MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

283

mars 2021

Budget

Un gros travail a été consacré à une proposition de budget permettant de faire évoluer les soins de santé, encore très cloisonnés aujourd'hui, vers un système de soins basés sur des objectifs communs.

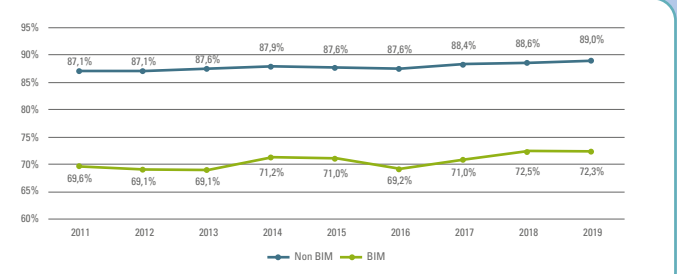
Accord de gouvernement

Sur papier, l'accord de gouvernement est prometteur. Le plus grand défi sera donc de concrétiser toutes ces ambitions dans une législature bousculée par la gestion de la crise sanitaire et ses conséquences sociales et économiques.

Trajet naissance

Le taux de suivi par le gynécologue est très différent selon le statut social de la maman.

Figure 18 : Gynécologues - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman



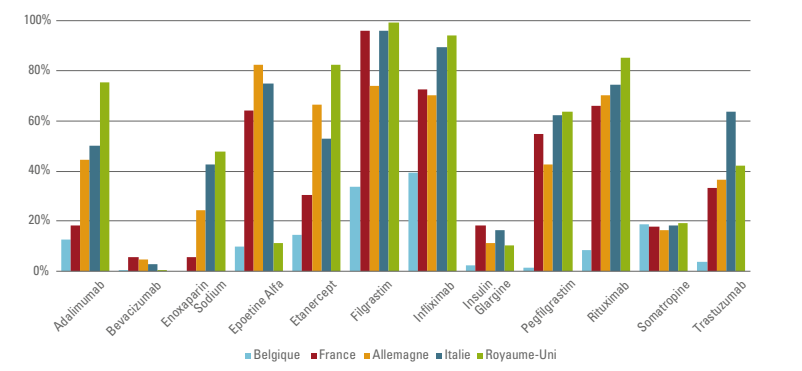
Prévention et promotion de la santé

Malgré leur caractère essentiel, la prévention et la promotion sont sous-financées et dispersée à quasi tous les niveaux de pouvoir. Il est dès lors difficile d'avoir une politique préventive efficace et encore moins un politique préventive visionnaire.

Médicaments biosimilaires

La Belgique est à la traîne dans la prescription des biosimilaires.

Figure 1 : Part de marché des biosimilaires en Belgique par rapport à la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni (Source : Medaxes, données IQVIA du troisième trimestre 2020)



MUTUALITE CHRETIENNE

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

Édito

Un système de santé efficient ?

Partout, on entend que le système de santé belge doit augmenter son efficience. On se demande si les soins de santé sont organisés de manière telle que les investissements qu'on y fait apportent les résultats que l'on souhaite. Mais chercher à répondre à cette question nécessite des critères, des outils, des connaissances afin de quantifier et décrire lesdits investissements et de définir et déterminer des résultats attendus. Qu'est-ce qu'un bon résultat en matière de santé ? Souhaitons-nous une couverture plus large par la première ligne, une augmentation de l'espérance de vie, plus d'équité, plus d'accessibilité, plus d'autonomie ou des soins moins chers ? Efficience est souvent confondue avec réduction des coûts, mais c'est bien l'adéquation entre les coûts et les effets qu'il s'agit d'analyser. L'enjeu de l'efficience est bien plus d'interroger le recouvrement le plus large possible entre les besoins de la société et ce qu'offre le système de santé tel qu'il est organisé.

Notre premier angle d'approche est budgétaire. Chaque année, nous documentons la concertation autour de la réalisation du budget fédéral des soins de santé. Nous y étudions comment les dépenses en matière de soins de santé sont réparties et où les dépenses sont proportionnellement les plus significatives, quelles en sont les évolutions. Cette analyse est également l'occasion de rappeler comment fonctionne la concertation sociale dans le cadre de l'établissement du budget des soins de santé et quels en sont les grands acteurs. La négociation se compose de plusieurs étapes où les différentes parties prenantes peuvent exprimer et tenter de s'accorder sur une vision commune des soins de santé et des politiques à prévoir en la matière. Cette année, avec l'arrivée du nouveau gouvernement et le rehaussement de la norme de croissance à 2,5%, marque une rupture avec les politiques des dernières années durant lesquelles la norme était seulement de 1,5%. Le Comité de l'assurance soutient cette politique budgétaire, y compris dans la gestion de ce budget à partir d'objectifs de santé. Son avis est que cette norme est nécessaire pour faire face aux défis de santé des prochaines années que sont le vieillissement, l'augmentation des coûts liés aux développements technologiques, la réduction des inégalités de santé, l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale, ainsi que de l'accessibilité et l'équité du système de santé. Notre article sur le budget est complété par une analyse des mesures et calculs spécifiques de la crise sanitaire.

Nous évoquions le nouveau gouvernement. Il nous a semblé utile de proposer à nos lecteurs un commentaire critique et pédagogique de l'accord de gouvernement qui va définir les orientations politiques de ce dernier dans les trois prochaines années. Dans ce texte, nous avons voulu dégager les grandes tendances qui auront un impact direct sur notre secteur : réforme des soins de santé, lutte contre la pauvreté et renforcement de la couverture sociale, financement de la sécurité sociale et réforme fiscale, réflexions sur la prochaine réforme de l'État. Sans dévoiler le contenu de l'article, nous avons voulu, avec ce dernier, guider le lecteur à travers les différentes possibles réformes qu'un tel accord va initier ainsi que leur adéquation ou leur opposition avec nos revendications en tant que mutualité qui défend ses membres. Beaucoup de réformes visent l'efficience du système de santé : augmentation de la qualité, travail par objectifs, réforme du système hospitalier, intégration d'une vision large de la santé, y compris pour la prise en charge des malades chroniques, sont autant d'aspects qui auront un impact sur la transformation du système tel que nous le connaissons. Nous resterons vigilants sur les aspects que l'accord ne mentionne que peu comme le renforcement de la première ligne ou la lutte contre la privatisation de la santé.

Notre rôle est également d'étudier les différentes réformes et évolutions des trajets de santé. En 2016, Maggie de Block lançait des projets pilotes pour étudier la réduction de la durée d'hospitalisation en cas d'accouchement. Cette pratique s'est fortement répandue depuis. Nous avons voulu vérifier que ces évolutions n'ont pas un effet délétère sur la qualité des soins. La méthodologie que nous avons choisie est d'observer les trajets de naissance pour voir s'ils ont évolué suite à cette mesure. Les constats que nous dressons sont les suivants : d'une part, il y a une très grande diversité dans les trajets de naissance. D'autre part, si beaucoup de mères sont suivies par un nombre important de prestataires organisés autour du gynécologue, certaines notamment dans les gradients socioéconomiques les plus défavorisés sont (beaucoup) trop peu suivies. Or, comme le rappelle notre étude, en Belgique, la proportion des femmes qui accouchent et qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM) est très importante (12% des accouchements). Nous avons ensuite comparé la consommation de soins des populations BIM et non BIM et les écarts sont partout importants. Notre étude montre que le trajet de naissance en Belgique ne fait pas l'objet d'une coordination ou d'une systématicité (le trajet diffère d'une maman à l'autre). Notre article tente donc en premier lieu de décrire un trajet pour ensuite proposer des recommandations. Elles proviennent du Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) : il s'agit de mettre en place des parcours de suivi prénatal complet mais également des parcours de soins postnataux intégrés. Ces trajets restent à construire ; ils permettront, à notre sens, de combiner efficience du système de santé et qualité et équité des soins.

Nous avons relevé dans ce numéro plusieurs lieux où, soit pour des raisons de gouvernance, soit pour des questions de volonté politique ou déficit de connaissance, le système belge peine à montrer son efficience.

La prévention est presqu'un cas d'école car même son évaluation est rendue difficile tant elle recouvre des compétences éclatées à tous les niveaux de pouvoirs jusqu'à la redondance (je laisse au lecteur le loisir de découvrir dans l'article l'exemple de la mammographie qui est édifiant). Notre article propose d'abord de reformuler une définition cohérente de la prévention afin de pouvoir évaluer concrètement ce que ce champ recouvre, ainsi que sa spécificité face à la promotion de la santé. L'article analyse ensuite comment les compétences liées à la prévention sont dispersées dans presqu'une dizaine de ministères différents. Enfin l'article tente de montrer qui finance quoi, avec quels objectifs et avec quelle vision. Dans une période où l'importance de la prévention et de la promotion ne peut plus faire l'objet d'une remise en cause, il est interpellant de constater qu'il est presqu'impossible d'en avoir une vue d'ensemble et que son financement ne représente que moins de 2% du budget des soins de santé.

Un dernier lieu où nous voulons jeter notre regard critique concerne les médicaments biosimilaires, ces médicaments qui sont produits à partir ou extraits de sources biologiques. Les médicaments biologiques font partie des médicaments innovants, mais, quand leur brevet expire, les variantes commerciales peuvent être remplacées par des variantes génériques moins chères (les biosimilaires) produisant de fortes économies au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé. Force est de constater que, sur ce plan, la Belgique est à la traîne face aux autres pays européens. À partir de l'analyse de différents indicateurs expliquant cette situation de sous-recours aux biosimilaires, notre article propose des recommandations pour augmenter la part de biosimilaire dans la consommation de médicaments biologiques. En général, nous prescrivons peu de biosimilaires, ces prescriptions varient énormément par région et par hôpital en ce compris chez les nouveaux patients (la faible évolution ne s'explique donc pas par la prolongation de traitements déjà prescrits). Ce problème est donc d'abord un problème de choix politique. Des conventions peuvent être conclues avec les parties prenantes afin de modifier les pratiques. Mais d'autres facteurs, externes à la qualité du traitement, entrent également en ligne de compte : l'article révèle notamment la grande dépendance du financement hospitalier aux revenus de la vente de médicaments. La porte d'entrée des biosimilaires est donc un exemple de la codépendance des différentes parties prenantes du système de santé.

Dans ce numéro, nous avons donc voulu proposer au lecteur une analyse qui alimente sa réflexion sur les interactions entre efficience du système de santé et qualité et accessibilité des soins. Notre conviction est qu'un système de santé performant est un système agile qui parvient à se repenser au fur et à mesure de l'évolution des besoins et des choix de la société qu'il soutient. Plusieurs gains d'efficience peuvent être trouvés dans une homogénéisation des trajets de soins intégrés, une plus grande continuité et intégration de la santé préventive et un recours plus systématique aux médicaments génériques. Les politiques de santé doivent combiner l'exigence de performance et la vision d'avenir de la santé centrée sur les besoins des populations.

Nous tenons également à remercier les lecteurs qui ont répondu à notre enquête de satisfaction. Nous utiliserons les résultats pour améliorer le contenu et le format de notre revue et la rendre encore plus attrayante pour vous.

Élise Derroitte
Directrice du Service d'études

Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en œuvre des réformes essentielles

Saskia Mahieu — Service Public Affairs
Louise Lambert — Service d'études

Résumé

Les mutualités prévoyaient de lancer les préparatifs de la procédure budgétaire pour les soins de santé 2021 au début du printemps et s'étaient accordées à ce sujet avec le fonctionnaire-dirigeant de l'INAMI, mais il n'en fut rien. En effet, en mars, la Belgique était confrontée à la première vague de la COVID-19 ; le pays se confinait et le souci de protection collective de la santé publique s'est imposé.

Entre-temps, la formation d'un nouveau gouvernement rencontrait des difficultés. Pour être en mesure de combattre le virus SARS-CoV-2, des pouvoirs spéciaux furent conférés au gouvernement provisoire Wilmès jusqu'au 30 septembre 2020. Dans un certain sens, la pandémie a donné lieu à la formation d'un nouveau gouvernement le 30 septembre 2020, 494 jours après les élections du 26 mai 2019.

La préparation de la proposition de budget du Comité de l'assurance a donc été soumise à de nombreuses incertitudes, tant pour son calcul, en raison de l'impact que pourrait avoir la pandémie sur les dépenses de santé en 2021, que par l'attente d'une décision politique sur la trajectoire de croissance des dépenses en soins de santé. Malgré ces difficultés, un gros travail a été consacré à une proposition de budget permettant de faire évoluer les soins de santé, encore très cloisonnés aujourd'hui, vers un système de soins basés sur des objectifs communs. La proposition de budget a trouvé un large soutien auprès du Comité de l'assurance et correspond en grande partie à la proposition de budget du gouvernement. Le budget qui a été approuvé se caractérise par un investissement appréciable dans les soins de santé, de l'oxygène y sera injecté et on prendra soin de la population, également au niveau de la santé mentale. Diverses initiatives, comme la définition d'objectifs de soins santé, la planification de soins plus efficaces et la préparation d'un budget pluriannuel ont également été annoncées, comme demandé par le Comité de l'assurance et en conformité avec l'accord de gouvernement. Ces travaux formeront la base d'une nouvelle dynamique qui marquera la préparation du budget des soins de santé à partir de 2022 en apportant une autre vision sur les soins de santé futurs.

***Mots-clés** : Budgétisation des soins de santé, budget des soins de santé, nouvelles initiatives, concertation, COVID-19, réformes, politique de soins médico-pharmaceutiques*

1. Une procédure budgétaire particulière

La procédure budgétaire pour le budget des soins de santé de 2021 s'est déroulée tout à fait différemment des autres années, tant sur le plan du contenu, suite à la pandémie de COVID-19, que par rapport au calendrier, en raison de la formation d'un nouveau gouvernement fédéral.

1.1. Impact de la pandémie de COVID-19

La crise de la COVID-19 a débuté en Belgique le 2 février 2020, lorsqu'un Belge revint, contaminé, de la ville chinoise de Wuhan. Il se rétablit en moins de 14 jours, mais une vague de patients infectés par le SARS-CoV-2 allait le suivre. À partir de mars, Sciensano[1] rapportait quotidiennement le nombre de nouvelles infections, d'hospitalisations, personnes en soins intensifs et décès.

Des efforts ont été faits sur le terrain et par les autorités pour faire face à la pandémie. Le 14 mars 2020, les plans d'urgence hospitaliers furent lancés. Simultanément à la préparation des soins aux patients atteints de la COVID-19, tous les examens, consultations et interventions non urgents furent provisoirement suspendus dans tous les hôpitaux. Grâce aux pouvoirs conférés au gouvernement démissionnaire Wilmès, le fonctionnaire-dirigeant de l'INAMI a pu prendre des mesures de manière accélérée à partir du 30 mars 2020 : financement des centres de prélèvement et de triage, élargissement de la capacité de test, financement des soins à distance[2], simplification administrative et assouplissement des procédures, traçage des contacts, etc. Une avance d'un milliard d'euros, qui allait ultérieurement être doublée, fut accordée aux hôpitaux (et aux médecins et autres prestataires de soins en hôpitaux rémunérés par des honoraires) pour couvrir les coûts exceptionnels supplémentaires et pour limiter les manques à gagner (dus par exemple aux activités annulées)[3]. Les mesures de protection de la santé publique furent complétées de mesures politiques relatives à l'incapacité de travail, au chômage temporaire et au soutien aux entreprises et aux organisations non lucratives. En dépit de ces dispositions, de très nombreuses personnes ont subi une perte de revenus et, notamment pour les familles de patients à risque, l'angoisse s'est immiscée dans la vie quotidienne.

Le pays est entré en confinement le 18 mars : tous les magasins non essentiels furent fermés, chacun a dû rester chez soi et éviter au maximum tout contact avec le monde extérieur, à l'exception des membres de sa famille, ou des déplacements au travail. Les visites dans les maisons de repos et les autres institutions de soins furent dorénavant limitées ou interdites pour contrer la propagation du virus. Jusqu'au 4 mai 2020, seuls les déplacements essentiels dans les magasins alimentaires, les pharmacies et les stations d'essence furent autorisés. Le confinement a pesé lourdement sur la population, surtout sur les groupes vulnérables comme les personnes âgées, les familles monoparentales, celles vivant dans un logement exigu, les habitants de grandes villes, etc.

Dans le cadre de la procédure budgétaire s'est posée la question de la durée de la pandémie et de son impact sur les dépenses de santé en 2021. La procédure a été soumise cette année à plus d'incertitudes que précédemment.

1.2. Contexte politique

Le Comité de l'assurance de l'INAMI a l'obligation légale de soumettre au conseil général de l'INAMI une proposition de budget pour le budget des soins de santé de l'année suivante au plus tard le premier lundi d'octobre. En 2020, il s'agissait donc du 5 octobre. Cette proposition de budget est le fruit de la concertation entre les mutualités, les prestataires de soins et les institutions de soins. La loi stipule que le Conseil général approuve le budget des soins de santé le troisième lundi d'octobre, sauf lorsqu'il y a désaccord, le conseil des ministres décidant dans ce cas. Pour parvenir à une proposition de budget, le contexte budgétaire doit naturellement être connu. Le contexte budgétaire est déterminé par chaque nouveau gouvernement dans son accord de gouvernement.

Les pouvoirs octroyés au gouvernement Wilmès pendant 6 mois arrivaient à échéance le 30 septembre 2020 et un gouvernement de plein exercice était nécessaire pour poursuivre la lutte contre le SARS-CoV-2. Le 1er octobre 2020, 494 jours après les élections, le gouvernement Vivaldi (PS, SPA, MR, VLD, Ecolo, Groen et CD&V), représentant 87 sièges sur 150, vit le jour.

La situation socio-économique de notre pays a entre-temps profondément régressé. La pandémie a entraîné un recul de 7,4% de l'économie belge en 2020 et elle ne se rétablira que partiellement en 2021 (Bureau fédéral du Plan, 2020). Des investissements supplémentaires dans les soins de santé sont nécessaires pour pouvoir fournir, outre les soins individuels aux patients, une structure permanente de protection de la santé publique. Quelles dettes la Belgique peut-elle contracter pour insuffler de l'oxygène dans ses soins de santé et son économie et combien d'impôts le citoyen devra-t-il finalement payer pour soutenir cette politique ?

1. Sciensano est une institution fédérale de recherche scientifique qui remplit des missions relatives à la santé publique et animale. Elle décrit l'évolution de l'épidémie et en évalue les conséquences sur la santé de la population belge.
2. Les soins à distance concernent les consultations téléphoniques ou par vidéo destinées à assurer la continuité des soins durant la pandémie de COVID-19.
3. L'ensemble des mesures prises peut être consulté sur le site de l'INAMI : https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/default.aspx

Plusieurs mesures de soutien aux soins de santé ont déjà été votées par le parlement, comme le Fonds Blouses Blanches destiné à s'atteler au manque de personnel soignant tel que les infirmiers, l'accord social visant à rendre le secteur de la santé plus attractif et l'octroi de moyens supplémentaires pour les soins de santé mentale. Combien de ressources le nouveau gouvernement peut-il prévoir en 2021 pour les mettre en œuvre et quel budget sera disponible pour les dépenses à politique constante ?

Les décisions politiques nécessaires pour définir le contexte budgétaire de l'accord de gouvernement sont arrivées relativement tard dans le cadre de la procédure budgétaire, le 30 septembre, ce qui n'a pas laissé suffisamment de temps aux mutualités pour discuter en détail la proposition de budget avec les prestataires de soins. De plus, le nouveau ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Vandenbroucke, a communiqué le 4 octobre au Comité de l'assurance que le gouvernement épargnerait en 2021 150 millions d'euros dans le secteur des spécialités pharmaceutiques et qu'il fallait en tenir compte. Le SPF Santé publique et l'INAMI ont également fait savoir le 6 octobre qu'on ne pourrait pas toucher aux estimations techniques pour les provisions destinées aux montants de rattrapage et aux procédures judiciaires dans le secteur hospitalier. En conséquence, les décisions budgétaires de l'accord de gouvernement ont été intégrées et la proposition du Comité de l'assurance n'a pas prévu de nouvelles politiques, bien qu'elles aient été planifiées.

2. Les estimations techniques et l'objectif budgétaire au 29 juin 2020

L'INAMI a transmis le 29 juin 2020 ses premières estimations techniques[4] aux membres du Comité de l'assurance. Ces estimations techniques comprennent plusieurs informations importantes pour entamer les discussions budgétaires. Premièrement, nous apprenons que les surcoûts liés aux mesures prises pour faire face à la pandémie de COVID-19 (centres de triage, tests PCR, rééducation des patients hospitalisés, etc.) sont repris en dehors de l'objectif budgétaire pour les soins de santé et seront financés via des moyens supplémentaires. En outre, une nouvelle initiative est incluse dans le calcul de l'objectif budgétaire : l'élargissement des soins psychologiques de première ligne pour les moins de 18 ans et les 65 ans et plus (16,7 millions d'euros).

Le mode de calcul de l'objectif budgétaire est fixé par la loi. Il est calculé sur la base de l'objectif budgétaire de l'année précédente, auquel s'ajoutent la norme légale de croissance (1,5% depuis 2015), la masse indicielle basée sur l'indice santé et l'indice pivot ainsi que certaines dépenses spécifiques.

L'objectif budgétaire global 2021 est alors estimé à 28 409 millions d'euros (Tableau 1).

Tableau 1 : Calcul de la norme

Calcul strict de la norme	2021 (in 000 euros)
Objectif budgétaire global 2020	27.975.913
eAttest dentisterie	-25.000
Facturation mensuelle hôpitaux psychiatriques	-36.000
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2020	-697.048
Norme stricte 2020	**26.896.600**
Norme de croissance réelle 1,5%	403.449
Sous-total	**27.300.049**
Indice santé (1,01%)	174.378
Masse indice pivot 2021 (dépassement pivot février 2020 + août 2021)	30.548
Sous-total	**27.504.975**
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2021[5]	821.655
eAttest[6] médecins-spécialistes	44.752
eAttest dentisterie	21.061
Élargissement soins de psychologie de 1ère ligne	16.700
Proposition Objectif budgétaire 2021	**28.409.143**

Comme les dépenses à politique constante sont estimées à 29.153 millions d'euros, le dépassement de l'objectif budgétaire s'élève à 743,681 millions d'euros. Ce dépassement est essentiellement le fait des montants des rattrapages et

4. Dans la procédure d'établissement du budget pour le budget des soins de santé, il est prévu que l'INAMI estime pour le 31 mai les dépenses à politique constante de l'année suivante sur la base des dépenses jusqu'à l'année précédente. La procédure prévoit que l'INAMI réestime ces dépenses pour le 15 septembre sur la base de la même période de référence de minimum trois ans, comprenant aussi les cinq premiers mois de l'année en cours.
5. Il s'agit des art. 111 et suivants (anciennement art. 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur la base desquels l'État rembourse les médicaments, généralement très chers et dont l'effet thérapeutique est encore incertain, afin que ces médicaments puissent être mis à la disposition du patient dans les meilleurs délais. Une partie des dépenses remboursées par les mutualités pour les médicaments article 81/111 est récupérée en fin d'année sous forme de ristournes auprès des firmes pharmaceutiques. C'est le montant des dépenses art. 111/81 qui est récupéré auprès des firmes pharmaceutiques qui apparaît dans le tableau budgétaire (Tableau 1).
6. Cela concerne l'envoi électronique à la mutualité du patient des attestations de soins donnés via la plate-forme MyCareNet dans le cadre du paiement au comptant.

des recours juridiques dans le secteur hospitalier (387 millions d'euros) et de la croissance budgétaire très importante des spécialités pharmaceutiques ; c'est-à-dire 11% de croissance nette[7] et donc bien plus que la norme de croissance globale du budget des soins de santé qui n'est que de 1,5% (les spécialités pharmaceutiques dépassent de 450 millions une croissance de 1,5%).

Encadré 1 : Vision de la politique des soins médico-pharmaceutiques

Nos messages principaux sont les suivants :

1. Les dépenses publiques pour les médicaments dans le cadre des soins de santé ont fortement augmenté ces dernières années. Les causes principales de cette hausse sont les prix élevés des nouveaux médicaments, un usage croissant de thérapies chères (principalement dans les hôpitaux) et les volumes de médicaments prescrits.

2. Pour garder ces dépenses sous contrôle, il est nécessaire d'ajuster le système actuel de remboursement. C'est possible en se centrant sur les réels besoins médicaux des patients et sur les priorités en soins de santé, en optimisant le fonctionnement de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM[8]) de l'INAMI et en responsabilisant davantage le secteur pharmaceutique.

3. Le secteur pharmaceutique est un secteur international par excellence. Il est important de renforcer la collaboration aux niveaux européen et international pour augmenter la transparence sur les coûts réels des médicaments et pour élaborer à plus long terme des modèles économiques alternatifs pour l'industrie pharmaceutique.

4. La consommation de médicaments en Belgique peut être optimisée en stimulant leur utilisation rationnelle et correcte. Concrètement, nous voulons miser sur un examen régulier de la prescription des médicaments par le pharmacien, sur une prescription plus conforme aux directives, sur la prévention et une utilisation plus importante de médicaments bon marché.

3. Les estimations techniques et l'objectif budgétaire au 21 septembre 2020

L'INAMI décide de ne pas tenir compte dans son estimation technique révisée du 21 septembre 2020 d'un impact structurel de la COVID-19 sur le budget des soins de santé. Le surcoût de la protection de la santé publique contre cette épidémie et d'éventuelles futures épidémies n'est pas encore assez clair et le montant auquel il s'élèvera en 2021 est difficile à estimer. D'une part, on peut s'attendre à des coûts supplémentaires à cause des complications entraînées par le report des soins durant le confinement ou à cause des revalidations de longue durée nécessitées par des patients touchés par le SARS-CoV-2. D'autre part, il est également difficile d'évaluer les coûts éventuels en moins en 2021 suite à la pandémie, de nombreuses personnes reportant des soins, en particulier pour des raisons financières. En effet, le pouvoir d'achat a diminué en raison de la diminution brutale de l'activité économique qui a succédé à la pandémie. L'impact de la COVID-19 sera en conséquence suivi séparément via la comptabilité de l'INAMI (voir Encadré 2).

Il n'est pas seulement difficile d'évaluer l'impact de la pandémie sur les dépenses 2021, il est aussi impossible de travailler selon la procédure habituelle. Les cinq premiers mois de 2020 n'ont en effet livré aucun chiffre, dans aucune rubrique, sur lequel on puisse se fier pour évaluer les dépenses de santé de 2021. Ces chiffres ont fortement été teintés par la décision de confinement. Les estimations du 21 septembre se basent donc sur la période 2015-2019.

Dans les estimations techniques de septembre de l'INAMI, les dépenses prévues pour 2021 s'élèvent à 30 milliards d'euros. La différence avec le montant figurant dans les estimations du 29 juin (29.153 millions d'euros) vient du fait que les nouvelles estimations intègrent l'ensemble des nouvelles mesures votées par le parlement ou décidées par le gouvernement (voir Tableau 2).

Ces nouvelles mesures sont financées via des moyens supplémentaires et viennent s'ajouter à l'objectif budgétaire prévu. Elles seront financées, à l'exception du Fonds Blouses Blanches, sur la base des recettes de la TVA et de sources alternatives de financement[10]. Intégrées dans l'objectif

7. Les dépenses nettes ne comprennent pas la partie des dépenses art. 81/111 qui est récupérée en fin d'année sous forme de ristourne par l'INAMI. Les dépenses nettes sont égales aux dépenses pharmaceutiques totales desquelles on enlève les compensations recettes art. 81/111 pour éviter que la forte croissance de ces recettes tire à la hausse le taux de croissance des dépenses des spécialités pharmaceutiques.
8. La CRM, ou Commission de Remboursement des Médicaments, intervient comme organe consultatif auprès du ministre des Affaires sociales en ce qui concerne le remboursement des spécialités pharmaceutiques.
9. Le Fonds Blouses Blanches a été créé le 9 décembre 2019 avec en première instance l'objectif d'augmenter le nombre d'infirmiers (salariés et indépendants). Des moyens furent déjà alloués à ce Fonds en 2019, via le Fonds Maribel social. Le renforcement des équipes mobiles apporte un soutien aux équipes d'hygiène hospitalière, aux hôpitaux eux-mêmes dans la lutte interne pour les patients infectés, mais aussi pour le soutien transmural des maisons de repos par les équipes HOST (hospital covid outbreak support). Les mesures relatives à l'élargissement des soins de santé mentale doivent, au moment de la rédaction de cet article, encore être décidées. L'élargissement concernant la contraception vise un accès financier plus facile aux moyens anticonceptionnels (d'urgence) pour toutes les femmes en dessous de 25 ans. L'accord social pour les secteurs fédéraux des soins est réalisé pour deux ans. En 2021, 250 millions d'euros seront consacrés aux salaires et 100 millions d'euros au financement de l'amélioration de la qualité des conditions de travail. Le premier volet sera doublé en 2022.

Tableau 2 : Aperçu des décisions politiques

Aperçu des décisions parlementaires[9]	Surcoût total de ces décisions sur base annuelle, en millions d'euros
Fonds Blouses Blanches	402
Équipes mobiles des hôpitaux	22
Élargissement des soins de santé mentale	200
Élargissement de la contraception	11,5
Accord social	600
Total	1.235

Encadré 2 : Impact de la COVID-19 sur les dépenses de santé

Sur la base des données fournies à l'INAMI par les mutuelles de santé très rapidement et indépendamment des procédures habituelles, l'INAMI a produit un Monitoring des dépenses COVID-19 (INAMI, 2020) qui fournit une indication de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au cours de la première vague de la crise. L'analyse d'une sélection de codes nomenclature ambulatoire montre par exemple une diminution des dépenses cumulées comptabilisées de juillet 2020 de 4,2% par rapport à juillet 2019. Dans le mois de prestations d'avril, le rapport constate une diminution du nombre de prestations dans tous les secteurs sauf dans celui des praticiens de l'art infirmier et des bandagistes et orthopédistes (médecins -49,9%, dentistes -93,5%, médecins spécialistes -4,7%, kinésithérapeutes -74,1%, opticiens -92,4%, audiciens -50,1%, etc.). Dans les données hospitalières, les dépenses prestées ont diminué de -6% en mars, -29% en avril et de -14% en mai 2020 par rapport aux mêmes mois en 2019.

L'IMA a également fourni une analyse (Agence Intermutualiste, 2021) de l'évolution du nombre d'admissions dans les différents services des hôpitaux généraux entre le 6 janvier 2020 et le 25 octobre 2020, et a comparé ces chiffres aux données hebdomadaires de 2019 à la même période. L'étude montre une baisse de 47% du nombre d'admissions pendant le confinement, de 23% pendant le déconfinement et de 9% pendant les vacances scolaires d'été.

budgétaire, ces nouvelles mesures sont rendues structurelles (une partie de ces mesures est intégrée dans l'objectif budgétaire 2020 et le solde dans l'objectif 2021).

En partant de l'objectif budgétaire global 2020, l'objectif budgétaire 2021 est calculé comme suit (Tableau 3) :

- contrairement aux estimations de juin, les dépenses pour les montants de rattrapage et les recours juridiques dans le Budget des moyens financiers (BMF) sont ajoutées en sus de la norme de façon exogène en raison de leur caractère volatile, ce qui permet de diminuer le dépassement qui était prévu dans les estimations techniques du 29 juin 2020. Les mutualités et les directions d'hôpitaux avaient déjà insisté les années précédentes pour que cette mesure soit appliquée ;
- l'objectif budgétaire 2021 est également corrigé par la différence entre les recettes art. 111/81 estimées dans l'objectif 2021 et les recettes art. 111/81 estimées dans l'objectif budgétaire 2020 ;
- après avoir soustrait ces éléments, on trouve la norme stricte de 2020 (27.033 millions d'euros), à laquelle on rajoute la norme de croissance, l'indexation et le financement des nouvelles mesures ;
- l'objectif budgétaire global équivaut à 29.534 millions d'euros. La croissance nominale de l'objectif budgétaire entre 2020 et 2021 est dès lors de 5,57%.

Les estimations techniques de l'INAMI sont donc supérieures de 539 millions d'euros à l'objectif budgétaire normé (voir Tableau 4). Ce dépassement reste essentiellement attribuable à la croissance budgétaire attendue pour le secteur des spécialités pharmaceutiques pour 2021 (10,7% pour le budget net).

4. Proposition de budget du Comité de l'assurance et du Conseil général

Tandis que s'annonçait la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au cours du mois de septembre, les partis se hâtaient de former un nouveau gouvernement. L'accord de gouvernement du 30 septembre annonçait des investissements considérables dans les soins de santé et des réformes relatives aux objectifs prioritaires de ces soins.

4.1. Budget des soins de santé 2021

Le Comité de l'assurance reprend dans sa proposition de budget la décision du nouveau gouvernement, à savoir « pour l'année 2021, la norme de croissance légale sera déterminée sur la base des estimations techniques de l'INAMI, compte tenu de possibles corrections techniques ». La proposition

10. Les sources alternatives de financement : un pourcentage des recettes de la TVA et d'autres recettes fiscales comme les accises et les impôts sur le revenu des personnes physiques et des sociétés, au lieu de taxes sur le travail.

de budget s'élève à 30.073.560 milliers d'euros (arrondi, 30 milliards d'euros). Ce montant suffit pour faire face aux dépenses attendues à politique constante et pour mettre en œuvre les décisions politiques (voir Tableau 3).

Au-delà de l'objectif budgétaire de 30 milliards d'euros, le gouvernement prévoit des dépenses dans le cadre de la pandémie. À cet effet, un montant provisoire de 411.850 milliers d'euros a été intégré dans la provision interdépartementale[11], mais cette provision ne comprend pas encore toutes les mesures possibles, comme les tests antigènes / le test PCR multiplexe, les mesures spécifiques pour les groupes vulnérables, comme les sans-abris, les personnes non assurées, les toxicomanes… et la vaccination contre la COVID-19.

En même temps, le gouvernement économisera 150 millions en 2021 dans le secteur pharmaceutique en vue d'améliorer l'équilibre budgétaire des autorités fédérales. Cette économie permet de réduire la croissance du budget alloué aux spécialités pharmaceutiques, qui reste tout de même de 7,6% entre 2020 et 2021. Elle se réalisera sur les bases suivantes :

- un ensemble d'économies structurelles qui peuvent être réalisées directement et à court terme. Il s'agit plus concrètement de mesures destinées à favoriser la concurrence pour augmenter la part de médicaments bon marché et pour faire baisser le prix des médicaments anciens. Le gouvernement espère économiser ainsi 62,5 millions d'euros sur base annuelle, dont 48 millions déjà en 2021 ;
- l'élaboration et la mise en œuvre, après concertation, d'une deuxième série de mesures où d'autres acteurs que l'industrie (c'est-à-dire les prescripteurs, les pharmaciens, les hôpitaux, les organismes assureurs) seront impliqués et/ou pour lesquelles des procédures au sein de la CRM seront exigées. Le gouvernement compte sur un revenu de 100 millions d'euros sur base annuelle, dès 2021.

Par ailleurs, le gouvernement va conclure un pacte avec l'industrie pharmaceutique portant entre autres sur l'introduction d'un mécanisme de responsabilisation budgétaire du secteur et sur une répartition équilibrée des efforts d'économie entre les différents segments du marché (ambulatoire, hospitalier), en fonction notamment de leur dynamique de croissance et d'innovation.

4.2. Réformes

Le mémorandum du gouvernement communique que la norme de croissance légale « sera fixée à 2,5% à partir de l'année 2022. En outre, la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume de la demande mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés et à la réduction de la facture du patient ». La nouvelle

Tableau 3 : Calcul de l'objectif budgétaire pour 2021

Calcul strict de la norme	2021 (en 000 euro)
Objectif budgétaire global 2020	27.975.913
eAttest dentisterie	-25.000
Facturation mensuelle hôpitaux psychiatriques	-36.000
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2020	-697.048
Montants de rattrapage / Litiges juridiques BMF 2020	-185.095
Norme stricte 2020	**27.032.770**
Norme de croissance réelle 1,5%	405.492
Sous-total	**27.438.262**
Indice santé (1,01%)	166.608
Masse indice pivot 2021 (dépassement pivot février 2020 + août 2021)	49.169
Sous-total	**27.654.069**
Élargissement soins de psychologie de 1ère ligne	16.700
Solde Fonds Blouses Blanches	34.898
Solde Équipes mobiles hôpitaux	2.550
Solde Santé mentale	131.995
Solde Contraception	7.632
Accord social	350.000
Sous-total	**28.197.814**
Montant compensation recettes totales art. 111/81 – 2021	876.153
eAttest médecins spécialistes	44.752
eAttest dentisterie	21.061
Montants de rattrapage / Litiges juridiques BMF 2021	394.416
Proposition Objectif budgétaire 2021	**29.534.196**

Tableau 4 : Confrontation des estimations techniques avec l'objectif budgétaire de 2021

Estimation 2021 (p2020)	29.846.260
Indexation honoraires	166.608
Indice pivot	60.692
Estimation 2021 (p2021)	30.073.560
OB 2021	29.534.196
Différence avec OB 2021	-539.364

11. La provision interdépartementale est un budget réservé aux événements imprévus.

norme légale de croissance de 2,5% contraste fortement avec la politique de la dernière décennie (voir Encadré 3). La MC est satisfaite de ce pourcentage, pourcentage qu'elle avait elle-même proposé et tâché d'obtenir par divers moyens afin d'éviter des mesures d'austérité et de créer une base de confiance pour mener à bien les réformes nécessaires.

Le Comité de l'assurance est également demandeur de réformes. Le Bureau fédéral du Plan a estimé en 2019 que dans le cadre actuel, une norme de croissance de 2,5% serait nécessaire pour supporter les dépenses croissantes en soins de santé à politique constante (évolutions épidémiologiques, socio-économiques et technologiques) (Bureau fédéral du Plan, 2019, p. 13).

Le Comité de l'assurance propose depuis quelques années une solution reposant sur une vision à long terme, des objectifs de soins de santé et un budget pluriannuel prévisible. Son intention est d'élaborer une vision à long terme pour l'assurance maladie obligatoire et de la traduire en objectifs de soins de santé fixés en vue d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de chaque citoyen et de s'attaquer à l'écart existant en matière de santé entre les personnes ayant un haut niveau et un bas niveau de formation[12]. La nouvelle politique doit être financée pour réaliser ces objectifs de soins de santé. Le budget joue ici un rôle important. Le but est d'établir des plans pluriannuels et d'allouer des ressources sur la base d'un budget pluriannuel. Il est aussi capital d'utiliser l'argent efficacement et de vérifier si les ressources existantes ne pourraient pas être dépensées plus utilement d'une autre manière.

La proposition de budget du Comité de l'assurance et la note de formation sont très proches. Le gouvernement annonce dans sa proposition de budget pour l'assurance maladie obligatoire en 2021, à côté du pacte avec l'industrie pharmaceutique, des objectifs de soins de santé et du budget pluriannuel, les lignes directrices suivantes, qu'on retrouve également dans la note du Comité de l'assurance :

- le financement des hôpitaux sera réformé pour le rendre plus transparent et plus simple ; l'augmentation des suppléments d'honoraires sera régulée et diminuée, et la révision de la nomenclature sera poursuivie ; enfin, le paysage hospitalier sera consolidé sur la base de réseaux ;
- les soins de santé de première ligne seront renforcés ; les acteurs de la première ligne doivent par ailleurs être soutenus dans leur rôle de sentinelles et de coachs de notre système ; le financement doit être davantage axé sur la collaboration, la prévention et l'action ciblée ;
- un nouveau plan d'action sera mis sur pied pour améliorer l'efficacité des soins, avec des mesures pour stimuler les prescriptions rationnelles ou lutter contre la surconsommation ; les ressources qui seront libérées grâce à ces mesures seront réinvesties dans les soins.

Pour nos commentaires concernant la note de formation, on peut se référer à l'article consacré à l'accord de gouvernement dans le présent numéro du MC-informations. Le Comité de l'assurance a introduit sa proposition de budget au Conseil général avec une large majorité des voix. La proposition de budget des soins de santé du gouvernement a été approuvée à l'unanimité par le Conseil général.

Encadré 3 : Impact de 10 ans de privatisation des soins de santé

La norme de croissance légale a évolué de 4,5% entre 2005 et 2012 jusqu'à 2% en 2013, 3% en 2014 et 1,5% de 2015 à 2020. En même temps, de 2012 à 2014, un milliard d'économies est réalisé sous le gouvernement Di Rupo tandis que le financement de nouvelles initiatives est limité à 177 millions. Entre 2015 et 2020, durant le gouvernement Michel, 2,5 milliards d'euros sont économisés dans les soins de santé et 165 millions sont dégagés pour financer de nouvelles initiatives. Pour une partie, les mesures d'économie prises ont amené plus d'efficience dans l'utilisation des ressources (diminution des prix de certains médicaments par exemple). Malheureusement, la majorité des mesures d'économies ont eu un impact direct ou indirect sur l'accessibilité et la qualité des soins, par exemple la diminution du remboursement chez certains spécialistes, une dégradation des conditions de travail des prestataires de soins, etc.

Cette baisse relative du financement public des soins de santé est concomitante à un accroissement du financement privé dans certains secteurs. Plusieurs indicateurs témoignent en effet d'une privatisation du financement des soins de santé : accroissement rapide des encaissements des assurances facultatives, hausse des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisations, déconventionnement dans le chef de certains prestataires, croissance des suppléments d'honoraires en ambulatoires, etc. Les mesures d'économies et la diminution de la croissance des dépenses publiques de santé d'un côté et l'accroissement de la privatisation du financement de l'autre côté ont affaibli notre système de sécurité sociale.

Les organismes assureurs veulent éviter le développement d'une médecine à deux vitesses, ce qui entraînerait de plus grandes inégalités sociales. Ils demandent une politique à long terme qui soutient la collaboration entre les disciplines, les prestataires de soins et les établissements de soins, qui limite les coûts à charge du patient et améliore l'accessibilité du système de santé.

12. Quelques exemples d'objectifs de soins de santé : usage plus généralisé des dossiers médicaux électroniques, meilleure accessibilité financière aux soins dentaires, moins de patients prenant plus de cinq médicaments (pour éviter les effets secondaires), etc.

5. Conclusion

Les mutualités sont satisfaites du choix du gouvernement d'investir avec l'ensemble des acteurs dans les soins de santé, aussi bien du point de vue budgétaire que du contenu. Les réformes prévues dans l'accord de gouvernement, demandées depuis plusieurs années par le Comité de l'assurance, permettront de mieux garantir dans les années à venir des prestations de soins de haute qualité pour chacun et adaptés aux besoins en évolution de la population belge.

La crise sanitaire actuelle nous a rappelé que la santé est vitale pour le bon fonctionnement de notre société et qu'un système de (soins de) santé solide et résilient constitue la base indispensable de notre santé. C'est pourquoi il faut investir non seulement dans des prestations de qualité pour chaque patient, mais également dans une organisation structurelle de la protection de la santé publique. Réduire les inégalités sociales de santé, améliorer la prise en charge de la santé mentale, renforcer la sécurité tarifaire pour les patients, mettre en place un financement plus transparent, plus équitable et plus efficient de l'institution hospitalière et des médecins hospitaliers, consolider le paysage hospitalier sur base des réseaux, mettre en place des modèles de soins davantage intégrés pour les patients chroniques, investir dans la prévention, développer une offre de soins aux personnes âgées financièrement accessible et respectueuse de leurs besoins, plus de mains au service du patient, améliorer les conditions de travail des soignants et leur assurer un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, supprimer les obstacles réglementaires à la coopération… voilà quelques défis prioritaires qui doivent orienter la nouvelle politique de soins de santé et guider les choix en assurance maladie.

La santé doit figurer à l'agenda dans tous les domaines de la politique. Le gouvernement confirme que les objectifs de santé, de même qu'un système de suivi de ces objectifs, doivent être établis en concertation avec les entités fédérées et les acteurs du terrain. Car il ne s'agit pas que d'un simple investissement dans les soins de santé. Il s'agit aussi de bien-être, de responsabilisation, d'enseignement, de logement, d'environnement, d'opportunités d'emploi, de résilience, de participation et de sens.

Les mutualités se battront aussi pour soutenir les réformes nécessaires dans le secteur des soins de santé. Nous espérons pouvoir discuter prochainement avec l'INAMI et la cellule stratégique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique d'une méthodologie qui permettra aux commissions de conventions d'énoncer et de planifier des objectifs en matière de soins de santé pour développer des soins efficaces, dans le cadre d'un budget pluriannuel qui soit prévisible et permette que les dossiers se relayent sur plusieurs années. Nous voulons dorénavant avoir des concertations plus régulières avec les prestataires de soins pour pouvoir suivre l'évolution des activités au cours de l'année et assurer leur efficacité optimale dans le cadre d'un plan d'actions et d'un budget pluriannuels. En ce qui concerne le budget pluriannuel, principalement, un travail législatif considérable sera nécessaire, qui exigera malheureusement du temps. Nous veillerons également à ce que les nouvelles décisions répondent à l'objectif de diminution de l'écart en matière de santé entre les personnes ayant un niveau plus élevé et moins élevé de formation.

Bibliographie

- Agence Intermutualiste (2021) *Statistiques COVID-19 : admissions hôpitaux.* Disponible sur https://aim-ima.be/Impact-de-la-crise-du-coronavirus
- Bureau fédéral du Plan (2019) *Perspectives économiques 2019-2024.* Bruxelles : Bureau fédéral du Plan. Disponible sur https://plan.be/uploaded/documents/201906181138450.FOR_MIDTERM_1924_11923_F.pdf
- Bureau fédéral du Plan (2020) *L'économie belge devrait se contracter de 7,4% en 2020 puis se redresser partiellement en 2021 (6,5%).* Communiqué de presse. Disponible sur https://www.plan.be/uploaded/documents/202009101251340.CP_budget_20200910.pdf
- INAMI (2020) *Monitoring COVID-19 : L'impact de la COVID-19 sur les remboursements des soins de santé.* Bruxelles : INAMI. Disponible sur https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/monitoring_COVID19_update_decembre_2020.pdf

« Pour une Belgique prospère, solidaire et durable » ? Analyse de l'accord de gouvernement fédéral 2020-2024

Frédéric Possemiers – Service Public Affairs

Résumé

Le 30 septembre dernier, la Belgique avait un nouveau gouvernement fédéral. Outre le casting, l'intérêt de la MC fut avant tout le contenu de l'accord. Au-delà du titre prometteur « Pour une Belgique prospère, solidaire et durable », aux accents bleu – rouge – vert, sur quelle vision de société, axes majeurs, défis de transition et de grandes réformes, la classe politique veut-elle nous emmener dans les années futures ? Notre attention s'est naturellement portée sur le chapitre consacré à la santé dont nous vous présentons une analyse détaillée de l'ensemble des intentions et ambitions annoncées. Par ailleurs, nous proposons un regard critique et constructif sur les principales mesures participant de la lutte contre la pauvreté et de l'amélioration de la couverture sociale des Belges. Nous évoquons également les priorités en matière de sécurité sociale et l'annonce d'une réforme fiscale. Parallèlement, difficile de passer sous silence l'intention déclarée d'une nouvelle réforme institutionnelle, a minima, dans le secteur des soins de santé. Enfin, nous refermons cet article par l'exposé des priorités de la MC sous cette législature.

En termes de perception générale, il faut reconnaître, les questions de santé publique et de soins de santé constituent un axe majeur de l'accord. Mieux encore, les orientations proposées nous semblent aller dans le bon sens. Sur papier, l'accord est donc prometteur. Reconnaître la vision plus large de la politique de santé, travailler par objectifs de santé et de soins de santé, réduire les inégalités de santé, augmenter le nombre d'années en bonne santé, déployer une politique ambitieuse en matière de santé mentale, investir dans la prévention, augmenter la qualité des soins et l'expérience/participation du patient, revoir à la hausse la norme de croissance des soins de santé, réformer le financement des hôpitaux, s'attaquer à la révision de la nomenclature, diminuer les suppléments d'honoraires, augmenter notre résilience et mieux réguler notre rapport aux entreprises pharmaceutiques… autant de thématiques enthousiasmantes, car elles répondent in fine à des besoins concrets des citoyens et des patients. Elles nous semblent participer à améliorer, que l'on soit en bonne santé ou malade, la qualité de vie de chacun et chacune.

Le plus grand défi sera donc maintenant de concrétiser toutes ces ambitions dans une législature bousculée par la gestion de la crise sanitaire et ses conséquences sociales et économiques et qui risquent de mettre à mal encore pour un temps notre bien-être individuel et notre capacité à reprendre plaisir à vivre ensemble. Le temps et l'énergie risquent de manquer. Raison pour laquelle, la MC a fait l'exercice de prioriser les principaux chantiers qu'elle souhaite voir aboutir sous cette législature. Nous vous les présentons, en guise de conclusion à cet article.

Mots-clés ***: Accord de gouvernement, santé publique, soins de santé, inégalités sociales, couverture sociale, sécurité sociale, réforme de l'État***

1. Introduction

À l'instar du très connu « *Habemus Papam* », à chaque fois attendu par toute une communauté, plus au nord de l'Europe, en Belgique, en ces premiers jours d'automne 2020, il retentit comme une sorte d'« *Habemus Imperium* ». Le 1er octobre Alexander De Croo a prêté serment comme 1er ministre devant le Roi des Belges. Ce nouveau gouvernement, de plein exercice et majoritaire, met fin à la plus longue crise politique de notre pays : 662 jours ! Un triste record qui en amène un second. Le nombre de partis composant la majorité n'a jamais été aussi important : sept partis ! Autant dire que le texte de l'accord est à nouveau le fruit de *l'art du compromis à la belge*. Mais est-il la seule succession et addition de trophées et totems tantôt rouge, tantôt bleu, tantôt vert, tantôt orange ou présente-t-il un supplément d'âme, d'ambition, une certaine vision de la société belge qui s'apprêtera dans moins de dix ans maintenant à fêter son bicentenaire ? Sans être jésuitique, disons un peu des deux. Quoi qu'il en soit, vu que les principaux objectifs de l'accord ont pour échéance 2026 ou 2030, autant dire que ce gouvernement est celui du « ça passe ou ça casse » pour la Belgique. Certes, la crise sanitaire n'est pas de nature à faciliter la situation, mais elle peut offrir des opportunités pour faire bouger des lignes et poser d'autres regards sur notre société. À la fois pour oser prendre de nouveaux virages (comme la transition écologique), oser travailler autrement (au travers d'un renouveau démocratique) ou pour réaffirmer un certain nombre de fondamentaux (comme la sécurité sociale et la santé). Et ce, dans un contexte légèrement facilité par la levée, la neutralité momentanée, des contraintes financières et budgétaires imposées par l'Union européenne et qui pèsent en temps ordinaire sur les États membres.

Ainsi, sans parler de momentum, nous pensons que cette législature offre un certain nombre de rendez-vous. Nous allons tenter de vous les présenter, singulièrement dans les domaines qui sont au cœur des préoccupations de la MC. Cela dit, comme les chantiers ne manqueront pas, et qu'une fois que le plus gros de la crise sanitaire sera derrière nous, et qu'il pourrait ne rester que deux ans de législature, il nous est apparu important, d'abord au niveau de la MC, ensuite en Collège Intermutualiste National (CIN)[1], d'identifier et prioriser les mesures sur lesquelles nous voulions de réelles avancées d'une part pour les citoyens et patients tant dans le domaine de la santé, que du social et d'autre part pour l'avenir des mutualités d'un point de vue institutionnel et de ses métiers.

Cet article s'articule autour de cinq sections. La première se penchera de manière étendue sur les mesures en matière de (soins de) santé. La deuxième section mettra en avant un certain nombre de mesures sociales ayant un impact sur les ressources, la lutte contre la pauvreté et la couverture sociale. Quant à la troisième, elle analysera les intentions en matière de sécurité sociale et de fiscalité. L'avant-dernière évoquera le chapitre institutionnel relatif à la volonté d'une nouvelle réforme de l'État. Quant à la dernière section, sous forme de conclusion, elle mettra en avant les priorités politiques, la feuille de route fédérale que la MC s'est fixée.

2. Soins de santé

De manière générale, les sources de satisfaction sont nombreuses. Il semble clairement que le gouvernement a pris en considération tant les préoccupations historiques que les grands enseignements liés à la crise sanitaire. Il a dû faire des choix en ne se trompant pas de priorités.

Premièrement, il y a une prise de conscience que nous devons changer notre façon de traiter la santé et les soins de santé afin de rendre nos soins de santé durables pour l'avenir. Cela nécessite des réformes, mais aussi une perspective différente sur la santé. À partir d'une vision large de la santé, et même si le *Health in All Policies* n'est pas encore acquis, ce gouvernement pourrait marquer le début d'un tournant dans la manière d'appréhender la politique de santé, de la piloter voire de la faire vivre sur le terrain (cfr ci-après les différents chantiers).

Deuxièmement, on sent la volonté de mettre davantage le citoyen et le patient au cœur des préoccupations. Investissement dans des objectifs de santé, volonté de réduire les inégalités de santé, investissement dans la prévention et plusieurs déterminants de la santé, attention à la qualité des soins et l'expérience patient, nouvelle politique charpentée en matière de santé mentale, régulation des suppléments d'honoraires et des prix des médicaments, résolution du maximum à facturer (MàF) fédéral avec les entités fédérées, etc.

Troisièmement, on perçoit une attention plus importante aux acteurs et personnels de santé. L'humain n'est pas oublié. Certes déjà grâce à un certain nombre d'accords pris par le parlement et précédant cet accord de gouvernement. Mais les hôpitaux et leur personnel qui occupent une place importante tout comme les acteurs de la 1re ligne, singulièrement les pharmacies et infirmiers souvent oubliés lors de la crise, sont clairement repris et des mesures sont annoncées dans les mois et années à venir.

Enfin, l'investissement dans le secteur est réel. À travers notamment la norme de croissance de 2,5% (à partir de

1. Le Collège Intermutualiste National (CIN) belge est une association de mutualités composée des représentants des cinq Unions nationales de mutualités ainsi que de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de la SNCB.

2022), les acteurs vont pouvoir se projeter plus sereinement, car cela va permettre de couvrir l'évolution des dépenses à politique inchangée et cela va permettre de se concentrer sur la recherche d'une plus grande efficience du modèle/système de soins de santé (en ce compris des économies) pour oser réformer, réorienter certaines priorités, investir dans les objectifs de santé et renforcer l'accessibilité. Le politique se donne les moyens de sa politique. Il semble que la charité émotionnelle qui se traduisait par les applaudissements à 20h a trouvé une réponse institutionnelle et solidaire au sein de la sécurité sociale.

De manière plus précise, voici les dix thèmes de satisfaction et d'attention pour la MC[2].

1) Travailler par objectifs de santé, réduire les inégalités de santé et augmenter le nombre d'années en bonne santé

L'annonce de l'établissement d'objectifs de santé et des soins de santé en concertation avec les entités fédérées et les acteurs de la santé est sans nul doute une avancée majeure pour la MC dans la construction d'une vision partagée par tous et la recherche d'efficience de notre action et de l'utilisation des ressources de la collectivité. Les objectifs annoncés sont ambitieux : réduire d'ici 2030 de minimum 25% les inégalités de santé entre les personnes les plus et moins favorisées en matière d'espérance de vie en bonne santé, de réduire le taux de mortalité évitable de 15%, tout en garantissant une très bonne accessibilité et une bonne couverture. Pour la MC, les questions de gouvernance et de déclinaisons dans chacun des secteurs seront une attention particulière, considérant qu'une partie de la solution est aussi dans des domaines hors champ des soins de santé. Raison pour laquelle la MC en appelle toujours et encore à une approche holistique selon le concept *Health in All Policies* dont le plus grand défi sera sa déclinaison concrète et articulée entre tous les niveaux de pouvoir.

2) La reconnaissance d'une vision large de la santé

Dans la foulée de ce qui précède, la MC se réjouit d'une approche de la santé à partir d'une vision qui ne concerne pas seulement les aspects médicaux de la santé, mais aussi le bien-être, l'éducation à la santé, la résilience, la participation et le sens. L'accent fort mis sur la prévention et plusieurs déterminants de la santé et les publics cibles (comme les malades chroniques) en sont les premiers signes encourageants. Notons ainsi la volonté de créer un environnement sain dans la politique de santé : prévention (dentaire, soins diététiques, santé mentale), lutte contre la pollution, hygiène alimentaire, politique antitabac et contre les dépendances. Gageons toutefois que l'approche et responsabilité collectives seront d'abord privilégiées avant une approche individuelle culpabilisante et sanctionnante. Quoi qu'il en soit, autant de concepts et d'intentions qui, nous l'espérons, pourront se traduire dans les actes après avoir fait l'objet de concertation avec les principales parties prenantes.

3) Politique ambitieuse pour la santé mentale

Une des traductions de cette ambition d'avoir une approche plus large de la santé, un chapitre complet est réservé à la santé mentale. Il faut dire que cela faisait des années que nous attendions des avancées. Il s'en était fallu de peu il y a une dizaine d'années. Mais la 6e réforme de l'État était passée par là. Aujourd'hui, c'est la COVID-19 et ses impacts majeurs sur la santé mentale des citoyens, qui pourraient faire tomber le dernier domino, et nous permettre d'avoir une nouvelle politique en la matière, et ainsi combler un retard substantiel à l'échelle des autres pays de l'Union européenne. Les balises sont ainsi fixées dans l'accord de gouvernement : attention à la proximité, la qualité (attention à la démence) et l'accessibilité financière (puisqu'il est question du remboursement des soins psychologiques fournis par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens). Avec un accent mis tant sur l'ambulatoire (équipes mobiles notamment) qu'en institution. Une réforme de la Loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux est envisagée sur base des nouvelles connaissances en matière de soins de santé et de justice. Et le tout sera co-construit avec les acteurs des entités fédérées, le secteur et les organisations de patients pouvons-nous lire. De notre côté, nous serons volontiers prêts à apporter notre pierre à l'édifice et à assumer nos responsabilités, et ce d'autant qu'il est question de créer une commission de convention au sein de l'INAMI.

4) La qualité des soins et l'expérience du patient davantage au centre des préoccupations

Cela peut paraître une évidence pour tous, mais pour la MC il est toujours utile de rappeler que le patient doit être au centre des préoccupations, et que ce sont bien les besoins et non l'offre qui doivent faire la politique de santé. À cet égard, outre le fait que nous saluons la volonté d'un plan interfédéral enfin ambitieux à l'égard des personnes ayant une maladie chronique, nous saluons également les initiatives pour accroître la transparence concernant la qualité des soins, et la diffusion d'informations publiques à ce sujet même s'il y aura lieu d'être prudent à cet égard. Si une plus grande attention est apportée à l'expérience et la satisfaction des patients, à travers un monitoring et des études, il y aura lieu de rester attentif sur la manière de les rapporter et sur la finalité réelle de ces travaux pour éviter des effets involontaires (comme une stigmatisation) ou indésirables (comme le risque d'instrumentalisation par exemple). À cet égard, nous sommes convaincus que les mutualités peuvent jouer un rôle majeur en raison de leur expérience et expertise en la matière.

2. Au regard de son mémorandum (2018).

5) Recherche de l'efficience (coût/qualité/performance) dans le système de soins de santé

L'accord prévoit une série de mesures visant l'efficience dans plusieurs domaines des soins de santé. La plus attendue est sans nul doute la volonté de monitorer les objectifs de santé. Mais ce qui était moins attendu, c'est la création d'une nouvelle Autorité Data Health. Il s'agirait d'un point de contact unique pour les données de santé qui viendrait en appui à la préparation de politiques pour des soins de santé de qualité et efficace. Elle serait donc chargée du développement et de la mise en œuvre d'une stratégie, que l'on peut imaginer, on l'espère, en lien avec les objectifs de santé.

Pour la MC, c'est un dossier central dans l'évolution du paysage institutionnel de la santé au niveau fédéral. Car outre les questions autour de la gestion centralisée de données et du nécessaire maintien du respect de la vie privée, se pose aussi la question de la gouvernance : quelle en sera l'articulation avec les autres grands acteurs présents ? Et surtout quelle articulation avec un Institut du Futur en soins de santé, dont l'accord de gouvernement annonce l'arrivée dans le cadre des réformes institutionnelles ? « En appui à la Conférence interministérielle de la santé publique », cet Institut serait chargé de garantir et « apporter des réponses concertées aux grands défis en matière de santé », dont singulièrement « formuler une vision commune et prospective et de définir une politique de santé durable » (Accord de gouvernement, 2020, p. 82).

6) Norme de croissance de 2,5% du budget des soins de santé

Après des années sombres, nous amenant à devoir trouver des accords médico-mutualistes toujours plus complexes à négocier, l'horizon s'éclaircit tant à court terme qu'à moyen terme, laissant entrevoir la capacité au secteur de se projeter dans le futur, au-delà de 12 mois. À court terme, une enveloppe complémentaire de 1,2 milliard d'euros a été intégrée au budget des soins de santé en 2021 (400 millions d'euros pour le Fonds Blouses Blanches pour la création d'emplois, améliorer des conditions de travail et la formation du personnel infirmier + 600 millions d'euros pour l'accord social non marchand[3] + 200 millions d'euros pour les soins de santé mentale). Dans le même temps, le gouvernement a prévu une ligne budgétaire distincte en dehors de l'objectif budgétaire afin de prendre rapidement des mesures dans le cadre de la pandémie de COVID-19 et de faire face aux éventuels coûts supplémentaires associés.

À partir de 2022, la norme de croissance de 2,5% est appliquée. Une norme pour financer l'effet de volume de la demande, pour soutenir de nouvelles initiatives de soins qui contribuent à la réalisation des objectifs de santé, et pour réduire la facture du patient. Fait nouveau : la norme de croissance ne sera plus uniquement divisée et assignée aux différents objectifs partiels dès le départ, mais, après consultation médico-sociale, des choix spécifiques seront faits, des accents donnés (par exemple, l'extension de la couverture sociale assurée, l'amélioration de l'accessibilité, le renforcement de la première ligne, l'amélioration de la qualité, l'introduction de l'innovation au service du patient, la « gestion du changement », la promotion des soins intégrés). On garde donc une approche en silo, mais dédoublée par une approche transversale. Et pour certains secteurs, dont les médicaments, les hôpitaux, les soins de santé mentale notamment, le gouvernement souhaite une trajectoire budgétaire stable et pluriannuelle.

Autant de mesures qui, du point de vue de la MC, vont dans le bon sens, car ils permettent de sortir de la seule approche court terme en silo et d'ouvrir des perspectives à moyen terme qui génèrent davantage de confiance dans le fait d'oser des évolutions plus ambitieuses. Certes, cela va nécessiter d'adapter le processus de préparation du budget au regard de ces objectifs, mais cela va aussi permettre aux mutualités par exemple, d'être davantage encore représentant, porte-voix, des besoins et intérêts des patients.

7) La poursuite des réformes dans le domaine hospitalier et la régulation des suppléments d'honoraires

Attendu par la MC, tout comme le point suivant relatif aux médicaments, ce chapitre offre lui aussi des sources de satisfaction. Mais ce n'est pas pour autant gagné. Au contraire, tout reste à faire. Et comme tout est dans tout dans ce domaine[4], il risque de n'y avoir d'accord sur rien tant qu'il n'y aura pas d'accord sur tout. Mais ici aussi, la crise que nous traversons a mis en lumière les limites du financement actuel des hôpitaux qui repose en grande partie sur la « surconsommation » de soins. Au programme donc : réforme et simplification du financement des hôpitaux, dans un contexte de poursuite de la mise en route des réseaux hospitaliers[5] et de budget pluriannuel, mais aussi de poursuite de la recomposition du paysage de l'offre par la centralisation de l'expertise autour de soins complexes et rares.

En parallèle et lame de fond, le gouvernement s'attaquera à l'examen des honoraires et « la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée. Il faudra éviter, autant que possible, un glissement des activités vers des structures ambulatoires » (Accord de gouvernement,

3. Qui vise à appliquer l'IF-IC, c'est-à-dire l'adaptation et le relèvement des barèmes pour tout le personnel salarié hospitalier. https://www.if-ic.org
4. Le problème du financement des hôpitaux est avant tout lié au problème des suppléments d'honoraires demandés aux patients et au maintien du financement à l'acte, plutôt qu'au problème des forfaits (qui génèrent une surconsommation de soins). Les forfaits sont eux-mêmes liés aux problèmes de la nomenclature et des honoraires des médecins.
5. Mesure décidée sous la précédente législature. https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx

2020, p. 17) pour renforcer l'accès aux soins à tous les patients. Certes, il s'agit là d'une avancée, mais elle reste insuffisante à nos yeux : la suppression des suppléments doit rester l'objectif à terme. Enfin, et nous savons que c'est une partie du problème, et donc de la solution, la redéfinition de la nomenclature sera mise sur la table tout en ayant en tête la volonté d'augmenter le financement forfaitaire de trajets de soins. Espérons que la gestion de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19 n'accapare pas tout l'agenda, ressources, énergie et créativité et que tout ce travail se fera en bonne intelligence entre prestataires, gestionnaires, organismes assureurs et autres stakeholders.

Par ailleurs, d'autres mesures viendront apporter leur lot de changement comme la réforme de l'aide médicale urgente afin de conduire le patient davantage vers l'hôpital le plus adapté et pas nécessairement le plus proche. Enfin, en concertation avec les entités fédérées, l'accord de gouvernement prévoit la conversion de lits hospitaliers dans des structures intermédiaires et le renforcement des soins ambulatoires. Autant de dossiers qui feront couler beaucoup d'encre, mais auxquels la MC accordera une attention toute particulière tant ils portent sur le renforcement de l'accessibilité et la qualité des soins pour les patients que sur la transparence dans l'utilisation des ressources, la soutenabilité financière pour les gestionnaires et sur la solidarité nécessaire entre prestataires.

8) La régulation, avec réforme, du marché des médicaments et du rapport aux firmes pharmaceutiques

Outre le coup d'accélérateur que va connaître le secteur de la santé mentale, grâce ou plutôt à cause de la COVID-19, il en est un autre qui a été mis sous le feu des projecteurs et qui devrait donc connaître de nouvelles évolutions substantielles, entendez le secteur pharmaceutique, avec qui le gouvernement devrait conclure un nouveau Pacte. Outre l'innovation, l'accessibilité, les pénuries et la déontologie, le pacte « visera la responsabilité budgétaire du secteur pour que les patients puissent en bénéficier au maximum » (Accord de gouvernement, 2020, p. 18). Plus fondamentalement pour la MC, il s'agit surtout du fait que le financement de la forte croissance du secteur ne se fasse pas au détriment de tous les autres secteurs comme c'est actuellement le cas. Par ailleurs, afin de continuer à garantir l'accès à des médicaments précieux et innovants, le processus de remboursement, le mécanisme de fixation des prix, le fonctionnement et la transparence autour de ces accords devraient être réformés en profondeur.

Marqué par la crise, le gouvernement va encore plus loin en annonçant la création d'une nouvelle plateforme de concertation R&D Biopharma avec les représentants des principaux investisseurs pharmaceutiques (HST) et l'industrie de la biotechnologie et des sciences du vivant. Plus encore, le gouvernement aspire au rapatriement du développement et la production de médicaments stratégiques et de principes actifs en Belgique afin de réduire notre dépendance vis-à-vis de pays tiers. Bref, faire de la Belgique, une véritable « *health and biotech valley* » dans laquelle la R&D, les essais cliniques et la production dans notre pays sont stimulés.

Si la MC soutient bien évidemment les orientations fortes exprimées, nous pouvons regretter le manque d'ambitions chiffrées pour responsabiliser le secteur de l'industrie pharmaceutique et limiter leur croissance annuelle dans les dépenses de soins de santé. Ce dossier est une clé de voûte importante dans la gestion du budget des soins de santé. Pour rappel, sur les cinq dernières années (2015-2020), le dérapage budgétaire avoisine 1,3 milliard d'euros, ramené à environ 800 millions d'euros après application du mécanisme de responsabilité financière du secteur.

Parallèlement la MC veillera à ce que le gouvernement n'oublie pas, dans un enjeu de santé publique, à œuvrer à la réduction de l'utilisation des antibiotiques, des antidépresseurs et des médicaments pour les problèmes de sécrétion d'acide gastrique notamment, en prenant des mesures ayant un impact sur les comportements des prescripteurs.

9) L'attention au personnel et la 1re ligne de soins

Enfin, pour la MC, il ne peut y avoir de politique de santé sans que le personnel ne soit reconnu à sa juste valeur. Ici aussi, on sent le sursaut du gouvernement. Outre la revalorisation déjà mentionnée supra (Fonds Blouses Blanches et accord social non marchand) et le renforcement des soins de 1re ligne, dans leur rôle de gardien et de coach du système, l'accord prévoit que la révision de la législation sur les professions des soins de santé (loi de 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) soit poursuivie et modernisée. Les actes seront confiés aux prestataires de soins de santé qui peuvent les exercer de la manière la plus efficace et de la plus qualitative possible. Par ailleurs, avec les entités fédérées, le gouvernement examinera « comment intégrer le stage contractuel dans la formation d'infirmier pour avoir accès à la profession d'infirmier » (Accord de gouvernement, 2020, p. 19). Il s'agit d'un élément important en matière d'attractivité de la formation.

Bémol cependant pour la MC. De manière générale, il y a peu de mesures concrètes. Quant au secteur et métiers des soins à domicile, ils sont à peine nommés alors qu'ils jouent un rôle majeur dans le dispositif de 1re ligne de soins. Quant aux pharmaciens pour lesquels, certes on poursuit les réflexions sur leur futur rôle, notamment leur rôle d'observance et de prévention, c'est à peu près tout ce qu'on en dit. Enfin l'accord ne parle pas de la relation et fidélisation chez un médecin généraliste, d'échelonnement des soins et d'un financement qui soutient la coordination et l'interdisciplinarité.

10) La volonté de sortir de la problématique des quotas pour les effectifs médicaux

Last but not least, la volonté est clairement exprimée de résoudre la problématique des quotas d'étudiants en

médecine pouvant prétendre à un numéro INAMI (dossier mieux connu sous le vocable médiatique « numerus clausus »). En consultation avec les entités fédérées, une évaluation sera menée rapidement afin de tenir compte des besoins intégrant les offres de soins, les caractéristiques des populations et des territoires, tout en prévoyant un mécanisme de responsabilisation en cas de non-respect des quotas fédéraux. Les quotas fédéraux et les sous-quotas des entités fédérées seront alignés, en tenant compte également des spécialités qui posent problème. On sent tout l'équilibre qu'il y a dans les formulations, mais nous sentons aussi la volonté de prendre en considération les réalités et besoins de l'autre. En cela, c'est déjà une avancée substantielle qu'il faut reconnaître. À cette fin, le gouvernement prévoit de créer un organe consultatif interfédéral pour formuler des avis à l'attention des ministres fédéraux et des ministres des entités fédérées compétents.

En conclusion, nous pouvons dire qu'en matière de politique de santé, le présent accord de gouvernement est, sur papier, globalement en rupture avec ce que l'on a connu ces dernières années (en termes d'investissement, d'objectifs de santé, de respect des interlocuteurs sociaux, de concertation renforcée avec les entités fédérées et d'ambition dans certains domaines), nous ne pouvons que nous en réjouir. Reste maintenant à concrétiser ! Car il s'attèle à faire bouger les lignes sur de très gros et nombreux dossiers et avec le souci de vouloir travailler avec toutes les parties prenantes. Ce dont en soi la MC ne peut que se féliciter. Mais à côté des dossiers historiques majeurs comme la réforme des hôpitaux ou la régulation des médicaments, il ne faudra pas en oublier des plus petits qui ont aussi un impact sur les patients dans leur quotidien.

En effet, d'une part l'accord met peu en avant des mesures pour lutter contre la privatisation et la commercialisation des soins. Or, en matière de soins dentaires, de médicaments, de matériel médical, auditif, lunettes, etc., le coût à charge des patients reste à ce jour trop élevé. Alors certes, il y a la volonté d'agir sur le taux de conventionnement ou sur la régulation des médicaments et des suppléments d'honoraires (surtout en milieu hospitalier même si c'est une réalité que nous connaissons aussi en ambulatoire), mais nous craignons déjà que le temps manque (tant la gestion de la crise mobilise l'agenda et les acteurs) et que ce soit insuffisant. D'autre part, comme déjà effleuré à travers la revalorisation des métiers, l'accord de gouvernement reste léger sur le renforcement de la 1re ligne. C'est malheureusement un peu à l'instar de ce que nous avons pu observer lors de la gestion des deux vagues successives de la crise. Or nous avons besoin d'une 1re ligne forte, bien interconnectée, et d'un renforcement du virage ambulatoire notamment pour faire face aux défis du vieillissement et de la chronicisation des maladies.

Enfin, la création d'une série de nouveaux lieux (Conseil Consultatif Interfédéral, Institut du Futur, espace de coordination, nouvelle agence des données de santé, etc.) en dehors des organes déjà institués est à l'ordre du jour. Sans remettre en question leur légitimité et plus-value, il y aura un enjeu d'articulation avec l'existant, de définition des missions et donc de composition de ces lieux. Plus fondamentalement, à travers l'évolution programmée du paysage institutionnel fédéral dans le domaine de la santé, risque de se poser la délicate question de l'équilibre entre la dynamique régalienne et la dynamique de cogestion et de gestion paritaire que nous espérons voir renforcer convaincus de la force du dialogue et plus-values d'accords conclus entre tous les acteurs, singulièrement entre les prestataires de soins et les mutualités.

3. Ressources : lutte contre la pauvreté et renforcement de la couverture sociale

Déjà avant la crise, nous avions tiré la sonnette d'alarme sur un certain nombre de dérives dans le domaine de l'économie de marché et de manquements dans le domaine social. La crise n'a donc fait qu'exacerber ce qui nous semblait déjà « à risque » et peu soutenable, pour ne pas dire viable pour un certain nombre de citoyens.

Bon nombre de nos croyances sont remises en question. La crise nous rappelle notre fragilité d'être humain et le caractère surnaturel des lois économiques et financières qui ne peuvent rien face aux lois naturelles. Cela sonne comme une mise en garde. Un rappel. Il y avait une tendance à réduire la couverture de la protection sociale ces dernières années. Or la crise provoquée par la pandémie de COVID-19 nous a montré toute l'importance de la sécurité sociale pour y faire face et protéger des milliers de personnes du risque de pauvreté. Il est donc souhaitable de lui redonner une importance et d'investir dedans. Parallèlement, il est temps de changer notre fusil d'épaule. De repenser notre modèle de vivre ensemble, de ce qui est essentiel. D'en appeler à une alliance sociale santé environnement pour porter la transition écologique et assurer une meilleure qualité de vie pour chacun et chacune.

En attendant, à très court terme, toute la population aspire à un retour du mieux-être pour chacun et chacune. Les citoyens et les acteurs ont besoin d'être rassurés et de reprendre confiance pour voir plus sereinement l'avenir. Aujourd'hui, beaucoup, trop, sont en mode « survie ». Pour la MC, il était donc de la responsabilité des autorités et des acteurs de la société civile de créer les conditions pour offrir et garantir un minimum de dignité à chacun et chacune. C'est donc moins d'un État social actif, au sens individuellement responsabilisant et sanctionnant, dont nous avons besoin aujourd'hui que d'un État social accompagnant, au sens d'être aux côtés de, prendre soin, remettre par debout, et qui garantit des conditions d'existence, pour que chacun puisse subvenir à ses besoins. Ce que la MC attend c'est la capacité à la collectivité, au gouvernement, d'offrir une place pour chacun dans notre société.

Et ça commence plutôt mal : il n'y a plus l'intention de relever les minimas sociaux au-dessus du seuil de pauvreté, mais de les relever *en direction* du seuil de pauvreté. C'est insuffisant pour la MC. Dans l'accord du Gouvernement Michel, l'ambition était d'ailleurs plus claire : « Le gouvernement portera progressivement les prestations minimales de sécurité sociale et l'aide sociale au niveau du seuil de pauvreté européen » (Accord de gouvernement, 2014, p. 48). Cela dit, le précédent gouvernement n'a pas pour autant honoré cet engagement.

Toutefois, plusieurs autres mesures vont dans le sens des propositions MC formulées dans son mémorandum (2018) ou dans les enseignements et priorités que nous formulions au lendemain de la 1re vague de la crise. Ainsi, à l'égard des personnes en situation de pauvreté chronicisées et bénéficiant des mécanismes d'assistance, nous soulignons qu'une attention spécifique sera accordée à la pauvreté énergétique, aux dettes privées, aux dettes de santé, à la pauvreté infantile et aux familles monoparentales. Notons toutefois le manque de l'identification concrète de l'ensemble de pistes et mesures dédicacées ! Par ailleurs des mesures seront prises afin de faciliter l'accès de personnes dans la pauvreté à l'aide psychologique. Enfin des incitants seront revus pour encourager les CPAS à fournir un soutien financier supplémentaire pour les ménages aux revenus insuffisants, qu'il s'agisse d'un revenu, de l'aide sociale, des prestations ou du travail, mais moyennant le fait d'une participation à un processus d'activation sur mesure.

Autres sources de satisfaction ? D'abord, en matière du maximum à facturer au patient (MaF), le gouvernement souhaite résoudre le problème avec les entités fédérées afin que les prestations régionales soient comptabilisées dans le compteur MàF fédéral. Ensuite, en matière d'automatisation des droits, le gouvernement mettra fin autant que possible au non-recours aux droits et poursuivra ses efforts pour automatiser la jouissance des droits sociaux (notamment pour les personnes BIM). Espérons que cela puisse dans les faits se concrétiser notamment autour de la question des BIM revenus, chère à la MC.

En matière de prestations sociales, notons plusieurs grandes intentions (dont les deux premières se sont déjà traduites partiellement dans les faits depuis ce premier janvier 2021) :

- prolonger graduellement le congé de naissance, pour passer de 10 à 20 jours ;
- introduire un montant minimum d'indemnités en cas d'incapacité de travail dès le 2e mois : ce passage du septième mois au deuxième mois d'incapacité de travail est motivé par le fait que les travailleurs à bas salaire puissent aussi prétendre à une protection valable de leurs revenus en cas de maladie et que c'est aussi le cas dans la branche chômage ;
- réintégrer les personnes en incapacité de travail en aidant les employeurs et les travailleurs à mettre en place des conditions de travail plus faisables, en concertation avec les partenaires sociaux. La mobilisation d'abord (et non la seule responsabilisation prônée par le gouvernement, qui sous-entend le renforcement de l'État social actif) de l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les employeurs, les employés et les médecins (médecin généraliste, médecin du travail, médecin-conseil) est à cet égard d'une grande importance, tant en termes de prévention que de réintégration ;
- relever progressivement la pension minimum (carrière complète et incomplète) vers 1.500 euros nets pour une carrière complète (réduits au prorata de l'écart entre la carrière et 45 années, en cas de carrière incomplète). Sur ce point, la presse a déjà fait couler beaucoup d'encre. De notre point de vue, le relèvement annoncé pour une carrière complète (donc 45 ans) à 1.500 euros net ne semble pas acquis. Pour la MC, il aurait été préférable de fixer un montant au regard du seuil de pauvreté ou pourcentage de progression par exemple, plutôt qu'un montant fixe qui peut rapidement se révéler obsolète. Rappelons en plus que seuls 23,9% des salariés ont une carrière complète et que les femmes, qui connaissent des carrières plus fragmentées et moins longues bénéficieront nettement moins de la mesure. Notons, enfin, que dans le cadre de la réforme des pensions, le gouvernement entend ajouter une condition d'emploi effectif dans le calcul de la durée de carrière. Entre les lignes, il n'est pas exclu d'y déceler la volonté de ne plus assimiler des périodes de non-emploi dans le calcul, ce qui désavantagerait particulièrement les femmes.

Enfin, parmi les mesures, notons qu'une attention particulière sera accordée aux personnes actives de manière structurelle dans l'économie de plateforme afin de leur offrir de bonnes conditions de travail et une meilleure protection sociale. Il conviendra de lutter contre le phénomène des faux indépendants et des faux salariés. À cet effet, en collaboration avec les partenaires sociaux et les secteurs concernés, la loi sur la nature des relations de travail sera évaluée et, au besoin, adaptée.

4. Financement de la sécurité sociale et réforme fiscale

La crise sanitaire a révélé l'importance des différentes branches et prestations de la sécurité sociale à la fois comme amortisseur et comme condition/facteur important de relance de l'ensemble des activités du monde (non) marchand. Mais la crise a malheureusement aussi mis en exergue ses limites, notamment liées à son financement. Un financement déjà mis sous haute pression avant la crise et dont 2020 devait être une année charnière.

Aussi, pour la MC, l'enjeu consistait aujourd'hui à transformer les applaudissements du 20h, forme de soutien émotionnel collectif, en solidarité interpersonnelle institutionnalisée, par un refinancement structurel et solide de la sécurité sociale. Un (re)financement qui d'une part doit mobiliser tous les régimes à

l'effort (fonction publique, indépendants et salariés), et d'autre part ne doit pas se concevoir comme un *one shot*, par temps de crise, mais se penser et s'inscrire dans un temps long pour (re) mettre recettes et contributions à l'équilibre.

Nous sommes donc, aujourd'hui, dans un momentum pour qu'une large majorité d'acteurs (les citoyens, les employeurs, les politiques) changent de paradigme et voient le financement de la sécurité sociale, et la cotisation sociale tant du travailleur que de l'employeur, comme un investissement et non plus comme une charge !

Partant de cette posture, la MC attendait avec intérêt ce chapitre.

4.1. Deux grandes réformes annoncées

De manière générale, deux grandes ambitions sont annoncées qui, dans les principes, sont de nature à rencontrer nos attentes. En matière de sécurité sociale d'abord. L'objectif affirmé est sa modernisation en profondeur, en collaboration avec les partenaires sociaux. La Déclaration des Partenaires sociaux à l'occasion des 75 ans de la sécurité sociale en sera le point de départ. Et les balises sont reprises sous forme d'une juxtaposition de mots clés dans l'accord : « une sécurité sociale orientée vers l'avenir ; pérenne ; culture du monitoring/évaluation ; forte et efficace ; marché travail inclusif, économie innovante et durable ; gouvernance et gestion paritaire» (Accord de gouvernement, 2020, p. 20). Par ailleurs les statuts des salariés, des indépendants et des fonctionnaires doivent converger dans le respect des droits acquis. Le gouvernement fera une proposition à cet effet d'ici la fin de 2021.

En matière fiscale ensuite. Le gouvernement préparera une large réforme fiscale afin de moderniser, simplifier et rendre le système fiscal plus équitable et plus neutre. De cette manière, cette réforme répondra aux engagements du gouvernement repris dans le présent accord gouvernemental. Tels que : « l'augmentation du taux d'emploi ; le soutien aux ambitions climatiques ; l'encouragement de l'entrepreneuriat ; la stimulation des investissements ; la lutte contre la pauvreté ; le soutien à la famille ; rencontrer des objectifs climatiques et environnementaux » (Accord de gouvernement, 2020, p. 51).

4.2. Des avancées en matière de financement ?

À cet égard, la MC avait formulé quelques grandes attentes. L'impression générale qui domine est que l'on reste malgré tout dans une forme de continuité du précédent gouvernement : augmentation de la fiscalité dans le financement de la sécurité sociale au détriment des cotisations sociales. On ne revient pas sur le tax shift par exemple, ni sur sa compensation. Cela dit, il y a des intentions et avancées exprimées. Pour les apprécier, nous vous proposons de les confronter à nos quatre principales revendications en la matière.

4.2.1. Assurer les dotations de base et d'équilibre

Pour la MC, prioritairement, il était question de revoir la loi de financement de la sécurité sociale pour augmenter la dotation de base et pérenniser structurellement l'octroi de la dotation d'équilibre, et ce de manière non conditionnée à des critères externes de bonne gestion de la sécurité sociale.

À notre grande satisfaction, nous pouvons lire dans l'accord que « les dotations d'équilibre aux régimes de sécurité sociale seront renouvelées pour une durée indéterminée dans la loi portant réforme du financement de la sécurité sociale » (Accord de gouvernement, 2020, p. 20). Et dans les faits, c'est fait ! La dotation d'équilibre est renouvelée pour une durée indéterminée. Et elle a été augmentée de plus de 7 milliards d'euros en 2020 pour compenser les effets de la crise liée à la pandémie de COVID-19. C'est la plus grande avancée pour le financement de la sécurité sociale dont la MC se réjouit. Seul bémol : les notions de conditions et de responsabilités qui posaient problème sont maintenues.

4.2.2. Oser progressivement à nouveau une hausse généralisée des salaires bruts

La Belgique a résorbé son handicap salarial sur les pays voisins. Par ailleurs, la part salariale ne cesse de diminuer. Notre pays a dorénavant un avantage compétitif au niveau des coûts salariaux et présente un taux de productivité supérieur à ses voisins. Le problème de compétitivité, contrairement à l'idée répandue, aujourd'hui, n'est donc pas spécialement lié au salaire. Aussi, la MC préconisait d'une part de revoir la loi de 1996 relative à la norme salariale pour laisser les partenaires sociaux à nouveau négocier des augmentations salariales brutes. Sans toucher aux taux de cotisations, cela renforcerait la part des cotisations dans le financement global. Mais pas une ligne dans l'accord de gouvernement.

4.2.3. Augmenter le taux d'emploi et l'emploi de qualité pour augmenter les recettes de cotisations sociales

La MC souhaitait trois choses : d'abord, réguler légalement les rémunérations non salariales, notamment les avantages extra-légaux et plan cafétéria, qui sont en constante augmentation alors que le brut stagne. Cette régularisation devrait viser à limiter ces rémunérations et en stopper la détaxation afin d'assurer une part contributive au financement de la sécurité sociale. Ensuite, la MC souhaitait lutter contre la précarisation de l'emploi, le recours aux faux indépendants, les jobs atypiques (économie de plateforme) pour les faire bénéficier et contribuer à la sécurité sociale et enfin stopper les réductions de cotisations. Ceci pourrait permettre à son tour un glissement vers des réductions des cotisations pour les bas salaires.

Dans l'accord, c'est plutôt léger et indirect comme mesure : « en ce qui concerne l'impôt des personnes physiques, le gouvernement s'efforcera de simplifier les choses en supprimant progressivement et autant que possible les

déductions, les réductions d'impôt et les régimes d'exception y compris la mise en place d'un glissement progressif des rémunérations alternatives vers des rémunérations en euro » (Accord de gouvernement, 2020, p. 52). Si dans la première partie de l'intention, cela porte bien sur des mesures fiscales qui, de notre point de vue, vont dans le bon sens, il n'est pas question d'une dynamique similaire dans le champ des cotisations sociales. Un élément inquiétant est le sort qui serait réservé aux avantages extralégaux. Le gouvernement parle de convertir les rémunérations extralégales en euro. Un point d'attention est le traitement (para)fiscal qui sera réservé à ces rémunérations en euro. S'il est plus avantageux que du salaire brut, cela consacre un traitement différent pour du cash (une partie qui serait soumise au brut et une autre à des cotisations/IPP moindre). Cela crée une possibilité inquiétante de convertir du salaire brut en rémunérations en euro qui échapperait au financement de la sécurité sociale.

Enfin certaines mesures pour refinancer la sécurité sociale nous semblent moyennement crédibles : le gouvernement table sur une création d'emploi (taux d'emploi à 80%) ce qui semble peu probable vu le contexte dans lequel nous sommes. Et les effets retours sur la lutte contre la fraude sociale et le dumping social semblent eux aussi trop optimistes.

4.2.4. Élargir la base fiscale pour faire contribuer ce qui produit de la richesse et qui échappe à la participation collective

Ici aussi la position de la MC en la matière se voulait ambitieuse, mais réaliste autour de quatre mesures : prévoir une taxation sur les revenus de la fortune, instaurer une taxation sur les transactions financières qui échappent à l'économie réelle, lever une taxe digitale sur les activités numériques des GAFA (Google, Apple, Facebook et Amazon) et autres géants du web pour financer les moyens généraux et enfin instaurer une cotisation sociale généralisée « de crise » (au départ d'une base imposable la plus large possible pour que le taux soit le plus bas), affectée aux besoins de la sécurité sociale.

À la lecture de l'accord, une mesure rencontre nos attentes autour de la taxation numérique. En effet, on peut y lire que la Belgique prendra l'initiative dans les discussions en la matière au niveau international (OCDE/UE). Un accord international sera privilégié. Si un tel accord ne peut être trouvé (au sein de l'OCDE et de l'UE), la Belgique instaurera une taxe sur les services numériques en 2023.

Par ailleurs, une seconde mesure annoncée rejoint également nos attentes. En effet si l'on constate la volonté de réduire la charge sur le travail (tant pour les salariés, les fonctionnaires que les indépendants, en tenant compte également des charges parafiscales), dans le même temps il est prévu un élargissement de la base imposable, pour compenser et assurer un financement durable de cet allégement. Cela dit, s'il s'agit donc d'un glissement de la charge sur le travail vers la charge fiscale, le texte ne dit pas explicitement sur quoi (le capital ?) et pour quelle affectation (sécurité sociale, transition écologique) ?[6]

5. Réforme de l'État

S'il y a bien un chapitre qui ne faisait pas mystère, c'est sans doute celui-ci. Par contre, ce qui surprend davantage, et peut-être positivement, c'est la manière dont le dossier est abordé tant sur le fond, autour d'un objectif davantage porteur de sens, que sur la forme, comme si le monde politique avait pris conscience que la 6e réforme de l'État n'était plus l'exemple à suivre.

Sur le fond, le gouvernement souhaite « une nouvelle structure de l'État à partir de 2024 avec une répartition plus homogène et plus efficace des compétences dans le respect des principes de subsidiarité et de solidarité interpersonnelle. Cela devrait conduire à un renforcement des entités fédérées dans leur autonomie et du niveau fédéral dans son pouvoir » (Accord de gouvernement, 2020, p. 79). Sur la forme, « le gouvernement lancera un large débat démocratique sur ce sujet, impliquant notamment les citoyens, la société civile et les milieux académiques, ainsi qu'un dialogue entre les représentants politiques, mené par deux ministres (un néerlandophone et un francophone) pour évaluer la structure existante » (Accord de gouvernement, 2020, p. 79).

Toutefois, une priorité et une orientation sont déterminées pour les soins de santé. En effet, le gouvernement souhaite, « pendant cette législature, intégrer les textes juridiques concernant une répartition plus homogène des compétences dans le domaine des soins de santé. L'objectif est de fournir des soins au plus près du patient (entités fédérées) sans affecter le financement solidaire » (Accord de gouvernement, 2020, p. 80). Notre secteur aura donc droit a priori à un régime particulier. Mais la déclaration de politique générale présentée au Parlement fédéral par les deux ministres Verlinden et Clarinval, en charge des réformes institutionnelles et du renouveau démocratique, n'a apporté aucune autre nouvelle information (Chambre des représentants de Belgique, 2020). Mais il est déjà annoncé, que le gouvernement examinera dans quels organes fédéraux d'administration ou de gestion, des représentants supplémentaires des entités fédérées, pourront être inclus en vue d'une plus grande synergie entre les niveaux politiques. Et clairement, en ce qui concerne l'INAMI, il est déjà annoncé qu'une représentation des entités fédérées sera garantie sans toutefois porter préjudice au pouvoir de décision du fédéral et des partenaires sociaux.

6. Cette mesure reste très floue à ce stade. Nous imaginons y voir plus clair lors de la mise en route de la réforme fiscale.

La MC prend acte du choix politique opéré. La MC devra être vigilante et faire preuve de force propositionnelle tant vis-à-vis de l'État fédéral que des entités fédérées, avec le CIN, pour implémenter un travail méthodique, objectif, basé sur des principes mettant notamment au cœur de la réforme les intérêts des patients. La réforme ne peut pas être l'objectif en soi, mais elle doit être un moyen pour réaliser le plus efficacement possible un modèle de soins de santé durable répondant aux besoins des patients aujourd'hui et adapté aux défis du futur. Ce qui nécessite aussi, quelle que soit la transposition institutionnelle de ce modèle, que toutes les entités fédérées et fédérales partagent une même vision *high level* de la politique de (soins de) santé en Belgique.

6. Les priorités de la MC

Comme évoqué en introduction, face à l'ambition importante de cet accord, le gouvernement risque de se confronter à un principe de réalité : son rapport au temps. Vu d'une part le temps « perdu » pour la composition d'un gouvernement et d'autre le temps consacré à la gestion de la crise sanitaire, le temps qui restera risque d'être court. D'autant que le rapport à ce temps ne sera pas que quantitatif, mais se doit aussi d'être qualitatif. Ainsi, à l'instar de la gestion sportive des athlètes de haut niveau, ce gouvernement, après avoir pris le temps de l'entraînement (les 662 jours de préparation de l'accord), est aujourd'hui dans le temps d'effort, un temps particulièrement long en raison de la crise actuelle. Or un troisième temps ne peut être négligé. Pour tous. Celui du temps de la récupération (ce temps rare et précieux qu'il faudra s'accorder) avant que le cycle ne recommence. Sans ce dernier temps, aurons-nous la lucidité d'être dans les meilleures conditions pour réformer tout ce qui est annoncé ? Mais aurons-nous le luxe de ce temps ou pas ?

Quoiqu'il en soit, la MC se voulant proactive, a réalisé un exercice de priorisation afin de concentrer ses ressources sur les dossiers à plus haute valeur ajoutée. Ce n'est évidemment pas une démarche évidente, dans le sens où choisir c'est renoncer, mais indispensable. Un exercice similaire a d'ailleurs été réalisé en parallèle au niveau du CIN. Il s'agit d'une vingtaine de dossiers que nous considérons comme prioritaires et sur lesquels nous voulons peser sur l'agenda politique, être associés et être une force propositionnelle.

Garantir la dignité pour chacun et chacune

1. Renforcement de l'automatisation des droits sociaux (lutte contre le non take-up) et amélioration des droits dérivés
2. Relèvement des minimas sociaux au seuil de pauvreté et relèvement de la pension minimale
3. Introduction d'une indemnité minimale forfaitaire (sans enquête sur la composition familiale) dès le 2e mois d'incapacité de travail
4. Résolution du MàF fédéral par rapport à la prise en compte du coût à charge des patients dans les prestations régionales

Considérer la santé comme un bien commun

5. La santé mentale comme nouveau pilier des politiques de soins de santé et acteur intégré de la 1re ligne de soins/soins primaires. Veille sur sa régulation et son accessibilité financière. Pour la MC, il s'agit notamment de s'engager davantage dans la promotion et la prévention de la santé (et donc aussi agir sur les causes) et sur les risques d'épuisement des personnes.
6. Actionner des leviers pour renforcer l'accessibilité financière des soins de santé : baisser les coûts à charge des patients en augmentant le taux de conventionnement dans l'ambulatoire (en particulier pour certaines spécialisations où le taux de conventionnement est très faible) et en revoyant le mécanisme du conventionnement partiel
7. Révision du financement des hôpitaux et la régulation des coûts d'hospitalisation par une diminution des suppléments d'honoraires
8. Dans le cadre de la politique européenne sur les médicaments, promotion de la réglementation des prix et de la disponibilité des médicaments qui veille à leur accessibilité financière pour le gouvernement et le patient
9. Actions tant en amont, sur les causes d'incapacité de travail et d'invalidité qui visent notamment l'augmentation du nombre d'années en bonne santé, qu'en aval, qui assurent l'accompagnement à la réintégration des personnes en incapacité de travail
10. Garantir l'accessibilité du transport non urgent des patients, notamment dans un contexte du développement des réseaux hospitaliers

Réduire les inégalités sociales de santé

11. Définir des objectifs de santé suivant les principes de l'approche holistique de la santé (centrée sur les déterminants de la santé, la prévention et la promotion de la santé et les stratégies *Health in All Policies*), et dans un but de réduction des inégalités de santé. Veiller à ce que ces objectifs soient concertés et alignés entre les différents niveaux de pouvoir et que le Comité de l'assurance de l'INAMI, où les principaux acteurs sont présents, contribue largement à la préparation et à l'accompagnement de leur réalisation
12. Révision des règles de préparation budgétaire en vue d'une planification pluriannuelle pour certains secteurs
13. Augmentation significative des ressources allouées à la prévention de la santé
14. Stratégies visant à développer et à soutenir un programme de santé publique dans les zones défavorisées par des mesures dans divers domaines : nutrition saine et accessible, logement accessible de qualité, activités sportives et de loisirs, contacts sociaux, sécurité financière, réduction du stress lié au travail, prévention de la solitude, et la sécurisation et le renforcement de la sécurité sociale

Meilleure organisation des soins de santé

15. Dans le cadre de l'évolution du paysage institutionnel fédéral (création d'une agence des données Data Health Council, Conseil consultatif interfédéral, Institut du futur, évolution de l'INAMI avec la présence demain des entités fédérées), veiller à renforcer la dynamique de cogestion et gestion paritaire à l'instar des organes de gestion existant de l'INAMI (Comité de l'assurance, etc.) avec un rôle décisionnel par rapport au pouvoir régalien
16. Préparation d'une réforme de l'État en soins de santé qui renforce leur accessibilité, leur caractère démocratique et leur efficience (tant par rapport au trajet de vie et soins du patient que par rapport au rôle du prestataire et d'autres acteurs de l'environnement du patient)
17. Encourager les projets de soins intégrés (en vue d'une intégration structurelle à long terme) qui peuvent offrir des opportunités de rôles à jouer pour les mutualités (entre autres dans le domaine du coaching, de la prévention, du soutien à la coopération entre les différents acteurs, etc.). Attention à la digitalisation comme un outil facilitateur des soins intégrés

Le rôle des organismes assureurs

18. Être force propositionnelle dans la révision du paysage institutionnel fédéral (par rapport à l'INAMI, les synergies entre institutions) et régional (réforme de l'État – modèle de cogestion : gestion paritaire et/ou consultative)
19. Mise en œuvre des nouveaux métiers des organismes assureurs au départ du cadre fixé par le Pacte de Maggie de Block (dont la clarification des métiers médecin-conseil/directeurs), des enseignements de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19 et des objectifs santé / prévention / promotion santé (utilisation proactive des données afin de pouvoir guider correctement les membres et les renforcer dans une approche de santé publique et dans un cadre juridique conforme au GDPR (enjeu de partenariat avec le Data Health Council)
20. L'évolution de la responsabilité financière et administrative des mutualités au regard de leurs missions d'exécution des législations, du contrôle auprès des prestataires et du maintien des dépenses dans les trajectoires budgétaires notamment
21. Assurer la place et le rôle des organismes assureurs, représentant des patients, dans leur mission de mouvement social, aux côtés des associations de patients dans les lieux décisionnels et consultatifs dans le cadre de l'évolution des politiques de la 1re ligne de soins, de constitution des réseaux hospitaliers, du déploiement d'une politique de prévention/promotion de la santé, des priorités en matière de médicaments, etc.

Bibliographie

- *Accord de gouvernement* (2014) Disponible sur https://premier.wilmes-ii.archive.belgium.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf
- *Accord de gouvernement : Pour une Belgique prospère, solidaire et durable* (2020) Disponible sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf
- Chambre des représentants de Belgique (2020) *Exposé d'orientation politique : Réformes Institutionnelles et Renouveau Démocratique.* Disponible sur https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610024.pdf
- Mutualité chrétienne (2018) *12 priorités pour les soins de santé de demain : Mémorandum MC dans le cadre des élections de 2019.* Disponible sur https://www.mc.be/media/priorites_memorandum_2019_tcm49-53509.pdf

Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s)

Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse – Service d'études

Résumé

Cet article explore le suivi des mamans durant et après leur grossesse par divers prestataires de soins (gynécologue, sage-femme et kinésithérapeutes principalement). Nous explorons dans quelle proportion les mamans ont été en contact avec ces prestataires ainsi que le volume de contacts effectifs dont elles ont bénéficié.

Ainsi, pour les mamans affiliées à la MC, nous avons pu observer les grandes tendances suivantes :
- ***une activité importante de la part des gynécologues : ils sont surtout présents durant la grossesse (en moyenne, près de 12 contacts), moins après l'accouchement (de 1 à 2 contacts dans les 3 mois qui suivent la naissance) ;***
- ***une activité en croissance des sages-femmes (en moyenne, près de 4 contacts durant la grossesse et 5 contacts dans les 3 mois après la naissance) ;***
- ***une présence non négligeable des kinésithérapeutes : 30% des mamans ont eu des séances de kinésithérapie durant la grossesse, près de 70% dans les trois mois qui suivent la naissance.***

Mais nous avons également trouvé que toutes les mamans ne sont pas suivies de la même façon : il y a des variations régionales non négligeables ainsi qu'un gradient social en défaveur des mamans qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM) (indicateur d'un faible niveau de revenus). On observe des situations extrêmes dans le suivi : d'un côté, il semble que beaucoup de femmes bénéficient de nombreux contacts si on prend en compte plusieurs spécialités ; d'un autre, une proportion non négligeable de mamans sont (beaucoup) trop peu suivies. De sorte qu'au final, on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti ni en prénatal ni en postnatal.

Cette constatation a déjà été mise en avant par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Pour améliorer les choses, le KCE plaide pour l'instauration d'un parcours intégré et coordonné de soins pré et postnatal. On aurait ainsi la garantie que les prestations nécessaires soient bien délivrées, en fonction des besoins de la (future) maman.

Mots-clés : Naissance, sage-femme, gynécologue, kinésithérapeute

1. Introduction

Chaque année en Belgique, on dénombre plus de 110.000 naissances. Même si ce nombre va décroissant depuis dix ans, il n'empêche qu'une majorité de femmes en Belgique accoucheront au moins une fois dans leur vie. C'est donc à la fois un acte très commun (car très répandu dans la population) et très particulier (car chaque femme n'aura pas « beaucoup » d'expériences de la sorte). C'est un moment qu'il faut préparer, seul ou avec l'aide d'un professionnel. C'est aussi une période où la santé de la future maman (et de son bébé) est très surveillée, à juste titre. C'est ce qu'on appellera dans cet article « le trajet de soins Naissance » : un ensemble de prestations de santé prodiguées aux (futures) mamans durant leur grossesse, ces prestations étant remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé.

Néanmoins, si la notion de trajet de soins induit une certaine coordination et systématicité dans le suivi des futures mamans, on peut dire que, paradoxalement, ce trajet n'existe

pas vraiment en Belgique au sens propre du terme : il n'y a aucune obligation de suivi pour une future maman, aucun trajet « Naissance » à proprement parlé. Ceci est laissé à l'appréciation de la maman elle-même et des prestataires qu'elle verra. Chaque hôpital (ou centre de soins spécialisé dans les naissances) a ses propres recommandations pour le suivi des futures mamans, et libre à ces dernières de ne pas suivre ces conseils, que cela soit en pré et postnatal.

Dans cet article, nous allons tenter de déterminer les contours actuels du suivi des futures mamans. Ceci est motivé en grande partie par la (récente) décision de diminuer le nombre de jours passés par les mamans et leur(s) bébé(s) à la maternité : entre 2015 et 2019, ce séjour a diminué de près de 30% en moyenne pour les accouchements par voie basse. Cela a par conséquent entrainé un besoin plus important de suivi des (futures) mamans (en tout cas en postnatal) afin de les préparer au mieux au retour plus précoce à la maison.

Nous souhaitons être à la fois descriptif et établir quelques pistes pour l'amélioration de ce trajet de soins, dans l'esprit d'un récent rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) (Benahmed et al., 2019a) sur la question. Nous allons procéder comme suit. Nous établirons d'abord la méthode, présenterons ensuite comment les futures mamans sont suivies en prénatal, pour quelques professionnels de la santé, ainsi que le suivi en postnatal. Nous insisterons aussi sur les différences provinciales qui nous semblent importantes. Nous présenterons entretemps la diminution significative de la durée du séjour en maternité. Nous ferons ensuite le lien avec l'étude du KCE sur le trajet de soins, ainsi que sur des exemples de trajets de soins à l'étranger, afin de proposer finalement quelques pistes de réforme.

2. Méthode

Nous avons sélectionné toutes les mamans, membres de la MC, qui ont accouché entre 2011 et 2019. Cela représente environ 400.000 personnes sur la période étudiée. Toutes ces mamans ont autour de 29 à 32 ans (l'âge moyen augmente mais très légèrement). Nous avons tenu compte des naissances qui ont eu lieu à l'hôpital mais aussi celles qui ont eu lieu en dehors : il est évidemment possible de mettre un enfant au monde en dehors du milieu hospitalier, mais cela reste marginal dans notre pays (pour les mamans affiliées à la MC, cela représente 82 accouchements par an). Par contre, afin de pouvoir parler de « femmes » ou « mamans » (et personnaliser cette analyse) au lieu d' « accouchements », lorsqu'une femme a accouché deux fois la même année, nous avons enlevé le deuxième accouchement de l'analyse (cela reste bien sûr marginal, de l'ordre de 5 à 10 accouchements sur près de 44.000 par an).

Une proportion non négligeable de ces mamans sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), ce qui indique des revenus disponibles faibles. De plus, à l'échelle de la Belgique, cette proportion augmente (voir Figure 1[1]) : on passe de 9% en 2011 à un peu plus de 12% en 2019. Il y a, ici, de grandes variations : en 2019, la proportion de mamans BIM ayant accouché est de 30% à Bruxelles, 19 à 20% dans les provinces de Liège et du Hainaut, 15% dans la province d'Anvers. C'est un aspect auquel il faut rester attentif, toutes les mamans n'ont pas les mêmes opportunités pour pouvoir mettre en place un bon 'trajet naissance'. À noter que cette tendance n'est pas propre aux seules mamans, on l'observe également à l'échelle du groupe des femmes entre 20 et 40 ans, qu'elles aient accouché ou non au cours de l'année.

Pour toutes les mamans sélectionnées, nous avons regardé comment le suivi de la grossesse s'est déroulé, mais aussi dans quelle mesure certains soins ont été prodigués après la naissance. On regarde également quelques éléments liés à l'accouchement lui-même, comme le type d'accouchement, la durée de séjour à l'hôpital, le fait d'avoir eu ou non une péridurale.

À l'exception du suivi des bébés par les pédiatres, tous les résultats qui suivent sont exprimés par rapport aux mamans. Par exemple, un indicateur comme le taux de suivi par les sages-femmes exprime le pourcentage de mamans ayant eu au moins un contact avec une sage-femme. En ce qui concerne l'estimation du volume de contacts, nous tenons compte uniquement des (futures) mamans qui ont eu au moins un contact effectif avec un prestataire de soins donné. C'est sur cette base que la distribution du nombre de contacts avec ce prestataire est calculée.

Enfin, par rapport aux grossesses qui font l'objet des analyses qui suivent, on a tenu compte aussi bien des grossesses normales que celles dites 'à risque' (que nous n'avons donc pas exclues). Quelle est la proportion de grossesses 'à risque' ? Évidemment, tout dépend des facteurs de risque considérés. Une indication est donnée dans le rapport du KCE où la proportion de grossesses 'à risque'[2] est évaluée à 20% dans notre pays (pour la période 2010 à 2016).

1. Les provinces sont dénotées de la façon suivante : ANT=Antwerpen, BRW=Brabant wallon, HAI=Hainaut, LIE=Liège, LIM=Limburg, LUX=Luxembourg, NAM=Namur, OVL=Oost-Vlaanderen, VBR=Vlaams-Brabant, WVL=West-Vlaanderen. La Région de Bruxelles-Capitale est dénotée par BRU. BEL désigne la Belgique.
2. Les facteurs de risque retenus dans ce rapport du KCE sont les suivants :
   1) l'âge : la maman a moins de 18 ans ou plus de 40 ans;
   2) la présence de comorbidités préexistantes à la grossesse (par exemple : diabète, hypertension, etc.);
   3) le fait que la maman a bénéficié de prestations spécifiques (dans la nomenclature de soins de santé) indiquant une grossesse à risque (pour les sages-femmes, il y a des séances dédicacées aux grossesses à risque ; présence requise d'un pédiatre au moment de l'accouchement) (Benahmed et al., 2019b, p. 89).

Figure 1 : Proportion de BIM parmi les mamans sélectionnées - 2011 et 2019

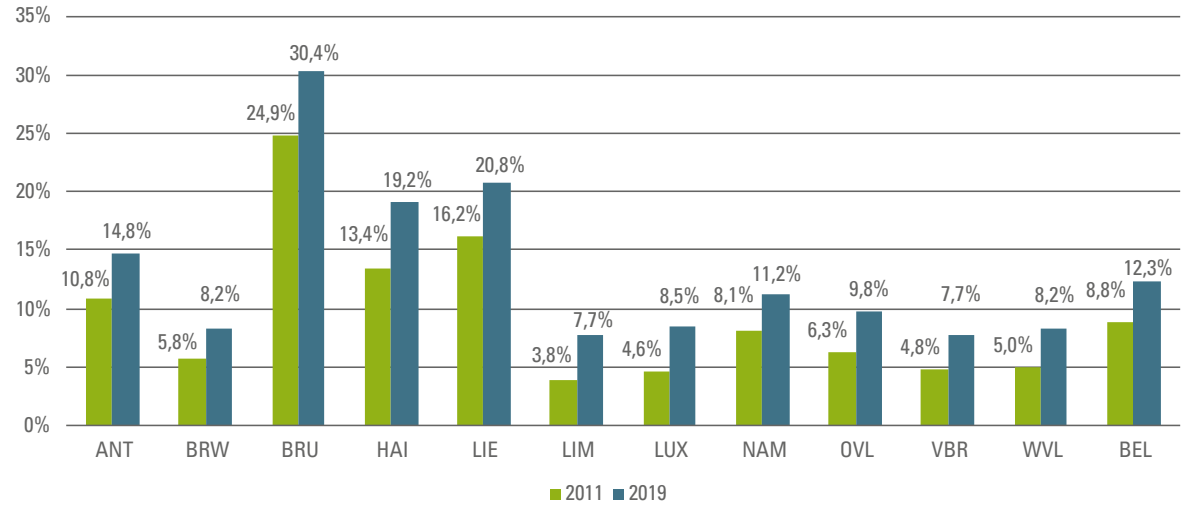
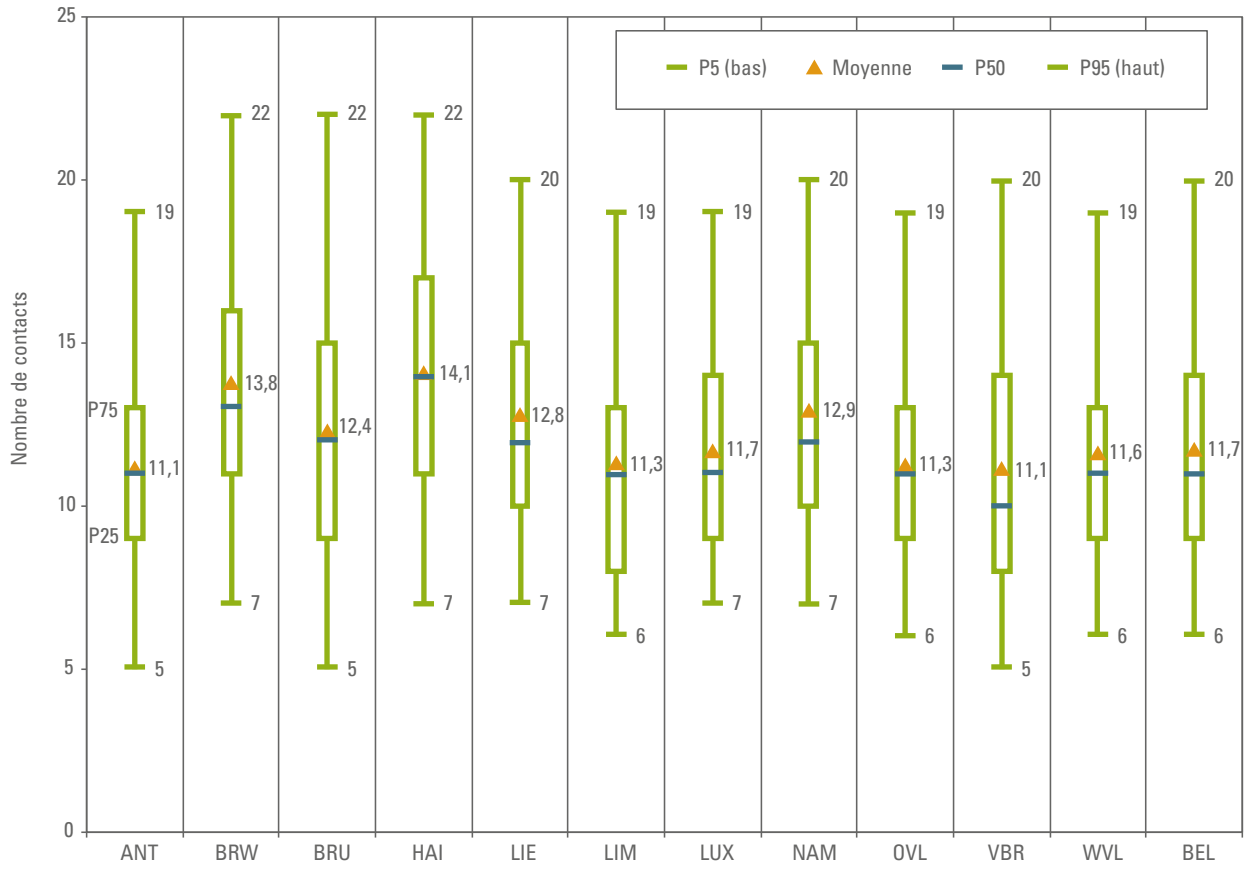


Figure 2 : Gynécologues - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019



3. Les soins prénatals

On vise diverses prestations de sant[3] : les contacts avec les gynécologues, les sages-femmes, les kinésithérapeutes. On regarde aussi dans quelle mesure les mamans ont eu recours aux échographies, au dépistage du cytomégalovirus, au test diagnostique prénatal non invasif (test DPNI, utilisé afin de détecter la trisomie 21).

3.1. Le suivi par les gynécologues

Les futures mamans sont quasi toutes suivies par un gynécologue. On vise ici les contacts ambulatoires ayant eu lieu durant la grossesse avant l'admission en maternité. Le taux de suivi par les gynécologues est de l'ordre de 99 à 100% et ne change pas au cours des années de la période étudiée (2011 à 2019). Le volume de contacts est élevé et ne varie pas beaucoup d'une année à l'autre, ce qui montre la place centrale du gynécologue dans le suivi d'une grossesse. Comme on peut le voir à la Figure 2, en 2019 et pour la Belgique, le volume de contacts est de l'ordre de 11 à 12 (médiane et moyenne). On note quand même que près de 25% des mamans ont eu 14 contacts et plus (P75) et que 5% d'entre elles ont eu 20 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales[4] : dans le Brabant flamand, on est plutôt autour de 10 à 11 contacts (en moyenne et médiane), tandis que dans le Hainaut, le nombre de contacts est de l'ordre de 14.

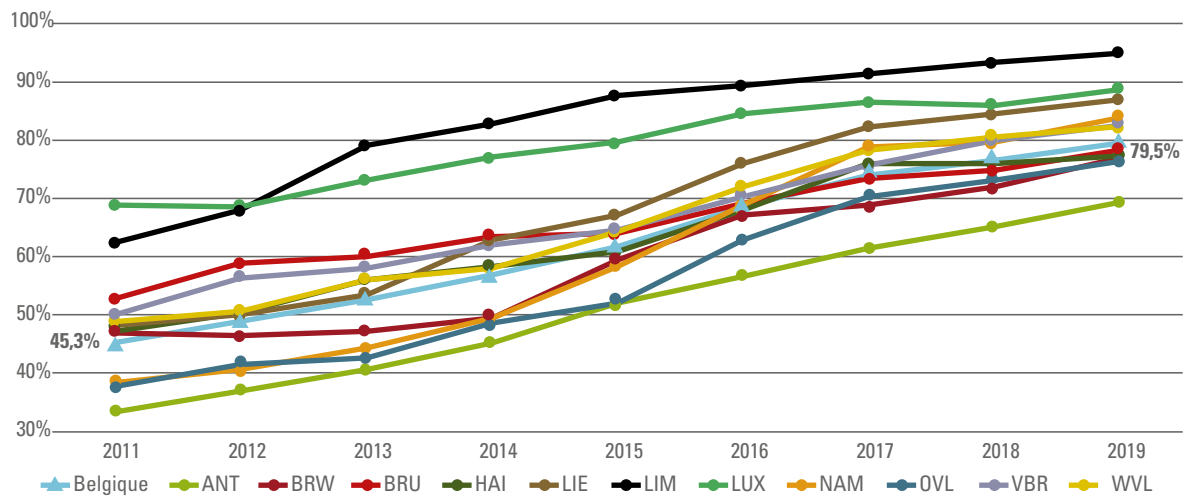
3.2. Le suivi par les sages-femmes

La progression est ici spectaculaire. Comme on peut le voir à la Figure 3, le taux de suivi par les sages-femmes, avant la naissance, a considérablement augmenté : à l'échelle de la Belgique, on passe de 45% en 2011 à environ 80% en 2019. On fait encore mieux dans certaines provinces : au Limbourg, en 2019, 95% des futures mamans ont eu au moins un contact avec une sage-femme avant l'accouchement. Idem dans la province de Luxembourg où ce même pourcentage est de 89%. Par contre, dans la province d'Anvers, le taux de suivi en 2019 est plus faible que la moyenne nationale : 69%.

Au-delà de ces variations géographiques, il y a également un clivage social. À la Figure 4, on donne le taux de suivi par les sages-femmes selon le statut social de la maman (BIM / non BIM). Le taux de suivi progresse tant pour les mamans BIM que non BIM, mais pour ces dernières la progression est plus lente. En 2019, 82% des mamans non BIM ont bénéficié de contacts avec des sages-femmes. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion diminue à environ 69%. On voit que cette différence sociale est permanente : l'écart entre BIM et non BIM tend même à s'accroître au cours de la période étudiée.

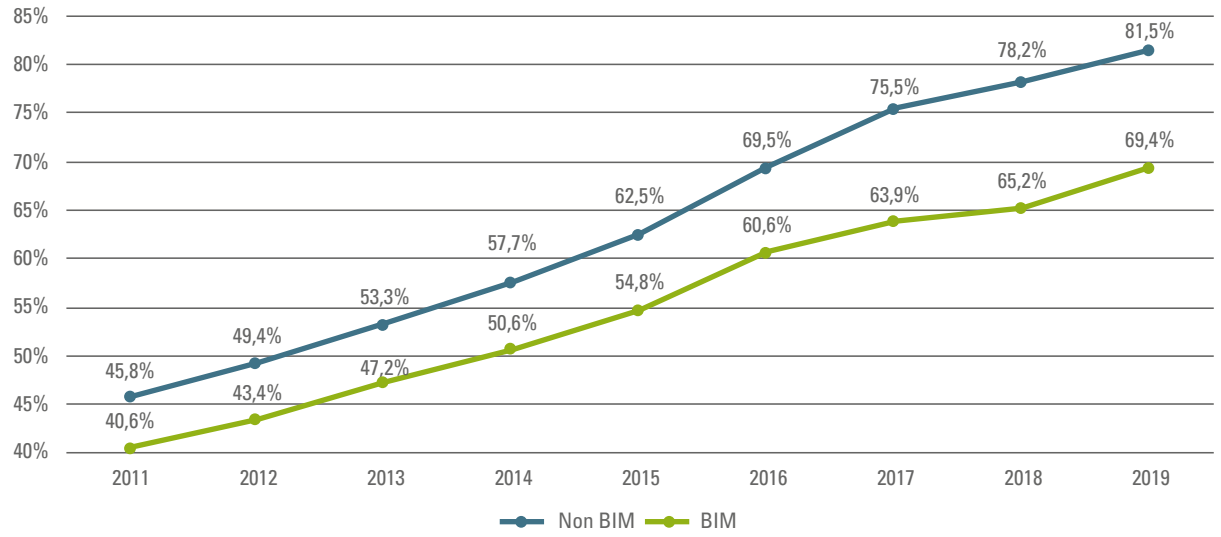
Le volume de contacts avec une sage-femme durant la grossesse a également augmenté légèrement. À l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 3,2 en 2011 à 4,3 en 2019 (le volume médian passe de 2 à 3 sur la même période). Mais certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 5, pour la Belgique

Figure 3 : Sages-femmes - Taux de suivi durant la grossesse – par province



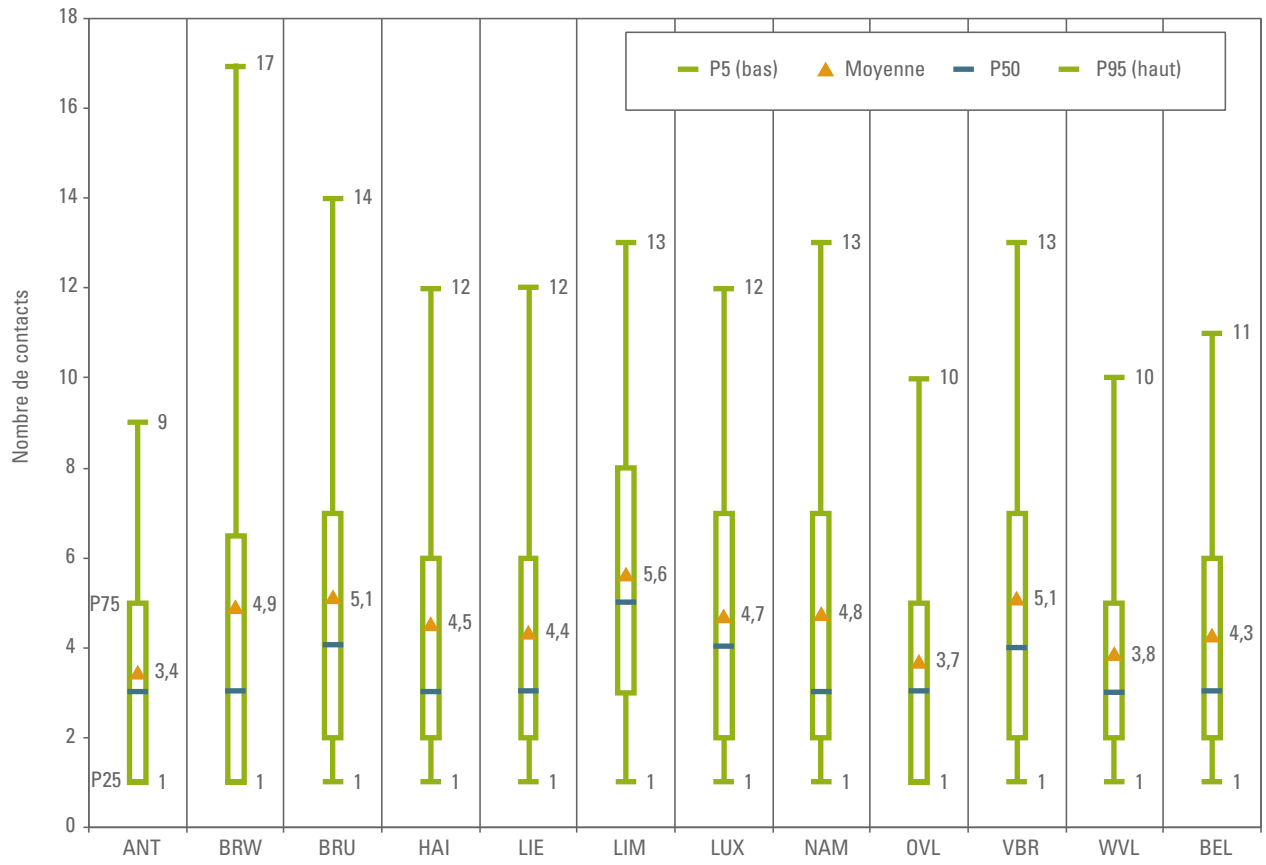
3. Nous n'abordons pas les soins dentaires : la situation n'est pas différente de celle observée par rapport à la population en général. Voir les chiffres de l'enquête santé des Belges (Charafeddine et al., 2019).
4. Selon le lieu de résidence de la maman.

Figure 4 : Sages-femmes - Taux de suivi durant la grossesse – selon le statut social de la maman (Belgique)



en 2019, 25% des mamans ont eu 6 contacts et plus (P75) et 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 11 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, dans la province d'Anvers, le volume moyen et médian de contacts est de l'ordre de 3, tandis qu'au Limbourg, il est de 5 (médiane) à 6 (moyenne) contacts.

Figure 5 : Sages-femmes - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019



3.3. Le suivi par les kinésithérapeutes

La proportion de femmes enceintes qui ont des contacts[5] avec des kinésithérapeutes est globalement très stable : à l'échelle de la Belgique, cette proportion est de 28% en 2011, elle augmente légèrement à 29% en 2019. Par contre, on remarque des variations régionales. À la Figure 6, en fonction du lieu de résidence de la maman, on reprend le taux de suivi par les kinésithérapeutes pour les années 2018 et 2019, les deux années étant considérées ensemble. Les écarts sont considérables : près de 37% des limbourgeoises ont eu des contacts avec leur kinésithérapeute durant leur grossesse, par contre ce pourcentage est de 18% pour les liégeoises.

Au-delà des variations géographiques, on constate également un grand clivage social. À la Figure 7, on donne le taux de suivi par les kinésithérapeutes selon le statut social de la maman (BIM / non BIM). Du côté des mamans non BIM, elles sont près de 30% à bénéficier de contacts de kinésithérapie avant leur accouchement. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion diminue à environ 11%. On voit que cette différence sociale est permanente : l'écart entre BIM et non BIM reste constant tout au long de la période étudiée.

Figure 6 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi durant la grossesse – 2018 et 2019

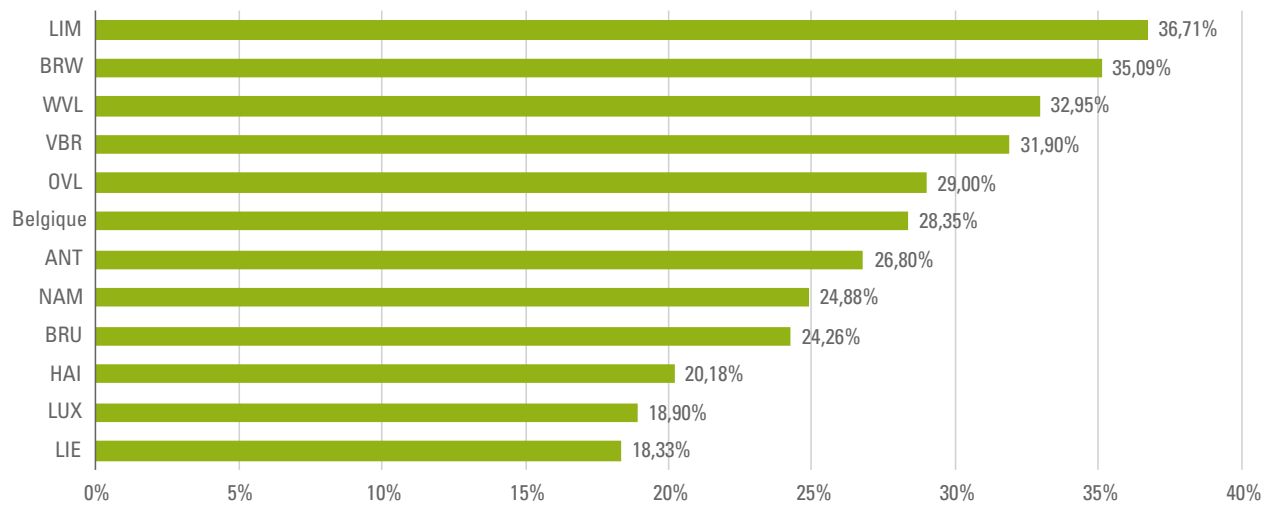
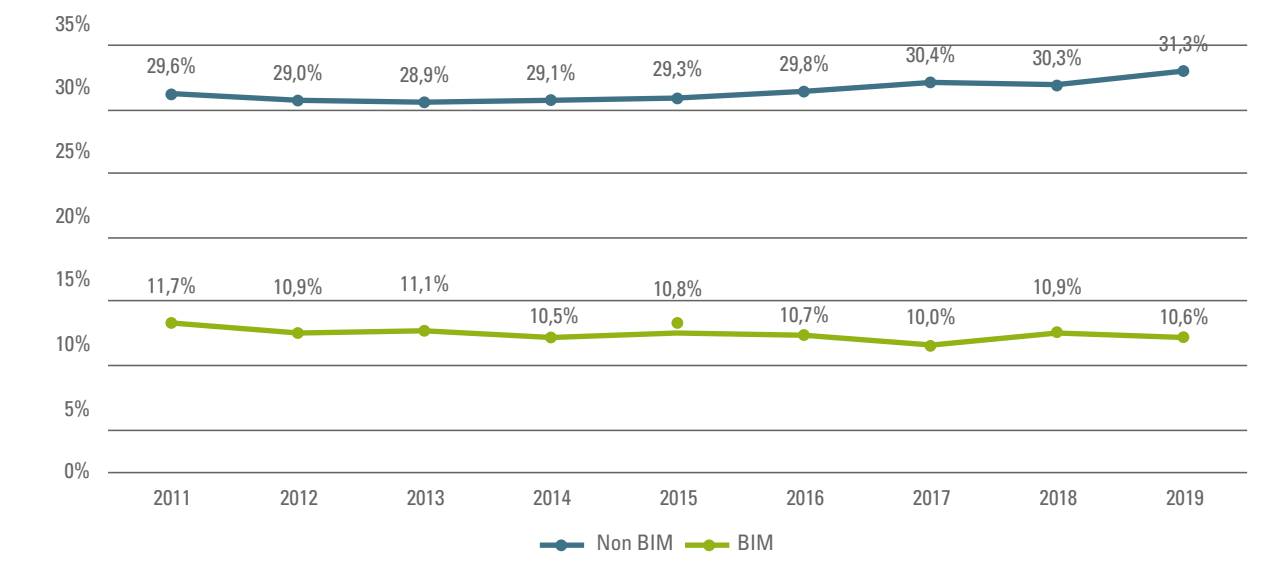


Figure 7 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi durant la grossesse – selon le statut social de la maman



5. Tout type de contact avec les kinésithérapeutes.

Le volume de contacts avec les kinésithérapeutes est relativement stable : à l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 7 en 2011 à 8 en 2019 (le volume médian passe de 5 à 6 sur la même période). Certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 8, 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 22 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, à Bruxelles, le nombre de contacts est de l'ordre de 4 (médiane) à 6 (moyenne), tandis qu'en province de Luxembourg, il est de 6 (médiane) à 9,5 (moyenne) contacts.

3.4. Les échographies, le test DPNI, le dépistage du cytomégalovirus

Du côté des échographies, il y a peu à dire : sur toute la période étudiée, la quasi-totalité des mamans en a eu au moins une durant leur grossesse. En volume, le nombre médian est de 3 à 4.

Le diagnostic prénatal non invasif (test DPNI) est utilisé afin de détecter la trisomie 21. Il est largement utilisé : en 2011, près de 79% des mamans y ont eu recours durant leur grossesse. Cette proportion est passée à 89% en 2018, et à 91% en 2019. Il n'y a pas ou peu de variation régionale. Sur les deux dernières années de la période étudiée, on note toutefois que les mamans bruxelloises (83%) et anversoises (85%) ont eu un peu moins recours à ce test (moyenne à l'échelle de la Belgique : 90%).

Le dépistage du cytomégalovirus était largement utilisé jusqu'en 2017 (de l'ordre de 83% à 86% des mamans ont bénéficié de ce test durant leur grossesse). Mais comme on le voit à la Figure 9, ce taux diminue fortement et passe à 51% en 2018, puis à 43% en 2019. Ceci est le reflet d'une mesure prise en juillet 2017 : le dépistage du cytomégalovirus n'est plus remboursé durant une grossesse sauf cas de suspicion d'une infection.

On observe une grande variation géographique. Si on considère les années 2018 et 2019 ensemble, on observe (voir Figure 10) que la proportion de mamans ayant bénéficié du dépistage du cytomégalovirus durant leur grossesse varie du simple au double : de 35% dans la province d'Anvers jusqu'à près de 70% dans les provinces de Namur et du Brabant wallon.

Figure 8 : Kinésithérapeutes - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019

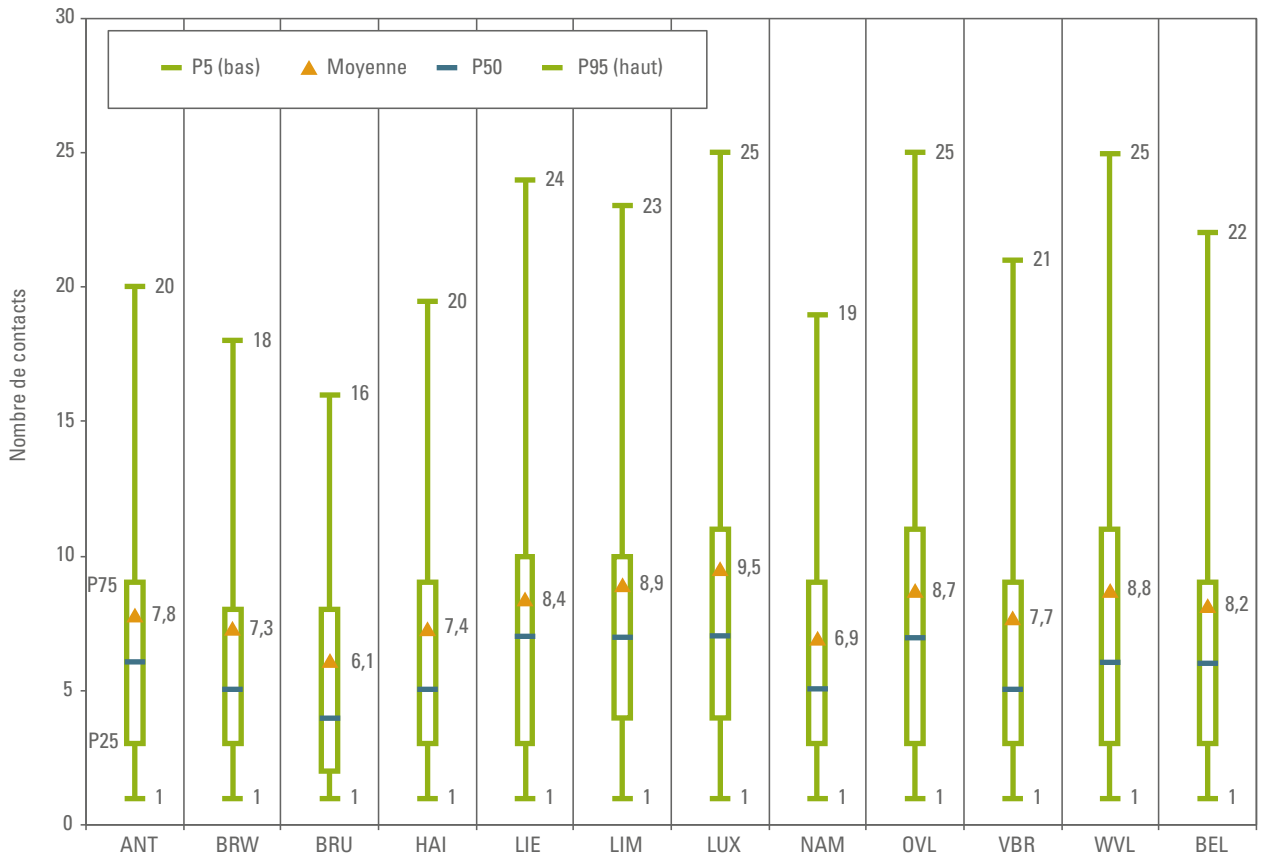


Figure 9 : Taux de dépistage du cytomégalovirus durant la grossesse

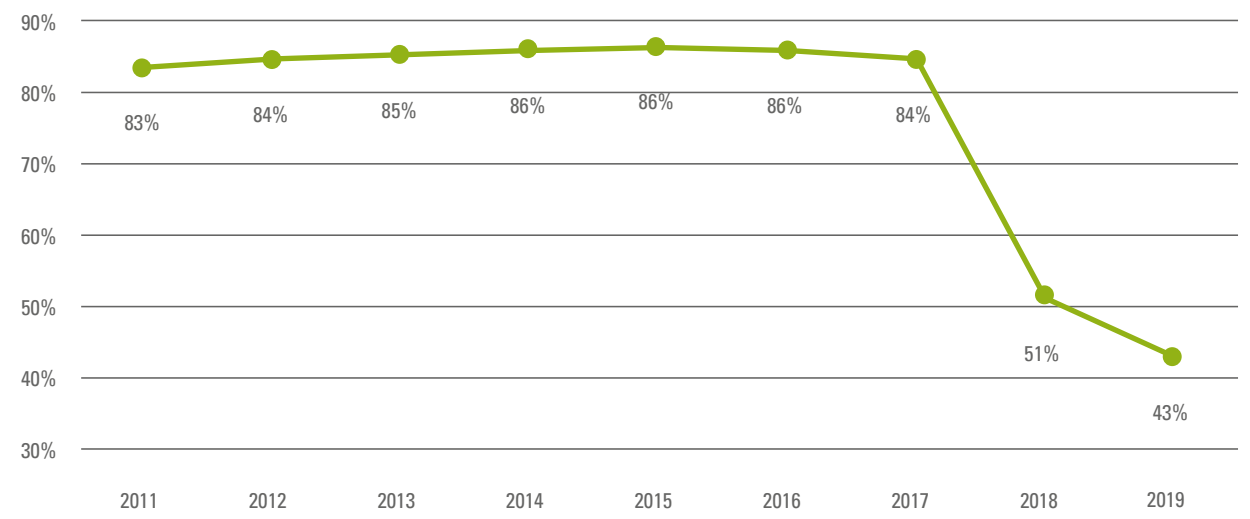
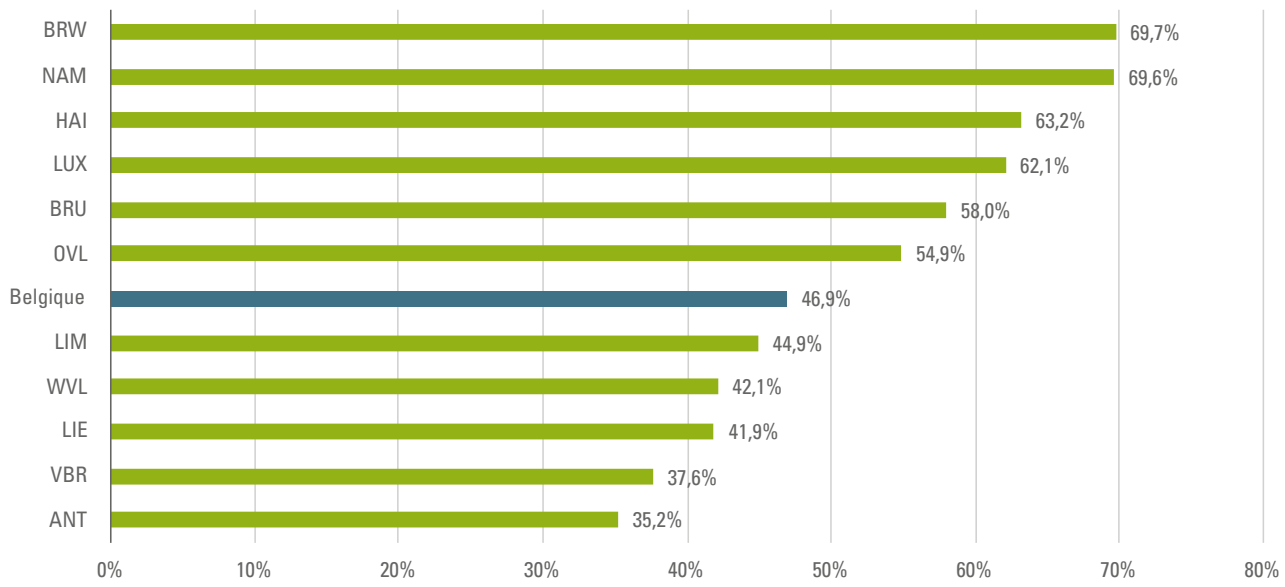


Figure 10 : Taux de dépistage du cytomégalovirus durant la grossesse – 2018 et 2019

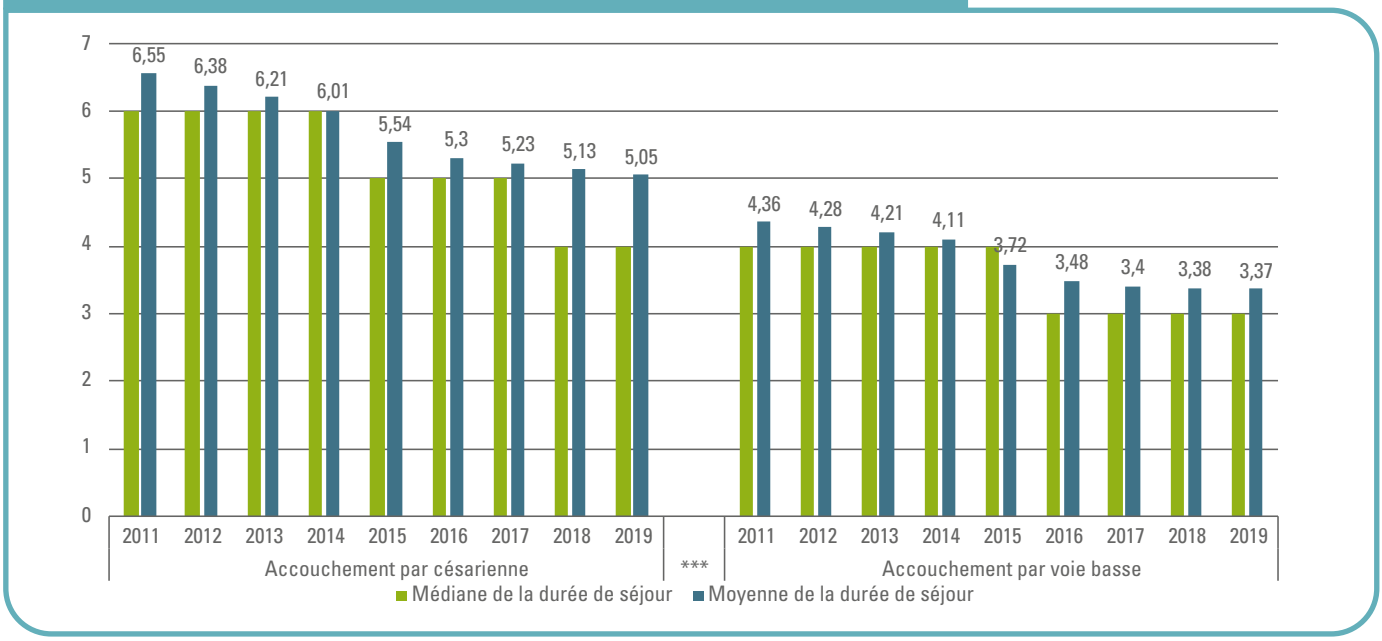


4. L'accouchement : quelques indications

La proportion d'accouchements par césarienne est très stable et est de l'ordre de 20%[6]. On ne voit pas non plus de variations géographiques significatives. Par contre, la durée de séjour est influencée par le type d'accouchement : elle plus longue quand l'accouchement se fait par césarienne. Cette durée de séjour tend à diminuer progressivement. Comme on le voit à la Figure 11, de 2011 à 2019, la durée médiane de séjour en maternité suite à un accouchement par césarienne passe de 6 à 4 journées, la durée moyenne passe de 6,6 à 5,1 journées.

6. Les statistiques de l'OCDE indiquent un taux d'accouchement par césarienne de 21% pour la Belgique en 2017. Certains pays occidentaux ont des taux bien plus élevés : Royaume-Uni (27,4%), Luxembourg (29,7%), Allemagne (30,2%), États-Unis (32%). D'autres ont des taux plus faibles : Suède (16,6%), Pays-Bas (16,2%), Israël (14,8%) (OCDE, 2019). Dans sa 'déclaration sur les taux de césarienne', l'OMS indique « la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10% et 15% » (OMS, 2014).

Figure 11 : Évolution de la durée de séjour selon le type d'accouchement



Tendance comparable pour les accouchements par voie basse : de 2011 à 2019, la médiane de la durée de séjour passe de 4 à 3 journées, la moyenne de 4,4 à 3,4 jours[7].

La péridurale est largement utilisée : près de 80% des mamans y ont eu recours. Ce pourcentage est très stable au cours de la période étudiée et varie peu d'une province à l'autre.

5. Les soins postnatals

Pour le suivi postnatal dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement, nous donnons quelques indications pour les contacts avec les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les gynécologues. Par rapport au suivi des bébés, on regarde aussi dans quelle mesure ils ont été vus par un pédiatre.

5.1. Le suivi par les sages-femmes

À l'instar du suivi durant la grossesse, la progression est ici spectaculaire. Comme on peut le voir à la Figure 12, le taux de suivi par les sages-femmes, après la naissance, a considérablement augmenté : à l'échelle de la Belgique, on passe de 42% en 2011 à environ 86% en 2019. À peu près toutes les provinces arrivent au même taux, sauf le Hainaut (78%) et le Luxembourg (58%) qui sont significativement plus bas que la moyenne nationale.

Il est intéressant de noter que le taux de suivi pour les mamans ayant le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est également en hausse. Comme on le voit à la Figure 13, ce taux est toujours inférieur à celui observé pour les mamans non BIM, mais l'écart entre les deux courbes se resserre au cours du temps. C'est très positif : les mamans BIM ont pratiquement autant de chances que les mamans non BIM de bénéficier de ce suivi. Probablement, les sages-femmes y veillent, en proposant ce suivi à toutes. De plus, il n'y a pas de barrière financière, ces prestations ne génèrent généralement pas de tickets modérateurs ou de suppléments.

Le volume de contacts avec une sage-femme dans les 3 mois qui suivent l'accouchement suit une tendance à la hausse. À l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 4,1 en 2011 à 5,1 en 2019 (le volume médian passe de 3 à 5 sur la même période). Mais certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 14, pour la Belgique en 2019, 25% des mamans ont eu 7 contacts et plus (P75) et 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 10 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, dans la province de Luxembourg, le volume médian est de l'ordre de 2, le volume moyen est de l'ordre de 3, tandis qu'au Limbourg, il est de l'ordre de 8 contacts (médiane et moyenne).

7. En guise de comparaison, en 2017, la durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse est de 4 jours au Luxembourg, 3,9 en France, 3,4 en Italie, 2,3 en Suède, 1,9 aux Pays-Bas, et 1,4 au Royaume-Uni (OCDE, 2019).

Figure 12 : Sages-femmes - Taux de suivi après l'accouchement

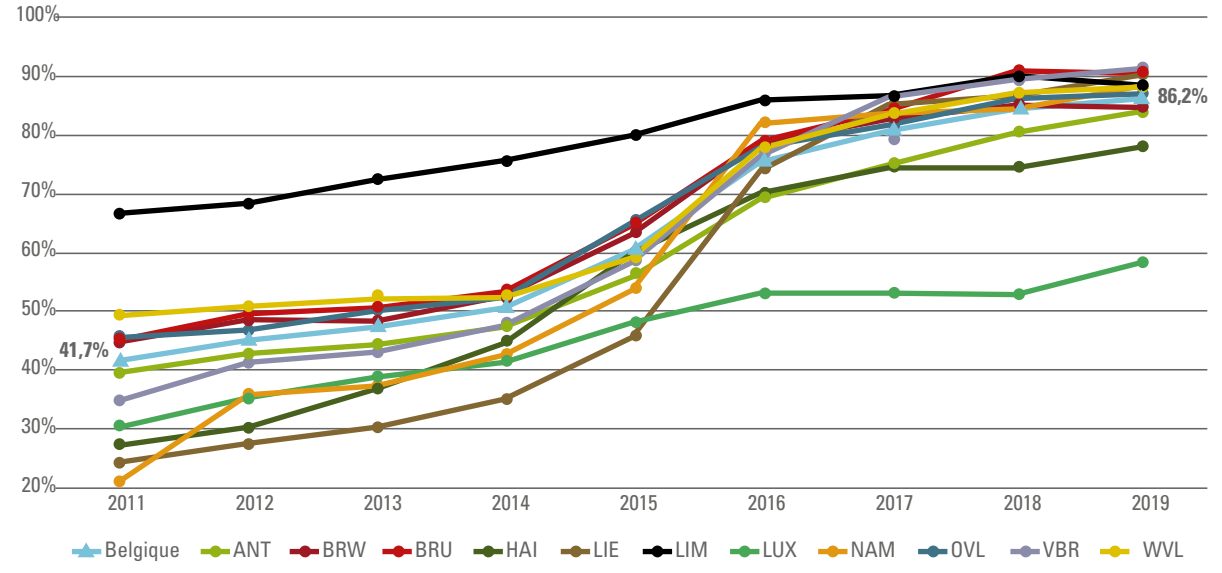


Figure 13 : Sages-femmes - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman

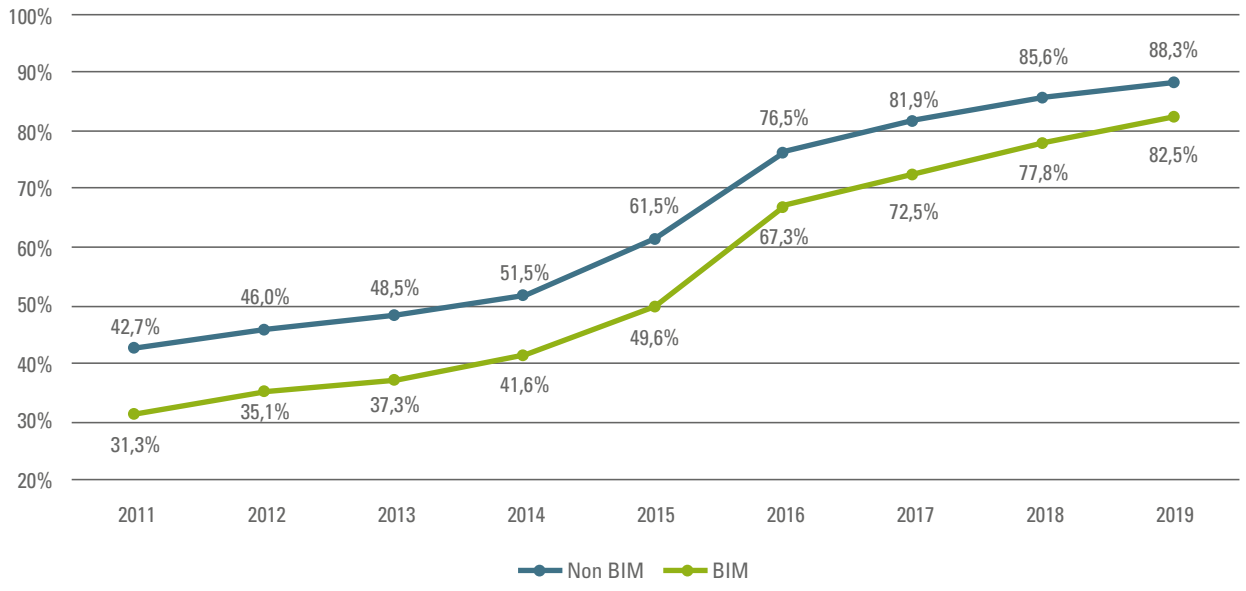
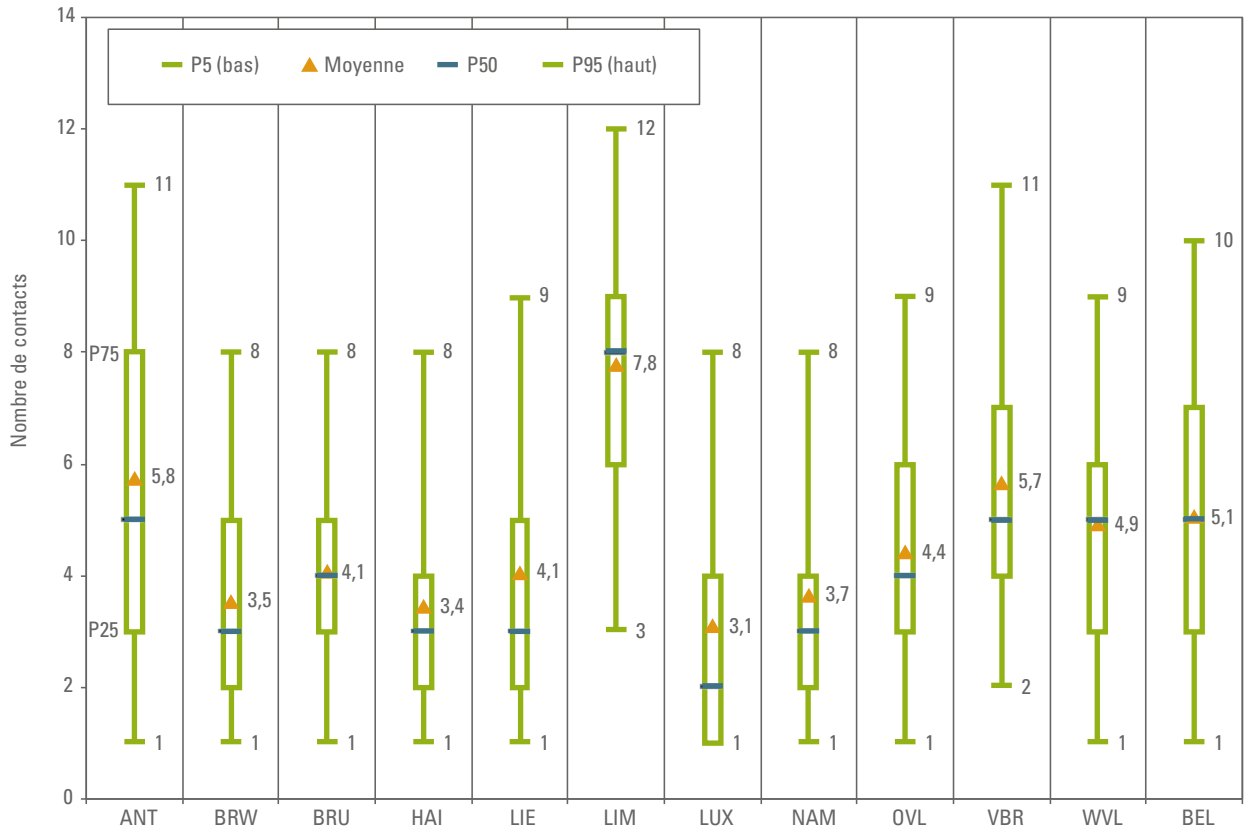


Figure 14 : Sages-femmes - Nombre de contacts effectifs après l'accouchement – 2019



5.2. Le suivi par les kinésithérapeutes

Dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, la proportion de mamans qui ont des contacts avec des kinésithérapeutes est globalement très stable : à l'échelle de la Belgique, cette proportion oscille de 70% à 74% au cours de la période 2011 à 2019. Par contre, on remarque des variations régionales. À la Figure 15, en fonction des provinces on reprend le taux de suivi par les kinésithérapeutes pour les années 2018 et 2019, les deux années étant considérées ensemble. Les écarts sont considérables : près des 90% des bruxelloises ont des contacts avec leur kinésithérapeute après leur

Figure 15 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi après l'accouchement – 2018 et 2019

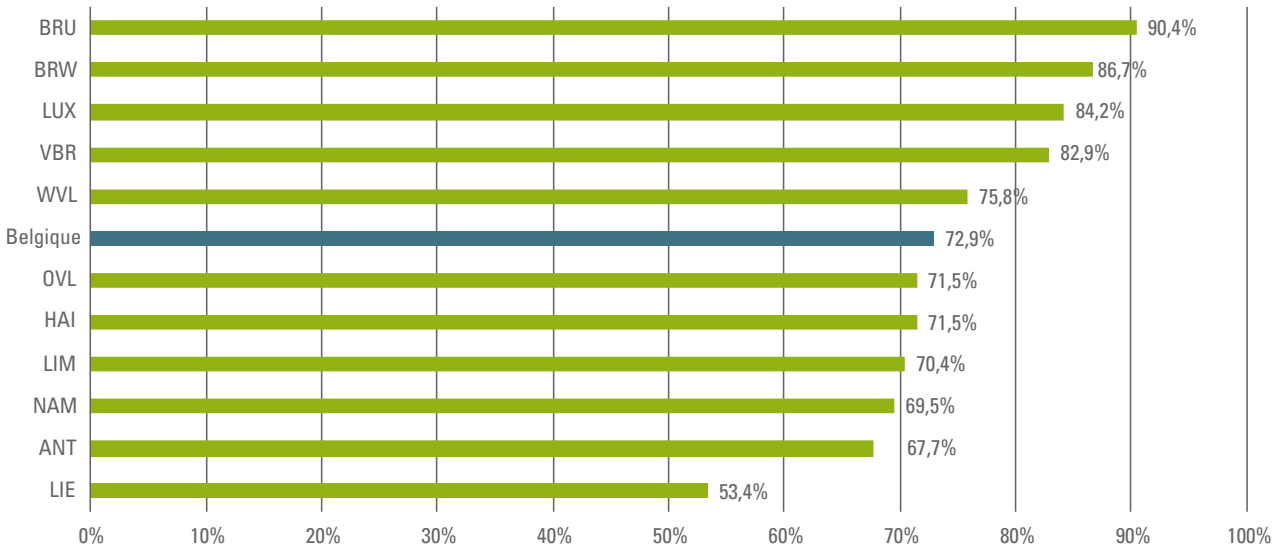


Figure 16 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman

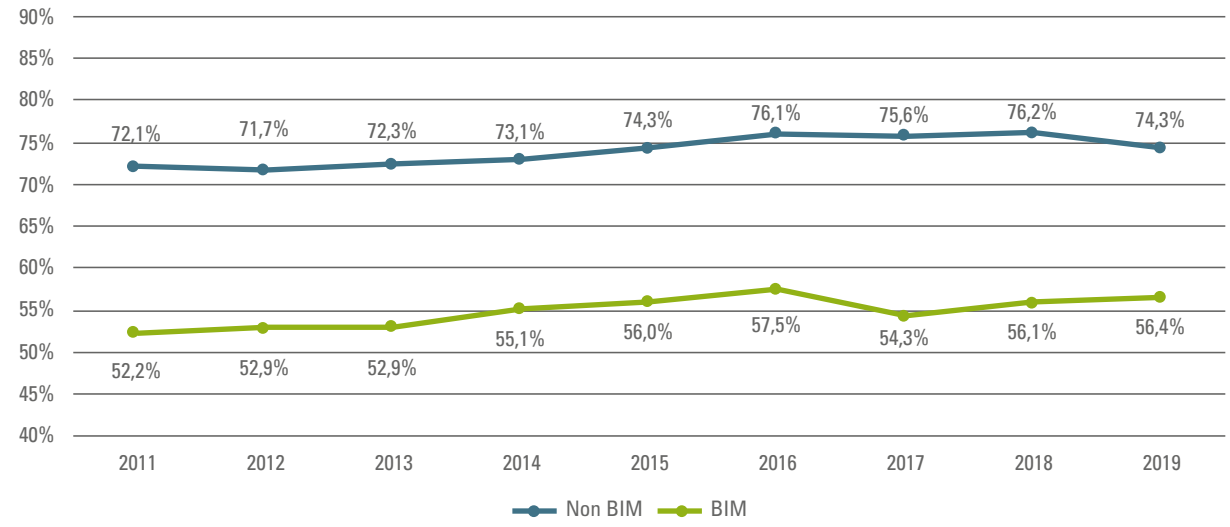
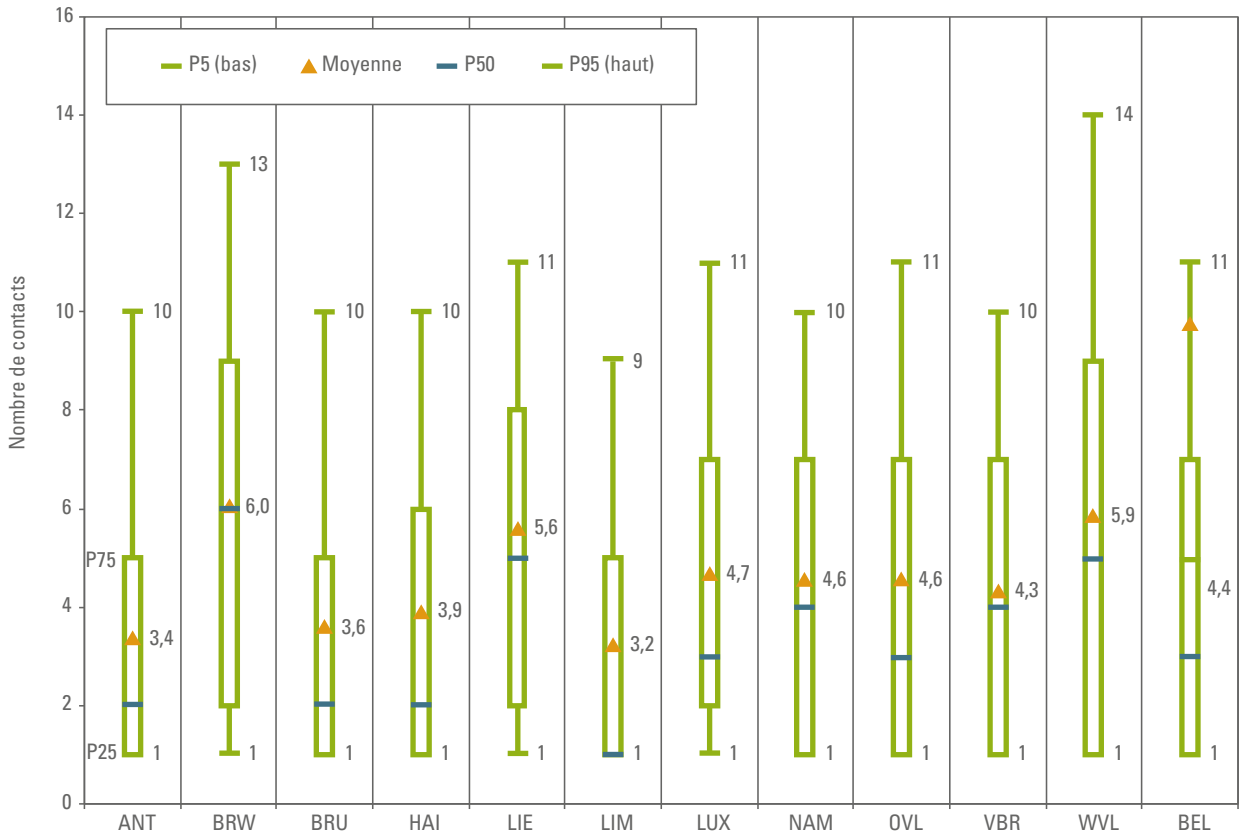


Figure 17 : Kinésithérapie - Nombre de contacts effectifs après l'accouchement – 2019



accouchement, par contre ce pourcentage est de 53% pour les liégeoises.

Au-delà des variations géographiques, on constate également un grand clivage social. À la Figure 16, on donne le taux de suivi par les kinésithérapeutes selon le statut social de la maman (BIM / non BIM). Du côté des mamans non BIM, elles sont près de 72% à 76% à bénéficier de contacts de kinésithérapie après leur accouchement. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion est plus faible, de l'ordre de 52% à 58%. On voit également que cet écart entre BIM et non BIM reste à peu près constant tout au long de la période étudiée.

En ce qui concerne le volume de contacts, il est très stable : le nombre médian de contacts est de 3, le nombre moyen oscille de 4 à 5 sur la période étudiée. Mais certaines mamans ont bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 17, à l'échelle de la Belgique, 25% d'entre elles ont eu, en 2019, 7 contacts et plus (P75), 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 11 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, dans la province d'Anvers, le nombre de contacts est de l'ordre de 2 (médiane) à 3 (moyenne), tandis qu'au Brabant wallon, il est de 6 (médiane et moyenne) contacts.

5.3. Le suivi par les gynécologues

Dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, 86% des mamans ont vu leur gynécologue. Ce pourcentage ne varie quasi pas tout au long de la période étudiée. On note de légères variations régionales : plus élevé au Brabant Wallon et en province de Luxembourg (de l'ordre de 90%), mais nettement plus faible à Bruxelles (de l'ordre de 78 à 80%). Le taux de suivi est très différent selon le statut social de la maman : il est nettement plus élevé pour les mamans non BIM que celui observé pour les mamans BIM (Figure 18) et cet écart est également très stable durant la période étudiée.

Le volume de contacts est également très stable : la médiane se situe à 1 contact avec un gynécologue dans les 3 mois après l'accouchement. Certaines mamans ont davantage de contacts : 25% d'entre elles ont eu 2 contacts (P75), 5% d'entre elles ont eu 3 contacts. De sorte que le volume moyen de contacts s'établit autour de 1,5 contact, avec de légères variations régionales (à Bruxelles, le volume moyen est de 1,8 contact).

5.4. Le suivi par les pédiatres

Il s'agit d'examiner dans quelle mesure le bébé a été vu (ou pas) par un pédiatre, dans les 3 mois qui ont suivi sa naissance. Le nombre de bébés pris en considération (370.000 pour la période 2011 à 2019) n'est pas égal au nombre de mamans faisant l'objet des analyses dans les points précédents. En effet, le bébé n'est pas forcément membre de la MC (il peut être 'à charge' d'un papa titulaire qui n'est lui-même pas membre de la MC).

Globalement, à l'échelle de la Belgique et en 2019, près de 82% des bébés ont été vus par un pédiatre endéans les 3 mois qui suivent leur naissance. Ce pourcentage est en augmentation, il était de 70% en 2011. À la Figure 19, on peut observer qu'il y a des différences régionales : les provinces de Luxembourg, Limbourg et d'Anvers sont systématiquement en dessous de la moyenne nationale. Par contre, en 2019, les deux Flandres (occidentale et orientale) sont au-dessus de la moyenne (autour de 90%).

Du point de vue du statut social du bébé (qui est équivalent à celui de son titulaire), on observe un écart persistant (voir Figure 20) en défaveur des bébés BIM. Pour ces derniers, le taux de suivi a augmenté après 2015 (et continue d'augmenter), mais ne rattrape pas la courbe observée pour les bébés non BIM.

En termes de volume de contacts avec le pédiatre, les indicateurs peuvent varier d'une province à l'autre, mais sont assez stables au cours du temps. La médiane est autour de 2 à 4, la moyenne est plus élevée : autour de 5 à 7. Ici, on n'observe pas vraiment de différence entre les bébés BIM et non BIM.

Figure 18 : Gynécologues - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman

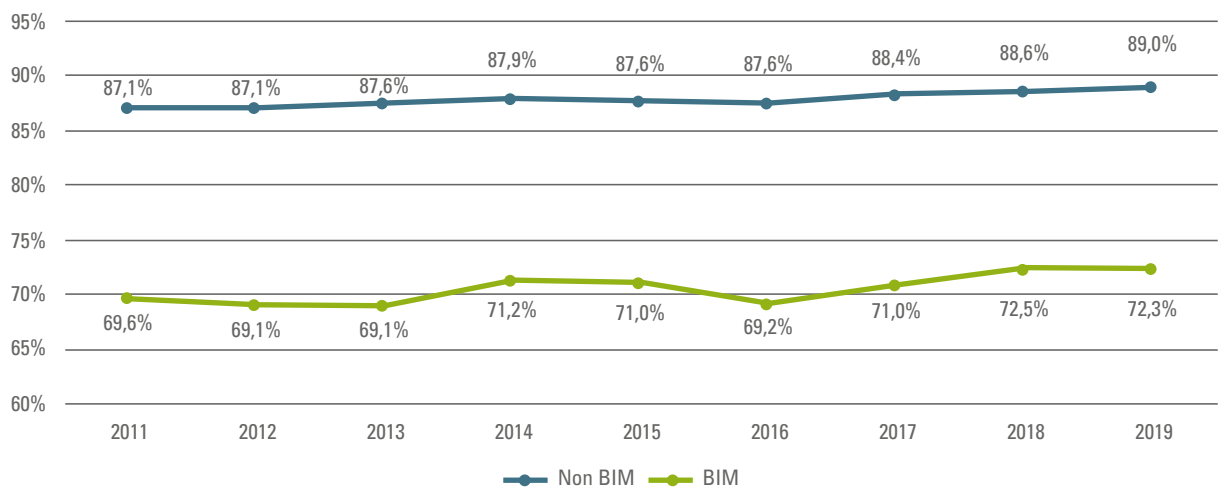


Figure 19 : Pédiatres - Taux de suivi des bébés

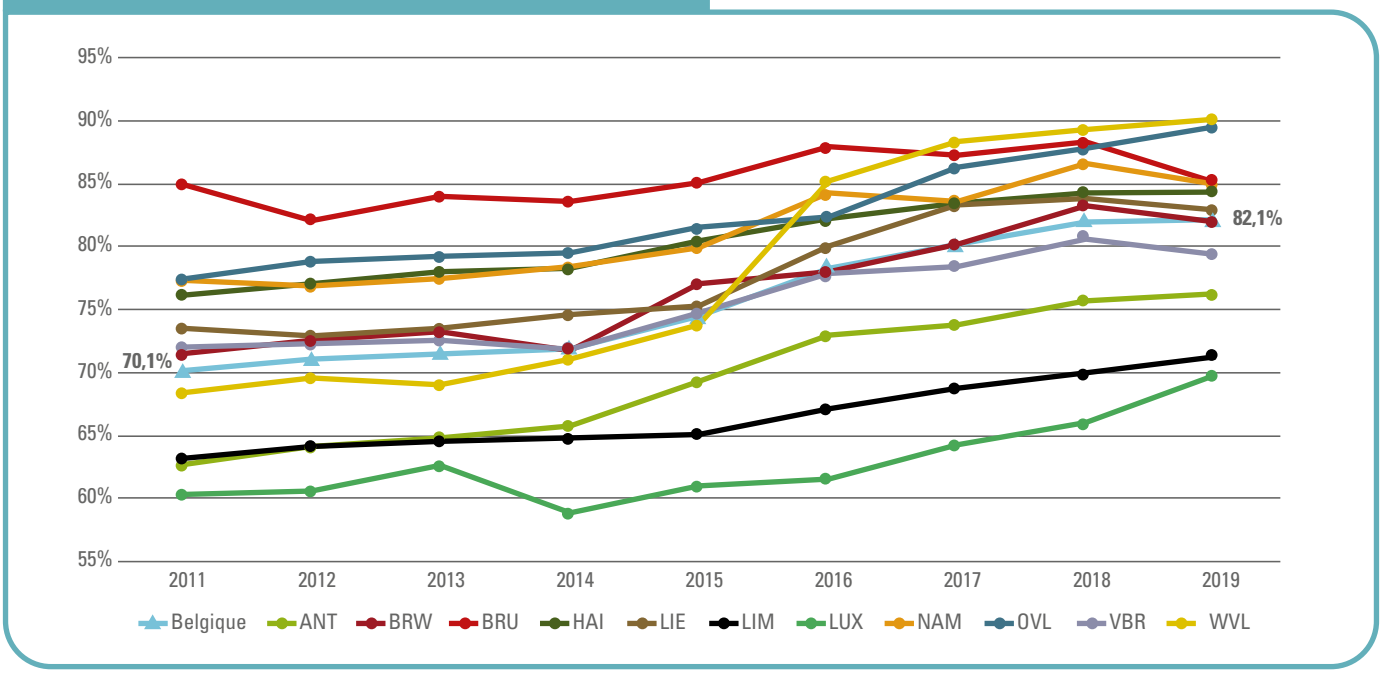
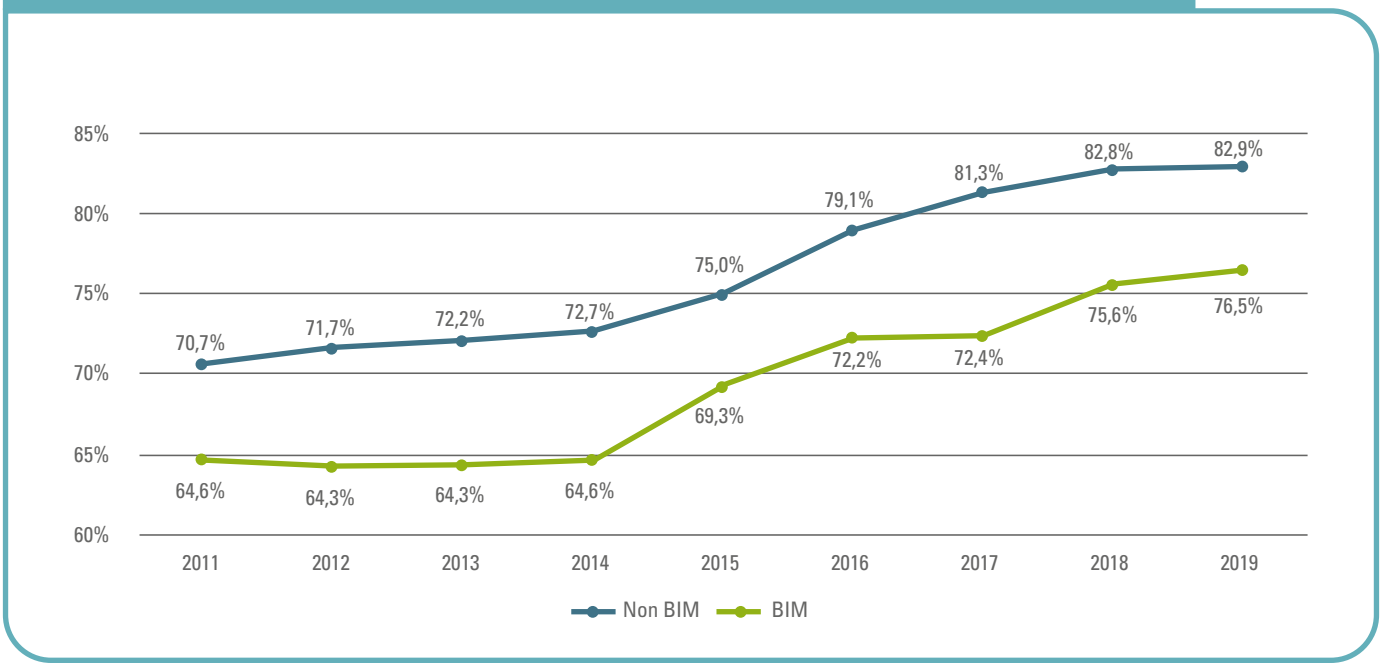


Figure 20 : Pédiatres - Taux de suivi des bébés – selon leur statut social



6. Le suivi par les sages-femmes et les gynécologues

Comme on peut le voir dans l'encadré 1, certains pays ont mis en place des trajets de soins coordonnés autour de la grossesse et de la naissance, la coordination étant assurée par un prestataire de soins bien identifié (une sage-femme ou un médecin obstétricien). Grosso modo, en Suède et au Royaume-Uni, si la grossesse n'est pas à risque, il y aura de 7 à 10 contacts avec une sage-femme ou un médecin, selon les besoins de la maman. Des contacts postnatals sont également prévus (au moins trois en Grande-Bretagne).

Comment situer notre pays par rapport à cette référence ? Nous avons examiné le volume global de contacts que les mamans ont eu avec les sages-femmes et/ou les gynécologues, ainsi que le taux de suivi (voir Figures 21 et 22). L'impression générale est que, souvent, les contacts avec la sage-femme s'additionnent avec ceux du gynécologue.

En ce qui concerne, le taux de suivi par les sages-femmes et/ou gynécologues, on relève ce qui suit :

- Comme présenté plus haut (au point 3.1.), le taux de suivi avant l'accouchement par les gynécologues est déjà de 99% à 100%. Si on ajoute l'activité des sages-femmes, le taux de suivi global ne change donc pas.
- Par contre, après l'accouchement, le taux de suivi augmente quand on combine l'activité des sages-femmes et des gynécologues. Au cours de la période étudiée, il est même en forte augmentation spécifiquement chez les mamans BIM, qui rattrapent presque leur retard, ce qui est très encourageant (voir Figure 21). Il est néanmoins étrange et inquiétant qu'il reste une différence entre les deux. Cela dit, il est difficile de conclure de façon définitive car nos données n'intègrent pas les contacts organisés par Kind & Gezin et l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Du côté du volume de contacts (des sages-femmes et/ou des gynécologues), on observe les résultats qui suivent.

- De 2011 à 2019, les volumes de contacts sont en augmentation (due largement à la progression de l'activité des sages-femmes, tant avant qu'après l'accouchement). Toutefois, les mamans BIM ont toujours un peu moins de contacts que les mamans non BIM. Voir Figure 22.
- Si, à l'instar de la Suède et du Royaume-Uni, un trajet naissance typique comporte de 7 à 10 contacts durant la grossesse, qu'en est-il chez nous ?
  - **Le nombre médian de contacts** (sages-femmes et gynécologues confondus) **en 2019 est de 14 pour les mamans non BIM, 13 pour celles qui sont BIM. On est donc, globalement, largement au-delà des standards suédois et britanniques.** Certaines mamans ont beaucoup plus de contacts encore : le P75 des mamans non BIM est à 19, pour les mamans BIM, il est à 16 (cela veut dire que 25% des mamans ont au moins ce volume de contacts). Mais comme nos données intègrent les grossesses à risque il est normal, ici, d'avoir des volumes de contacts élevés.
  - Par contre, **il est inquiétant de voir que le P5 est à 6 ou 8 contacts durant la grossesse (sages-femmes et gynécologues confondus)**, respectivement, selon que les mamans sont BIM ou non BIM. Cela signifie qu'il y a 5% des mamans qui ont moins ou juste le minimum de contacts recommandés par les Suédois et les Britanniques. Le fait d'avoir la liberté de choisir sa sage-femme et/ou son gynécologue n'apporte pas la garantie que toutes les mamans soient correctement suivies (si on s'aligne sur les standards suédois et britanniques). Espérons que les médecins généralistes compensent alors ce déficit.
- Dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, les mamans auront vu de l'ordre de 4 à 6 fois (nombre médian de contacts en 2019) une sage-femme et/ou un gynécologue. Mais pour 25% des mamans, ce nombre sera de 3 ou moins (P25). Cela paraît faible ou juste le minimum. Pire, le P5 (soit les 5% de mamans qui ont le moins de contacts postnatals) est à 1 contact. Ici, il y a un risque de suivi postnatal insuffisant (sans oublier le fait que 5% des mamans BIM n'ont aucun contact postnatal avec une sage-femme ou un gynécologue, du moins dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, comme on le voit à la Figure 21).

Figure 21 : Sages-femmes et/ou gynécologues - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social – Belgique

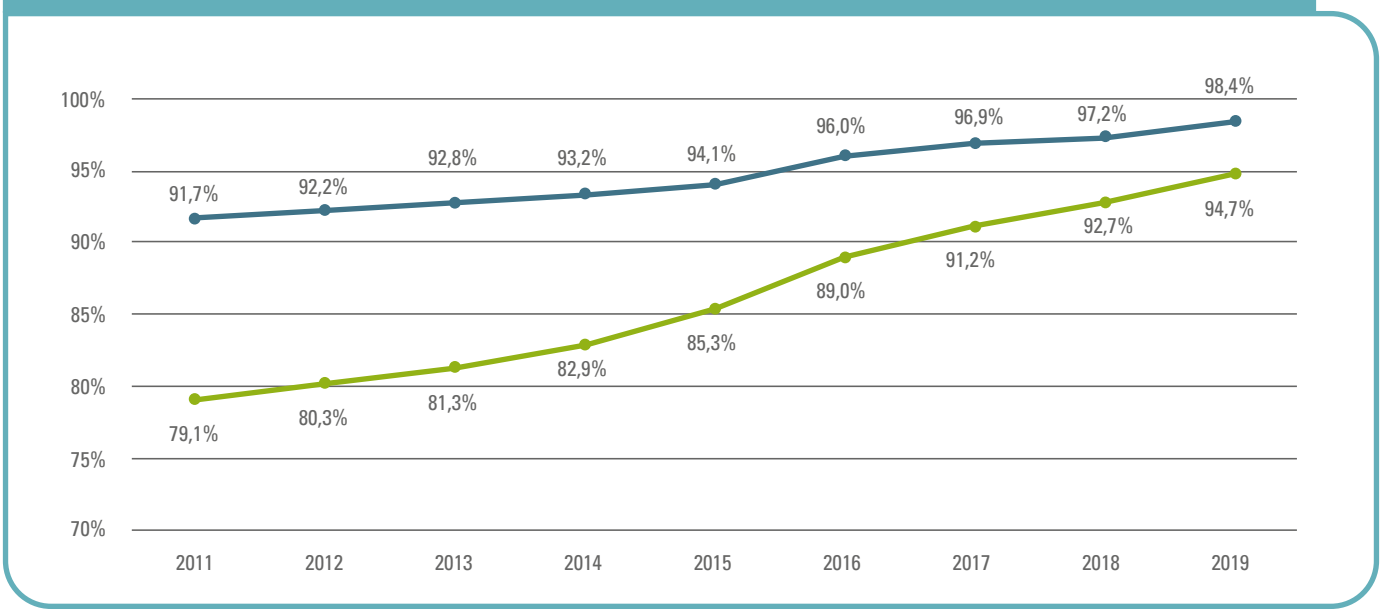
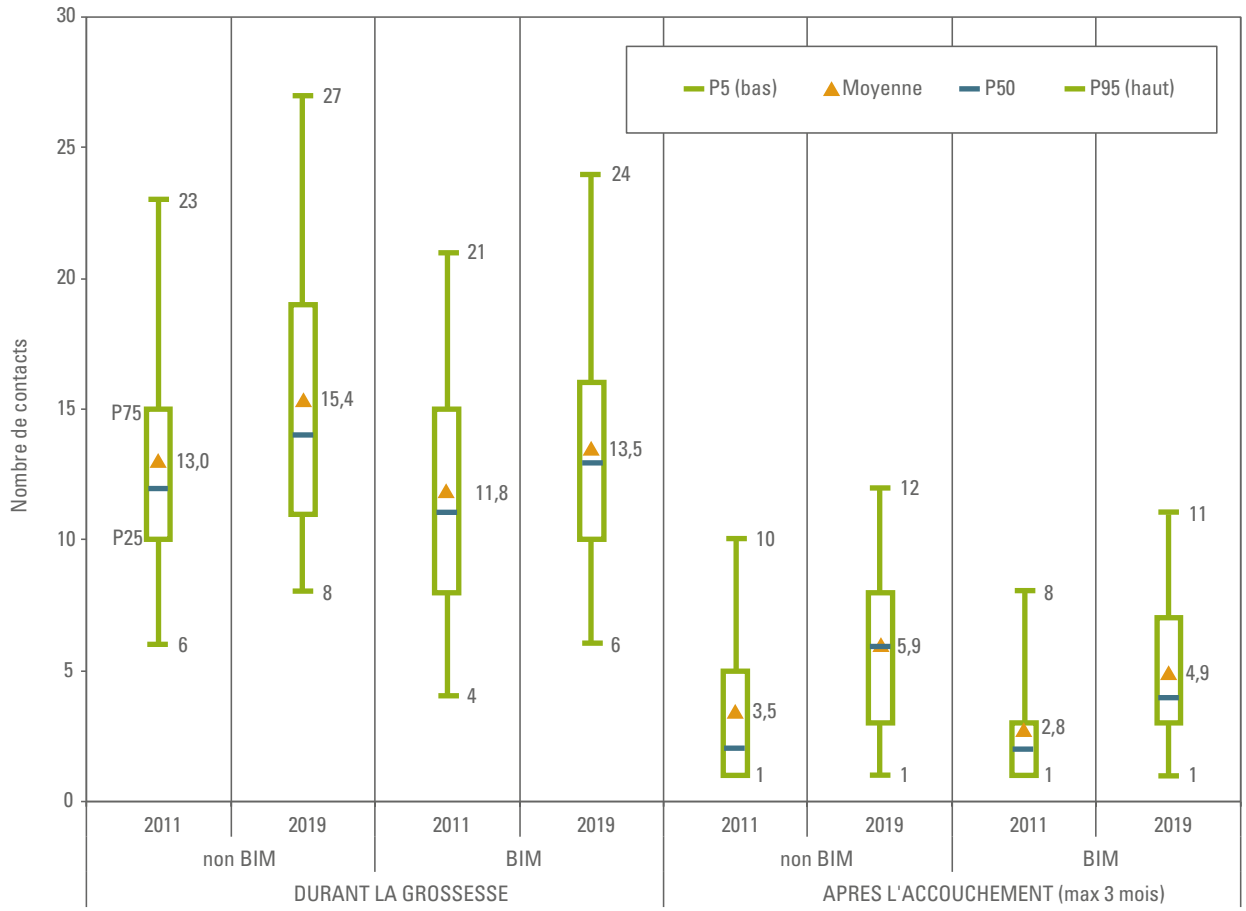


Figure 22 : Volume de contacts effectifs avec les sages-femmes et les gynécologues - Belgique



Encadré 1 : Le trajet de soins naissance en Suède et au Royaume-Uni

Le trajet de soins naissance en Suède

- Ce sont les **sages-femmes** qui sont au cœur de la coordination des soins pré et postnatals. Les futures mamans suédoises prennent contact avec une sage-femme (via leur centre local de santé ou via le 1177, une ligne d'assistance téléphonique en matière de santé, active dans toute la Suède) qui organise et assure la continuité du suivi de la grossesse.
- Une future maman verra sa sage-femme entre 6 et 10 fois (généralement, autour de 8 à 9 fois) si la grossesse se déroule sans complication. Davantage de contacts sont possibles, par exemple s'il s'agit d'une première naissance, ou s'il y a des facteurs de risque.
- La sage-femme tient à jour un dossier durant toute la grossesse. Elle y enregistre les résultats des tests, des paramètres liés au fœtus (sa croissance, sa position, etc.) ainsi que toute information relative à l'état de santé de la future maman. La sage-femme informe et répond aux questions de la future maman (sur la prise en charge de la douleur, par exemple). Les préférences, les besoins par rapport à la naissance sont résumés et repris dans un 'plan de naissance' qui est transmis, par la sage-femme, à la maternité où la future maman a choisi d'accoucher.
- En absence de complications, le nombre d'échographies est limité à une ou deux pour l'ensemble de la grossesse. Généralement, elles sont réalisées par des sages-femmes formées à cet égard. Si des soins médicaux sont requis (médicaments, gynécologie, assistance psychologique, etc.), c'est la sage-femme qui fait le lien avec les prestataires de santé adéquats.
- Beaucoup d'hôpitaux suédois disposent de possibilités de séjour ('hôtels' à proximité de l'hôpital) où la maman et le bébé peuvent résider deux ou trois jours au cours desquels ils sont monitorés. Enfin, entre 8 à 16 semaines après la naissance, la maman se présente en clinique pour une visite de contrôle (tests sanguins, poids, etc.).

Le trajet de soins naissance au Royaume-Uni

- On retrouve la même idée centrale qu'en Suède : le suivi et la continuité des soins durant la grossesse est assuré par un professionnel de santé, principalement une sage-femme (*midwife led antenatal care*) si la grossesse ne présente pas de complications. Mais, en fonction de l'état de santé de la maman, de ses antécédents, cette prise en charge peut aussi être effectuée par un médecin obstétricien (*obstetric led antenatal care*).
- Le nombre de contacts peut varier de 7 à 10 (pour une première naissance). Il peut y en avoir davantage, en fonction de l'état de santé de la maman. Tous ces contacts sont programmés à l'avance et ont chaque fois un objectif et un contenu précis (par exemple : les échographies [2 sont prévues], les tests de dépistage, analyses de sang, d'urine, monitoring de la croissance du fœtus, etc.). Chaque contact est également l'opportunité de donner des informations, de discuter des demandes, des préférences et des besoins liés à la naissance. Toutes les informations sont recueillies dans un dossier qui se remplit au fur et à mesure des contacts.
- Il est recommandé de faire un 'plan de naissance' (*birth plan*) qui reprend les souhaits liés à la naissance (lieu où on désire accoucher, prise en charge de la douleur, etc.). Ceci se fait en collaboration également avec la sage-femme ou le médecin obstétricien en charge.
- Les soins postnatals peuvent également être programmés (en fonction des besoins de la maman, du bébé). Dans les 10 jours qui suivent la sortie de la maternité, il est recommandé d'avoir trois contacts avec une sage-femme. De plus, un '*postnatal check*' (tant de la maman que du bébé) est recommandé 6 à 8 semaines après la naissance.

7. Un trajet de soins Naissance partout en Belgique : des propositions du KCE

Comme largement repris dans les médias, la Ministre de la santé De Block a initié une politique d'accélération de la diminution naturelle de la durée du séjour en maternité. Nous parlons bien d'une « accélération » car, même avant cette nouvelle politique, la tendance était déjà à la diminution de la durée moyenne de séjour (une durée de séjour moindre pouvant avoir un impact positif dans le financement des hôpitaux) (Crommelynck, Degraeve, Lefèbvre, 2013). Cette politique, néanmoins fortement débattue, a eu pour effet de diminuer plus rapidement qu'auparavant la durée de séjour, et ce à partir de 2015. Comme nous l'avons montré plus haut à la Figure 11, les résultats ne se sont pas fait attendre : la durée moyenne de séjour a diminué d'une demi-journée de 2014 à 2015, et elle continue de diminuer.

Ceci n'était pas sans risque. La littérature est assez unanime pour dire que si le séjour peut être « minimal », il doit s'accompagner d'un suivi circonstancié de la maman et du bébé en postnatal. Le KCE l'avait bien rappelé avant l'implémentation de la politique de Mme De Block (Benahmed et al., 2014). Comme nous l'avons présenté plus haut, il semble que le message ait été entendu par une majorité de centres de soins et de mamans, en tout cas pour ce qui est du suivi postnatal par des sages-femmes (voir le point 5.1.).

Le KCE a poursuivi l'exercice en 2019 en publiant une analyse de l'état du suivi prénatal des futures mamans en Belgique (se focalisant, contrairement à nous, sur les grossesses à bas risque). Le message est sans appel et, en beaucoup de points, semblable au nôtre : « L'organisation actuelle du suivi de la grossesse à bas risque n'est pas optimale. On constate une situation paradoxale, marquée à la fois par une sous-consommation des soins pour une partie de la population et une surconsommation pour une autre » (Benahmed et al., 2019a, p. 2). En rappelant que le suivi postpartum ne semble pas être organisé de manière anticipée, le KCE va plus loin en présentant selon lui une série de causes pour cette situation :

- *une distribution inégale de l'offre de soins prénatals;*
- *un manque de coordination entre professionnels;*
- *un suivi prénatal peu intégré et dénué de vision globale.*

Que faire de cette situation ? Le KCE propose une approche globale et précise. En résumé : « Les éléments clés d'une amélioration du suivi des femmes enceintes en Belgique ont été identifiés comme suit : un maillage de professionnels plus ou moins large autour de chaque femme enceinte, adapté au profil et aux besoins spécifiques de chacune, **un coordinateur de soins au centre de ce maillage**, **un plan de soins individualisé**, un système de référencement clair entre professionnels de soins et la mise en place d'un dossier électronique partagé. L'ensemble de ces éléments devrait être organisé et structuré dans le cadre d'**un parcours de suivi prénatal complet comprenant un suivi clinique, des consultations de conseil prénatal personnalisé et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité** » (Benahmed et al., 2019a).

Ce « *parcours de suivi prénatal complet* » est sans aucun doute à compléter avec la proposition du KCE de suivi postnatal systématique, « parcours de soins intégré », ce que nous appelons un trajet de soins naissance. Les deux rapports du KCE développent en long et en large leur proposition de trajet de soins prénatal ou postnatal mais en voici les deux points primordiaux (selon nous) du point de vue de l'organisation des soins :

1. *Développer et implémenter un dossier (électronique) partagé pour chaque femme enceinte incluant des 'Care Sets' relatifs à la préconception, à la grossesse et au postpartum.*

   Ce dossier serait donc une sorte de check-list à compléter au cours de la grossesse : une liste minimale de prestations considérées comme absolument nécessaires pour la santé de la maman et du bébé, pour une grossesse « normale » ou à bas risque.

2. *Initier des recherches visant à remplacer le système actuel de rémunération par un système de financement qui renforce la complémentarité et la multidisciplinarité des professionnels impliqués dans le suivi prénatal et qui permette d'éviter la duplication des interventions.*

   Jusqu'ici, chaque spécialité organise uniquement ses propres soins, sans nécessairement s'intéresser à l'ensemble des soins reçus par la maman. Il faudrait donc réorganiser le financement de sorte que l'organisation et la prestation de soins permettent une vision globale et coordonnée des soins prénatals.

8. Conclusion

Avec l'exploration des données de suivi pré et postnatal des mamans affiliées à la MC, nous avons trouvé :

- une activité importante de la part des gynécologues : ils sont surtout présents durant la grossesse (en moyenne, près de 12 contacts), moins après l'accouchement (de 1 à 2 contacts dans les 3 mois qui suivent la naissance) ;
- une activité en croissance des sages-femmes (en moyenne, près de 4 contacts durant la grossesse et 5 contacts dans les 3 mois qui suivent) ;
- une présence non négligeable des kinésithérapeutes : 30% des mamans ont eu des séances de kinésithérapie durant la grossesse, près de 70% dans les mois qui suivent la naissance.

Mais nous avons trouvé également que les mamans ne sont pas suivies de la même façon : il y a des variations régionales non négligeables ainsi qu'un gradient social en défaveur des mamans BIM. Pire, quant au suivi des gynécologues et sages-femmes, on observe également que 5% des mamans sont à risque d'un suivi incomplet (elles atteignent juste ou sont en dessous du nombre minimum de contacts requis en Suède et au Royaume-Uni). De sorte qu'au final, on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti, ni en prénatal, ni en postnatal.

Comment améliorer les choses ? Les propositions du KCE visent à l'instauration d'un parcours de soins pré et postnatal. Avec une vision globale et coordonnée des soins à délivrer, on aurait la garantie que les prestations nécessaires soient bien délivrées, en fonction des besoins de la maman. C'est ce que font d'ailleurs le Royaume-Uni et la Suède.

Cette approche ne sera pas chose facile à implémenter. Combien de fois une femme enceinte doit-elle voir son gynécologue durant sa grossesse ? Son kinésithérapeute ? Sa sage-femme ? Pour quelle(s) prestation(s) ? À quel prix ? Comment identifier une grossesse dite « à risque », nécessitant un suivi plus important ? Ces questions sont encore en suspens mais les exemples anglais et suédois permettent d'entrevoir des pistes et le KCE donne encore d'autres exemples. Les sages-femmes pourraient par exemple devenir la pièce maîtresse du suivi, comme c'est le cas en Suède. Mais cela demande un changement complet de perspective.

Bibliographie

- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D., et Christiaens, W. (2014) *L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR).* KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., et Stordeur, S. (2019a) *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque – Synthèse. Health Services Research (HSR).* KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., et Stordeur, S. (2019b) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy – Supplement.* Health Services Research (HSR). KCE Reports 326. D/2019/10.273/79. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J, Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., et Berete, F. (2019) *Enquête de santé 2018 : Santé et qualité de vie. Résumé des résultats.* D/2019/14.440/24. Bruxelles : Sciensano. Disponible sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2018.pdf
- Crommelynck, A., Degraeve, K., et Lefèbvre, D. (2013) L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info. Supplément au numéro, *MC-Informations*, 253. Disponible sur https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf
- Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M.T., Carville, S., Dworzynski, K., Gaudet, L., Glen, J., Jones, K., Miller, P., Tetzlaff, J.M., Alexander, S., Allegaert, K., Beeckman, K., Ceysens, G., Christiane, Y., De Ronne, N., de Thysebaert, B., Dekker, N., Denys, A., Eeckeleers, P., Hernandez, A., Mathieu, E., Seuntjens, L., Verleye, L., et Stordeur, S. (2015) *Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP).* KCE Reports 248Bs. D/2015/10.273/56. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- OCDE (2019) *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;sequence=1

Sites consultés :

- Nordic Co-operation. Pregnancy and childbirth in Sweden: https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-sweden
- The Local. What you need to know about giving birth in Sweden: https://www.thelocal.se/20180125/im-pregnant-now-what-the-locals-guide-to-giving-birth-in-sweden
- NHS.UK. Antenatal support : meet the team. Your pregnancy and baby guide: https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-team-midwife-obstetrician-pregnant/; https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-midwife-care-pregnant/

Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique

Svetlana Sholokhova — Service d'études
Avec l'aide précieuse de Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Jonathan Bouvy, Louise Lambert et Sofia Seddouk

Résumé

Malgré l'importance des actions en prévention et promotion de la santé pour la santé publique, leur place dans la politique de santé belge reste mineure. Premièrement, l'analyse de la structure institutionnelle montre qu'il s'agit de matières particulièrement éclatées pour lesquelles il semble difficile d'avoir une vision globale. Deuxièmement, sur le plan financier, à peine 2% des dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées de dépenses en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Par ailleurs, les évaluations de la performance du système de prévention montrent des résultats insatisfaisants sur plusieurs indicateurs de santé ainsi que l'existence de disparités importantes entre les régions. Tout cela pose question sur la vision de la santé qui anime les politiques de prévention et promotion de la santé aux différents niveaux de pouvoir et de sa cohérence interne. En effet, la vision large de la santé – qui ne réduit pas cette dernière à l'absence de maladie et qui prend en compte différents facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la personne – est une forme d'expertise et de connaissance qui se développe majoritairement dans les actions de terrain, les politiques nationales étant traditionnellement organisées autour des aspects médicaux de la gestion de la santé. Ceci peut expliquer en partie le peu de ressources mises à disposition du secteur de prévention et promotion de la santé par rapport au secteur curatif. Dans cet article, nous faisons un état des lieux du domaine de la prévention et promotion de la santé en Belgique en y portant un regard analytique au vu des enjeux de politiques de santé publique d'aujourd'hui.

***Mots clés** : Prévention, promotion de la santé, définition large de la santé, politiques de santé publique, dépenses de santé, santé dans toutes les politiques*

1. Introduction

Dans le contexte actuel de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19, l'importance de la prévention semble faire l'objet d'une (re)découverte au sein du champ politique[1]. Le fait que très peu de place est accordé aujourd'hui à la prévention est devenu flagrant. On a découvert par exemple que la gestion du matériel de protection a été soumise au principe de rentabilité et confiée au système marchand : sa logique, guidée par les principes de flux tendu et de stocks zéro, était censée réguler les approvisionnements en matériel de protection, mais s'est révélée fondamentalement inadaptée au contexte de la crise sanitaire[2]. De même, les discours médiatiques et politiques en temps de crise ont laissé de côté les enseignements de la promotion de la santé et avec eux la prise en compte du poids des facteurs socio-économiques (comme le revenu, les conditions de vie et de travail, la situation familiale, etc.) sur le comportement des personnes[3].

Cet article est le premier de la série d'études que la Mutualité chrétienne va consacrer au système de prévention et de promotion de la santé en Belgique. L'objectif de la présente étude consiste à répondre à une série de questions. Quelle est la place de la prévention et de la promotion de la santé

1. En témoigne par exemple le fait que la prévention constitue un des points centraux dans le nouvel accord de gouvernement passé en automne dernier, tant dans le cadre du plan sanitaire pour la gestion de la crise que dans la vision des soins de santé en général.
2. Voir par exemple Durand (2020) et de Decker (2020).
3. Voir par exemple la carte blanche des Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la santé (2020).

dans le système des soins de santé en Belgique ? Est-ce que l'organisation institutionnelle actuelle et son financement permettent de déployer une politique de santé publique cohérente et efficace ? En enfin, quelle compréhension de la santé guide les politiques de prévention et de promotion de la santé ?

2. Prévention et promotion de la santé : différences et points de rencontre

La différence entre la prévention et la promotion de la santé passe parfois inaperçue. Il faut toutefois souligner que, dans la façon dont on affronte un problème de santé, nous pouvons (presque) toujours distinguer une dimension de prévention et une dimension de promotion de la santé. Tandis que la première consiste en une action qui vise à éviter une maladie ou ses éventuelles complications, la deuxième rend, pour ainsi dire, ces actions préventives possibles. Concrètement, si un examen radiologique de dépistage du cancer du col d'utérus est un acte de prévention, une campagne qui vise à attirer l'attention du public sur les risques de cancer du col d'utérus pour certains types de populations, sur l'importance de son diagnostic précoce et sur la possibilité d'avoir un remboursement pour le dépistage, est du ressort de la promotion de la santé.

2.1. La vision large de la santé de la promotion de la santé

Il serait néanmoins réducteur de penser que, comme l'acte de la prévention a besoin d'une promotion, la promotion de la santé serait à son tour impensable en dehors de la prévention. Autrement dit, le fait que la prévention soit habituellement accompagnée par des actions de promotion de la santé ne signifie pas que la promotion de la santé est elle-même une forme de prévention. Au contraire, cela indique que les outils de la promotion de la santé constituent la clé de la réussite de toute politique de prévention. La prévention médicale doit donc être conçue comme située au sein du champ de la promotion de la santé et non l'inverse.

La raison se trouve dans la vision de la santé qui anime les actions en promotion de la santé[4]. La santé est entendue ici dans un sens plus large que celui des actions en prévention médicale. En effet, au premier abord la santé peut être conçue dans son opposition à la maladie. C'est la perspective de la prévention médicale classique, où être en bonne santé signifie ne pas être malade (par exemple, ne pas avoir de cancer, être protégé contre les maladies transmissibles, et ainsi de suite). Or, on sait aujourd'hui que la santé ne se réduit pas à une absence de maladie, mais dépend de différents aspects de la vie de la personne : physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. C'est la perspective de la promotion de la santé.

Encadré 1

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. *La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* »

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986)

Les actions en promotion de la santé abordent donc la personne dans sa globalité. D'où l'idée de la transversalité ou encore de l'intersectorialité comme approche privilégiée aux problèmes de santé (Fortin et al., 1994). En effet, puisque différents domaines tels que le logement, le travail, l'alimentation, etc. sont constitutifs de la santé au sens large, la promotion de la santé s'efforce de toujours les prendre en compte. Souvent, c'est uniquement grâce à cette approche transversale qu'on peut révéler certains problèmes, comme celui des inégalités sociales de santé en ce qu'elles ont un impact négatif sur la vie des personnes, qui resteraient invisibles tant qu'on ne croise pas l'état de santé avec les indices socio-économiques (Avalosse et al., 2019 ; Missinne, Avalosse, Luyten, 2019).

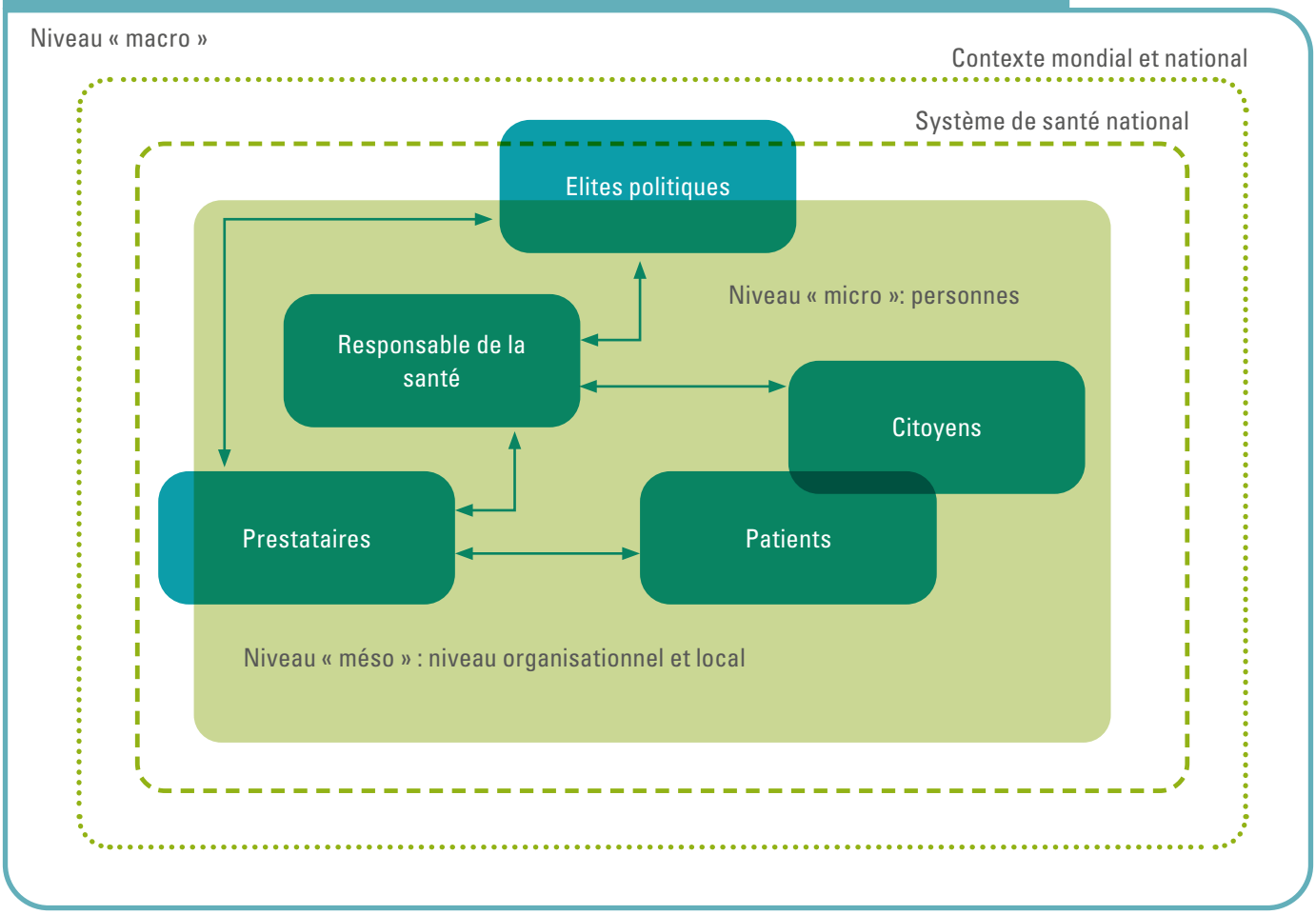
La vision large de la santé implique dès lors non seulement que le comportement des personnes est déterminé par des facteurs indépendants de la volonté de ces dernières et qui

4. La vision large de la santé a été formulée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé qui a eu lieu à Ottawa et où la Charte (connue aujourd'hui comme la Charte d'Ottawa) a été adoptée. Voir Encadré 1.

relèvent du contexte plus global, mais que ce comportement lui-même ne constitue qu'une des dimensions constitutives de la santé. Autrement dit, la santé doit être considérée non seulement sur le plan individuel (où on pourrait parler d'un comportement sain ou d'un comportement à risques), mais aussi sur le plan communautaire (où des liens sociaux peuvent par exemple être un facteur favorable pour la santé), ainsi que sur le plan global (où des décisions politiques nationales et internationales influencent directement la santé de la population). De même, les systèmes de santé opèrent sur trois niveaux « micro », « méso » et « macro » qui correspondent à ces trois plans de la santé (voir Figure 1).

Une autre conséquence importante de cette vision holistique de la santé est le fait que le public n'est pas perçu ici comme un simple réceptacle d'informations et destinataire d'initiatives, mais comme un partenaire qui participe activement à l'action (Cornwall, 2008). D'une part, les informations et les initiatives doivent être construites de telle façon qu'elles puissent être reçues de manière efficace et positive par lui. D'autre part, personne ne sait mieux que les premiers concernés par un problème donné dans quelles conditions de vie ce problème se développe. Cela implique que le public soit reconnu dans son rôle d'expert au même titre que les experts classiques (le corps médical, les référents politiques, les scientifiques, etc.) (Grimaldi, 2010). Il s'agit d'une expertise dont l'importance consiste dans le fait de compléter, voire de remettre en question les données scientifiques[5]. Créer l'espace où ce type d'expertise pourrait être pris au sérieux s'avère donc nécessaire pour construire la connaissance sur la santé et mettre en place des actions concrètes[6].

Figure 1 : Différents niveaux des systèmes de santé (source : Gilson, 2013, p. 22-23)



5. Un des exemples est l'apport du féminisme aux sciences médicales et notamment la remise en cause des essais cliniques conduits quasi exclusivement sur des individus de sexe masculin (Cf. Löwy, 2005).
6. En France, on parle de la « démocratie sanitaire », en Belgique on parle surtout de la santé communautaire et des démarches participatives (Scheen, 2018).

2.2. De la prévention médicale vers la prévention centrée sur la personne et sa santé globale

La conception large ou holistique de la santé peut être également utilisée pour repenser la prévention en dépassant sa conception classique.

Selon la représentation classique de la prévention, cette dernière se déroule de façon linéaire en passant par différentes étapes (Leavell, Clark, 1958 ; Bury, 1988). La première, prévention primaire, a lieu avant que la maladie ne se déclare (c'est le cas de la vaccination). La prévention secondaire vise la détection précoce d'une maladie (comme des dépistages). La prévention tertiaire a pour objectif d'éviter les complications d'une maladie. Enfin, la prévention quaternaire permet d'accompagner la fin de vie comme c'est le cas dans les soins palliatifs.

Nous voyons alors que le cadre médical est le seul à être pris en considération ici, tandis que d'autres dimensions de la vie de la personne, mais aussi le cadre plus général des soins de santé et notamment la relation entre le médecin et le patient sont laissés de côté.

Un modèle de la prévention basé sur l'idée large de la santé peut être visualisé comme un tableau à double entrée (voir Tableau 1) qui inclut à la fois le développement de la maladie du point de vue de la science médicale (la frontière entre santé et maladie étant le diagnostic qui permet de déclarer que la personne est malade) et le ressenti de la personne (qui peut aussi évaluer son état de santé et se sentir bien ou mal) (Jamoulle, 1986 ; Jamoulle et La Valle, 2019). Un des objectifs de cette représentation est d'attirer l'attention sur la case IV — nommée ici à nouveau « prévention quaternaire », mais qui acquiert un sens plus large. Il ne s'agit plus uniquement des soins palliatifs, mais des situations où, malgré l'absence du diagnostic, la personne se sent malade.

L'importance de prêter attention à des situations où la personne rapporte son mal-être sans qu'un diagnostic ne soit posé tient aux risques que ces situations comportent. Le premier risque réside dans la surconsommation des soins qui peut en découler. La surconsommation pourrait être une conséquence des actions du médecin qui visent à soulager la souffrance de son patient à l'aide des moyens qui sont à sa disposition (des dispositifs forcément médicaux), mais qui pour différentes raisons ne correspondent pas à l'objectif recherché[7].

Le deuxième risque des situations où la personne rapporte son mal-être sans qu'un diagnostic ne soit posé est, au contraire, la sous-consommation des soins. En effet, même si la personne n'est pas diagnostiquée comme malade, cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle n'est pas malade.

Tableau 1 : Quatre définitions de la prévention (source: Jamoulle et La Valle, 2019)

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patient	Se sent bien	**Prévention I**	**Prévention II**
		Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex. : vaccination)	Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (ex. : dépistage de l'hypertension)
	Se sent mal	**Prévention IV**	**Prévention III**
		Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables	Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex. : prévention des complications du diabète) inclut la réhabilitation

7. On constate en effet des tendances vers la surconsommation dans différents domaines des soins de santé comme dans la consommation des antibiotiques qui semblent être prescrits également pour des cas où leur administration n'est pas nécessaire. En Belgique, la consommation d'antibiotiques reste plus élevée que la moyenne européenne (2,5 fois plus grande que dans les pays voisins du Nord). Voir à ce sujet les études de Leroy, Christiaens, Maertens de Noordhout, et Hanquet (2019) ; Devos et al. (2019) ; Van Haecht, Callens, Ntahonganyira, et Morel (2019).

Cela pourrait être le signal d'une détérioration de son état de santé qui dépend de facteurs non médicaux qui risquent donc de rester inaperçus des actions de prévention classique orientées uniquement sur les facteurs médicaux[8].

Dans les deux cas, il s'agit d'un décalage entre le savoir médical sur l'état de santé de la personne (qui n'est pas considéré comme malade) et l'appréciation de sa santé par la personne elle-même (qui se sent mal). Pour dépasser ce décalage et identifier ce qui fait que la personne ne se sent pas bien et qui la pousse vers la sur- ou, au contraire, la sous-consommation des soins de santé, il est nécessaire de prendre en compte d'autres domaines de santé que ceux qui sont proprement médicaux et donc de faire appel au concept large de la santé.

Nous pouvons donc observer que, d'une part, la prévention et la promotion de la santé doivent être distinguées l'une de l'autre. Ceci est nécessaire notamment pour apprécier la spécificité du travail qui se fait en promotion de la santé et la vision large de la santé qu'elle défend ainsi que pour ne pas occulter les inégalités de santé qu'elle met en avant. Mais d'autre part, il faut tenir ensemble la prévention et la promotion de la santé en ce que ces deux secteurs constituent, ensemble, le pendant du secteur curatif. Ceci est nécessaire pour souligner l'effet que le travail en prévention et promotion de la santé peut avoir sur les soins curatifs en termes de réduction de l'impact de certaines maladies. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons décidé dans cet article d'étudier à la fois la prévention et la promotion de la santé.

3. Structure institutionnelle du domaine de la prévention et de la promotion de la santé

Penchons-nous maintenant sur la façon dont la prévention et la promotion de la santé sont organisées dans le cadre institutionnel belge. En vertu l'article 5 §1, I, al.1, 2° de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, ce sont les Communautés qui disposent des compétences concernant l'« éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive ». À la suite de la 6e réforme de l'État, ces compétences ont été élargies par le transfert du fédéral vers les entités fédérées des compétences qui étaient exercées, voire « usurpées »[9], par l'Autorité fédérale au titre de compétences résiduelles (article 5 de la nouvelle Loi spéciale de réformes institutionnelles (LSRI, § 1, 8°)). Ce transfert ne concernait pas les compétences qui relevaient de l'assurance obligatoire maladie-invalidité et de la définition des mesures prophylactiques nationales dont l'État fédéral demeure responsable (art. 5 LSRI, § 1, 8°). En effet, il faut tenir compte du fait qu'institutionnellement les compétences en prévention et promotion de la santé sont souvent inscrites au sein d'autres compétences et dépendent donc du niveau auquel ces dernières se trouvent. Ainsi la prévention fait partie de la compétence santé, mais aussi d'autres compétences gérées à la fois au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées.

3.1. Le niveau fédéral

Les mesures prophylactiques nationales couvrent plusieurs sphères. La première est celle de la santé publique. Nous pouvons ici distinguer : la gestion des équipements médicaux (et notamment de l'aide médicale urgente, mais aussi les dotations au Centre fédéral d'expertise des soins de santé — KCE) ; la gestion de crise, notamment « au cas où une pandémie aigüe nécessiterait des mesures urgentes » (Sénat de Belgique, 2013) ; le soutien au service administratif s'occupant de la reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles ; et enfin la politique scientifique (qui inclut notamment le soutien à l'Institut scientifique de santé et à l'Institut Pasteur). L'État est également responsable de la prévention dans la sphère du travail, notamment dans la gestion des risques liés aux accidents graves, menée par la Direction générale Centre de Crise du SPF Intérieur, et des actions en prévention des accidents graves, avec le soutien du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Certains aspects liés aux affaires étrangères et internes sont aussi du ressort de la prévention, comme le soutien accordé à la protection contre le rayonnement ionisant.

La gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constitue le deuxième plan sur lequel l'État exerce ses compétences en prévention. Cela inclut le remboursement des prestations de santé en médecine préventive, certains actes techniques et notamment les frais de laboratoire, ainsi que le remboursement de certains médicaments. Il s'agit ici des dépistages pour différents types de cancer et maladies transmissibles, vaccins, mais aussi les soins préventifs dentaires, etc. L'assurance obligatoire soutient également des actions nationales en promotion de la santé qui accompagnent ces actes de prévention. Ainsi,

8. On constate en effet qu'une partie de la population belge se trouve aujourd'hui dans une situation de sous-consommation ou de report des soins de santé pour des raisons de leur inaccessibilité financière, du manque d'information adaptée, etc. Ainsi, dans le domaine des soins dentaires, on constate que tandis qu'« il est préférable que tout individu aille au moins une fois par an chez le dentiste pour des soins préventifs… près de 22% des BIM sont allés chez le dentiste en 2017 contre 40% pour les non-BIM » (Vandeleene et Lambert, 2019). Malgré l'évolution qui peut être observée (notamment pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, en 2007 seulement 12,5% des membres BIM avaient vu le dentiste pour des soins préventifs), les chiffres demeurent insuffisants.
9. «…[L]'objectif principal est sans doute que l'autorité fédérale respecte désormais la répartition des compétences déjà en place en matière de soins de santé préventifs et n'élabore plus de nouveaux instruments financiers pour accéder indirectement à ces compétences » (Van Nieuwenhove, 2015, p. 290).

une portion de la partie variable des frais d'administration des mutuelles est financée pour la mise en œuvre de missions en prévention et promotion de la santé. Cela inclut des campagnes sur la vaccination, la santé bucco-dentaire, l'usage des antibiotiques, etc. qui sortent donc du cadre de missions financées en termes fixes (Pacte d'avenir avec les organismes assureurs, 2016).

3.2. Le niveau régional

Suite à la 6e réforme de l'État, chaque entité fédérée s'est chargée de déployer sa propre politique de prévention et de promotion de la santé, qui varie donc d'une région à l'autre. Au cœur des différences se trouve la façon dont chaque région est organisée. Ainsi, en Flandre, à la différence des autres régions, le pouvoir régional et le pouvoir communautaire sont gérés par une seule administration. Pour les francophones, un transfert des compétences complémentaires a eu lieu de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Région Bruxelles-Capitale et la Région wallonne[10]. Ce transfert n'a toutefois pas été complet, car il ne concernait pas les domaines comme l'enfance et l'enseignement, au sein desquels on retrouve également des compétences en prévention[11].

3.2.1. Région flamande

L'amélioration de la qualité de la vie de chacun est au centre de la politique de la prévention et de promotion de la santé de la Région flamande. Cette politique est pilotée par l'Agence Soin et Santé (Agentschap Zorg & Gezondheid) selon les objectifs de santé déterminés par un plan stratégique (Agentschap Zorg & Gezondheid 2016) qui, tous les cinq ans, propose des lignes directrices dans les domaines du bien-être, de la santé publique, de la famille et de la réduction de la pauvreté. Parmi les objectifs de santé, on retrouve : plus de personnes ayant une activité physique et un poids sain ; moins de fumeurs, de consommateurs de drogue et d'alcool ; des personnes plus résistantes ; moins d'accidents dans la sphère privée ; davantage de personnes participant au dépistage du cancer dans la population ; une politique de vaccination de qualité[12]. Afin de mettre en œuvre ces objectifs, l'Agence Soin et Santé travaille en collaboration avec les services publics locaux (Logo's), des organisations partenaires expertes en domaine de prévention (différents instituts, Kind & Gezin, Sciensano, Freeclinic, etc.) et différents acteurs de terrain. Le Décret relatif à la politique de santé préventive (Communauté flamande, 2003) règle la matière communautaire et régionale.

3.2.2. Région wallonne

En Wallonie, c'est la nouvelle Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) qui est devenue, suite à la 6e réforme, l'administration compétente pour traiter la matière de la promotion de la santé[13]. Un décret relatif à la promotion de la santé a été adopté en 1997 (modifié ensuite en 2003) et prévoit notamment le travail selon un Plan de promotion de la Santé qui définit les orientations stratégiques en matière de prévention et promotion de la santé. Le dernier plan de 2017 a pour l'horizon 2030 et vise à « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de toutes les Wallonnes et les Wallons grâce à un dispositif solide et durable » (Gouvernement wallon, 2017, p. 4). Ce plan est construit autour d'objectifs transversaux (tels que la promotion de la santé dans toutes les politiques, la lutte contre les inégalités sociales de santé, la participation citoyenne, le travail en réseau, l'environnement favorable à la santé, la perspective durable et innovatrice, etc.) et d'objectifs thématiques (la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé, d'une bonne santé mentale et du bien-être global, la prévention des maladies chroniques, des maladies infectieuses et des traumatismes).

3.2.3. Région de Bruxelles-Capitale

Sur le territoire de la Région Bruxelles-Capitale, les compétences en matière de prévention et promotion de la santé sont partagées entre trois institutions en fonction de la communauté à laquelle elles s'adressent : la Commission communautaire francophone (Cocof), la Commission communautaire flamande (VGC), et la Commission communautaire commune (Cocom) qui s'occupe des domaines considérés communs à toute la population bruxelloise.

Pour la population francophone de Bruxelles, c'est le Décret adopté par la Cocof en 2016 qui règle cette matière. Afin de l'opérationnaliser, un Plan de la Promotion de la Santé

10. Il s'agit des décrets adoptés en 2014 à la suite de l'accord, connu comme l'accord Saint-Emilie, intitulé « Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales ».
11. Art. 3, 6°, e) du Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (Cf. Dekleermaker et Losseau, 2015).

    Un des principes derrière le partage des compétences entre la Région wallonne et les communautés est le suivant : tandis que les actions menées par les communautés s'adressent à un public spécifique, les actions menées par la région s'adressent à l'ensemble de la population (Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, 2017, p. 6). Et c'est suivant ce même principe que c'est bien aux régions que revient le soutien financier, méthodologique et politique du secteur associatif actif dans les domaines de prévention et promotion de la santé via les différents administrations ou organismes d'intérêt public.
12. https://logobrussel.be/content/over-logo-brussel
13. Décret du 3 décembre 2015 relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles usuellement dénommée l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et qui s'articule autour de 3 branches : la branche Bien-être et Santé, la branche Handicap et la branche Famille.

a été adopté pour une durée de cinq ans (Gouvernement francophone bruxellois, 2018). Ce plan détermine la politique de promotion de la santé qui vise le bien-être de la population et la réduction des inégalités sociales de santé, à savoir les objectifs d'action prioritaires (définis en fonction des publics cibles, des stratégies d'actions, des déterminants sur lesquels il faut agir, etc.) et différents dispositifs qui permettent d'atteindre ces objectifs, comme l'instance de pilotage, les services supports, la section Promotion de la santé au sein du Conseil consultatif qui joue le rôle d'organe d'avis du secteur, mais aussi des acteurs de terrain et des réseaux soutenus et financés par la Cocof[14].

Du côté de la VGC, c'est le service public Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo) qui sert de plateforme pour les différents services publics et organisations qui s'occupent de la promotion de la santé. Son travail vise à réaliser sur le territoire bruxellois les six objectifs de santé déterminés par le gouvernement flamand dont nous avons parlé plus haut. Le Logo appuie les acteurs de terrain bruxellois en termes de soutien, d'information et de méthodologie de travail.

La Cocom construit sa politique de prévention et promotion de la santé dans le cadre du Plan Santé Bruxellois (Commission communautaire commune, 2019). Les compétences de la Cocom concernent la vaccination de la population adulte, l'organisation des dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, les soins palliatifs, la santé sexuelle et reproductive, la réduction du tabagisme et les assuétudes. En outre, la Cocom est responsable d'organiser des campagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la promotion de la santé par et dans la pratique du sport. C'est également au sein de la Cocom que l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale est situé et que le projet Brussel ville santé est soutenu.

3.3. Le niveau communautaire

3.3.1. Fédération Wallonie-Bruxelles

Comme nous l'avons mentionné, la communauté française demeure compétente en matière de prévention et promotion de la santé, notamment en lien avec l'enfance et l'enseignement. Via l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), la Fédération Wallonie-Bruxelles exerce ses compétences auprès des enfants et leurs parents (vaccinations, dépistage de la surdité chez les nouveau-nés, santé bucco-dentaire, etc.). C'est également à la communauté française que reviennent les compétences en promotion de la santé à l'école via le soutien des services de promotion de la santé dans le milieu scolaire et des Centres Psycho-Médico-Sociaux. La Fédération Wallonie-Bruxelles gère aussi le contrôle médico-sportif ainsi que l'organisation d'actions de terrain en lien avec la médecine préventive (vaccinations, organisation des dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, prévention assuétude, éducation sexuelle, etc.).

3.3.2. Communauté germanophone

À la différence de la communauté française, la communauté germanophone n'a pas partiellement transféré ses compétences en matière de prévention et promotion de la santé à la Région wallonne. Ainsi, c'est le Ministère de la Communauté Germanophone qui s'occupe du suivi de ces matières qui couvrent les diverses thématiques de santé (cancer de l'intestin et de l'utérus, vaccinations, alimentation, activité physique, assuétudes, prévention santé dentaire, etc.). Kaleido – DG Centre pour le développement sain des enfants et des adolescents – constitue un équivalent de l'ONE et propose un soutien pluridisciplinaire dans le cadre de la famille et de l'école aux enfants et leurs parents avec un accent sur le développement harmonieux (examens médicaux, vaccinations, guidances concernant le bien-être et le développement psychique, social, scolaire et physique des enfants, etc.).

3.3.3. Communauté flamande

La communauté flamande exerce ses compétences par la même administration que la Région flamande dont nous avons parlé dans la partie 3.2. du présent article.

3.4. Éclatement et articulations

L'analyse de l'organisation institutionnelle montre que la prévention et promotion de la santé sont des matières particulièrement éclatées[15]. Prenons comme exemple le dépistage du cancer du sein. La procédure de la mammographie est couverte par l'assurance obligatoire maladie-invalidité gérée au niveau fédéral. Mais ce sont les régions qui sont responsables d'organiser les programmes des dépistages et de sensibilisation sur leurs territoires. Néanmoins, le mammotest gratuit est également proposé par certaines communautés, comme la Fédération Wallonie-Bruxelles qui déploie donc son propre programme à ce sujet. À cela, il faut ajouter que la mammographie dans le but

14. À partir de mars 2020, c'est le nouveau plan unique pour la région bruxelloise *Brussels takes care* qui est censé couvrir le domaine de la promotion de la santé. L'objectif du nouveau plan est de fusionner le Plan bruxellois de santé, le Plan de la lutte contre la pauvreté et le Plan de la promotion de la santé.

15. Notons qu'avant même la 6e réforme de l'État, les entités fédérées disposaient déjà de certaines compétences en prévention et promotion de la santé qui faisaient partie d'autres domaines. Le morcèlement des compétences n'est donc pas le produit uniquement de la 6e réforme de l'État. Pour l'histoire institutionnelle de la promotion de la santé, voir le texte de Bantuelle (2013).

préventif peut se faire également de façon individuelle (la mammographie dite opportuniste) suite à la prescription par le médecin généraliste ou la gynécologue, sans donc faire partie du programme de dépistage organisé[16].

L'éclatement des compétences reflète, premièrement, le découpage de la compétence santé pour laquelle la Belgique compte aujourd'hui neuf ministres (Clevers, 2020). Deuxièmement, d'autres ministères (sur les trois niveaux : fédéral, régional et communautaire) disposent d'éléments de compétences en prévention et promotion de la santé. Nous voyons qu'il n'existe pas de coupole qui permettrait d'avoir une vision globale de la prévention et de la promotion de la santé sur le territoire belge[17]. En effet, prévention et promotion de la santé sont considérées aujourd'hui avant tout comme des matières personnalisables en ce qu'elles touchent étroitement à la vie des personnes. Ainsi, sauf s'il s'agit des prestations médicales dans un but préventif, ou des actes médico-techniques préventifs, ou encore des actions à destination de la population prise dans sa globalité, cela ne fait pas partie du scope national. Malgré cette logique de partage entre les différents niveaux de pouvoir, la structure institutionnelle se complexifie par la différence des approches qui semblent être privilégiées aux différents niveaux de pouvoir (voir Tableau 2).

Nous pouvons ainsi observer quelques tendances dans la façon dont la santé est entendue sur les différents niveaux. Ce sont avant tout les acteurs de terrain soutenus au niveau régional ou communautaire qui travaillent sur base de l'idée de la santé entendue dans le sens large. Les actions qu'ils mettent en place ne se limitent pas à des approches thématiques, mais se déploient de façon transversale afin de prendre en compte les différents facteurs sociaux, économiques et environnementaux et se font au plus près du public concerné et avec sa participation. En revanche, au niveau fédéral, la santé semble être souvent réduite à l'absence de maladie avec l'attention dès lors accrue à la prévention médicale (nous y reviendrons plus en détail dans la partie suivante). Les actions directement gérées par les administrations régionales et communautaires concernent davantage les programmes de dépistage ou de vaccination et donc la prévention médicale.

Quelques questions s'imposent dès lors : quel serait l'impact de la difficulté d'avoir une vision globale et partagée sur une politique de prévention et de promotion de la santé à l'échelle du pays ? Ou encore, comment envisager une articulation efficace entre les différents niveaux de pouvoir dans le cas où cette articulation s'avérerait nécessaire, voire urgente, comme dans le cas d'une crise comme celle que nous traversons actuellement ?

4. Financement de la prévention et de la promotion de la santé en Belgique

4.1. Combien dépense-t-on pour la prévention et la promotion de la santé en Belgique ?

L'éclatement des compétences a un impact direct non seulement sur la politique, mais aussi sur le financement de la prévention et de la promotion de la santé. Vu l'implication des différents niveaux de pouvoir, les types de financement sont multiples et variables notamment entre les entités fédérées. Cela pose par ailleurs un véritable problème quand il s'agit de calculer le volume de dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé en Belgique.

Tableau 2 : La nature des actions en prévention et promotion de la santé, par niveau de pouvoir

Niveau de pouvoir	État fédéral	Entité fédérée
Approche privilégiée	Approche par thématiques de santé (maladies transmissibles, cancers, etc.)	Approche par thématiques de santé et thématiques transversales (littératie en santé, santé des personnes migrantes, petite enfance, etc.)
Moyens	- Remboursements par l'assurance obligatoire - Mesures prophylactiques nationales	- Organisation des programmes de prévention (dépistages, etc.) - Soutien aux acteurs de terrain

16. L'éparpillement des compétences a un impact négatif à la fois sur la prévention et la promotion de la santé. Voir par exemple la description de cet impact sur le domaine de la petite enfance dans l'article de Gillard (2020).
17. Afin d'assurer la concertation et coopération entre l'État fédéral et les entités fédérées, des accords ont été conclus et ont été concrétisés lors des comités spécialisés réguliers dénommés « Conférences interministérielles ». Ainsi, la prévention et la promotion de la santé ont fait l'objet de l'« Accord entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 de la Constitution en matière de prévention » (2016).

Selon les estimations du SPF Sécurité Sociale, pour 2018, la part des dépenses consacrées à la prévention dans les dépenses totales de santé en Belgique s'élève à 1,7% (voir Figure 2). Cette dernière proportion contraste fort avec les pourcentages de dépenses consacrées à d'autres fonctions, que ce soit les soins curatifs et de réadaptation dispensés dans les hôpitaux (29,5%), les soins fournis aux patients qui n'ont pas été admis à l'hôpital (entre autres les visites à domicile des médecins) (26,2%), les soins de longue durée (22,6%) ou encore les médicaments et dispositifs médicaux (16,5%) en dehors des hôpitaux.

Si l'on met ces dépenses en rapport avec le PIB de la Belgique, les dépenses consacrées à la prévention représentent 0,17% du PIB (sachant que les dépenses totales de santé constituent 10,3% du PIB).

Le calcul réalisé par le SPF Sécurité Sociale suit la méthodologie du *System of Health Accounts* (SHA - également connu sous le nom de « Comptes de la santé »), « un cadre méthodologique dans lequel les pays font des estimations comparables au niveau international, et qui est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat)»[19]. L'avantage de ce modèle de calcul consiste en ce qu'il permet de comparer l'état des dépenses de santé en Belgique avec celui d'autres pays qui suivent la même méthodologie de calcul. En consultant des rapports de l'OCDE, nous pouvons notamment voir que les dépenses qui concernent la prévention en Belgique sont en dessous de la moyenne européenne — 3,1% (OECD, 2019, p. 10). Plus précisément, les dépenses belges en prévention sont plus basses que les dépenses de l'Allemagne (3%) et des Pays-Bas (3%), mais comparables à ceux de la France (2%) ou du Luxembourg (2%).

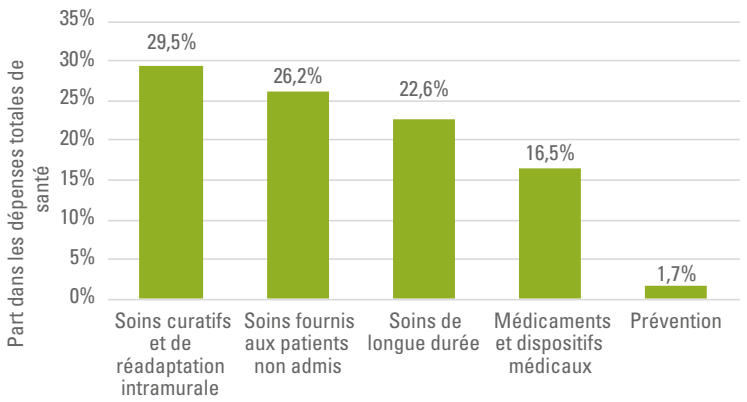
4.2. Méthodologie du calcul SHA

Il est important de tenir compte de la façon dont le calcul qui suit la méthodologie SHA est effectué, c'est-à-dire de comprendre ce qui est repris ici sous la rubrique prévention et ce qui ne l'est pas. Ainsi le calcul SHA prend bien en compte la panoplie de financements de la prévention et de la promotion de la santé aux différents niveaux de pouvoir dont nous avons parlé dans la partie 3. Le résultat de ce calcul reflète notamment bien le soutien financier accordé au secteur de la promotion de la santé géré par les entités fédérées et les frais liés aux différents programmes de prévention organisés.

Toutefois, certains éléments de l'assurance obligatoire maladie-invalidité ne se retrouvent pas sous la rubrique « prévention » du calcul SHA. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'assurance obligatoire couvre plusieurs domaines en lien avec la prévention. Or, c'est uniquement les consultations dans le but préventif chez les médecins généralistes et certains spécialistes (comme les dentistes par exemple, ou encore les sages-femmes) qui sont repris dans le calcul SHA pour 2018. Cela veut dire que différents actes de biologie et d'imagerie médicale, ainsi que les médicaments qui sont remboursés par l'assurance obligatoire et qui peuvent être qualifiés comme relevant de la prévention, se retrouvent repris sous d'autres rubriques.

Cette façon de procéder s'explique par l'application de la méthodologie SHA, mais aussi par la difficulté réelle de réaliser un calcul précis des dépenses pour la prévention dans le cadre de l'assurance obligatoire. Celle-ci ne prévoit en effet pas de rubrique spéciale qui regrouperait tout ce qui relève de la prévention parmi les différents types de remboursement. Autrement dit, pour avoir une telle estimation, il faudrait pouvoir constituer une liste de tous les actes de biologie et d'imagerie médicale et de tous les médicaments qui concernent la prévention. Cela s'avère toutefois d'autant plus

Figure 2 : Répartition des dépenses de santé en Belgique, par fonction (en 2018) (source: SPF Sécurité Sociale)



NB : Les % ci-dessus ne tiennent pas compte des frais administratifs.

19. https://socialsecurity.belgium.be/fr/news/depenses-de-sante-14-05-2020. Voir OECD, 2017.

difficile que par exemple certains médicaments peuvent être prescrits à la fois dans un but préventif pour des patients qui ne présentent pas de symptômes, afin d'éviter les récidives ou les complications d'une maladie et dans un but curatif. C'est le cas des médicaments anticoagulants qui peuvent être prescrits dans un but 'purement' préventif, mais aussi pour les patients qui ont une thrombose ainsi que pour des patients souffrants de maladies nécessitant un traitement anticoagulant. Il en va de même pour certains types de frais de laboratoire.

4.3. La place de la prévention et de la promotion de la santé dans l'assurance obligatoire maladie-invalidité

Il nous semble néanmoins intéressant de tenter d'avoir une estimation des éléments de l'assurance obligatoire maladie-invalidité pouvant être identifiés comme relevant du domaine de la prévention et qui ne sont pas repris dans le calcul SHA. Nous tenons à souligner d'entrée de jeu que l'objectif de ce calcul ne consiste pas à réévaluer la place de la Belgique par rapport à la moyenne européenne. Puisque tous les pays européens suivent la même méthodologie de calcul (SHA), les chiffres du SPF Sécurité Sociale, repris dans les rapports de l'OCDE, restent bien la référence en la matière. L'objectif de notre étude est de rassembler le plus d'éléments possible et d'avoir une vision plus détaillée du niveau des dépenses pour la prévention et promotion de la santé en Belgique.

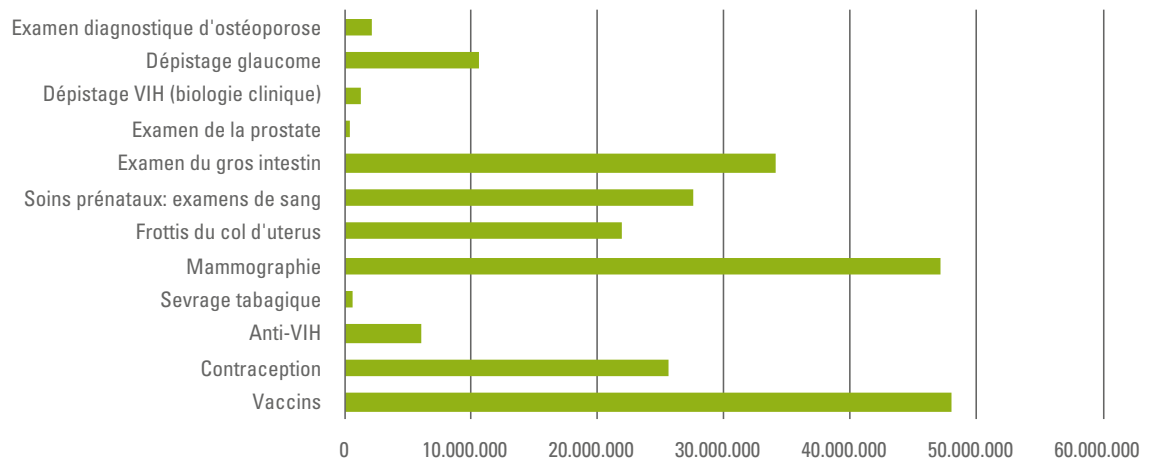
Parmi les éléments qui ne sont pas repris dans le calcul SHA, nous pouvons compter une série de médicaments (certains vaccins[20], différents types de contraception, traitement anti-VIH en prévention du SIDA et sevrage tabagique), d'actes de biologie clinique (examens du gros intestin et de la prostate, frottis du col d'utérus, examens de sang dans le cadre des soins prénataux[21], dépistage du VIH et du glaucome, examen diagnostique d'ostéoporose) et d'imagerie médicale (mammographie gratuite et mammographie « opportuniste »).

Sur base des données de facturation des membres de la MC en 2018, le service d'études a fait une estimation des remboursements pour les éléments mentionnés en procédant à une extrapolation à l'échelle nationale (au *pro rata* de la part de marché de la MC). Le total de ces remboursements de l'assurance obligatoire s'élève à 179.687.239 euros. La même méthode a été utilisée pour les parts personnelles à charge des patients également présentes dans certains cas. Les résultats de ces calculs sont présentés sous forme de graphique à la figure 3.

La somme totale des dépenses pour la prévention dans le périmètre de l'assurance obligatoire s'élève à 225.300.000 euros (remboursements + parts personnelles). Cela constitue autour de 0,48% des dépenses totales pour les soins de santé pour l'année 2018. Même en rajoutant ce pourcentage au 1,7% calculé selon la méthode SHA, les dépenses pour la prévention en 2018 dépassent à peine les 2%.

Il ressort de notre étude que, d'une part, les montants alloués à la prévention sont très bas par rapport aux autres fonctions. Nous observons également que les dépenses en lien avec la prévention pour certains domaines de santé tels

Figure 3 : Autres dépenses pour la prévention remboursées par l'assurance obligatoire, en euros (extrapolation sur base de la part de marché la MC)



20. Vaccins antigrippaux, vaccins contre les épisodes de diarrhée à rotavirus, vaccins contre le papillomavirus, etc.
21. Nous avons pris en compte ici les dépistages du syndrome de Down, du cytomégalovirus, le dépistage toxoplasma gondii et les dosages de l'alpha foetoprotéine, l'acide folique, de la vitamine B12, du fer, du glucose.

que la santé mentale sont quasi inexistantes. Par ailleurs, nous constatons qu'il n'y a pas de rubrique pour les soins préventifs dans la nomenclature de l'assurance obligatoire. En conséquence, à l'exception de la mammographie, il n'y a pas de codes permettant d'identifier facilement toutes les prestations relevant de la prévention et de la promotion de la santé. Cette observation suggère que lors des attributions budgétaires ou des discussions autour des dépenses de santé, la prévention et la promotion de la santé ne figurent pas comme un thème à part entière et donc comme nécessitant une attention particulière. Nous pouvons dès lors en conclure que la prévention occupe aujourd'hui une place mineure dans les politiques budgétaires de santé au niveau fédéral ainsi qu'au niveau des entités fédérées. En effet, tandis que moins de 2% de toutes les dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées de dépenses pour la prévention et la promotion de la santé, moins de la moitié de cette somme finance les acteurs de terrain actifs auprès du public (toutes les entités fédérées confondues). Or, comme nous l'avons vu, c'est bien les acteurs de terrain qui mettent en œuvre la vision large de la santé et agissent en contact direct avec le public.

4.4. La prévention et la promotion de la santé sont-elles sous-financées ? Analyse de la performance du système de prévention

Comment pouvons-nous évaluer l'ampleur des dépenses liées à la prévention et la promotion de la santé ? Pour essayer de répondre à cette question, une possibilité consiste à évaluer la performance du système de prévention et de promotion de la santé, c'est-à-dire d'examiner dans quelle mesure le système existant permet d'atteindre ses objectifs.

Or, en adoptant cette approche, on bute sur une véritable difficulté, car l'évaluation des actions en prévention et promotion de la santé est une tâche particulièrement ardue. En effet, l'impact de ces actions sur la santé de la population ne se manifeste souvent qu'à long terme, il est plutôt d'ordre qualitatif et non pas quantitatif, et il n'est pas toujours concevable suivant une logique de cause à effet. Autrement dit, les actions en prévention et promotion de la santé qui abordent la santé au sens large du terme s'attaquent en même temps à de multiples facteurs, ce qui peut rendre difficile d'établir des liens causals entre les phénomènes. Cela n'empêche pas les différents acteurs de faire de l'évaluation une partie intégrante de leur démarche en santé communautaire.

Depuis plusieurs années, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) mène des évaluations de la performance du système de santé belge. En ce qui concerne le domaine de prévention, depuis l'année dernière, les évaluations du KCE concernent uniquement la prévention médicale et non plus la promotion de la santé. En effet, dans les rapports précédents, les auteurs soulignaient déjà les difficultés liées à l'évaluation des actions en promotion de la santé : l'indisponibilité des données, l'inopérationnalité de certains critères, les résultats influencés tant par la promotion de la santé que par d'autres facteurs distaux (Vrijens et al., 2012, p. 32 ; Vrijens et al., 2015, p. 53). C'est avant tout le caractère « très partiel » de ces données qui a poussé les chercheurs du KCE à ne plus aborder ce domaine qui « s'étend bien au-delà des limites du seul système de santé » (Devos et al., 2019, p. 10).

Notons que les résultats de l'évaluation des effets des actions en promotion de la santé menée pour l'année 2015 étaient plutôt mauvais : non seulement « aucun des indicateurs sélectionnés dans le domaine de la promotion de la santé et du mode de vie ne livre de bons résultats » (Vrijens et al., 2015, p. 54), mais, en outre, on observait une « stagnation de l'obésité chez les adultes, prévalence toujours élevée des fumeurs quotidiens, faible taux d'activité physique, consommation d'alcool à risque (binge drinking) chez les hommes jeunes et connaissances de santé insuffisantes dans la population » (Vrijens et al., 2015, p. 5).

Arrêtons-nous maintenant sur l'évaluation de la performance du système de prévention présentée dans le rapport de 2019. La méthode d'évaluation pratiquée par le KCE est basée, d'une part, sur des indicateurs quantifiables en lien avec la prévention et, d'autre part, sur l'évaluation du taux de la mortalité évitable grâce aux politiques de santé.

Trois types d'indicateurs ont été utilisés dans le dernier rapport : les indicateurs portant sur la vaccination, les indicateurs portant sur le dépistage de cancers et un indicateur portant sur la santé bucco-dentaire[22]. Les conclusions des analyses sur base de ces critères ne sont pas toujours positives : par exemple, tandis que la couverture de la vaccination des enfants est bonne, le taux de personnes âgées plus de 65 ans vaccinées contre la grippe en 2016 n'est pas satisfaisant, car il n'atteint pas l'objectif établi par l'OMS (54,7% contre 75%) (Devos et al., 2019, p. 67). Des différences importantes peuvent également être observées entre les régions, comme pour la vaccination contre la grippe[23]. En outre, en prenant en compte des indicateurs socio-économiques (le niveau d'éducation, le revenu, le fait de bénéficier ou pas de l'intervention majorée), les chercheurs constatent que les inégalités socio-économiques influencent fortement le recours aux soins préventifs. Les catégories des personnes les plus défavorisées ont notamment un taux de participation beaucoup moins important au dépistage du cancer de sein ou aux visites régulières chez le dentiste (Devos et al., 2019, p. 58).

22. Le résumé des indicateurs peut être trouvé ici : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs#P-1

23. « Pour les personnes ne vivant pas en institution, la couverture est plus élevée en Flandre que dans les deux autres régions » (Devos et al 2019, p. 67).

En ce qui concerne la mortalité potentiellement évitable grâce aux politiques de santé, selon le rapport du KCE, elle est plus haute en Belgique que dans beaucoup d'autres pays européens. Selon le KCE, « un décès est dit 'évitable grâce aux politiques de santé' lorsque, à la lumière de la compréhension des déterminants de la santé au moment du décès, il aurait pu être évité grâce à des politiques de santé publique visant des déterminants de santé publique plus larges tels que le mode de vie, le statut socio-économique et les facteurs environnementaux (p. ex. décès dus aux accidents de la route, au cancer pulmonaire, aux maladies liées à l'alcool) » (Devos et al., 2019, p.16). Ce phénomène doit être distingué de la mortalité évitable grâce au système de soins et donc liée à la qualité des soins de santé (p. ex. décès dus à l'appendicite, la pneumonie, l'ulcère gastroduodénal). En Belgique, la mortalité potentiellement évitable grâce aux politiques de santé touche à la fois les hommes et les femmes, mais avec des différences entre les régions : « par rapport à la Flandre, elle est 40% plus élevée en Wallonie et 20% plus élevée à Bruxelles pour les deux sexes ; elle est légèrement plus faible chez les hommes » (Devos et al. 2019, p.16).

Pour conclure, si l'on supposait que la performance du système reflète la suffisance ou, au contraire, l'insuffisance de son financement, dans ce cas, sur base des analyses du KCE, on pourrait dire que le système de prévention et promotion de la santé en Belgique n'est pas suffisamment soutenu. Les résultats des évaluations du KCE permettent également de poser des questions quant à l'efficacité de la façon dont le domaine de la prévention et la promotion de la santé est structuré institutionnellement. En effet, il semble judicieux de se demander dans quelle mesure les disparités constatées entre les régions concernant plusieurs indicateurs sont le résultat de la façon dont les questions de prévention et promotion de la santé sont gérées dans un cadre institutionnel éclaté.

4.5. La politique budgétaire n'est pas tout : le principe de « santé dans toutes les politiques »

Il serait néanmoins réducteur d'envisager le soutien à la prévention et promotion de la santé uniquement sous l'angle financier, car toute forme de soutien politique peut avoir un impact dans ce domaine[24]. Cela concerne notamment des problèmes multifactoriels comme la consommation excessive d'alcool ou l'obésité, deux problèmes importants de santé publique en Belgique. On sait aujourd'hui qu'il est insuffisant de viser uniquement des facteurs individuels (le comportement des personnes, leurs modes de vie, l'activité physique, etc.) sans prendre en compte des facteurs environnementaux et socio-économiques (l'accessibilité à des produits de qualité, la possibilité de faire de l'exercice dans le quartier de vie, le prix de l'alcool, etc.). Pour espérer agir sur ces derniers facteurs, il faut néanmoins développer à la fois un soutien financier pour les acteurs de terrain et engendrer une volonté politique consciente de la complexité du problème.

Une façon d'aborder ce problème consiste à construire les politiques de telle façon qu'à tous les niveaux, et surtout dans tous les domaines politiques, la santé fasse partie des critères décisionnels. Sur le plan financier, cela implique d'investir non seulement dans ce qu'on identifie dans nos chiffres d'aujourd'hui comme relevant de la prévention, mais également d'investir dans des actions qui prennent en compte tous les différents déterminants de la santé. Sur le plan politique, on parle ainsi de « la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*) — « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (Organisation mondiale de la santé, 2013) (voir l'Encadré 2).

La mise en œuvre de cette stratégie risque toutefois de mettre les professionnels du secteur dans une situation complexe où ils doivent à la fois soutenir en tant qu'experts et intégrer les politiques afin d'assurer la transversalité des thèmes de santé (Vandoorne, 2014). Un autre danger serait que les questions sur les déterminants de santé se dissipent dans les agendas des lieux qui jusque-là n'étaient pas concernés (le logement, l'emploi, le climat, etc.). Afin d'éviter la dispersion, les lieux d'expertise en matière de prévention et promotion de la santé (associatifs, citoyens, universitaires, etc.) doivent au contraire être renforcés. C'est seulement de cette manière que ces lieux d'expertise pourront fournir le soutien méthodologique crucial pour la mise en œuvre de l'idée de santé au sens large.

4.6. Au-delà du principe de coût-efficacité

Un autre problème dans le fait de se limiter à concevoir les questions de prévention et promotion de la santé uniquement sous l'angle financier découle du fait que cela implique d'appliquer à la santé la logique de coût-efficacité. Or l'idée même d'investir dans la prévention et la promotion de la santé, pour en bénéficier en termes de réduction des dépenses pour les traitements, les hospitalisations, les médicaments, etc., bute sur la difficulté à rapporter ces investissements aux gains futurs. Cette difficulté découle de la spécificité des actions en promotion de la santé — notamment la nécessité d'intervenir au niveau des multiples facteurs qui confluent dans la détermination de la santé. En effet, puisque la santé est déterminée par multiples facteurs, il est difficile de calculer

24. Comme l'indiquent justement Crainich et Daue (2010), « la prévention passe aussi par la définition de nouvelles politiques qui ne sont pas uniquement de nature budgétaire. Citons à titre d'exemple la politique des sports, la législation relative au tabac ou les actions menées par les mutualités pour favoriser une meilleure alimentation ou des comportements de vie plus sains ».

Encadré 2 : Pourquoi les gouvernements/les sociétés ont-ils besoin de la santé dans toutes les politiques ?

« La santé dans toutes les politiques est fondée sur la reconnaissance du fait que les plus grands enjeux sanitaires – par exemple les maladies non transmissibles, les inégalités en santé, le changement climatique et l'augmentation vertigineuse des coûts des soins – sont extrêmement complexes et souvent liés par l'intermédiaire des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les différentes forces et les différents systèmes jouant sur ces circonstances, par exemple les politiques économiques et de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques.

Dans ce contexte, la promotion de communautés en bonne santé et, en particulier, de l'équité en santé entre groupes de population, nécessite de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple sur le transport public, l'accès à l'éducation, l'accès à des aliments sains, les perspectives économiques et d'autres facteurs encore. Si de nombreuses politiques publiques s'efforcent d'y parvenir, des conflits d'intérêts peuvent se produire. À l'inverse, les répercussions imprévues des politiques ne sont ni mesurées ni étudiées. Pour y remédier, il faut des solutions innovantes et des structures créant des canaux de dialogue et de prise de décisions qui transcendent le cloisonnement politique traditionnel. » (Organisation mondiale de la santé, 2014)

l'efficacité particulière de chacun d'entre eux. Il est donc difficile de prédire l'ampleur de l'investissement nécessaire pour chaque facteur afin d'obtenir un gain recherché.

Se rapporter au domaine de la prévention comme à celui d'un investissement potentiel risque également d'aboutir à percevoir la santé uniquement comme un 'capital'. Or, cette idée tend toujours à terme à attribuer à chaque personne la responsabilité ultime de l'accumulation (ou de la préservation) de ce capital (Bellahsen, 2014), un peu comme si chaque personne était une sorte d'auto-entreprise qui dispose d'un capital santé qu'elle est appelée à maximaliser et à faire fructifier. Cela implique donc, à l'encontre des principes mêmes d'une démarche de promotion de la santé, d'oublier que le comportement individuel n'est qu'une dimension parmi d'autres de la santé et donc négliger l'impact des déterminants socio-économiques et environnementaux sur l'individu. Comment pourrait-on faire peser sur l'individu la responsabilité ultime pour sa santé si cette dernière ne dépend pas uniquement des comportements individuels ?

Enfin, percevoir les personnes comme gestionnaires d'un capital santé implique de considérer la santé comme une sorte de marché autorégulé où les relations sociales et les personnes seraient juste des variables. Les personnes seraient alors perçues comme des sujets rationnels et indépendants des autres. Or ce postulat d'un « soi indépendant » est en réalité « inaccessible au plus grand nombre » (Hache, 2007, p. 18) car de nombreuses personnes ont besoin des autres pour prendre soin d'elles (personnes dépendantes, handicapées, âgées, malades chroniques, personnes souffrantes de maladies mentales, enfants, etc.). Céder à la logique de capital santé signifie dès lors tourner définitivement le dos à ces personnes dont la situation est loin de constituer une exception et révèle au contraire la norme en matière de santé : c'est-à-dire la situation singulière.

5. Conclusion

L'importance des actions en prévention et promotion de la santé ne fait plus l'objet de débats scientifiques. De nombreuses études ont démontré leur impact positif et durable sur la santé des personnes. Face aux défis qui s'imposent à la Belgique dès aujourd'hui, comme le vieillissement de la population, l'accroissement des inégalités sociales de santé, la crise climatique, le nombre croissant de personnes en incapacité de travail, etc., la prévention et la promotion de la santé, en tant qu'elles offrent une vision large sur la santé des personnes et visent à aborder des problèmes de santé de façon transversale, apparaissent indispensables et doivent être mises au cœur de nos actions.

La place que la prévention et promotion de la santé occupent dans la politique belge reste néanmoins mineure. Sur le plan financier, selon le SPF Sécurité sociale, moins de 2% des dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées comme des dépenses pour la prévention et la promotion de la santé. Si nous tenons compte du fait que moins de la moitié de cette somme sert à financer le secteur de la promotion de la santé actif sur le terrain et auprès des publics les plus concernés, il semble évident que les moyens dont ce secteur dispose pour avoir un impact d'une grande ampleur sont insuffisants.

En outre, l'étude de la place de la prévention et promotion de la santé au sein de l'assurance obligatoire maladie-invalidité que nous avons menée montre que ces matières ne constituent pas un point d'attention au sein de la sécurité sociale, focalisée presque exclusivement sur les domaines curatifs. Cela dévoile par ailleurs le manque de vision partagée sur la santé entre les différents niveaux de pouvoir : tandis que les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé (aux niveaux régional et communautaire) travaillent en s'appuyant sur la

vision large de la santé, les administrations et les autorités fédérales semblent privilégier les aspects médicaux.

Ensemble avec le système institutionnel éclaté, tout cela n'est pas sans conséquence sur le développement d'une politique de santé publique cohérente dans l'ensemble du pays. Par cohérence, nous n'entendons pas ici l'uniformité des actions mises en place. Celles-ci doivent en effet pouvoir répondre à la diversité des besoins réels des différents types de population et des situations de vie. Par cohérence, nous entendons plutôt une stratégie commune d'action qui viserait le bien-être et la réduction des inégalités.

Le principe moteur d'une telle cohérence ne devrait toutefois pas reposer exclusivement sur le rapport coût-efficacité qui semble dominer le discours politique d'aujourd'hui. C'est, en revanche, une idée de la santé - qui ne la réduit pas à l'absence de la maladie - et des indicateurs en lien avec l'équité du système de santé (Helliwell et al., 2020) et le bien-être de la population qui devraient servir de lignes directrices pour une politique de la santé publique cohérente.

Bibliographie

- *Accord de gouvernement : Pour une Belgique prospère, solidaire et durable* (2020) Disponible sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf
- Agentschap Zorg & Gezondheid (2016) *Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 (versie voor de gezondheidsconferentie.*) Disponible sur https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.M., et Di Zinno, T. (2019) *Inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Agence Intermutualiste. Disponible sur https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf
- Bantuelle, M. (2013) La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé ? Le cas de la communauté française en Belgique, *Santé publique*, HS 2,149-160.
- Bellahsen, M. (2014) *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. Paris : La fabrique.
- Bury, J. (1988) *Éducation pour la santé-Concepts. Enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck-Université.
- *Pacte d'avenir avec les organismes assureurs* (2016) Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/pacte_avenir_organismes_assureurs.pdf
- Clevers, A. (2020) Voici les neufs ministres de la santé en Belgique, *La Libre Belgique*, 04 mars 2020.
- Commission communautaire commune (2019) *Plan Santé Bruxellois — Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. Disponible sur https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles
- Communauté flamande (2003) *Décret relatif à la politique de santé préventive*. Disponible sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2004035090&la=F
- Communauté française (2014) *Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française*. Disponible sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2014040353&table_name=loi
- Cornwall, A. (2008) Unpacking « Participation » : models, meanings and practices*, Community Development Journal*, 43(3), 269-283.
- Crainich, D. et Daue, F. (2010) La prévention des maladies est sous-développée en Belgique, *Revue Éducation* Santé, 253.
- de Decker, N. (2020) « Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer », *Le Vif*. Disponible sur : https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-detruire-six-millions-de-masques-contre-le-

coronavirus-sans-les-remplacer/article-normal-1268215.html
- Dekleermaker, M., et Losseau, L. (2015) Les transferts des compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État, *Revue belge de sécurité sociale*, 10(2), 445-463.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleesschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., et Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge — Rapport 2019*. KCE Reports 313B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
- Durant, J.-P. (2020) Le Covid-19, révélateur de la tragédie du flux tendu, *La Libération*, 2 avril 2020.
- Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé (2020) *Pour une autre gestion de la crise du Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement.* Disponible sur http://fbpsante.brussels/carte-blanche-2020/
- Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., et Lamarche, P. (1994) *L'action intersectorielle en santé*. Québec : Université de Laval.
- Gillard, P. (2020) A quand une politique intégrée ?, *Santé conjuguée*, 93, 8-10.
- Gilson, L. (Ed.) (2013) *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie : version abrégée*. Organisation mondiale de la santé. Disponible sur https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
- Gouvernement francophone bruxellois (2018) *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*. Disponible sur https://ccf.brussels/download/plan-de-promotion-de-la-sante/?wpdmdl=486&refresh=5fedb1f5f23f71609413109
- Gouvernement wallon (2017) *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1: Définition des priorités en santé, Horizon 2030*.
- Grimaldi, A. (2010) Les différents habits de l'« expert profane », *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. https://doi.org/10.3917/seve.027.0091
- Hache, É. (2007) La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ?, *Raisons politiques*, 28(4), 49-65. https://doi.org/10.3917/rai.028.0049
- Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J.D., et De Neve, J.-D. (ed.) (2020) *World happiness report 2020*. New York : Sustainable Development Solutions Network.
- Jamoulle, M. (1986) Information et informatisation en médecine générale, *Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs Actes des III°Journées de Réflexion sur l'Informatique*. Disponible sur https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamoulle%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%c3%a9decine%20g%c3%a9n%c3%a9rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20-general%20practice%282%29.pdf
- Jamoulle, M. et La Valle, R. (2019). 'Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine'. Boelen, C., Cauli, M., Ladner, J. (eds.) *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre : Presses Universitaires Rouen Le Havre.
- Leavell, H. R., et Clark, E. G. (1958) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. London : McGraw-Hill.
- Leroy, R., Christiaens, W., Maertens de Noordhout, C., et Hanquet G. (2019) *Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique*. KCE Reports 311B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
- *Loi spéciale de réformes institutionnelles modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014* (1980-2014) Disponible sur https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6581/1.html
- Löwy, I. (2005) Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale : Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis, *Travail, genre et sociétés*, 14(2), 89-108.
- Missinne, S., Avalosse, H., et Luyten S. (2019) *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Commission communautaire commune.
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017) *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*. Paris : OECD Publishing.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *Belgique : Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986) *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*. Disponible sur https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (2013) *Déclaration de Helsinki sur la santé dans toutes les politiques*. Disponible sur https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. Disponible sur https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf?ua=1
- Parlement wallon (2015) *Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles.* Disponible sur https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6151/1.html?doc=29852&rev=31395-16146
- Sénat de Belgique (2013) *Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État.* Document parlementaire n° 5-2232/1. Disponible sur https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOLGNR=1&LANG=fr
- Scheen, B. (2018) *Promotion de la santé et démarches participatives : Décryptage et points d'attention.* Woluwe-Saint-Lambert : RESO.
- SPF Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement (2016) *Protocole d'accord entre l'Autorité*

fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention. Disponible sur https://www.etaamb.be/fr/protocole-du-21-mars-2016_n2016024206.html
- Van Haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R.-M., et Morel, M. (2019) Augmentation des prix des antibiotiques : aucun effet sur la surconsommation, *MC-Informations*, 277, 31-36.
- Van Nieuwenhove, J. (2015) Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées, *Revue belge de sécurité sociale*, 265-305.
- Vandeleene, G., et Lambert, L. (2019) Les soins dentaires : les incitants financiers en question, *MC-Informations*, 276, 4-17.
- Vandoorne, C. (2014). Et si la promotion de la santé était un art de paradoxe ! *Éducation Santé*, 300.
- Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Vlayen, J., Van Oyen, H., Léonard, C., et Meeus, P. (2012) *La performance du système de santé Belge — Rapport 2012*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 196B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Léonard, C., et Meeus, P. (2015) *La performance du système de santé Belge — Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).

Analyse de l'utilisation des médicaments biosimilaires chez les membres de la MC en 2019

Kris Van haecht et Caroline Lebbe — Département Politique ZIV-AMI
Rose-Marie Ntahonganyira — Service d'études

Résumé

Lorsque le brevet de médicaments biologiques (médicaments produits par une source biologique ou qui en sont extraits) expire, des variantes génériques ou biosimilaires peuvent être commercialisées. Cela peut permettre de réaliser de considérables économies, mais en comparaison avec d'autres pays européens, la Belgique est à la traîne en ce qui concerne leur utilisation. À l'aide de nos données de 2019, nous avons cherché à savoir si nous pouvions trouver des facteurs explicatifs potentiels à ce sujet en nous basant sur des différences en fonction de certaines caractéristiques. Nous avons constaté d'importantes différences selon l'indication (le diagnostic) et l'hôpital ayant délivré le médicament. C'est pourquoi nous recommandons, au-delà de quelques mesures structurelles générales, d'établir des stratégies spécifiques en concertation avec les acteurs concernés.

Mots-clés : Médicaments biologiques, médicaments biosimilaires, biosimilaires

1. Introduction

Les médicaments peuvent être répartis en deux classes : les chimiques et les biologiques. Les médicaments chimiques sont la plupart du temps des molécules simples produites par synthèse chimique à partir d'éléments ou d'autres composés chimiques. Les médicaments biologiques sont produits par une source biologique ou en sont extraits. Cette source peut être une bactérie ou une moisissure, mais également une cellule animale ou humaine. Les médicaments biologiques se distinguent des médicaments chimiques par leur structure moléculaire plus complexe.

En fait, les médicaments biologiques, comme l'insuline, l'hormone de croissance et l'érythropoïétine, sont utilisés depuis longtemps. Les médicaments innovants découverts ces dernières années sont souvent de nature biologique. Il s'agit généralement d'anticorps, et on les reconnaît par le nom de leur principe actif qui se termine par « mab » (de « monoclonal antibody »).

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (immune checkpoint inhibitors) extrêmement chers utilisés actuellement pour le traitement du cancer (atezolizumab, avelumab, durvalumab, ipilimimab et pembrolizumab) sont également des anticorps monoclonaux. Les médicaments biologiques sont de plus en plus utilisés pour des indications très diverses en rhumatologie, gastro-entérologie et dermatologie (adalimumab, infliximab, étanercept). On les trouve aussi en oncologie (trastuzumab, rituximab, bevacizumab).

Comme pour les médicaments chimiques, le brevet des médicaments biologiques expire après un certain nombre d'années. Les variantes génériques des médicaments biologiques sont appelées médicaments biosimilaires ou, en abrégé, les biosimilaires. Une différence importante entre les biosimilaires et les génériques de médicaments chimiques est le fait que les biosimilaires ne sont pas à 100% identiques aux originaux à cause de la complexité moléculaire de ces derniers. Ce qui compte, c'est que le composant actif de la molécule soit identique afin que l'efficacité du biosimilaire soit la même que celle de l'original. Ils peuvent être comparés à deux clés dont l'anneau diffère mais qui actionnent toutes deux la même serrure. D'ailleurs, les différents lots d'un même produit original ne sont souvent pas non plus totalement identiques.

Les biosimilaires peuvent donc générer d'importantes économies (voir Encadré 1 pour le mécanisme par lequel l'introduction de biosimilaires permet des économies), mais ils connaissent peu de succès en Belgique.

Comme le confirme le rapport de l'étude de l'INAMI, confiée à la KU Leuven et à l'ULB, pour le compte du groupe de travail décidé par le conseil des ministres, rapport soumis pour information au Comité de l'assurance le 13 juillet 2020 (Vandenplas et al., 2020), le marché belge des médicaments biologiques hors brevet n'a pas été dynamique ces dernières années. Les parts de marché des biosimilaires en Belgique sont très faibles, certainement en comparaison avec les pays environnants (voir Figure 1).

Afin d'approfondir l'analyse du faible taux de pénétration en Belgique, nous nous sommes demandés si nous pouvions trouver des facteurs d'utilisation ou de non-utilisation des biosimilaires en ayant recours aux informations fournies par nos bases de données (demandes de remboursement et facturation).

2. Méthodologie

Pour cette étude, nous avons sélectionné les médicaments biologiques les plus pertinents dont un biosimilaire existe sur le marché belge en fonction de l'importance de leur part dans les dépenses. Nous avons ainsi retenu trois médicaments faisant partie du top 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire des soins de santé en 2018 (INAMI, 2019), à savoir l'adalimumab (n°1), l'étanercept (n°6) et l'insuline glargine (n°11). En ce qui concerne les médicaments délivrés par le pharmacien hospitalier, nous avons sélectionné sur la base de nos propres données (non publiées) le trastuzumab, l'infliximab et le rituximab. Il y a encore quelques autres biosimilaires sur le marché belge, destinés à des indications plutôt rares, et qui ne représentent que de faibles volumes de vente.

Pour chacun de ces médicaments biologiques, pour l'année 2019, nous avons calculé pour combien de nos membres au

Encadré 1 : Dynamique des prix due à l'introduction de biosimilaires en Belgique

Les dispositions légales en matière de prix des médicaments et en particulier des médicaments biologiques ont été ajustées à plusieurs reprises ces dernières années. Depuis le 1er juillet 2020, la réglementation suivante est d'application[1].
Quand un médicament biologique est remboursable depuis plus de 12 ans, son prix est diminué. La baisse correspond à la somme de la diminution du prix pour les « vieux médicaments » (le pourcentage de la diminution dépend du chiffre d'affaires) et de la diminution du prix pour les « médicaments biologiques » (20%). Le pourcentage de la diminution totale dépend donc aussi du chiffre d'affaires généré par le médicament et peut s'élever jusqu'à 43,54%.
Si un biosimilaire arrive sur le marché avant ces 12 années de remboursement et est disponible pendant au moins 2 mois, les médicaments contenant le même principe actif biologique (c'est-à-dire l'original biologique et le biosimilaire) subissent plus tôt la réduction de prix de 20% (réduction pour les « médicaments biologiques ») et la réduction du prix pour les « vieux médicaments ».
Quand un biosimilaire arrive sur le marché, les médicaments contenant le même principe actif et délivrés par le pharmacien hospitalier ne peuvent plus être facturés qu'à 85% de la base de remboursement officiel.

L'arrivée d'un biosimilaire sur le marché accélère donc la baisse de prix des médicaments. Ainsi, les coûts pour l'assurance maladie diminuent, libérant un budget pour d'autres ou de nouvelles thérapies. Les biosimilaires ne seront cependant proposés sur le marché belge que s'ils sont effectivement prescrits et administrés. S'il n'y a pas de marché/consommation, les entreprises vendant des biosimilaires laisseront la Belgique à l'écart et nous raterons les baisses de prix anticipées.

1. https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/mesure-diminution-vieux-medicaments.aspx

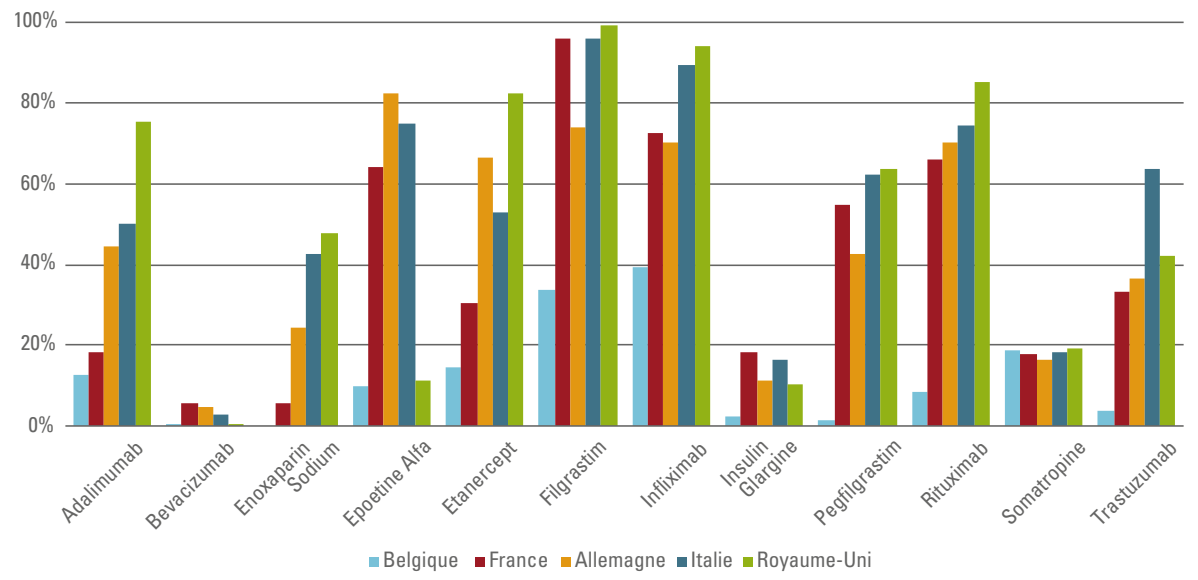
moins un conditionnement d'un médicament biologique avait été remboursé. Parmi cette population, nous avons calculé combien de membres ont bénéficié d'un remboursement d'au moins un conditionnement d'un biosimilaire (=n1) et combien ont bénéficié d'un remboursement d'au moins un conditionnement d'un original (=n2). On a ensuite calculé le pourcentage du nombre de membres auxquels au moins un biosimilaire a été remboursé par rapport à la somme du nombre de membres pour lesquels au moins un biosimilaire a été remboursé et du nombre de membres pour lesquels au moins un produit biologique original a été remboursé (ce que nous appelons la prévalence) [= n1 / (n1+n2)].

Pour l'incidence, nous avons pris comme cible tous les membres MC ayant bénéficié d'un remboursement d'au moins un conditionnement d'un médicament biologique en 2019 et pour lesquels aucun médicament biologique remboursé n'a été comptabilisé de 2015 à 2018 (= les starters). Ensuite, comme pour la prévalence, nous avons calculé le pourcentage du nombre de membres avec au moins un conditionnement d'un biosimilaire remboursé en 2019 par rapport à la somme du nombre de membres avec au moins un conditionnement d'un biosimilaire remboursé en 2019 et du nombre de membres ayant eu au moins un conditionnement d'un médicament biologique original remboursé en 2019.

Nous avons poursuivi en analysant les patients qui ont switché entre un original et un biosimilaire. Les patients qui sont passés d'un biosimilaire à son original ou qui ont pris un biosimilaire après un original mais qui sont ensuite revenus à l'original ont été exclus du calcul de l'incidence.

Dans cet ensemble de données, on a recherché s'il y avait des différences en fonction des données démographiques et médicales dont nous disposons. Pour les informations sur le diagnostic, nous nous sommes basés sur notre banque de données relatives aux autorisations de nos médecins-conseils pour le remboursement de médicaments conformément au « chapitre IV »[2]. Pour les spécialités entrant en ligne de compte pour plusieurs diagnostics, il existe en effet des paragraphes spécifiques dans le « chapitre IV ». Selon le type de procédure de demande, sur papier, via eHealth ou spécifiquement pour

Figure 1 : Part de marché des biosimilaires en Belgique par rapport à la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni (source : Medaxes, données IQVIA du troisième trimestre 2020)



2. Chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, annexe à l'AR du 1er février 2018 établissant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, MB 15 mars 2018.

l'arthrite rhumatoïde, via TARDIS[3], il est possible dans un certain nombre de cas de retrouver le diagnostic à l'origine de la prescription.

3. Résultats

3.1. Chiffres globaux

Le tableau 1 montre les chiffres globaux. En 2019, 58.518 de nos membres ont reçu au moins 1 remboursement pour un médicament biologique appartenant à notre sélection. Seuls 9,22% de ces membres ont bénéficié d'un remboursement pour des biosimilaires. Il y a cependant d'importantes différences dans le pourcentage de patients auxquels au moins un biosimilaire a été délivré en fonction de la molécule : de 4,67% pour l'insuline glargine à 51,57% pour l'infliximab. Si nous ne considérons que les 10.133 patients qui ont commencé un traitement avec un médicament biologique en 2019 (ce que nous appelons les chiffres d'incidence), le pourcentage de membres qui ont bénéficié d'un remboursement pour au moins un conditionnement d'un biosimilaire est alors globalement plus élevé, à savoir 15,42%. Pour l'adalimumab, l'étanercept et l'infliximab, l'incidence est déjà de 1/3 à 2/3.

Chez les nouveaux patients qui ont débuté en 2019 avec un médicament biologique, il y a eu 205 switcheurs (voir Tableau 2). La moitié de ces derniers est passée d'un original à un biosimilaire, mais une moitié a aussi fait l'inverse.

3.2. Différences démographiques

Il y a peu de différences en fonction du sexe du patient : la prévalence et l'incidence des biosimilaires sont plus élevées d'environ 1% chez les femmes. La figure 2 montre

Tableau 1 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019

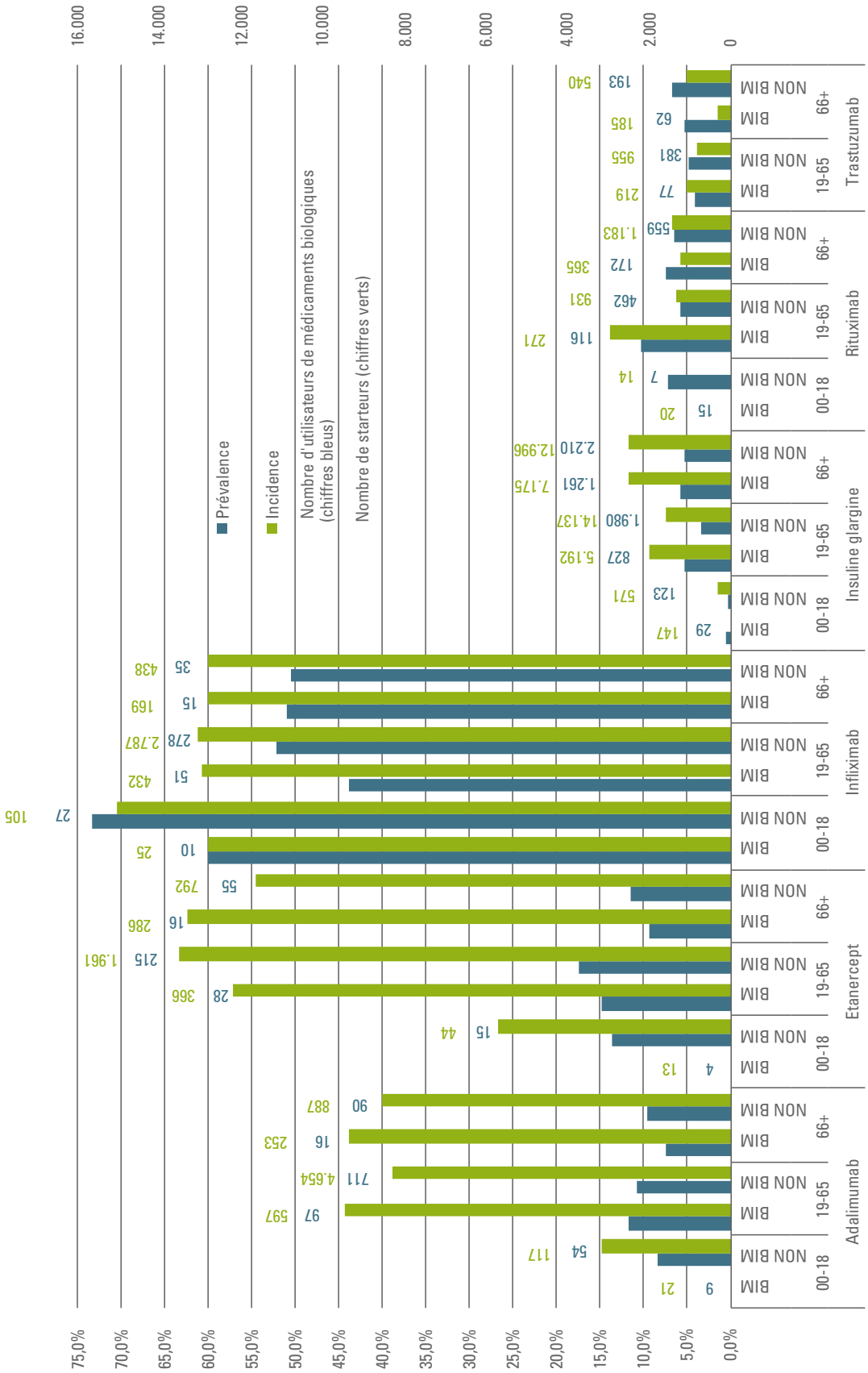
	Prévalence		Incidence	
Molécule	**Nombre d'utilisateurs de médicaments biologiques**	**% d'utilisateurs d'un biosimilaire**	**Nombre de starters**	**% d'utilisateurs starters d'un biosimilaire**
Adalimumab	6.529	10,48%	977	37,97%
Etanercept	3.462	15,02%	333	58,86%
Infliximab	3.956	51,57%	416	61,54%
Insuline glargine	40.218	4,67%	6.430	9,86%
Rituximab	2.784	6,72%	1.331	6,99%
Trastuzumab	1.899	5,37%	713	4,21%
Chiffres globaux en 2019	58.518	9,22%	10.133	15,42%

Tableau 2 : Nombre de membres de la MC qui ont switché en 2019 entre un original et un biosimilaire et nombre d'entre eux qui n'ont plus switché ensuite

Switch	**Nombre d'utilisateurs de médicaments biologiques (1)**	**%**	**Nombre d'utilisateurs qui n'ont pas switché de nouveau (2)**	**% (2)/(1)**
Du biosimilaire vers l'original	103	50,24 %	84	81,55 %
De l'original vers le biosimilaire	102	49,76 %	79	77,45 %
Total	205	100,00 %	163	79,51 %

3. Tool Administrative Reimbursement Drug Information Sharing. https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/hoofdstukken/Paginas/tardis-online-vergoeding.aspx

Figure 2 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins 1 remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction de l'âge et du statut social



la stratification en fonction de l'âge et du statut social, par molécule. Dans la répartition selon l'âge, on voit que la prise de biosimilaires est plus élevée dans la population active. Globalement, la prévalence chez les personnes de 19 à 65 ans est de 11% par rapport à 7% chez les personnes plus âgées. L'incidence est également globalement nettement supérieure dans la population active (18%) par rapport aux personnes plus âgées (12%). En ce qui concerne l'insuline glargine, les personnes âgées en prennent curieusement plus que les 19-65 ans (plus environ 3%). Sur l'ensemble des données, on voit que les personnes n'ayant pas droit à l'intervention majorée en prennent plus : prévalence 10% vs 8% et incidence 16% vs 13%. Mais ici aussi il y a des molécules où le rapport est inversé : l'insuline glargine et surtout le rituximab.

3.3. Différences régionales

Pour les médicaments biologiques sélectionnés, nos données montrent qu'il y a environ 3,5 fois plus de personnes, ayant obtenu un remboursement pour ces médicaments, en Flandre qu'en Wallonie. Ceci reflète naturellement le nombre d'affiliés de la MC dans ces deux parties du pays (voir Tableau 3). La prévalence globale des biosimilaires est légèrement supérieure en Flandre (10% vs 8%), mais la Wallonie commence à suivre avec une incidence supérieure de 3% (18% vs 15%).

À nouveau, on trouve un rapport inverse (utilisation plus importante en Wallonie par rapport à la Flandre) pour l'insuline glargine (incidence 16% vs 7%) et surtout pour le rituximab (31% vs 1%) et le trastuzumab (11% vs 2%).

Tableau 3 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction de la région

			Prévalence		Incidence	
ATC5	Molécule	Région	Nombre d'utilisateurs de médicaments biologiques	% d'utilisa-teurs d'un biosimilaire	Nombre de starters en 2019	% d'utilisateurs starters d'un biosimilaire
A10AE04	Insuline glargine	BRUXELLES	1.462	8,21%	301	11,30%
		RÉGION WALLONNE	8.897	6,69%	1.852	15,60%
		RÉGION FLAMANDE	29.633	3,89%	4.163	7,23%
L01XC02	Rituximab	BRUXELLES	66	12,12%	29	10,34%
		RÉGION WALLONNE	533	26,64%	249	30,52%
		RÉGION FLAMANDE	2.169	1,61%	1.042	1,15%
L01XC03	Trastuzumab	BRUXELLES	60	0,00%	25	0,00%
		RÉGION WALLONNE	435	13,33%	147	10,88%
		RÉGION FLAMANDE	1.390	2,95%	534	2,06%
L04AB01	Etanercept	BRUXELLES	66	4,55%	3	33,33%
		RÉGION WALLONNE	563	6,22%	46	32,61%
		RÉGION FLAMANDE	2.823	17,00%	282	63,48%
L04AB02	Infliximab	BRUXELLES	95	15,79%	15	6,67%
		RÉGION WALLONNE	715	17,34%	62	14,52%
		RÉGION FLAMANDE	3.129	60,50%	334	73,35%
L04AB04	Adalimumab	BRUXELLES	143	4,20%	29	17,24%
		RÉGION WALLONNE	1.305	6,28%	175	24,00%
		RÉGION FLAMANDE	5.062	11,77%	772	41,97%
Total		BRUXELLES	1.881	8,08%	400	11,00%
		RÉGION WALLONNE	12.375	8,36%	2.514	17,70%
		RÉGION FLAMANDE	43.964	9,51%	7.080	14,93%

3.4. Différences en fonction du prescripteur (médecin généraliste ou spécialiste)

La prévalence et l'incidence globales des prescriptions de biosimilaires sont supérieures chez les spécialistes (10% et 16%) par rapport aux généralistes (3% et 6%). Ces chiffres doivent cependant être nuancés en fonction des molécules prescrites (voir Tableau 4). Si nous ne considérons que l'insuline glargine, prescrite de manière comparable par les généralistes et les spécialistes, on observe les mêmes prévalences (3%) mais une incidence légèrement supérieure chez les spécialistes (7% vs 6%).

Les inhibiteurs du TNF (tumor necrosis factor) et les anticorps monoclonaux n'ont été prescrits par un généraliste qu'à un nombre très restreint de patients (125). En fait, ce n'est généralement pas recommandé, ni même autorisé par la réglementation, aussi bien pour le démarrage que pour les prescriptions de suivi (par ailleurs cette interdiction est absente des conditions de remboursement d'un certain nombre d'indications de l'infliximab et du rituximab).

3.5. Différences en fonction du lieu de délivrance (pharmacie hospitalière vs officine ouverte au public)

La prévalence et l'incidence globale des prescriptions de biosimilaires sont plus élevées pour la délivrance en pharmacie hospitalière (18% et 15%) que pour celle en officine ouverte au public (5% et 14%), comme on le voit dans le tableau 5. C'est en tout cas avéré pour l'insuline glargine (10% et 15% vs 3% et 7%). Le rituximab, le trastuzumab et l'infliximab ne peuvent pas être délivrés dans une officine ouverte au public. L'étanercept et l'adalimumab ne sont que très peu délivrés en pharmacie hospitalière, ce qui rend les chiffres en question moins pertinents, bien qu'on voie que pour l'adalimulab, 56% des utilisations concernent son biosimilaire alors que pour l'étanercept, il n'y a quasiment pas d'utilisation du biosimilaire.

3.6. Analyse en fonction de l'hôpital

Nous avions sélectionné initialement tous les hôpitaux où avait été délivré au moins un médicament biologique (n=172). Pour la suite de l'analyse, nous avons cependant retiré les hôpitaux psychiatriques (dans lesquels très peu de traitements avec des biosimilaires sont lancés ou administrés). Il reste donc 112 hôpitaux (dont le numéro d'agrément à l'INAMI commence par 710) où au moins un médicament biologique (original ou biosimilaire) a été délivré.

Tableau 4 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction de la qualification du prescripteur

		Prévalence		Incidence	
Prescripteurs	Molécule	Nombre d'utilisateurs de médicaments biologiques	% d'utilisateurs d'un biosimilaire	Nombre de starters en 2019	% d'utilisateurs starters d'un biosimilaire
Médecin généraliste	Adalimumab	37	10,81%	4	50,00%
	Etanercept	17	5,88%	1	0,00%
	Infliximab	7	28,57%		
	Insuline glargine	24.611	3,18%	2.764	5,97%
	Rituximab	23	0,00%	9	0,00%
	Trastuzumab	41	9,76%	15	13,33%
Médecin spécialiste	Adalimumab	6.522	10,49%	991	36,53%
	Etanercept	3.459	15,03%	333	58,56%
	Infliximab	3.933	51,54%	406	61,58%
	Insuline glargine	28.312	3,36%	4.105	7,19%
	Rituximab	2.391	5,98%	1.111	6,48%
	Trastuzumab	1.878	5,27%	709	4,09%
Médecin généraliste	Total	24.736	3,21%	2.793	6,05%
Médecin spécialiste		46.217	9,53%	7.611	15,71%

Dans 24 de ces 112 hôpitaux (21%), aucun biosimilaire n'a jamais été prescrit. La moitié des hôpitaux n'atteint pas un niveau de délivrance de biosimilaires pour au moins 10% des membres de la MC pour qui l'on a prescrit au moins un médicament biologique (Figure 3).

Si nous comparons les hôpitaux universitaires et non universitaires, on remarque que ces derniers prescrivent 6 à 7% de biosimilaires en plus (Tableau 6). En tenant compte des nombres, on le constate principalement pour l'infliximab et l'insuline glargine, tandis que c'est plutôt l'inverse pour le rituximab. Pour le trastuzumab, les différences sont moindres.

3.7. Résultats en fonction du diagnostic

Le tableau 7 montre nos résultats fondés sur les diagnostics dont nous disposons.

Pour le rituximab et l'infliximab, on peut distinguer, grâce à la procédure de demande, ceux qui ont été prescrits pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) (demande via TARDIS) de ceux qui ont été prescrits pour tous les autres diagnostics qu'on ne peut différencier car ils ne peuvent être délivrés qu'à l'hôpital et le sont sans demande ou enregistrement préalables. Pour l'étanercept, nous faisons une distinction entre l'indication PR (via TARDIS) et les autres paragraphes du chapitre IV qui sont tous de nature rhumatologique. Pour l'adalimumab, on peut distinguer la PR (via Tardis), les autres indications rhumatologiques regroupées, les indications gastro-intestinales (maladie de Crohn et colite ulcéreuse), les indications dermatologiques (formes de psoriasis et d'hidrosadénite) et les indications ophtalmologiques (uvéite).

Il est frappant de constater que pour les médicaments utilisés notamment dans le traitement de la PR, l'incidence des biosimilaires est nettement plus élevée pour cette indication (PR), sauf pour le rituximab. Pour l'étanercept, l'infliximab et l'adalimumab, nous avions déjà vu que l'incidence était sensiblement plus élevée que la prévalence. Nous observons maintenant que cette hausse se manifeste surtout pour l'indication PR.

3.8. Évolution du trastuzumab

Le trastuzumab (Herceptin®) est principalement utilisé pour le cancer du sein, mais il est également prescrit pour le cancer de l'estomac. Étant donné que la procédure de remboursement se déroule par le biais d'un formulaire pour le pharmacien hospitalier qui ne doit pas être enregistré, nous ne pouvons pas faire de distinction diagnostique.

La prévalence du biosimilaire Herzuma® est plutôt basse (5,37%) et son incidence ne montre pas de croissance (4,21%). On voit cependant à la figure 4 que l'utilisation de la forme sous-cutanée (Herceptin 600 mg®) augmente au fil des ans, ce qui pourrait indiquer une stratégie sous-jacente de la firme pour promouvoir la forme pour laquelle il n'existe pas (encore) de biosimilaire.

Tableau 5 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction du lieu de délivrance

		Hôpital				Officine publique			
ATC5	Molécule	Nombre d'utilisateurs de médicament biologique	Prévalence % d'utilisateurs d'un biosimilaire	Nombre de starters en 2019	Incidence % d'utilisateurs starters d'un biosimilaire	Nombre d'utilisateurs de médicament biologique	Prévalence % d'utilisateurs d'un biosimilaire	Nombre de starters en 2019	Incidence % d'utilisateurs starters d'un biosimilaire
A10AE04	Insuline glargine	9.883	10,10%	3.125	15,20%	38.074	3,31%	5.193	6,51%
L01XC02	Rituximab	2.784	6,71%	1.317	7,06%				
L01XC03	Trastuzumab	1.900	5,37%	711	4,22%				
L04AB01	Etanercept	54	1,85%	1	0,00%	3.458	15,04%	322	59,01%
L04AB02	Infliximab	3.956	51,58%	405	61,48%				
L04AB04	Adalimumab	128	55,91%	18	55,56%	6.453	9,59%	947	37,06%
Total		18.641	18,24%	5.577	15,37%	47.839	5,01%	6.462	13,60%

3.9. Évolution de l'insuline glargine

Les préparations actuellement disponibles d'insuline pour le traitement du diabète sont produites par biosynthèse. Les analogues d'insuline à action de longue durée sont l'insuline glargine et l'insuline détémir. Depuis 2016, on trouve sur le marché belge un biosimilaire de l'insuline glargine.

La prévalence de l'utilisation du biosimilaire est plutôt basse (4,67%) et son incidence croît modérément (9,86%). Le biosimilaire est un peu moins prescrit aux jeunes, aux membres n'ayant pas droit à l'intervention majorée, en Flandre et via les officines publiques. La promotion de « nouvelles » insulines (l'insuline glargine « plus concentrée » 300 E/ml Toujeo® et l'insuline degludec à action de longue durée

Tableau 6 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction du type d'hôpital (universitaire ou non)

		Prévalence		Incidence	
Type d'hôpital	Molécule	Nombre d'utilisateurs de médicaments biologiques	% d'utilisateurs d'un biosimilaire	Nombre de starters en 2019	% d'utilisateurs starters d'un biosimilaire
Hôpital non universitaire	Adalimumab	98	65,31%	11	45,45%
	Etanercept	37	2,70%	0	/
	Infliximab	3.072	55,24%	326	63,80%
	Insuline glargine	7.872	11,61%	2.551	17,52%
	Rituximab	1.986	5,59%	959	5,53%
	Trastuzumab	1.501	5,53%	558	3,94%
Hôpital universitaire	Adalimumab	15	53,33%	5	100,00%
	Etanercept	11	0,00%	1	0,00%
	Infliximab	903	39,09%	91	52,75%
	Insuline glargine	2.052	3,75%	596	4,53%
	Rituximab	766	9,92%	375	10,67%
	Trastuzumab	409	4,65%	157	5,10%
Hôpital non universitaire		14.517	19,77%	4.386	16,76%
Hôpital universitaire		4.142	12,87%	1.219	10,50%

Figure 3 : Nombre d'hôpitaux en fonction du pourcentage de membres de la MC qui ont reçu un remboursement pour un biosimilaire si au moins un médicament biologique leur a été prescrit en 2019

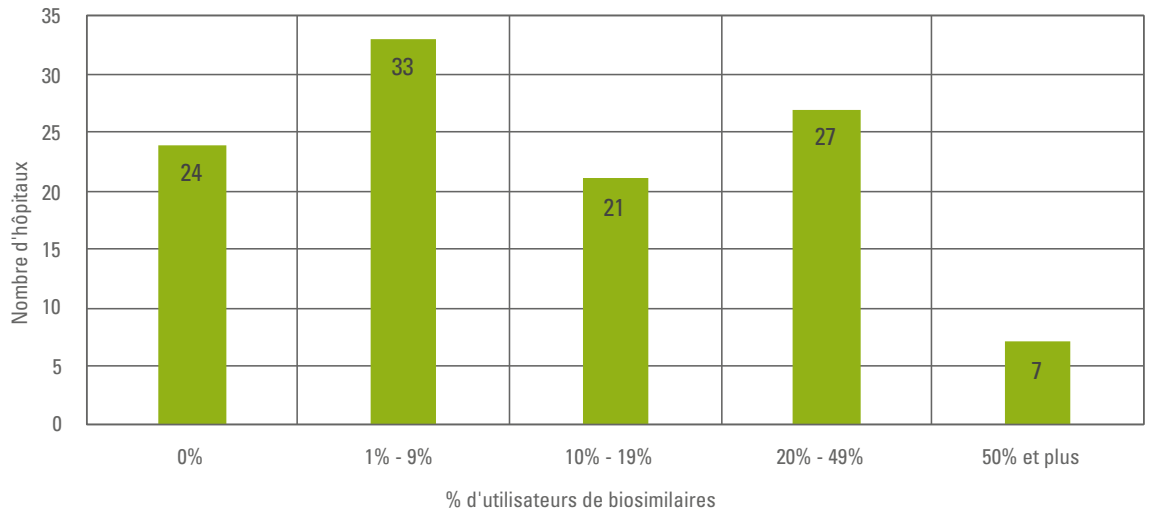
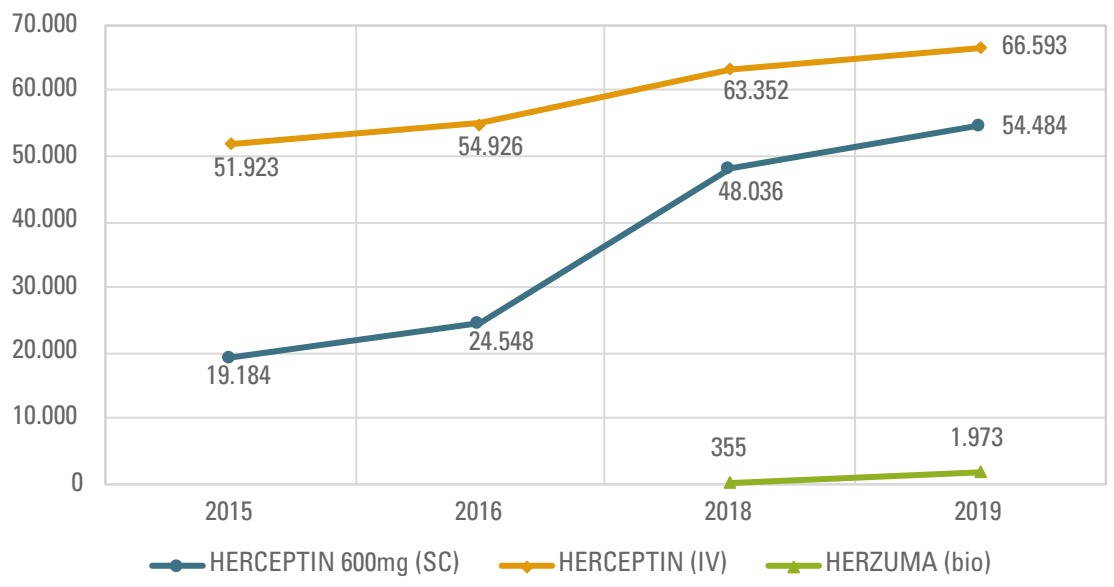


Tableau 7 : Prévalence et incidence des utilisateurs d'un biosimilaire parmi les membres de la MC qui ont reçu au moins un remboursement pour un médicament biologique en 2019, en fonction du diagnostic

			Prévalence		Incidence	
ATC5	Molécule	Indication diagnostique	Nombre d'utilisateurs du médicament biologique	% d'utilisateurs du biosimilaire	Nombre de starters en 2019	% d'utilisateurs starters avec le biosimilaire
L01XC02	Rituximab	autres	2.283	7,49%	1.215	7,24%
		PR	350	2,00%	41	4,88%
L04AB01	Etanercept	autres PR	1.742	11,77%	145	46,90%
		PR	1.504	17,09%	156	71,15%
L04AB02	Infliximab	autres	3.746	52,59%	406	61,33%
		PR	210	33,33%	10	70,00%
L04AB04	Adalimumab	autres PR	2.155	12,71%	313	44,73%
		dermatologique	699	4,58%	73	24,66%
		gastro-intestinale	2.276	8,83%	323	29,10%
		ophtalmologique	167	0,00%	56	0,00%
		PR	1.103	14,60%	167	58,68%
Total			16.235	11,03%	2.905	30,12%

Figure 4 : Évolution du volume de trastuzumab remboursé (sous-cutané [SC], intraveineux [IV], biosimilaire [bio]) en DDD de 2015 à 2019



Tresiba®) supplante peut-être le remplacement du Lantus® par son biosimilaire (Abasaglar®). Les « nouvelles » insulines n'ont cependant pas d'atout supplémentaire, ou seulement très limité, et ne sont par exemple pas recommandées[4] dans les lignes directrices pour le diabète sucré de type 2 de l'association néerlandaise des médecins généralistes (Nederlands Huisartsen Genootschap - NHG).

4. Discussion

Les biosimilaires sont aussi efficaces et sûrs que les médicaments biologiques originaux, l'Agence européenne des Médicaments (EMA), qui réglemente les autorisations de mise sur le marché, le garantit (Commission européenne, 2017). Une vaste étude systématique récemment achevée a également conclu que rien n'indique que le passage d'un médicament biologique original à un biosimilaire soit associé à des problèmes d'efficacité, de sécurité et d'immunogénicité de quelque nature que ce soit (Barbier et al., 2020).

Malgré la convention conclue par la précédente ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avec toutes les parties intéressées, dont les associations d'hôpitaux, de médecins spécialistes, de pharmaciens hospitaliers et de l'industrie pharmaceutique, signée le 7 janvier 2016 et faisant partie du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique (2015), et malgré la prime financière (temporaire) comme incitation à la prescription des biosimilaires de l'étanercept et de l'adalimumab[5], la pénétration des biosimilaires sur le marché belge peut être qualifiée de médiocre. Les facteurs qui l'entravent sont les doutes qui continuent d'exister dans le chef des médecins et des patients, mais aussi une problématique spécifique à la Belgique, à savoir le financement des hôpitaux et l'attitude auto-protectrice de l'industrie pharmaceutique innovante. Un autre obstacle est le fait que l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé déconseille de prescrire les médicaments biologiques par le nom de leur principe actif (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, 2020).

Notre étude montre qu'il y a tout de même une tendance d'utilisation croissante étant donné que les taux d'incidence sont plus élevés que les taux de prévalence. Il y a toutefois des différences à noter entre les molécules et au sein des molécules. Nous constatons pour certaines indications un taux plus élevé de pénétration. C'est le cas par exemple des indications rhumatologiques. Il est possible que l'influence de quelques personnages clés de l'association professionnelle (la Société Royale Belge de Rhumatologie – SRBR), également impliqués dans la conception de l'outil spécifique pour les demandes d'enregistrement et de remboursement TARDIS, y joue un rôle. L'évolution de l'utilisation des biosimilaires dépend en grande partie de leur perception par les spécialistes prescripteurs, comme l'a déjà démontré une étude belge réalisée auprès de rhumatologues et de leurs patients (van Overbeeke et al., 2017).

En ce qui concerne les facteurs démographiques, nous avons observé des différences plutôt limitées, par exemple une utilisation plus élevée de 3% dans la population active. Par rapport à ce facteur, on a toutefois noté une différence entre les molécules. Ainsi, l'utilisation du biosimilaire de l'insuline glargine était inférieure de quelques pour cent chez les jeunes Flamands actifs. Il est possible qu'ils embrayent plus rapidement vers les « nouvelles » insulines, ce qui pourrait être retenu comme approche ciblée afin d'inciter à l'utilisation de biosimilaires.

Un résultat important de la recherche est le constat de l'existence de grandes différences entre les hôpitaux. Des différences notables existent aussi entre les hôpitaux selon qu'ils soient universitaires ou non. Les accords financiers dans le cadre des adjudications publiques entre les hôpitaux et les firmes pharmaceutiques n'y sont pas étrangers. Une organisation plus transparente et plus efficace des adjudications (par exemple au niveau des réseaux hospitaliers), avec une surveillance et un contrôle de l'application correcte de leur procédure, est indispensable pour parvenir à un fonctionnement plus compétitif du marché (Moorkens et al., 2020).

Dans notre étude, nous avons remarqué l'effet de la pratique de certaines firmes pharmaceutiques de médicaments biologiques originaux qui, au moment où le biosimilaire est disponible, mettent sur le marché de nouveaux « originaux », qui offrent un avantage plutôt limité, mais entre-temps entravent bien l'utilisation du biosimilaire. Les médecins prescripteurs, consciemment ou inconsciemment influencés par les messages publicitaires, devraient être attentifs à ce phénomène et éviter des changements au profit de nouveaux produits innovants chers (par exemple les inhibiteurs des JAK [Janus Kinase] en rhumatologie), mais qui ne sont pas nécessaires.

5. Conclusion et recommandations

Notre étude montre qu'il y a une tendance très limitée à l'utilisation des biosimilaires sur le marché belge. Nous avons ajouté à ce constat celui de différences importantes d'utilisation en fonction des molécules et également de certaines caractéristiques du patient et du prescripteur.

4. NHG-richtlijn diabetes mellitus type 2 versie 5.2 [Online]. Disponible sur : https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2 (consulté le 1er décembre 2020)
5. https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/medicaments-biosimilaires-incitant-dehors-hopital.aspx (consulté le 22 décembre 2020)

Pour stimuler l'utilisation de biosimilaires, nous rejoignons les recommandations du rapport du directeur de programme du groupe de travail de l'INAMI (Vandenplas et al., 2020). Il y est, presque évidemment, recommandé de poursuivre les programmes de communication et la promotion du « switch » pour des raisons non médicales. La détermination de quotas pour les prescripteurs a également été proposée. L'optimalisation du processus d'adjudication, le développement et la mise en œuvre de mécanismes de « *gain sharing* » et la garantie de « *level playing field* »[6] représentent d'autres recommandations importantes.

Une recommandation que notre étude nous permet de soutenir pleinement est le développement d'initiatives spécifiques par groupe thérapeutique et même par biosimilaire en concertation avec les parties prenantes concernées. Cela vaut tant pour les catégories de biosimilaires existant déjà que pour celles encore en préparation.

Une stratégie spécifique pourrait être élaborée dans le cadre d'une convention avec les parties prenantes concernées, par exemple pour le trastuzumab et l'insuline glargine, en fixant des quotas (par exemple 50%, de sorte que 50% restent disponibles pour la firme ayant développé le médicament). Le bevacizumab pour lequel des biosimilaires sont récemment arrivés sur le marché constitue également un bon candidat pour cette stratégie.

Ensuite, il est nécessaire d'examiner les perspectives des biosimilaires qui vont arriver sur le marché, comme l'insuline lispro et l'insuline aspart, de même que plusieurs anticorps monoclonaux (ranibizumab, omalizumab, tocilizumab, ipilimumab, …). Nous pourrons ainsi nous préparer, et agir de manière pro-active en signant une convention avec les prescripteurs concernés.

Par ailleurs, il reste indispensable de rechercher un financement des hôpitaux qui dépende moins de leur politique d'achat en matière de médicaments. Les adjudications doivent pouvoir se dérouler de manière plus transparente et plus efficace. Le rôle du pharmacien hospitalier est également important par rapport à la rédaction du formulaire hospitalier qui devrait permettre, si possible, une stratégie de substitution en concertation avec le prescripteur et le patient.

Bibliographie

- Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (2020) *Prescription en dénomination commune internationale (DCI) : Règles opérationnelles pour la prescription en DCI dans la pratique médicale et pharmaceutique et dans le dossier médical électronique.* Disponible sur https://www.afmps.be/sites/default/files/content/note_dci_version_8.pdf
- Barbier, L., Ebbers, H.C., Declerck, P., Simoens, S., Vulto, A.G., et Huys, I. (2020) The Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Switching Between Reference Biopharmaceuticals and Biosimilars: A Systematic Review, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2020, 108(4), 734-755. doi: 10.1002/cpt.1836.
- Commission Européenne (2016) *Que dois-je savoir sur les médicaments biosimilaires: Information pour les patients.* Disponible sur https://ec.europa.eu/docsroom/documents/26643 (consulté le 22 décember 2020)
- INAMI (2019) *Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2018.* Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot_top25_medicaments_2018.pdf
- Moorkens, E., Vulto, A.G., et Huys, I. (2020) Biosimilars in Belgium: a proposal for a more competitive market, *Acta Clinica Belgica.* DOI: 10.1080/17843286.2020.1761690.
- *Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique* (2015) Disponible sur https://www.luss.be/wp-content/uploads/2016/12/20150727-Pacte-davenir.pdf
- Vandenplas, Y., Huys, I., Van Wilder, Ph., Vulto, A.G., et Simoens, S. (2020) *Probleemstelling en voorstellen tot maatregelen voor af-patent biologische en biosimilaire geneesmiddelen in België.* RIZIV, Nota CGV 2020/178.
- Van Overbeeke, E., De Beleyr, B., de Hoon, J., Westhovens, R., et Huys, I. (2017) Perception of Originator Biologics and Biosimilars: A Survey Among Belgian Rheumatoid Arthritis Patients and Rheumatologists, *BioDrugs,* 31(5), 447-459. doi: 10.1007/s40259-017-0244-3. PMID: 28929342.

6. Mécanismes de *« gain sharing »* (« partage de gains », dans ce contexte, entre l'hôpital et l'assurance maladie) et *« level playing field »* (« terrain de jeu avec des opportunités égales », dans ce contexte, pour la firme ayant développé le médicament biologique original et les firmes des biosimilaires).

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.
Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité Chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue MC-Informations, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité Chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue MC-informations, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité générale sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

Sommaire

Édito 2

Budget des soins de santé 4

Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en œuvre des réformes essentielles

Politique de santé 12

« Pour une Belgique prospère, solidaire et durable » ? Analyse de l'accord de gouvernement fédéral 2020-2024

Soins de santé 23

Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s)

Prévention et promotion de la santé 42

Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique

Médicaments 58

Analyse de l'utilisation des médicaments biosimilaires chez les membres de la MC en 2019

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
Rédactrice en chef	Élise Derroitte
Rédaction finale	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova et Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Albe De Coker
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles