentiment d'appartenance à une communauté et permettent de parler en cas de stress. Rien d'étonnant à cela : ils se trouvent dans la même situation et sont donc parfaitement à même de comprendre les questions et le stress des autres.

Mais il y a également des risques, par exemple que les étudiants comparent leurs prestations à celles des autres. Et poser ou répondre à de nombreuses sollicitations sur les réseaux sociaux peut parfois provoquer un stress complémentaire. Les étudiants peuvent également se transmettre leur stress face à un examen. De cette façon, les condisciples sont plutôt une source de stress que de soutien.

Enfin, à l'occasion de cette enquête, Teleblok a formulé une série de conseils pour les étudiants.

Pour en savoir plus : www.teleblok.be

2. Qui paie la note ? Le coût social des drogues licites et illicites en Belgique

En avril 2017, l'Université de Gand et la VUB publiaient une étude sur le coût social des substances addictives telles que l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les médicaments psychoactifs en Belgique pour l'année 2012. La particularité de cette étude, c'est qu'elle porte non seulement sur le coût pour la santé de la consommation de substances addictives, mais également sur le coût lié à criminalité due à ces substances et aux accidents de la route.

L'étude différencie 3 types de coûts :

- les coûts directs liés à la consommation de substances addictives: concernent les moyens utilisés pour gérer les conséquences de la consommation de substances ainsi que les conditions médicales, les accidents ou les effets directs y afférents (p.ex. hospitalisation, visites médicales, consommation de médicaments) et des délits attribuables aux substances et à leurs conséquences (p.ex. enquête policière, incarcération).
- Les coûts indirects concernent les pertes de productivité dues à la maladie, au décès prématuré (à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un crime) ou à l'incarcération.
- Les coûts intangibles: des coûts de bien-être non financiers assumés par les individus tels que la douleur ou la souffrance, ainsi que la perte de la qualité de vie. Le coût intangible est exprimé en années en bonne santé perdues.

Il ressort que pour l'année 2012, le coût social total de la consommation de substances addictives s'élevait à 4,6 milliards d'euros en Belgique ou à 419 euros par habitant ou 1,19% du PIB. Les drogues légales imposent le coût le plus élevé à la société car 45% (2,1 milliards d'euros) du coût social lié à l'abus de substances peut être attribué à l'alcool. À peu près 32% (1,5 milliard d'euros) peuvent être imputés au tabac et 5% (215 millions d'euros) aux médicaments psychoactifs. Les drogues illégales représentent environ 16% (726 millions d'euros) des charges économiques. Outre ces coûts directs et indirects, plus de 515.000 années en bonne santé sont perdues en raison de l'abus de substances. Cela est principalement dû à la consommation de tabac et d'alcool, les deux substances étant responsables de la perte d'environ 91% ou de 470.000 années. Sur le total de 4,6 milliards, ce sont bien entendu les coûts liés à la santé qui pèsent le plus, 3,5 milliards d'euros de coûts directs et indirects et 484.800 années de vie en bonne santé perdues en 2012.

Pour en savoir plus : http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR65_Socost_sum_fr.pdf

3. Soutenir les personnes fragilisées chez elles : unir les forces locales

La Fondation Roi Baudoin présente dans cette étude les résultats d'une recherche exploratoire sur les tendances en termes de renforcement de l'autonomie individuelle et collective des personnes âgées fragilisées vivant à domicile. Les résultats sont basés sur des entretiens avec 30 personnes directement concernées par la problématique, des moments d'échanges organisés avec des professionnels, des aidants proches, des personnes âgées, mais aussi l'analyse de plus de 80 projets de terrain.

L'étude met l'accent sur la notion de quartier comme nouveau point d'ancrage pour renforcer l'autonomie individuelle et collective des personnes âgées fragilisées. En effet, celui-ci pourrait potentiellement constituer un pont ou un complément à la triade personne âgée, aidant proche et intervenant professionnel. Il y est question d'une approche cohérente, orientée 'quartier', de l'habitat, du bien-être et des soins. Il y a, dans toute la Belgique, des centaines d'initiatives qui vont dans ce sens et dans lesquelles une grande diversité d'acteurs sont impliqués. Un certain nombre de ces initiatives sont axées sur le maintien 'à domicile' (logements évolutifs, co-housing, résidences-services innovantes, etc.) ou sur l'adaptation de l'habitat. D'autres veulent créer des quartiers chaleureux et attentifs. Ces initiatives sont centrées sur la cohésion sociale. le renforcement des réseaux, l'empowerment, la réciprocité de l'aide, les 'petits coups de main' et/ou une prestation de services à bas seuil via des fonctions locales d'information, de signalement et de coordination. Il est frappant qu'un certain nombre d'initiatives n'ont pas pour point de départ un contexte d'aide et de soins mais plutôt une approche participative : jardiner ensemble, bouger ensemble, apprendre quelque chose de nouveau (par exemple, comment se servir d'une tablette ou d'un smartphone - y compris comment utiliser les médias sociaux) ou tout simplement se livrer ensemble à une activité agréable dans le voisinage.

Par ailleurs, un certain nombre de modèles et d'accords de collaboration ont été examinés dans cette étude pour une meilleure organisation des soins et du bien-être au niveau local. Les acteurs de terrain plaident très certainement en faveur du passage d'une offre fragmentée et cloisonnée à des formes d'organisation plus horizontales à l'intérieur du voisinage ou du quartier. Une question majeure subsiste cependant, à savoir qui doit assurer la coordination centrale pour créer et soutenir des quartiers chaleureux et attentifs ? La commune, le CPAS, les mutuelles, les organisations prestataires de services dans le secteur de l'aide familiale ou des soins à domicile, de nouveaux acteurs... ? Ce qui est certain, c'est qu'un soutien sera indispensable à partir de plusieurs niveaux.

Pour en savoir plus : https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/ Publications/2017/20170305pp

4. La santé, principal déterminant du bien-être individuel des Belges

Sur une échelle comprise entre 0 et 10, le Belge évalue son bien-être à un peu plus de 7,5 points. C'est ce qui ressort d'une étude publiée par le Bureau fédéral du Plan en juin 2017. Tous les Belges ne sont toutefois pas égaux en la matière. Par rapport à la moyenne, les personnes en incapacité permanente de travail, au chômage, sans diplôme, avec un faible revenu ou vivant seules sont moins satisfaites de leur vie.

Il ressort de l'analyse que la santé, tant mentale que physique, est le principal déterminant du bien-être des Belges. Etre en très mauvais état de santé fait perdre en moyenne plus de 1,6 point de bien-être par rapport aux personnes en bon état de santé.

Si le revenu est un déterminant du bien-être, son impact est relativement limité. En moyenne, multiplier son revenu par deux fait augmenter le bien-être de 0,3 point. A l'inverse, ne pas avoir un revenu suffisant pour pouvoir accéder à un mode de vie considéré comme standard en Belgique fait perdre près de 0,7 point de bien-être.

Avoir un travail compte aussi pour le bien-être des Belges. Ainsi, par rapport à un salarié à temps plein, être en incapacité permanente de travail ou être au chômage font respectivement baisser le bien-être de 0,5 et 0,2 point environ. De même, ne pas avoir de diplôme fait baisser le bien-être des Belges de l'ordre de 0,3 point.

Finalement, être entouré de proches impacte également de manière importante le bien-être des Belges. Ne pas vivre seul, avoir une personne à qui se confier et avoir une personne à qui demander de l'aide font chacun augmenter le bien-être entre 0,2 et 0,3 point.

Pour en savoir plus : http://www.plan.be/press/communique-1677-fr-bien+etre+des+belges+le+revenu+seul+ne+suffit+pas

Sommaire

Editorial 2 Europe Que fait l'Union Européenne pour nos soins de La coopération internationale de la MC 15 Défendre le droit aux soins et à la santé pour tous, de l'international au local ... et inversement L'État Belge 26 La Communauté germanophone : inconnue mais pas mal-aimée! Politique de soins de santé 33 Le Dossier Médical Global Santé mentale 37 Parentalité : de la joie ... à l'épuisement ... Consommation des soins de santé 41 Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH MC en bref 46

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