MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

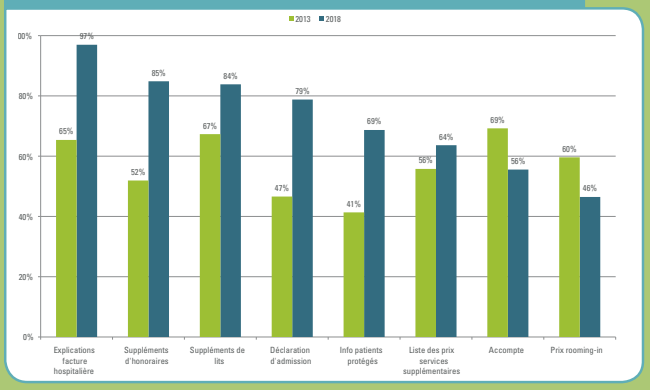
272

juin 2018

Action droits du patient 2018

Entre 2013 et 2018 les sites web des hôpitaux se sont considérablement améliorés sur le plan de la transparence financière et de l'information sur les droits du patient. Il reste cependant certains points à améliorer ainsi que des lacunes à combler.

Graphique 1 : Évolution de la présence d'indicateurs d'informations financières sur les sites web des hôpitaux en Belgique



Étude maisons médicales (AIM)

Une étude de l'Agence intermutualiste (AIM), qui constitue une mise à jour de l'étude réalisée par le KCE en 2008, révèle que les maisons médicales ne coûtent pas plus cher à l'assurance maladie que le médecin généraliste qui travaille en solo ou en pratique de groupe. Elles coûtent davantage en première ligne, mais moins en deuxième ligne (hôpitaux, centres de soins résidentiels, médicaments, …). Les maisons médicales obtiennent de meilleurs résultats pour un certain nombre d'indicateurs de qualité.

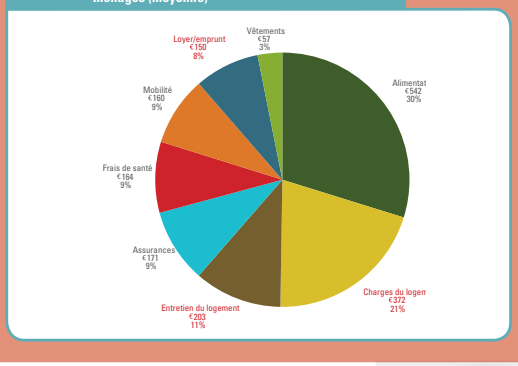
Frais d'administration des unions nationales

Les mutualités gèrent une matière complexe à un coût relativement faible. En effet, les frais d'administration octroyés par les pouvoirs publics s'élèvent à 3% des dépenses de l'assurance maladie-invalidité. En comparaison avec les compagnies d'assurance privées (dont les frais de fonctionnement atteignent 22 à 23% des primes), les mutualités apparaissent vraiment bon marché. Si on se compare à quelques pays voisins, qui ont un système de santé comparable au nôtre, l'importance relative des frais d'administration rapporté aux dépenses n'est pas exagérée.

Pension et qualité de vie

Une étude d'Énéo indique aussi un point d'attention pour la MC : les frais de santé que les pensionnés doivent payer de leur poche, après les remboursements de leur mutuelle, représentent un montant conséquent : près de 164 euros par mois.

Figure 6 : Structure des dépenses pour l'ensemble des ménages (moyenne)



MUTUALITE CHRETIENNE

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

Éditorial

L'organisation et le financement de soins de qualité, (financièrement) accessibles et à visage humain restent pour la MC une aspiration continue et source d'études. Nous développerons dans le présent numéro différents aspects de cette approche au niveau de la première ligne, des hôpitaux, des mutualités et, cette fois, du citoyen pensionné.

Une étude de l'Agence intermutualiste (AIM) révèle que les maisons médicales ne coûtent pas plus cher à l'assurance maladie que le médecin généraliste qui travaille en solo ou en pratique de groupe. Elles coûtent davantage en première ligne, mais moins en deuxième ligne (hôpitaux, centres de soins résidentiels, médicaments, …). Les maisons médicales obtiennent de meilleurs résultats pour un certain nombre d'indicateurs de qualité. Ainsi, le degré de couverture pour la vaccination contre la grippe y est supérieur chez les patients plus âgés, et les maisons médicales obtiennent également de bons résultats pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes. Les médecins actifs dans les maisons médicales prescrivent moins d'antibiotiques et ont plus fréquemment recours à des variantes de médicaments bon marché. Mais le paiement au forfait n'est en soi pas suffisant pour garantir l'efficience du modèle. Un statut juridique clair s'avère de ce fait nécessaire, de même qu'une meilleure description des tâches et un feed-back des services qui doivent être livrés. Il est important de porter un regard critique sur le fonctionnement et d'oser envisager certaines adaptations.

Parmi les droits des patients, citons le droit d'être préalablement informé des conséquences financières d'une hospitalisation planifiée. Dans le cadre d'une étude réalisée à l'occasion de la Journée européenne des droits des patients, la MC a passé au crible les 99 sites Internet des hôpitaux de notre pays. Quelles informations les hôpitaux procurent-ils via leurs sites web en 2018 sur les conséquences financières d'une hospitalisation ? Une analyse similaire ayant déjà été réalisée en 2013, nous avons pu comparer ces deux années de référence et cartographier l'évolution. La plupart des hôpitaux ont pris l'habitude, sur leur site Internet, d'informer le patient du coût d'une hospitalisation et des suppléments de chambre et d'honoraires, d'intégrer la déclaration d'admission, de lister et d'expliquer les droits des patients, et d'informer ces derniers de l'existence du service de médiation. Une autre évolution positive est l'apparition sur les sites web des hôpitaux de l'estimation des coûts. Cette pratique devient même relativement courante en Flandre. Une estimation est naturellement un outil pratique pour donner une idée des conséquences financières d'une intervention particulière. Il est toutefois regrettable que les patients soient souvent moins bien informés des conséquences financières d'une hospitalisation sur les sites des hôpitaux wallons et bruxellois que sur ceux de leurs homologues flamands. Mais ce n'est pas tout ! Le dialogue entre le patient et le médecin reste primordial. La présence d'informations sur un site web ne peut pas remplacer cet échange.

Les mutualités ne coûtent certainement pas aussi cher que certains le laissent à penser. Elles gèrent une matière complexe pour un coût relativement faible. Il ressort d'une étude que les frais d'administration octroyés par les autorités représentent 3% des dépenses de l'assurance maladie-invalidité. Par rapport aux compagnies d'assurance privées (dont les frais de fonctionnement vont de 22 à 23%), les mutualités semblent vraiment bon marché. Comparaison faite avec certains pays voisins dont le système de santé est similaire au nôtre, l'ampleur relative des frais d'administration vis-à-vis des dépenses n'est pas exagérée. Le nombre de titulaires, de bénéficiaires de l'intervention majorée, de bénéficiaires d'indemnités d'incapacité de travail et le nombre de prestations médicales à tarifer et à contrôler y sont en effet également en augmentation. La législation est elle aussi devenue de plus en plus complexe. Des mesures telles que l'introduction du maximum à facturer (MAF), la prime de rattrapage pour les personnes en invalidité, la réforme de l'intervention majorée et l'introduction du statut pour les malades chroniques assurent une meilleure protection des individus. Mais elles génèrent dans le même temps un surplus de travail pour les mutualités qui doivent à la fois détecter les bénéficiaires et suivre/encadrer les membres concernés. La mutualité joue également un rôle important dans la dispense d'informations et d'avis, de services aux membres et dans l'encadrement des membres pour tout ce qui touche à leur santé. Un rôle qui va encore se renforcer dans la mesure où l'acquisition de connaissances en santé (health literacy) ne cesse de gagner en importance, certainement dans un monde numérique.

Nous nous pencherons pour terminer sur une étude menée par Énéo, le mouvement francophone des aînés, qui a tenté de voir dans quelle mesure la pension s'avère suffisante pour mener une vie de qualité. La pension des personnes interrogées était en moyenne de 1.600 euros par mois ; elle oscillait entre 1.000 et 1.750 euros par mois pour 56% des répondants. En moyenne, la pension est consacrée à raison de 40% au logement et de 30% à l'alimentation. Les dépenses en soins de santé représentent en moyenne 9% ou 164 euros par mois. Les tickets modérateurs et les suppléments pèsent lourd sur les petites pensions. 32% des pensionnés interrogés disent être confrontés à des difficultés financières. Nous devons continuer à veiller à ce que chacun puisse bénéficier d'une pension correcte, comme composant essentiel de notre sécurité sociale. C'est une condition préalable pour une vie de qualité.

Michiel Callens

Directeur Département Recherche & Développement

Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique

Dix ans plus tard, une mise à jour de l'étude du KCE de 2008.

Giulia Camilotti et Pauline van Cutsem (Recherche et Développement – Mutualité Chrétienne)
Tonio Di Zinno (Agence InterMutualiste)
Michel Boutsen, Anne-Françoise Pirson et Katrien Vervoort (Service Etudes Solidaris-Mutualités Socialistes)

Résumé

Dix ans après une première étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)[1], l'Agence InterMutualiste (AIM) a réalisé une nouvelle comparaison du coût et de la qualité des soins dans les deux systèmes de soins de première ligne belges : à l'acte et dans les centres forfaitaires de première ligne, souvent appelés « maisons médicales au forfait ». La dispersion de ces résultats entre les différentes maisons médicales a ensuite également été étudiée. Il en ressort que le système forfaitaire est performant en termes de coûts, de qualité et d'accessibilité et a en ce sens sa place dans notre système de soins de santé. L'analyse révèle également des disparités parfois importantes entre maisons médicales, en particulier en termes d'économies réalisées en deuxième ligne. Cela démontre que le mode de financement à lui seul ne suffit pas pour garantir les bons résultats observés et que des analyses plus approfondies seraient nécessaires.

Mots-Clés : maisons médicales, financement à l'acte, qualité, accessibilité, soins de première ligne

1. Introduction

Cet article, qui se base sur le résumé du rapport AIM (2017)[2], est organisé comme suit :

Premièrement, les actualités et évolutions qui ont marqué le secteur des centres forfaitaires de première ligne sont exposées afin de présenter les raisons qui ont motivé l'AIM à remettre à jour l'étude KCE datant de 2008 (point 2.1.). Les questions de recherche qui ont guidé cette nouvelle étude sont ensuite présentées (point 2.2.) et le fonctionnement et les réalités des centres forfaitaires d'aujourd'hui sont rappelés au lecteur (point 2.3.).

Deuxièmement, nous présentons les données et la méthodologie utilisées pour réaliser cette étude (point 3). La population soignée dans les centres forfaitaires ayant un profil différent des patients à l'acte (ils sont notamment plus jeunes et plus précarisés que la population générale en Belgique), chaque assuré au forfait a été apparié à un assuré à l'acte ayant un profil socio-économique le plus similaire possible afin de pouvoir comparer leur dépenses. Un troisième échantillon de patients représentant la population belge à l'acte est également analysé afin de garder un point de comparaison entre la population générale soignée à l'acte et celle, au profil plus spécifique, servant de groupe contrôle pour cette étude. Si cette méthode d'appariement permet une comparaison valable, d'autres biais apportent certaines limites à l'étude réalisée. Ils sont détaillés en point 4.

En point 5, les résultats en termes de coûts pour l'assurance maladie et en termes de qualité sont présentés. Une exploration du possible report de soins et d'une différence de morbidité entre les populations appariées et l'échantillon représentatif de

1 KCE Reports 85B (2008), Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Disponible https://kce.fgov.be/fr/comparaison-du-co%C3%BBt-et-de-la-qualit%C3%A9-de-deux-syst%C3%A8mes-de-financement-des-soins-de-premi%C3%A8re-ligne-en

2 Agence InterMutaliste (2017), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Een update, http://www.ima-aim.be/Communique-de-presse-Les-Maisons

la population à l'acte est également réalisée. Afin de mettre en évidence la diversité des pratiques et des modes d'organisation que regroupe l'appellation « maisons médicales », les différences de dépenses par patient entre l'échantillon à l'acte et au forfait ont également été ventilées en fonction de différentes caractéristiques des centres (âges, régions d'implantation, fédérations d'appartenance).

En point 6, les différentes conclusions de l'étude en termes de coûts, de qualité et d'accessibilité sont rappelées afin de mettre en évidence en point 7, les recommandations de l'AIM pour optimiser le fonctionnement du secteur « forfaitaire » et s'assurer que les résultats positifs observés dans cette étude perdurent.

2. Fonctionnement des centres forfaitaires et contexte

Nous présentons ici une description du fonctionnement et de l'évolution du secteur des centres forfaitaires pour pouvoir contextualiser l'étude AIM.

2.1. Contexte de l'étude

En Belgique, il existe deux modes de financement des soins de santé primaires. Le premier est le financement à l'acte, dans lequel est actif la grande majorité des prestataires de soins. Le second est le financement au forfait, actuellement possible pour le financement de la médecine générale, des soins infirmiers et de la kinésithérapie.

Dans le financement à l'acte, le prestataire de soins est rémunéré à la prestation, dont le montant est fixé dans la nomenclature. Les soins dispensés dans le cadre du système forfaitaire requièrent une inscription. Le centre de première ligne reçoit ensuite un montant mensuel fixe par patient inscrit, le prestataire étant responsable de la continuité des soins de qualité à apporter au patient.

À l'heure actuelle, 3,2%[3] de la population belge, soit environ 360.000 patients, sont inscrits dans une « maison médicale », à savoir un centre qui applique le paiement au forfait. En Flandre, bon nombre de ces centres sont connus sous le nom de « centres de santé de quartier » (wijkgezondheidscentra).

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a comparé les coûts et la qualité des deux systèmes. Le KCE était alors arrivé à la conclusion que les coûts et la qualité étaient équivalents dans les deux systèmes[4]. En matière de coûts, il est apparu que le système forfaitaire était plus coûteux en soins de première ligne mais que ce surcoût était compensé par une économie en soins de deuxième ligne (hôpitaux, médicaments, réorientation vers des spécialistes, revalidation, etc.), ce qui rendait la facture équivalente pour l'assurance maladie. Toutefois, les pratiques forfaitaires obtenaient un meilleur score en matière de prévention des maladies et s'avéraient plus intéressantes pour le patient puisqu'il n'y a pas de ticket modérateur en première ligne, moins de prestations en deuxième ligne et moins de frais pour les médicaments.

L'étude du KCE a été réalisée sur base de chiffres de 2002, 2003 et 2004. Entre-temps, le système de paiement au forfait a toutefois beaucoup évolué[5] : (1) le nombre de centres et le nombre de patients inscrits a plus que doublé entre 2007 et 2016, (2) cette forte croissance a été de pair avec une diversification du secteur, tant en matière de statut juridique qu'en matière d'organisation des soins, de répartition géographique et d'affiliation éventuelle à une fédération; (3) en mai 2013, un nouveau mode de financement est entré en vigueur, selon lequel le montant forfaitaire pour chaque centre, au sein du budget global du secteur, est déterminé sur base annuelle en fonction du profil de risques de ses patients. Au vu de ces évolutions, de plus en plus d'acteurs considéraient que l'étude de 2008 était obsolète.

Depuis lors, le système de paiement au forfait a fait l'objet d'un débat très tendu. Lors du conclave budgétaire d'octobre 2016, des économies ont été imposées au secteur. En outre, un audit sur l'organisation, le fonctionnement et la structure des coûts des maisons médicales a été commandé par le cabinet de la Ministre de la Santé dans le but de disposer d'une base pour l'optimisation du système. Dans l'attente de cet audit, un moratoire était d'application pour les nouveaux centres, à l'exception de ceux qui avaient déjà introduit un dossier auprès de l'INAMI avant le 8 octobre 2016. Entre-temps, la création de ces nouveaux centres est elle aussi devenue impossible à dater de juillet 2017, une décision motivée par l'épuisement du budget pour l'année 2017. Les conclusions du rapport d'audit réalisé par la firme de consultance privée KPMG ont été présentées le 22 janvier 2018. Suite aux résultats de cet audit, le moratoire a été suspendu et un groupe de travail composé de représentants des organismes assureurs, de prestataires à l'acte et de prestataires au forfait a été lancé au sein de l'INAMI afin de formuler des propositions d'optimisation du secteur. Le rapport d'audit n'a cependant pas permis aux différents acteurs d'avoir une lecture harmonisée de la situation du secteur. Les débats dans la presse nationale sont restés intenses.

3 Situation au 30 juin 2016.

4 KCE Reports 85B (2008), Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Disponible https://kce.fgov.be/fr/comparaison-du-co%C3%BBt-et-de-la-qualit%C3%A9-de-deux-syst%C3%A8mes-de-financement-des-soins-de-premi%C3%A8re-ligne-en

5 INAMI, Rapport standardisé, juin 2017.

En 2008, l'étude du KCE avait été réalisée dans le but de « dépassionnaliser » le débat, de lui donner des bases objectives et scientifiques et de déterminer comment les deux systèmes pouvaient continuer à coexister de façon équitable. Tenant compte du contexte évoqué ci-dessus et de l'absence de données récentes, l'Agence inter-Mutualiste a décidé de prendre en charge la mise à jour de cette étude, avec les mêmes objectifs que le KCE à l'époque. L'objectif de cette enquête consiste également à proposer de nouvelles pistes d'optimisation du modèle de paiement au forfait.

2.2. Questions de recherche

Au moyen de cette enquête, l'AIM essaye de formuler une réponse aux trois questions suivantes :

- Le coût supporté par l'Assurance Soins de santé est-il plus ou moins élevé pour des patients soignés sur base forfaitaire que pour des patients avec des besoins en soins comparables, soignés à l'acte ?
- Quel est le niveau qualitatif des soins primaires aux patients soignés sur base forfaitaire par rapport à celui des soins apportés aux patients dépendants du système de paiement à l'acte?
- Ces conclusions diffèrent-elles en fonction des caractéristiques des centres forfaitaires (leur âge, leur localisation, leur statut juridique, leur affiliation à une fédération représentative ou non, etc.) ?

2.3. Description du système au forfait belge

Fonctionnement

Le principe de base du système de paiement au forfait est le suivant : le prestataire n'est pas payé à la prestation, mais perçoit un montant mensuel fixe par patient inscrit, couvrant la responsabilité de la continuité des soins de qualité à apporter à ce patient. À l'heure actuelle, les prestations suivantes peuvent faire l'objet de conventions de paiement au forfait : médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers.

Un prestataire de soins qui signe un accord de paiement au forfait ne peut, en principe, plus exercer dans le cadre du financement à l'acte. Pour pouvoir être soigné, le patient doit s'inscrire dans une maison médicale, et ce pour la totalité des disciplines proposées.

Pour chaque bénéficiaire inscrit, le centre perçoit de la mutualité de celui-ci un forfait mensuel fixe pour chacune des disciplines proposées, quel que soit le nombre de consultations du patient. En ce qui concerne la médecine générale, ce forfait couvre également la gestion du dossier médical global du bénéficiaire. L'inscription dans une maison médicale implique l'obligation pour le bénéficiaire de s'adresser à celle-ci pour recevoir les soins. L'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement des consultations de prestataires de première ligne externes au centre. Autrement dit, aux yeux de l'assurance maladie, le financement à l'acte et le financement au forfait s'excluent mutuellement, tant dans le chef du bénéficiaire que dans le chef du prestataire.

La grande majorité des centres fonctionne avec une organisation multidisciplinaire proposant au moins deux disciplines. Outre un personnel d'appui et des bénévoles, les centres comprennent souvent d'autres disciplines, telles que des assistants sociaux, des psychologues, des dentistes et des sages-femmes.

Financement

- **Budget global :** Les maisons médicales fonctionnent dans le cadre d'un budget global, réparti entre les différents centres sur base d'un montant forfaitaire par patient. Jusqu'en 2013, ce budget était un dérivé direct des budgets du financement à l'acte, augmenté de 31% afin de tenir compte (1) de la charge de travail supplémentaire pesant sur les centres étant donné la faiblesse socio-économique de la population dont ils s'occupent, (2) des économies générées par les centres au niveau de la deuxième ligne, et (3) des non-utilisateurs structurels de soins primaires (prisonniers, assurés résidant à l'étranger, etc.). Depuis 2013, le lien avec le budget du financement à l'acte est en principe rompu et il est procédé à des estimations techniques propres au secteur. L'enveloppe globale n'évolue donc plus en fonction de la croissance des dépenses liées au financement à l'acte, ce qui la rend plus stable et plus prévisible.
- **Forfait par patient :** À partir de mai 2013, le montant forfaitaire pour chaque centre et pour chaque discipline est calculé séparément sur base du profil de risques de ses patients. Ce profil de risques est calculé à l'aide d'une quarantaine de variables utilisées pour le modèle de responsabilité financière des mutualités, notamment l'âge, le sexe, le statut social, la présence d'un handicap, les maladies chroniques et les conditions médicales nécessitant beaucoup de soins. Un centre qui compte des patients fort dépendants perçoit ainsi un montant annuel moyen supérieur à un centre dont les patients nécessitent des soins moins lourds.

Description du secteur

Centres[6]

- **Nombre :** Au 1er juillet 2017, la Belgique comptait un total de 177 « maisons médicales », à savoir des groupements de prestataires appliquant le financement au forfait. Le secteur connaît une très forte croissance : au cours des 10 dernières années, 10 centres en moyenne ont débuté leurs activités chaque année, entraînant un doublement du nombre de centres sur cette période.

6 Données INAMI, complétées par les auteurs.

- **Répartition géographique :** La majorité des centres se trouvent à Bruxelles (40%) et en Wallonie (36%). La Flandre compte 43 centres (24%). Au niveau provincial, la plupart des centres sont situés dans les provinces de Liège, du Hainaut et de Flandre orientale. Les maisons médicales constituent un phénomène essentiellement urbain, même si le nombre de centres situés dans les zones rurales est en augmentation.
- **Offre médicale :** La grosse majorité des centres (66%) propose à la fois des services de médecine générale, de soins infirmiers et de kinésithérapie. Ensuite, la combinaison la plus répandue associe la médecine générale et les soins infirmiers (32%). Un seul centre propose une combinaison de médecine générale et de kinésithérapie. Enfin, il existe quatre centres monodisciplinaires, dont trois proposent uniquement la médecine générale et un seul uniquement des soins infirmiers.
- **Affiliation à une fédération :** Près de la moitié des maisons médicales sont affiliées à la Fédération des Maisons Médicales (FMM, 85 centres). 37 centres ne sont affiliés à aucune fédération et leur nombre augmente à une vitesse rapide. En Flandre, la Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) représente 29 centres. FEPRAFO, la FEdération des PRAtiques médicales de première ligne au FOrfait, représente 15 centres, répartis dans toute la Belgique. Enfin, la fédération Médecine pour le Peuple (MPLP) représente 11 centres, également répartis dans tout le pays.
- **Structure d'organisation :** Plus de 90% des maisons médicales sont constituées en ASBL. 11 centres ont un statut de SPRL, un seul a le statut de SCRL (Société Coopérative à Responsabilité Limitée), un seul est une association de fait et deux centres sont organisés selon les règles de la profession libérale.

Patients[7]

- **Nombre :** Au 30/6/2016, on dénombrait 360.343 personnes affiliées auprès d'une maison médicale, soit 3,2% de la population.
- **Profil :** Le profil de ces patients est très différent de celui de la population générale, soignée à l'acte :
- **Plus de bénéficiaires de l'intervention majorée :** Dans le cadre de l'assurance maladie, 18% de la population a droit à une intervention majorée. Pour les personnes affiliées auprès d'une maison médicale, ce pourcentage grimpe à 43% pour le forfait médecine générale et soins infirmiers, et jusqu'à 47% pour le forfait kinésithérapie. En d'autres termes, le public qui bénéficie des pratiques forfaitaires affiche un profil socio-économique plus fragile.
- **Une population plus jeune :** La population affiliée auprès des maisons médicales est nettement plus jeune que le reste de la population : 77% de ces personnes ont moins de 50 ans, contre 61% du total des bénéficiaires. Parmi les bénéficiaires des maisons médicales, on compte beaucoup de familles avec de jeunes enfants.
- **D'importantes différences régionales :** On dénombre proportionnellement beaucoup plus de personnes affiliées à une maison médicale en Wallonie, et davantage encore à Bruxelles, qu'en Flandre. Sur les 360.343 personnes inscrites dans une maison médicale, 94.777 habitent en Flandre (26%), 130.205 en Wallonie (36%) et 134.026 à Bruxelles (37%). Cette répartition est bien sûr étroitement liée à la répartition géographique des centres.

3. Données et méthodologie

La méthodologie appliquée à l'étude du KCE de 2008 a été répliquée autant que possible dans la mise à jour de l'AIM. Afin d'établir une comparaison fiable entre les coûts et la qualité des deux modes de financement, deux échantillons appariés de patients ont été constitués[8] :

- L'échantillon 1 est représentatif des patients soignés sur base forfaitaire. Comme indiqué précédemment, ce profil diffère du profil moyen de la population belge : la population traitée au sein d'une pratique au forfait se trouve, de façon générale, dans une situation socio-économique plus précaire que la population belge moyenne. En outre, sa répartition est différente au niveau régional (relativement plus concentrée à Bruxelles et en Wallonie) ;
- L'échantillon 2 a été apparié à l'échantillon 1 de façon à ce que les personnes bénéficiant de soins rémunérés à l'acte présentent les mêmes caractéristiques que les patients de l'échantillon 1. Les variables d'appariement ont été choisies sur base de leur lien escompté avec la consommation en soin: catégorie d'âge, sexe, secteur statistique (domicile), statut (droit à une intervention majorée, invalidité et garantie de revenus aux personnes âgées), même année de naissance/décès, régime (indépendant/régime général).

Un troisième échantillon a été établi sur base d'un échantillon aléatoire de la population belge à l'acte. Celui-ci est utilisé afin de démontrer comment et pourquoi la consommation de la population inscrite dans les pratiques forfaitaires diffère de la consommation de la population en général.

Chaque échantillon se compose d'environ 50.000 patients dont la consommation de soins de santé a été suivie pendant trois ans (2012, 2013 et 2014).

7 INAMI, rapport standardisé, juin 2017.

8 Pour tester la robustesse de l'appariement, une autre méthode, par « propensity score » a été utilisée. Les résultats obtenus en termes de dépenses par patient étant comparables, seule la première méthode d'appariement est présentée ici.

Tableau 1 : Aperçu des principales propriétés de la population des trois échantillons

Propriété	Échantillon 1 : au forfait	Échantillon 2 : à l'acte, apparié à l'échantillon 1	Échantillon 3 : à l'acte, échantillon aléatoire
Âge moyen	32,1	32,6	40,7
Proportion d'hommes	48,6%	48,6%	48,6%
Proportion de personnes ayant droit à une intervention majorée	40,9%	40,9%	16,4%
Invalidité	7,2%	7,2%	4,7%
Garantie de revenus aux personnes âgées	1,2%	1,2%	1,1%
Régime général	96,7%	96,7%	89,6%
Au chômage depuis plus de 12 mois	6,83%	6,85%	4,46%
Total	**47.707**	**47.707**	**50.000**

Pour environ 5% de la population des maisons médicales, aucune paire n'a été trouvée dans le financement à l'acte. Une analyse plus approfondie révèle qu'il s'agit de patients présentant un profil socio-économique vulnérable. Ces personnes ont été retirées de l'échantillon. Toutefois, cet exercice n'a généré aucune distorsion des résultats. Cette constatation démontre en revanche que les pratiques forfaitaires touchent un segment de la population qui n'a pas accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles.

L'analyse a été réalisée sur base des données 2012-2014 de l'Agence InterMutualiste : données de population, données de remboursement des soins de santé et des médicaments.

4. Limitations de l'étude

La méthodologie adoptée comporte un certain nombre de limitations non négligeables.

Deux types de limitations sont présentes dans cette étude, les limitations liées aux données et à la méthodologie.

4.1. Les limitations liées aux données

1. L'année la plus récente pour laquelle l'AIM dispose de données de prestations complètes est 2014. L'étude ne permet donc pas de tirer des conclusions à jour concernant les récentes évolutions du secteur. Une réforme importante a notamment été introduite en 2013, engendrant plus de stabilité et de prévisibilité dans le financement au forfait mais également une autre méthode de répartition des moyens entre les centres. Cette étude permet donc peu de recul pour tirer des conclusions concernant les effets de ce nouveau financement. Depuis 2013, il y a également eu une diversification conséquente des profils des centres forfaitaires (une nouvelle fédération s'est par exemple créée en 2013, il y a également un nombre de plus en plus conséquent de centres non-affiliés dans les nouveaux centres ouverts depuis 2014, etc.).

2. L'AIM ne dispose pas de données relatives à la variable la plus déterminante de la consommation en soin des patients, à savoir les données de pathologie. L'absence d'information sur l'état de santé des assurés représente une limite conséquente de l'étude car cela empêche de construire l'appariement à partir d'indicateurs de la morbidité. Or la morbidité explique

probablement une variation importante du coût des soins entre les patients. Ainsi, par exemple, il n'est pas à exclure qu'en dépit de la méthodologie d'appariage, la morbidité des patients soit plus élevée au sein de l'échantillon 1 que de l'échantillon 2. L'échantillon 1 contient ainsi environ 10% de patients diabétiques en plus que l'échantillon 2 (voir les résultats des indicateurs de qualité).

3. Les indicateurs de comorbidités font également défaut, en particulier les comorbidités en santé mentale qui rendent la prise en charge de certains patients particulièrement complexe et coûteuse.

4. La comparaison entre les deux systèmes s'effectue sur base des frais engendrés, en utilisant les données de remboursement disponibles, ce qui ne livre qu'une image partielle des frais supportés par le patient et des réalités sociales. De plus, une partie des soins et de la prise en charge en première ligne ne sont pas remboursés dans le cadre de l'AMI (santé mentale, travail de prévention et de promotion de la santé, éducation permanente, travail social…).

4.2. Les limitations liées à la méthodologie

1. La méthodologie d'appariement utilisée a pour objectif d'atténuer les différences socio-économiques entre les patients inscrits dans des centres forfaitaires et les patients inscrits à l'acte. Les deux échantillons ont des profils similaires par rapport à d'autres caractéristiques observées, différentes de celles utilisées pour l'appariement, ce qui témoigne d'un appariement de qualité. Toutefois, il est envisageable que les différences observées restent entachées d'effets liés à des différences socio-économiques non-objectivables dans les données à notre disposition.

2. 5% de la population au forfait n'a pas trouvé de paire équivalente à l'acte et s'il existe des éléments pour penser que cela n'influe pas sur le résultat de comparaison des dépenses, cette exclusion pourrait introduire des biais dans la comparaison des indicateurs de qualité.

3. La partie exploratoire et descriptive concernant la variabilité des dépenses entre maisons médicales ne permet pas d'identifier les déterminants de celle-ci. Aucune interprétation causale des résultats n'est donc possible.

4. La consommation de soins de la population de l'échantillon apparié à l'acte est inférieure d'environ 8%[9] à celle de l'échantillon standard à l'acte, une fois qu'on contrôle l'influence de certaines caractéristiques comme l'âge, le sexe et le statut BIM. Il conviendrait de tenir compte de cette possible sous-consommation dans les interprétations et comparaisons réalisées dans cette étude.

9 Analyse réalisée sur base d'une standardisation en partant des dépenses des patients de la population à l'acte (échantillon 3), voir point 3.

5. Résultats

5.1. Comparaison des dépenses pour l'assurance maladie

Tableau 2 : Comparaison des grandes catégories de dépenses (données 2014), par patient, pour un an.

	Echantillons		
Dépenses moyennes, 2014	**1. groupe test au forfait**	**2. groupe contrôle à l'acte**	**3. population standard à l'acte**
Dépenses de soins de première ligne	381 €	197 €	279 €
Dossier Médical Global	32 €	13 €	16 €
Dépenses hors-première ligne	1.661 €	1.870 €	2.143 €
Médecine spécialisée ambulatoire	181 €	185 €	187 €
Paramédicaux, bandagistes, implants	126 €	134 €	125 €
- Spécialités pharmaceutiques	237 €	258 €	304 €
- Biologie clinique et imagerie médicale	141 €	138 €	144 €
- Hospitalisation, revalidation, MRS	869 €	1030 €	1237 €
- Hôpital de jour	46 €	45 €	50 €
- Dialyse	27 €	41€	38 €
- Autre	33 €	39 €	58 €
Dépenses totales	**2.074 €**	**2.080 €**	**2.438 €**

Dépenses totales : De façon générale, les coûts INAMI liés aux soins dispensés aux patients traités sur base forfaitaire sont équivalents à ceux liés aux soins dispensés aux patients affichant les mêmes caractéristiques et qui sont traités selon le système à l'acte (2.074 euros pour l'échantillon au forfait contre 2.080 euros pour l'échantillon à l'acte apparié, la différence de 6 euros entre les deux systèmes étant considérée comme statistiquement insignifiante).

La moyenne des coûts liés aux patients de l'échantillon 3, à savoir un échantillon aléatoire de la population belge soigné dans le cadre du financement à l'acte, est supérieure de 364 euros (2.438 euros), un résultat qui s'explique essentiellement par le fait que la moyenne d'âge de cette population est plus élevée.

Dépenses de première ligne : Les dépenses INAMI liées aux soins de première ligne sont plus élevées de 184 euros pour les patients traités dans le cadre du système au forfait que pour les patients de l'échantillon 2, compte non tenu du dossier médical global (DMG) (soit 381 euros contre 197 euros). Si l'on inclut le DMG, la différence s'élève à 203 euros. La moyenne des coûts liés aux soins de première ligne des patients de l'échantillon standard à l'acte est inférieure de 102 euros aux coûts liés aux patients du système au forfait. Ces différences sont attribuables à différents facteurs, comme notamment discuté en point 5.2 (approche du biais social et du biais de morbidité). Mais c'est principalement la méthode de calcul historique du forfait, qui, par construction explique une part importante de ce surcoût (le forfait a été calculé sur base des dépenses moyennes correspondantes dans le système de la médecine à l'acte, augmentées de 31%). En outre, le DMG est beaucoup moins répandu dans les pratiques à l'acte (42% des patients), alors que 100% de la population des pratiques forfaitaires est couverte.

Dépenses hors première ligne : Les dépenses hors première ligne de l'INAMI liées aux patients traités dans les pratiques forfaitaires sont inférieures de 209 euros à celles liées aux patients affichant les mêmes caractéristiques qui sont traités dans le cadre de la médecine à l'acte (soit 1.661 euros contre 1.870 euros). Le surcoût de la première ligne dans la médecine au forfait (203 euros) par rapport à la médecine à l'acte se trouve donc intégralement compensé par les économies (209 euros) réalisées au niveau des dépenses hors première ligne. Les économies enregistrées se situent principalement dans la prise en charge institutionnalisée (hospitalisations, revalidation, MRS et MRPA), les dépenses en spécialités pharmaceutiques et la dialyse.

Ces résultats correspondent à ceux de l'étude réalisée en 2008 par le KCE.

Afin de compléter cette analyse en apportant plus d'information concernant le coût supporté par le patient, nous avons également calculé la moyenne par patient des montants des tickets modérateurs payés avant et après application du Maximum à facturer (MAF) en 2014, et ce pour les trois échantillons[10].

Ces chiffres confirment la valeur ajoutée du système forfaitaire pour le patient. La moyenne des tickets modérateurs par patient avant application du MAF dans l'échantillon à l'acte apparié (104 euros) représente 125% de celle de l'échantillon au forfait (83 euros). Après application du MAF elle est de 122% (83 euros pour l'échantillon à l'acte apparié et 68 euros pour l'échantillon au forfait). En termes absolus, cela représente une différence de respectivement 21 euros et 15 euros avant et après MAF pour les patients inscrits au forfait, en comparaison aux patients inscrits à l'acte.

Tableau 3: Moyenne des tickets modérateurs (TM) par patient avant et après MAF en 2014 pour les trois échantillons exprimée en euros

échantillon	N	% assurés avec TM>0	moyenne TM avant MAF	moyenne TM après MAF
forfait	47.707	79 %	83 €	68 €
acte apparié	47.707	86 %	104 €	83 €
acte aléatoire	50.000	90 %	148 €	116 €

5.2. Approche du biais social et du biais de morbidité

L'échantillon 2, constitué d'individus qui se soignent à l'acte et qui présentent un profil démographique et socio-économique similaire aux individus inscrits au forfait, consomme et dépense moins que la population générale soignée à l'acte (échantillon 3).

Le KCE[11] formulait déjà l'hypothèse que cette consommation moindre serait due à une sous-consommation ou à un report de soins de cette population plus précarisée, principalement sensible en première ligne de soins. Si c'est le cas, ce biais social est à prendre en considération quand on analyse la différence de coût en première ligne des deux cohortes appariées (échantillon 1 et échantillon 2). Un autre biais possible concerne les différences de morbidité entre les deux échantillons. En effet, une des hypothèses que l'étude explore

10 Cette analyse n'est pas présente dans l'étude AIM (2017).

11 Rapport KCE 85bis, 2008, pp.78-79.

est l'effet d'attrait (et/ou de référencement) de patients plus malades vers les maisons médicales, toutes autres caractéristiques étant similaires.

L'étude explore ces deux biais, social et de morbidité, à partir d'une standardisation indirecte : les données de la population générale à l'acte (échantillon 3) sont utilisées pour prédire ce que l'on devrait observer dans la population à l'acte appariée tout en tenant compte des différences dues aux variables "âge", "BIM" et "sexe".

Il apparaît que si l'échantillon à l'acte apparié (échantillon 2) avait la même structure en termes d'âge, de genre et de proportion de BIM que l'échantillon représentatif de la population générale (échantillon 3), les dépenses attendues en première ligne seraient de 266 euros au lieu des 210 euros observés et de 2.079 euros en deuxième ligne, au lieu des 1.870 euros observés. Les assurés à l'acte ayant un profil similaire aux assurés au forfait consomment donc moins que la population à l'acte, en tenant compte des différences en termes d'âge, genre et statut BIM ou non-BIM.

De même, le taux de patients traités par insuline et hypoglycémiants serait, dans la population appariée une fois standardisée, de 4,4%. Ce qui diffère des 5,4% qu'on y observe sans standardisation. Par ailleurs, le pourcentage de patients diabétiques dans l'échantillon au forfait est de 6,0% (contre les 5,4% dans l'échantillon apparié). Dans les quartiers où la morbidité diabétiques est plus élevée que dans la population générale, les maisons médicales drainent plus de patients diabétiques.

5.3. Résultats par type de maison médicale

Dans son étude de 2008, le KCE précisait qu'"on ne pouvait inférer avec certitude des résultats observés qu'ils soient dus exclusivement à la différence des modes de rémunération entre les deux systèmes en vigueur en Belgique. D'autres attributs que le mode de rémunération différencient les deux systèmes"[12]. Le KCE citait par exemple l'impact possible des pratiques de groupes pluridisciplinaires et transdisciplinaires fort présentes dans les centres forfaitaires, ou l'influence des valeurs des fédérations auxquelles sont affiliées un nombre conséquent de pratiques au forfait.

A côté de l'analyse des dépenses et de la qualité, l'étude de l'AIM a donc essayé d'aller un pas plus loin dans l'objectivation de cette hypothèse. En restant dans la méthodologie de l'appariement, l'hétérogénéité qui existe entre les maisons médicales est quantifiée en terme de dépenses et ventilée selon différentes caractéristiques (la fédération d'appartenance, la région, l'année d'ouverture et le statut juridique). Pour chacune de ces caractéristiques, on observe effectivement une hétérogénéité entre centres et selon les caractéristiques analysées.

Ainsi, il semblerait que le financement au forfait et plus précisément l'usage raisonné de la seconde ligne de soins qu'on observe dans ce secteur n'est pas une réalité univoque : une disparité de résultats existe selon diverses caractéristiques (telles que la fédération d'appartenance, la région d'installation, la date d'ouverture de la pratique et le statut juridique).

Toutefois, il faut rester prudent avec la méthodologie utilisée. Elle ne permet pas d'affirmer que ces caractéristiques expliquent les différences observées. Les corrélations observées dans l'étude ne sont donc pas à interpréter comme des liens de causalité car plusieurs facteurs peuvent justifier cette hétérogénéité et on ne peut pas les isoler dans cette étude.

5.4. Comparaison des indicateurs de qualité

Pour la majorité des indicateurs de qualité examinés, les pratiques forfaitaires obtiennent un meilleur score que les pratiques fonctionnant à l'acte en ce qui concerne les soins apportés à un groupe de patients similaires. Cependant, dans les deux modèles, il persiste encore une marge importante de progression au vu des recommandations nationales et internationales.

La qualité est significativement meilleure dans le système de financement au forfait dans les domaines suivants :

Concernant les soins préventifs :

- Dépistage du cancer du col de l'utérus : au sein du groupe-cible, 5% de patients en plus font l'objet d'un dépistage (55% contre 52%).
- Dépistage du cancer du sein : dans les pratiques forfaitaires, 15% de femmes en plus font l'objet d'un dépistage du cancer du sein au sein du groupe-cible (59% contre 52%). De plus, ces femmes font proportionnellement plus l'objet d'un dépistage via le mammotest gratuit que via la mammographie diagnostique (28% contre 18%).
- Taux de vaccination contre la grippe des plus de 65 ans : les pratiques forfaitaires touchent chaque année de 23 à 28% de gens en plus que les pratiques fonctionnant à l'acte (61 à 65% dans les pratiques forfaitaires contre 49 à 51% pour le financement à l'acte).

En termes d'usage et de prescriptions de médicaments :

- Antibiotiques : les patients des pratiques forfaitaires consomment de meilleurs antibiotiques et en quantité moindre que le groupe de patients similaire issu de la médecine à l'acte. En 2013, 34% des patients des maisons médicales consommaient au moins un antibiotique, soit

12 Rapport KCE 85 bis, p.153.

5% de moins qu'un groupe de patients similaire issu de la médecine à l'acte. En outre, les maisons médicales ont moins souvent tendance à préférer l'antibiotique à large spectre Amoxiclav à l'antibiotique préférable que constitue l'Amoxicilline, avec 33% de doses journalières contre 44% et une proportion de patients traités de 40% contre 52%.

- Prescriptions bon marché : un pourcentage identique de patients issus des deux systèmes de financement sont traités avec des médicaments sur prescription, même si le coût moyen par patient traité est moins élevé dans le système de financement au forfait : 300 euros, contre 337 euros dans le système de financement à l'acte. Le système de financement au forfait privilégie souvent la prescription de variantes meilleur marché des médicaments : en ce qui concerne les hypocholestérolémiants, le système de financement au forfait affiche un taux de prescription de la coûteuse Rosuvastatine (Crestor®) inférieur de 29% à celui du système de financement à l'acte (12% contre 17%).

Concernant les indicateurs d'adéquation des soins :

- Suivi des patients diabétiques : pour un groupe de patients similaires, les pratiques forfaitaires affichent une proportion de patients diabétiques 10% plus élevée. Les taux d'HbA1C dans le sang font l'objet d'un suivi plus fréquent chez les patients diabétiques des maisons médicales que chez les patients issus du système de financement à l'acte (en 2013, 36% des diabétiques ont fait l'objet de minimum 3 contrôles, contre 27% dans le système de financement à l'acte). Enfin, les patients diabétiques plus âgés (plus de 55 ans, groupe à risques) des maisons médicales se voient plus souvent administrer des statines que ceux qui se soignent dans le système de financement à l'acte (69% contre 60%). Il existe donc une proportion plus élevée de patients diabétiques en maisons médicales et ceux-ci font, de façon générale, l'objet d'un meilleur suivi.
- Soins de santé mentale : un grand nombre de maisons médicales exercent différentes activités liées aux soins de santé mentale. Bon nombre de centres disposent d'un psychologue en leur sein, d'autres investissent dans le soutien de la pratique des soins de santé mentale, etc. Une approche qui semble se traduire par un recours moindre aux traitements psychopharmacologiques dans le chef des patients des maisons médicales : pour un groupe de patients similaire, il est de 5% inférieur pour les antipsychotiques et de 7% inférieur pour les antidépresseurs. La différence est particulièrement notable en ce qui concerne les antidépresseurs.

Le recours aux urgences est équivalent entre les deux systèmes : un même pourcentage de patients (un sur cinq) a annuellement recours aux services d'urgences de l'hôpital.

Aucun indicateur n'affiche un score inférieur pour les pratiques issues de la médecine au forfait par rapport aux pratiques de médecine à l'acte.

Lorsque l'on effectue la comparaison avec l'échantillon 3, à savoir un échantillon aléatoire de la population belge soigné dans le cadre du financement à l'acte, les résultats sont différents, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et les hospitalisations d'urgence. Cette différence s'explique par le profil particulier des patients des maisons médicales par rapport à la population belge soignée dans le cadre du financement à l'acte.
Enfin, il importe de garder à l'esprit que cette analyse qualitative implique un certain nombre de limitations.

1. Elle ne fournit qu'une image très partielle de la qualité des soins. Aucune conclusion ne peut être tirée en ce qui concerne d'autres aspects qualitatifs, tels que la satisfaction du patient, les aspects structurels et organisationnels de la pratique, le traitement global des patients, etc.

2. L'AIM ne dispose d'aucune information sur la variable sous-jacente essentielle permettant l'interprétation correcte des résultats ci-dessus, à savoir la morbidité des patients. Ainsi, un taux de consommation d'antibiotiques plus élevé dans une pratique particulière peut être dû à la prescription trop fréquente d'antibiotiques, mais aussi au fait que la pratique compte plus de patients nécessitant des antibiotiques. La même remarque s'applique, par exemple, à la prise en charge de problèmes de santé mentale et à la prescription de traitements psychopharmacologiques. Nous savons en effet que, pour des raisons historiques, les maisons médicales ont hérité d'une patientèle lourde d'un point de vue de santé mentale.

3. Pour la plupart des indicateurs de qualité, le médecin n'a pas lui-même toutes les cartes en main et n'exerce donc pas une influence totale sur les résultats des indicateurs de qualité (par ex. hospitalisation d'urgence, pression des patients pour obtenir une prescription d'antibiotiques ou un médicament particulier, etc.).

6. Conclusions

Sur base de cette étude, qui constitue une mise à jour de l'étude réalisée par le KCE en 2008 et dont la méthodologie a été réutilisée, nous pouvons affirmer que les conclusions tirées en 2008 en matière de coûts pour la communauté et pour les patients, de qualité et d'accessibilité demeurent valables.

Premièrement, concernant la **maîtrise des coûts**, on observe que les dépenses liées aux soins à charge de l'assurance maladie sont équivalents dans les deux systèmes : ils sont plus élevés au niveau de la première ligne en ce qui concerne les patients soignés dans le système de financement au forfait, mais ce surcoût est intégralement compensé par les économies réalisées au niveau de la deuxième ligne.

Si les dépenses de seconde ligne ambulatoire (médecins spécialistes, biologie clinique et imagerie médicale ambulatoire, hôpital de jour, paramédicaux, etc.) semblent comparables dans les échantillons contrôle et test, des économies sont par contre engrangées par le système au forfait principalement au niveau de la prise en charge institutionnalisée (hospitalisation, institutionnalisation des personnes âgées), de la prescription des médicaments, de la revalidation et de la dialyse.

C'est pourquoi les auteurs de l'étude IMA formule l'hypothèse que l'approche globale et intégrée adoptée par la majorité des pratiques forfaitaires semble porter ses fruits en termes de prévention tertiaire (prévention des complications liées à une pathologie) et quaternaire (prévention palliative et par extension prévention de la surmédicalisation), et générer ainsi des économies pour l'assurance maladie par un meilleur échelonnement des soins : plus de soins ambulatoires et une institutionnalisation moindre. Ce résultat est particulièrement intéressant car des thématiques comme l'échelonnement des soins, la prévention et le maintien à domicile sont des thèmes centraux dans l'adaptation nécessaire de notre système de soins aux défis de demain tels que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Les pratiques forfaitaires ont donc ici une plus-value importante dans le paysage belge des soins de santé.

De plus, depuis l'introduction du nouveau système de financement en 2013, les dépenses liées au système de financement forfaitaires sont devenues plus stables et plus prévisibles (voir cadre théorique, partie 2). L'enveloppe globale n'évolue plus en fonction de la croissance des dépenses liées au financement à l'acte. Ce sont essentiellement l'indexation des prestations et le case mix des patients qui exercent un impact sur le coût moyen par patient dans le système au forfait.

Contrairement à l'étude du KCE de 2008, la **différence entre pratiques forfaitaires** a été brièvement étudiée dans l'étude de l'AIM. L'étude AIM met en évidence que le seul choix du mode de financement au forfait ne semble pas être un ingrédient univoque suffisant pour garantir les bons résultats observés en terme d'usage parcimonieux de la seconde ligne par le système au forfait. Il y a des disparités entre les centres. Le résultat général de dépenses similaires entre le système de financement à l'acte et au forfait diffère s'il est ventilé selon certaines caractéristiques des maisons médicales telles que la fédération d'appartenance, la région d'installation, la date d'ouverture de la pratique et le statut juridique. Les facteurs qui peuvent expliquer cette hétérogénéité sont potentiellement multiples mais ils n'ont pas été analysés dans le rapport. Des analyses plus approfondies et d'autres méthodes de recherche sont nécessaires pour identifier correctement l'impact de chacun de ces facteurs potentiels et comprendre quels sont les autres facteurs d'efficience du modèle.

En ce qui concerne les indicateurs de qualité examinés dans le cadre de cette étude, on constate que la qualité des soins s'avère globalement meilleure au sein des pratiques forfaitaires que dans les pratiques fonctionnant selon le système de financement à l'acte. La différence est la plus prononcée pour les indicateurs sur lesquels le prestataire de soins exerce le plus d'influence directe : le degré de couverture de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées est clairement plus élevé, les médecins qui travaillent selon le système au forfait prescrivent moins d'antibiotiques et, lorsqu'ils en prescrivent, ils optent, conformément aux recommandations, pour un antibiotique à moins large spectre. Ils prescrivent également plus souvent des médicaments meilleur marché. En outre, de façon générale, les résultats sont meilleurs pour les activités de prévention (dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein), le suivi des patients diabétiques et la prise en charge des problèmes de santé mentale (moins de traitements psychopharmacologiques). Les patients des pratiques forfaitaires semblent avoir recours aux services d'urgence dans une mesure comparable à celle des patients issus du système de financement à l'acte. Pour aucun des indicateurs de qualité examinés, les pratiques forfaitaires n'ont obtenu un score inférieur à celui des pratiques fonctionnant à l'acte. Quoi qu'il en soit, les deux systèmes peuvent toujours faire l'objet d'améliorations.

En terme d'accessibilité aux soins, il faut rappeler premièrement que les dépenses à charge du patient sont moins élevées dans le système au forfait : celui-ci ne paie pas de ticket modérateur au niveau de la première ligne et paie un ticket modérateur et des suppléments réduits au niveau de la deuxième ligne dans la mesure où il l'utilise moins. Ici, les chiffres montrent une économie moyenne d'environ 20% en termes de tickets modérateurs payés par le patient inscrit au forfait.

En outre, il dépense moins en médicaments grâce à une plus grande consommation de variantes de médicaments meilleur marché.

Deuxièmement, les pratiques forfaitaires arrivent à toucher un public socio-économiquement vulnérable qui n'a pas ou pas suffisamment accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles. Les pratiques forfaitaires constituent donc une plus-value importante en termes d'accessibilité des soins et de lutte contre les inégalités en matière de santé. Cette conclusion se fonde sur les constatations suivantes : (1) le profil différent de l'échantillon de patients des maisons médicales par rapport à l'échantillon 3 (proportion considérablement plus élevée de patients ayant droit à une intervention majorée) et (2) le fait qu'aucun équivalent n'a pu être trouvé dans le système de financement à l'acte pour environ 5% des personnes de l'échantillon des maisons médicales, en raison de leur trop grande vulnérabilité socio-économique. L'étude, à travers une standardisation indirecte, prouve également qu'il peut être soupçonné que cette patientèle précarisée est exposée à des risques de sous-consommation ou de reports de soins quand elle est soignée à l'acte.

Concernant **la sélection des risques**, outre une précarité sociale importante, l'étude met en avant que la patientèle de

l'échantillon 1 (au forfait) semble également avoir une morbidité plus importante que la patientèle des échantillons 3 (population générale à l'acte) et 2 (population soignée à l'acte mais avec profil socio démographique comparable au forfait). Le fait que la population inscrite au forfait est en moyenne plus précaire socialement et semble avoir une morbidité plus lourde sur base des données disponibles, peut amener à conclure qu'il n'y a pas de sélection de patients à faible risque de santé dans la médecine générale payée au forfait.
Ainsi, sur base de cette étude, nous pouvons conclure que les pratiques fonctionnant selon le système de financement au forfait dispensent des soins dont le coût est identique pour l'assurance maladie, mais qui sont de meilleure qualité en ce qui concerne les indicateurs de qualité examinés dans le rapport de l'AIM. En outre, les pratiques sont plus accessibles et meilleur marché pour le patient. Le système au forfait constitue donc une plus-value importante pour les soins de première ligne en Belgique.

7. Recommandations

Pour optimiser le fonctionnement du secteur « forfaitaire » et s'assurer que les résultats positifs observés dans cette étude perdurent, l'étude présente une série de recommandations. Nous reprenons ici ces recommandations en ajoutant certains éléments suite aux évolutions connues ces derniers mois.

1. **Reconnaitre la place et la plus-value des pratiques forfaitaires de première ligne dans le système de santé belge.** Sur base de cette étude, on peut avancer que ce modèle répond à une série de priorités politiques importantes du gouvernement fédéral, telles que « *la lutte contre les inégalités en matière de santé, la promotion de soins de première ligne plus solides et une collaboration accrue autour du patient dans le cadre de la réponse à une demande croissante de soins aux malades chroniques, et la promotion d'une consommation raisonnable de médicaments, avec une attention particulière pour les antibiotiques* »[13] .

   Cette reconnaissance implique un soutien ferme, au-delà des débats idéologiques qui teintent le débat « acte versus forfait ». Egalement, afin de ne pas saper la viabilité financière du secteur, cette reconnaissance doit s'accompagner d'une vision transversale de l'établissement du budget. Cela signifie notamment que les méthodes de comptabilité budgétaire doivent tenir compte du fait que le financement à l'acte et au forfait sont des « vases communicants » et qu'il faut pouvoir laisser évoluer le budget disponible en fonction du nombre de patients et des disciplines proposées par les centres forfaitaires. Egalement, il faut prendre en considération la possibilité pour le patient de choisir librement le système forfaitaire ou le système de financement à l'acte.

2. **Veiller à poursuivre l'optimisation du modèle de financement lié au forfait**, afin de garantir la qualité et l'efficacité du fonctionnement de chaque centre et d'éviter toute éventuelle sélection des risques. Il convient de poursuivre les efforts dans trois domaines:
   - **L'affinement du cadre réglementaire**, avec entre autres une définition du concept de « maison médicale » (inexistant à ce jour) entérinant les valeurs et concepts clé du modèle tels que la multidisciplinarité, l'accessibilité de la première ligne, une vision « positive » et holistique de la santé du patient ; l'élaboration d'une réglementation en matière de continuité des soins (y compris l'encadrement, la sous-traitance maximale autorisée et le rôle des rapports d'activités) et l'intégration de mesures de lutte contre la fraude ;
   - **L'affinement du financement**, afin que le financement de chaque centre reflète au mieux le besoin de soins des patients qui y sont soignés. La Commission de convention compétente a fait un premier pas en élaborant une proposition très concrète de modification d'arrêté royal[14]. Mettre en pratique ce projet d'arrêté est une priorité. A plus long terme, intégrer le Belrai[15] et également le modèle ACG[16], deux instruments poussés d'évaluation de l'état de santé, pourrait également être une piste innovante pour adapter au mieux le financement des centres à l'exigence en soins des patients.
   - **L'intégration d'incitants visant à promouvoir la qualité et l'efficacité d'un fonctionnement multidisciplinaire de première ligne** : cette étude démontre que le paiement forfaitaire à lui seul n'est pas suffisant pour obtenir les résultats positifs étudiés : il existe d'importantes différences entre les centres dans la mesure où, par exemple, chacun d'entre eux ne réalise pas les économies observées de manière générale au niveau des soins de deuxième ligne. Un suivi systématique, au niveau de chaque centre, de la qualité des soins, sur base d'une série d'indicateurs de qualité et de l'efficacité des soins, par exemple via les économies réalisées au niveau de la deuxième ligne serait important. À long terme, une partie du montant forfaitaire (par exemple, 10%) pourrait être rendu dépendant des résultats ci-dessus.

13 Accord de gouvernement, 9 octobre 2014.

14 Arrêté royal du 23 avril 2013, en exécution de l'article 52, par. 1 de la loi concernant l'assurance obligatoire pour les soins de santé et les indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Koninklijk Besluit van 23 april 2013, en ce qui concerne les maisons médicales.

15 Le projet-pilote BelRAI, lancé en 2006 par le SPF santé publique, permet d'enregistrer par une application web des données de patients dans le contexte des soins à domicile, en institution, en soins hospitaliers aigus (Acute Care - AC), ou en soins palliatifs afin d'estimer au mieux les besoins en soins des patients.

16 https://www.hopkinsacg.org/#about

3. **Veiller à procéder à une évaluation permanente du secteur** afin de s'assurer que le modèle maintienne ses qualités et les performances observées. Investir dans une enquête supplémentaire afin de mieux cerner les facteurs de succès sous-jacents du modèle :
   - Plutôt que de répéter cette étude sur une base périodique, il serait possible de reprendre systématiquement les maisons médicales dans des études relatives aux performances et à la qualité des soins, telles que le rapport de performance du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (voir e.a. KCE – report 259C), les indicateurs de qualité du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) au niveau de l'INAMI et les analyses de l'Agence InterMutualiste.
   - Cette étude a démontré que le forfait à lui seul n'est pas suffisant pour garantir l'efficience du modèle. Manifestement d'autres variables ont un rôle primordial pour pérenniser un fonctionnement optimal du système. Les facteurs plus précis de « succès » des centres forfaitaires, au-delà du type de financement seul (par exemple, le rôle de la multidisciplinarité, le soutien informatique, les services offerts à leur membres par les fédérations, le statut juridique etc.), doivent être identifiés par un travail de recherche complémentaire. Cela est d'autant plus pertinent que le financement au forfait est au centre des discussions concernant l'avenir de nos soins de santé, qu'il intéresse un nombre croissant d'équipes de soignants de première ligne et que le profil de ces équipes se diversifient.
4. Nous ajoutons aux recommandations de l'étude AIM **la nécessité d'être vigilant à ne pas saper les facteurs permettant des économies en seconde ligne :** afin de conserver les « économies en deuxième ligne » observées dans cette étude, il est important de préserver et **renforcer les incitants à la prévention ainsi que de permettre de la subsidiarité aux équipes** : leur accorder la flexibilité et la souplesse nécessaire pour organiser une prise en charge « positive » et holistique de la santé de leurs patients, adaptée aux réalités de terrain de leur patientèle. Il faut également être attentif aux conditions de réussite de l'échelonnement des soins en **évitant la collusion des centres forfaitaires de première ligne avec des spécialistes** de deuxième ou troisième ligne. De plus, il faut être vigilant à ne pas permettre une marchandisation du secteur. Si l'argent investi par la collectivité ne reste pas au service de la santé du patient mais est détourné à des fins d'enrichissement des gestionnaires des centres, il est possible que le nombre de référencements vers la deuxième ligne augmente anormalement et qu'une sélection des risques s'observe. Dans cette matière, il faut être particulièrement attentif à mettre en place les balises et incitants suffisants pour éviter une spéculation financière ou des conflits d'intérêt entre les structures à l'acte et au forfait.

Action droits du patient 2018 : analyse des sites web des hôpitaux

Sigrid Vancorenland & Mieke Dolphens, département R&D
Karen Mullie & Anaïs Verleyen, département juridique

Avec nos remerciements à Mieke Hofman (département Recherche et Développement) pour sa notation minutieuse des sites web des hôpitaux.

Résumé

Les droits du patient revêtent une importance particulière pour la MC. Chaque année le 18 avril, date de la journée européenne des droits du patient, la MC, Samana et Altéo mettent un droit particulier en lumière. En 2017 et en 2018, ils ont choisi le droit du patient de recevoir une information préalable sur le traitement qui lui est proposé, notamment sur ses conséquences financières, afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé. L'action droits du patient se focalise en 2018 sur la transparence financière d'une hospitalisation planifiée.

En vue de cette journée des droits du patient, deux enquêtes ont été réalisées. Tout d'abord, les 99 sites web des hôpitaux de notre pays ont été analysés. Leurs sites ont reçu un score sur la base de leur transparence financière et de la mesure dans laquelle ils donnent des informations sur les droits du patient. Cette analyse s'est donc concentrée sur l'offre d'informations financières disponibles via les sites web des hôpitaux.

En deuxième lieu, des groupes de discussion (ou « focus groupes ») ont été organisés pour interroger des patients sur leur expérience concernant les informations qu'ils ont obtenues par rapport aux conséquences financières de leur hospitalisation. Cette enquête traitait donc de la manière dont le patient percevait l'offre d'information financière des hôpitaux et dont il en faisait lui-même usage. Les résultats de cette enquête seront discutés dans un prochain numéro de MC-Informations.

L'analyse des sites web des hôpitaux a révélé que l'offre d'informations sur leurs sites concernant les conséquences financières d'une hospitalisation a considérablement augmenté par rapport à 2013. En outre, l'estimation des coûts fait son apparition, surtout sur les sites des hôpitaux flamands. C'est un outil assurément pratique pour les patients qui peuvent ainsi se faire une idée du coût d'une future hospitalisation. En 2018, l'information en ligne des patients concernant leurs droits est également meilleure, bien que la mention du droit au traitement de la douleur reste un point faible. En conclusion, l'information à l'attention des patients sur les sites web des hôpitaux wallons et bruxellois est souvent moins bonne que celle sur les sites des hôpitaux flamands, aussi bien au point de vue financier que sur les droits du patient.

Mots-clés : droits du patient, coût, estimation des coûts, sites web des hôpitaux, informations financières

1. Contexte

Dans notre pays, les droits du patient sont fixés par la loi. Ils sont au nombre de huit et ils doivent être respectés par les prestataires de soins :

- Le droit de choisir librement le praticien professionnel
- Le droit de bénéficier d'une prestation de soins de qualité
- Le droit d'être informé sur son état de santé
- Le droit de consentir librement à une prestation de soins, avec information préalable
- Le droit de pouvoir disposer d'un dossier tenu à jour, de pouvoir le consulter et en obtenir copie
- Le droit à la protection de sa vie privée
- Le droit d'introduire une plainte auprès d'un service de médiation
- Le droit au traitement de la douleur

En outre, en tant que patient, on bénéficie toujours du droit à être assisté par une personne de confiance. Le patient exerce lui-même ses droits (par exemple lors d'une consultation, de l'examen de son dossier de patient, du dépôt d'une plainte…), mais il peut se faire assister par une personne de son choix. Si le patient n'est plus en état d'exprimer lui-même sa volonté et de faire valoir ses droits, il peut désigner un représentant. Celui-ci prendra alors à sa place les décisions qu'il n'est plus capable de prendre (par exemple s'il est dément, dans le coma…).

La MC accorde une grande importance aux droits du patient. C'est pourquoi la MC, Samana et Altéo soumettent chaque année un de ces droits à un examen minutieux. Ils choisissent pour ce faire le 18 avril, journée européenne des droits du patient. Il a été décidé de mettre sous les projecteurs en 2017 et 2018 le droit pour tout patient de recevoir à l'avance les informations concernant son traitement, dont ses conséquences financières, pour qu'il soit en mesure d'y donner un consentement libre et éclairé. L'information relative au coût est un élément important, mais souvent sous-estimé, de l'information préalable qui peut être nécessaire pour pouvoir donner son consentement en connaissance de cause.

L'action droits du patient a mis l'accent en 2017 sur l'importance d'aborder avec le prestataire de soins la question du coût du traitement. Le message central de l'action soulignait que ce point faisait partie de l'échange avec le prestataire de soins au même titre que le diagnostic, le traitement ou le suivi. L'action droits du patient se focalise en 2018 sur la transparence financière à l'hôpital. Le message essentiel ici est que le patient a le droit d'obtenir une information préalable sur le coût de son traitement lors d'une hospitalisation.

En vue de cette journée des droits du patient, deux enquêtes ont été réalisées.
Tout d'abord, les 99 sites web des hôpitaux ont été analysés. Leurs sites ont été notés sur base de leur transparence financière et de la mesure dans laquelle ils donnent des informations sur les droits du patient. Cette analyse s'est donc concentrée sur l'information financière disponible sur les sites web des hôpitaux. Les résultats de cette analyse sont commentés dans cet article.

Ensuite, des groupes de discussion ont été organisés pour interroger les patients sur leurs expériences concernant l'obtention d'informations sur les conséquences financières d'une hospitalisation. Cette enquête portait donc sur la manière dont le patient perçoit l'offre d'information financière des hôpitaux et en fait lui-même activement usage. Les résultats de cette enquête seront discutés dans un prochain numéro de MC-Informations.

2. Objectif et méthode d'analyse des sites web des hôpitaux

Le groupe de travail droits du patient[1] désirait rechercher le niveau d'information fourni par les sites web des hôpitaux belges sur l'aspect financier d'une hospitalisation ainsi que sur les droits du patient.

Cette question avait déjà été étudiée une première fois en 2013 avec l'analyse des sites web des 103 hôpitaux qui existaient alors. L'action droits du patient 2018 s'attachant maintenant à la transparence financière dans les hôpitaux, le moment semblait venu, 5 ans plus tard, d'actualiser cette analyse. Afin de pouvoir comparer convenablement les résultats, nous avons utilisé les mêmes indicateurs qu'en 2013. Nous n'avions par contre pas enregistré en 2013 la présence d'un outil d'estimation des coûts sur les sites, mais nous avons ajouté ce point en 2018.

Questions concrètes de l'enquête :

- Quelles informations donnent les sites web des hôpitaux en 2018 sur le coût d'une hospitalisation et sur les droits du patient ?
- Quelle en est l'évolution depuis 2013 ?
- Les sites des hôpitaux permettent-ils d'estimer les coûts d'une hospitalisation ? Et si oui, par quelles informations ?

1 Le groupe de travail national de l'ANMC qui conçoit chaque année l'action droits du patient. Il est composé de représentants de la direction, du service juridique, de R&D, des services de communication, des mouvements Samana et Altéo.

2 Il s'agit des sites web de tous les hôpitaux belges généraux et universitaires. Les hôpitaux psychiatriques et catégoriels ne sont pas compris.

3 Depuis l'analyse des 103 sites web d'hôpitaux en 2013, quelques hôpitaux ont fusionné. Certains hôpitaux fusionnés n'ont conservé qu'un seul site commun. Si des hôpitaux fusionnés ont malgré tout gardé leur propre site web, chaque site a été analysé indépendamment.

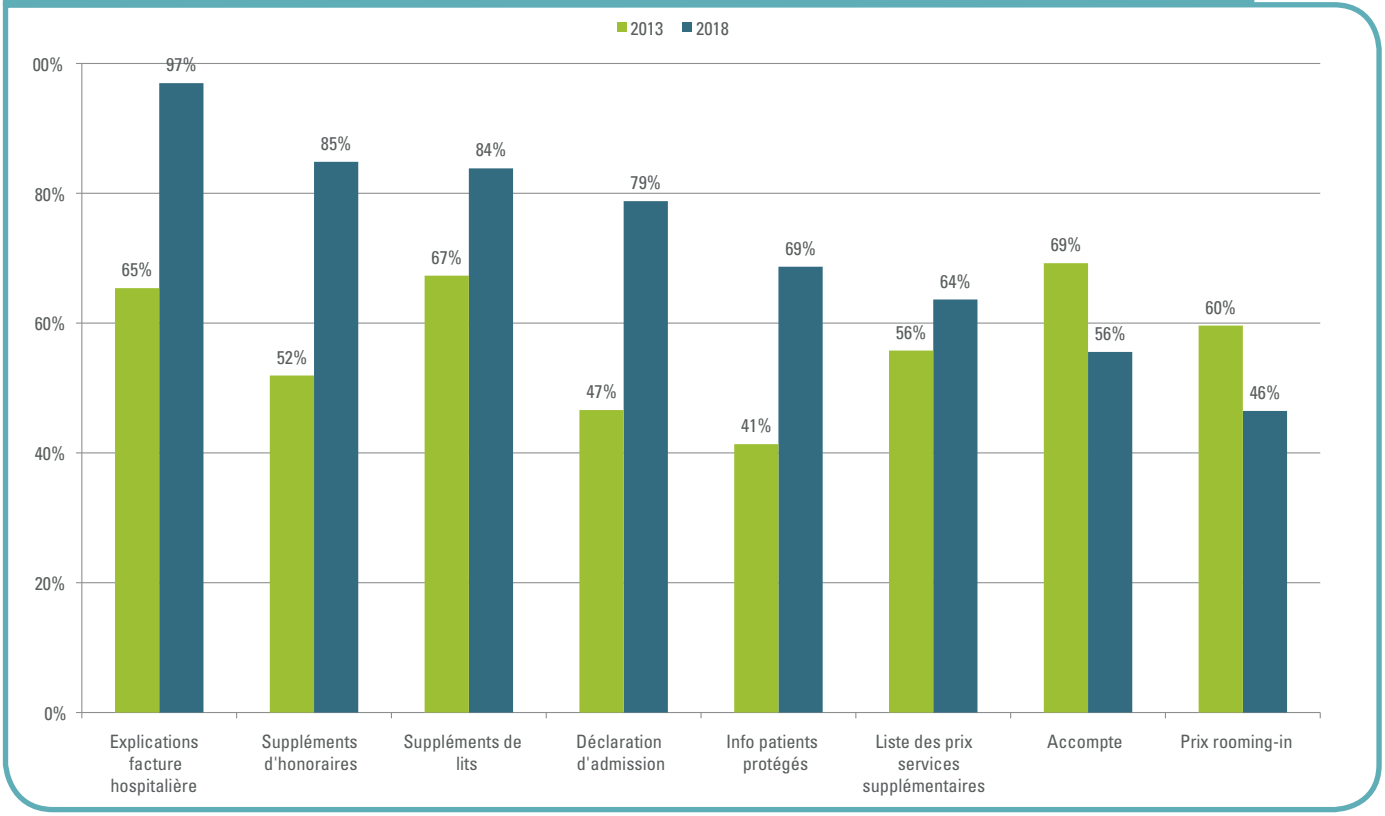
Tous les sites web des hôpitaux belges[2] ont été notés sur la base de 36 indicateurs prédéfinis. Ils jaugent la dispense d'informations financières (18 indicateurs, dont l'estimation des coûts sur les sites web) et d'informations sur les droits du patient (18 indicateurs). 99 sites web[3] ont été notés (54 flamands, 12 bruxellois et 33 wallons). Pour chaque indicateur, une note a été attribuée : 0 (absent) ou 1 (présent) et parfois 2 (présent et facile à trouver – c'est-à-dire en trois clics maximum). La note finale a été donnée par la même personne en 2013 et en 2018 pour garantir l'uniformité de l'évaluation. L'étude s'est déroulée de la mi-octobre 2017 à fin janvier 2018.

3. Résultats et commentaires

a. La transparence financière s'est améliorée

Le graphique n°1 donne pour chaque indicateur financier le pourcentage des hôpitaux qui le mentionnent sur leur site web. Notre analyse montre que les hôpitaux belges ont progressé quant à la transparence financière sur leurs sites web. On constate une (nette) amélioration en 2018 par rapport à 2013 pour six des huit indicateurs financiers.

Graphique 1 : Évolution de la présence d'indicateurs d'informations financières sur les sites web des hôpitaux en Belgique



Il faut noter que l'analyse ne pointe que la présence ou l'absence d'information et ne se prononce pas sur la qualité de l'information fournie. Par contre, on évalue parfois la facilité avec laquelle certaines informations peuvent être repérées.

Une explication générale de la facture d'hôpital est disponible sur pratiquement tous les sites web (97%). Dans la grande majorité des cas, cette information est de surcroît facile à trouver (en trois clics maximum). Sur la plupart des sites web figurent des informations sur les suppléments de chambre

4 La déclaration d'admission est un document qui informe le patient des conditions financières de l'hôpital et où il doit indiquer son choix de chambre. Lors d'une hospitalisation, l'hôpital doit soumettre ce document au patient, qui doit le signer.

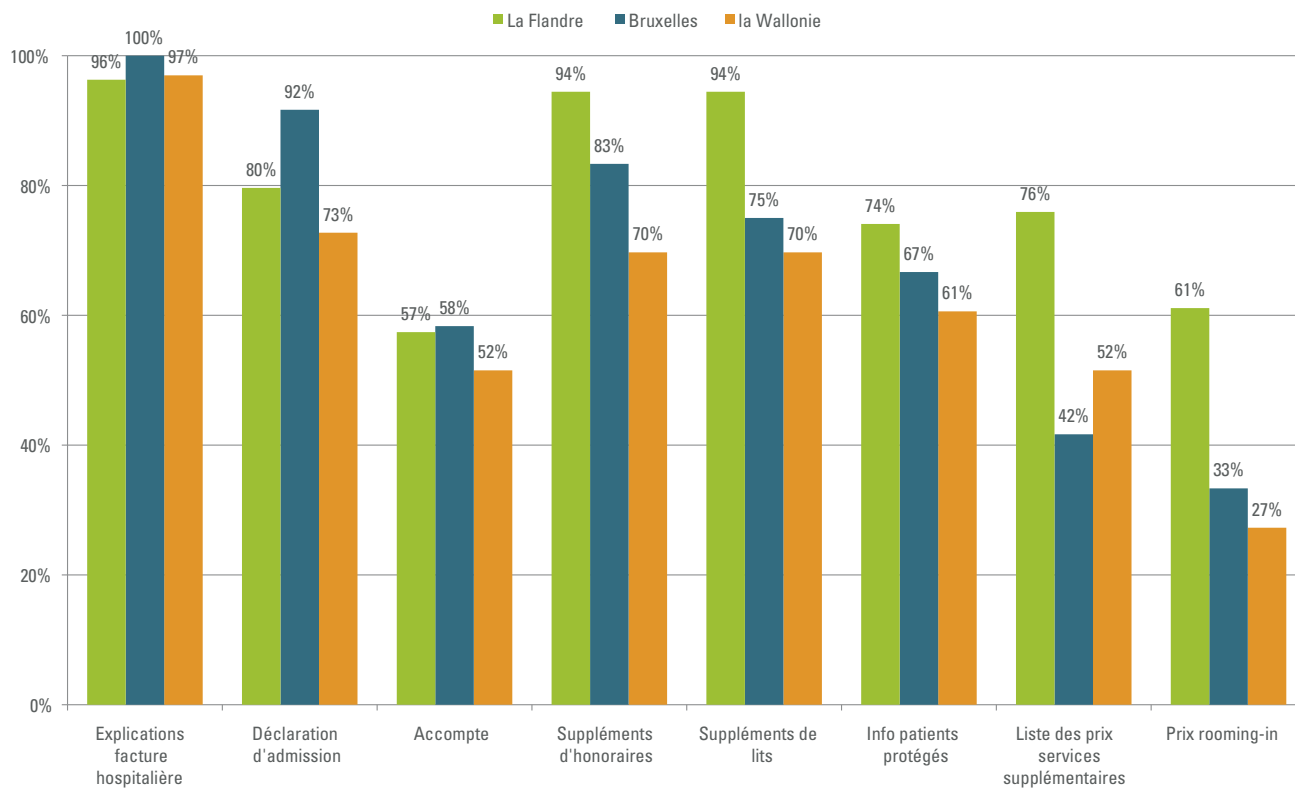
(84%) et sur les suppléments d'honoraires (85%). Par ailleurs, 79% des sites présentent la déclaration d'admission[4] de l'hôpital. Si en 2018 on trouve autant d'informations sur les suppléments de chambre que sur les suppléments d'honoraires, en 2013 les suppléments de chambre (67%) étaient plus souvent indiqués que les suppléments d'honoraires (52%). Une majorité des sites web (69%) procure une information sur les patients protégés (statut intervention majorée – IM). Pour ces 5 indicateurs, on constate donc un net progrès par rapport à 2013.

La liste des prix pour les services supplémentaires (eau, téléphone, TV, frigo…) ne présente par contre qu'une amélioration limitée : on la retrouve sur 64% des sites web.
Deux indicateurs financiers ont régressé depuis 2013 : la mention du montant de l'acompte à payer (56% en 2018 - 69% en 2013) et celle du prix du rooming-in (46% en 2018 - 60% en 2013).

La régression du résultat relatif aux acomptes est difficile à interpréter. Les hôpitaux ne sont en effet pas obligés – heureusement – de demander un acompte. Cela veut-il dire que moins d'hôpitaux demandent un acompte ? Ou que les hôpitaux qui demandent un acompte indiquent moins souvent son montant sur leur site ? Pour poursuivre l'amélioration de la transparence financière à l'égard du patient, il est indiqué que chaque hôpital signale sur son site s'il demande un acompte et si oui, de quel montant, sur quoi et dans quelles situations.
En ce qui concerne le rooming-in (la possibilité pour le(s) parent(s) de rester la nuit auprès de leur enfant), les possibilités ont été élargies dans la pratique. Alors qu'avant il n'était possible que pour un parent dont l'enfant était hospitalisé, le rooming-in est à présent également permis lors de l'hospitalisation d'un adulte. En 2018, le prix du rooming-in auprès d'un enfant est moins souvent indiqué qu'en 2013. Peut-être est-ce dû au fait que seul le rooming-in parent-enfant est réglé par la loi. Dans ce cas, aucun supplément de chambre ne peut en effet être demandé lors d'une admission en chambre individuelle. Pour les autres cas de figure du rooming-in, aucune disposition légale n'existe (encore).

Le deuxième graphique illustre les différences régionales en matière de transparence financière. En comparaison avec les sites web des hôpitaux bruxellois et wallons, les sites flamands donnent plus fréquemment des informations sur les suppléments de chambre et d'honoraires ainsi que sur les patients protégés. 94% des sites web des hôpitaux flamands donnent des informations concernant les suppléments d'honoraires, 83% à Bruxelles et 70% en Wallonie. Les sites web des hôpitaux en Flandre indiquent également plus souvent le prix des services supplémentaires et du rooming-in. Par ailleurs, il y a plus d'hôpitaux bruxellois que d'hôpitaux wallons et flamands qui intègrent la déclaration d'admission sur leur site.

Graphique 2 : Présence d'indicateurs d'informations financières sur les sites web des hôpitaux en Belgique, par région



b. L'estimation des coûts fait son apparition

35 des 99 sites web des hôpitaux belges (35%) fournissent une estimation des coûts spécifiques aux interventions chirurgicales. Sur la plupart des sites, les estimations sont très faciles à trouver. Ce chiffre global masque cependant une réalité qui diffère d'une région à l'autre. En Flandre, une majorité de sites web d'hôpitaux présentent des estimations de coûts propres aux opérations (63%, soit 34 des 54 sites). En Wallonie, seul un site sur 33 propose cette estimation (3%). À Bruxelles, cette estimation n'apparaît sur aucun site.

Parmi les sites qui proposent cette estimation pour les opérations :
- La majorité d'entre eux (80%) spécifient où le patient peut obtenir une estimation concernant une intervention qui ne figure pas dans la liste.
- La majorité (77%) distingue le prix à payer selon qu'on occupe une chambre individuelle ou une chambre commune.
- La majorité (71%) scinde l'estimation en différents postes (par exemple les frais de séjour, les honoraires, les médicaments, les frais divers).
- La majorité (66%) distingue les prix en fonction du statut du patient (bénéficiaire ou non d'une intervention majorée).
- La majorité (71%) donne un prix total précis, 29% donnent une fourchette avec un minimum et un maximum.
- 60% spécifient explicitement que le prix donné est le montant que le patient devra encore payer lui-même, donc après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. Les 40% restants ne le précisent pas.

Parmi les sites web qui ne proposent pas d'estimation des coûts spécifiques aux opérations, seule une petite minorité signale où le patient doit s'adresser pour obtenir une estimation (par exemple un numéro de téléphone, une adresse email ou le médecin traitant). En Flandre, 5% des sites renseignent un point de contact, à Bruxelles, 8% et en Wallonie, 0%.

L'estimation des coûts représente un outil important pour l'exercice du droit du patient d'être préalablement informé des conséquences financières de son hospitalisation. Il permet d'avoir une idée du coût de l'hospitalisation et évite donc des surprises désagréables lors de la réception de la facture d'hôpital. Il met également en mesure d'effectuer un choix de chambre – individuelle ou commune - en connaissance de cause et de poser des questions précises à l'hôpital, au médecin, à la mutualité ou à l'assurance hospitalisation avant l'admission.

La MC part du principe que tous les hôpitaux/médecins doivent fournir une estimation des coûts. Et cela, pour chaque hospitalisation. Selon nous, la première étape à franchir pour y arriver est la mise à disposition par tous les hôpitaux/médecins d'une estimation standard claire pour une série d'interventions ou de traitements courants dans les hôpitaux. Ces estimations types doivent être – à notre avis – au moins accessibles sur les sites des hôpitaux, à un endroit facilement repérable. Nous sommes heureux de constater qu'à l'heure actuelle de très nombreux hôpitaux mettent déjà à disposition de telles estimations en ligne. Les modèles utilisés et les terminologies diffèrent cependant fortement d'un hôpital à l'autre. C'est pourquoi la MC plaide pour l'introduction d'un modèle standard, clair et compréhensible, utilisé par tous les hôpitaux. Nous proposons que l'estimation donne le prix auquel le patient peut s'attendre pour différentes rubriques pertinentes. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires spécifiquement, nous demandons que l'estimation indique un montant maximum, qui ne puisse en aucun cas être dépassé. Pour les autres rubriques (par exemple la médication, le coût du matériel, le ticket modérateur sur les honoraires), nous comprenons que des éléments imprévisibles puissent survenir et faire différer quelque peu le coût final pour le patient de l'évaluation effectuée. Chaque patient est en effet unique et la médecine n'est pas une science exacte.

Nous aimerions que tous les hôpitaux/médecins fournissent d'ici le 1er janvier 2019 des estimations standard des coûts pour les interventions fréquentes. Dans la foulée, nous voulons également souligner que le fait de proposer une estimation type des coûts (en ligne) n'affecte cependant en rien le droit de chaque patient à recevoir préalablement à une intervention/ une admission une information individuelle, personnalisée sur le coût de son hospitalisation, adaptée à sa situation (médicale).

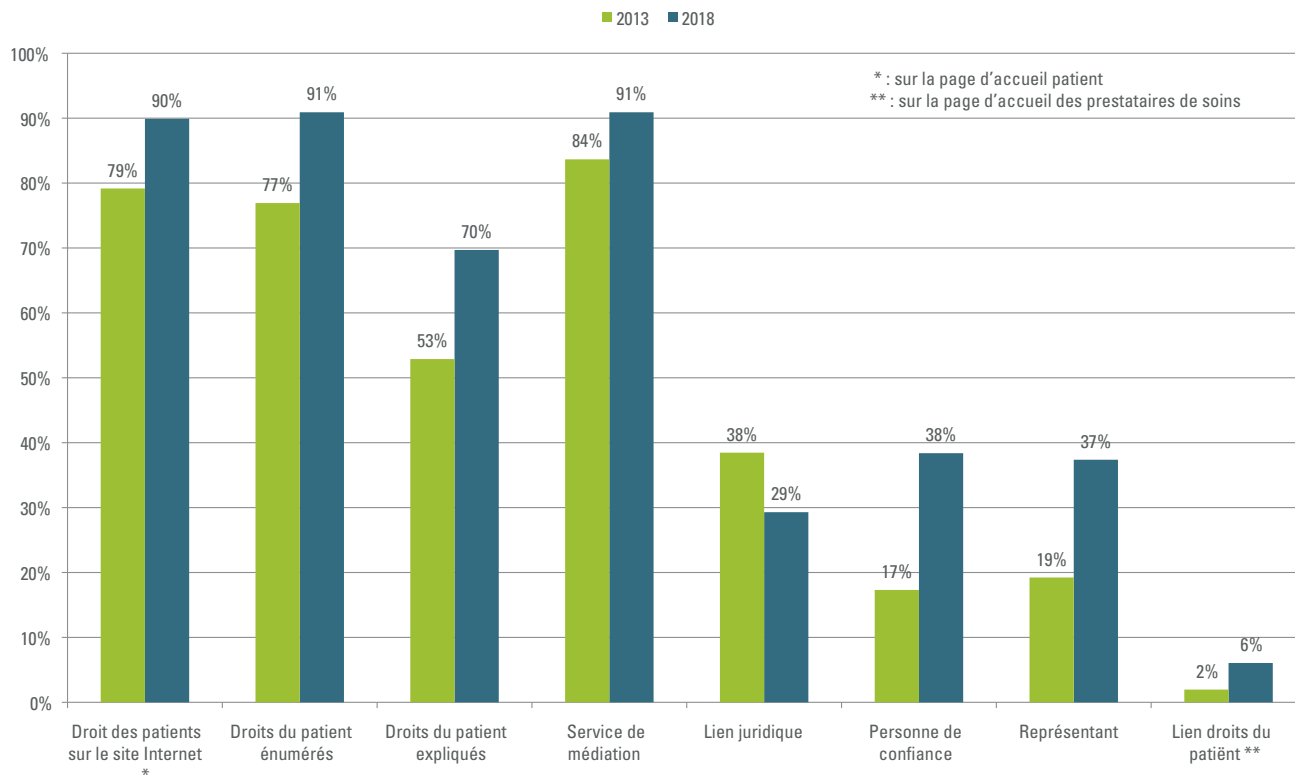
Naturellement, cela ne s'arrête pas là. Des efforts doivent également être accomplis pour guider les patients vers ces informations et pour les y familiariser. De plus, le dialogue entre le patient et le médecin reste crucial. La présence d'informations sur un site web ne peut pas remplacer cet échange. Elles ne représentent qu'un élément de l'ensemble des données qui permettront au patient d'être bien informé et en mesure de prendre consciemment des décisions.

c. Plus d'attention pour les droits du patient

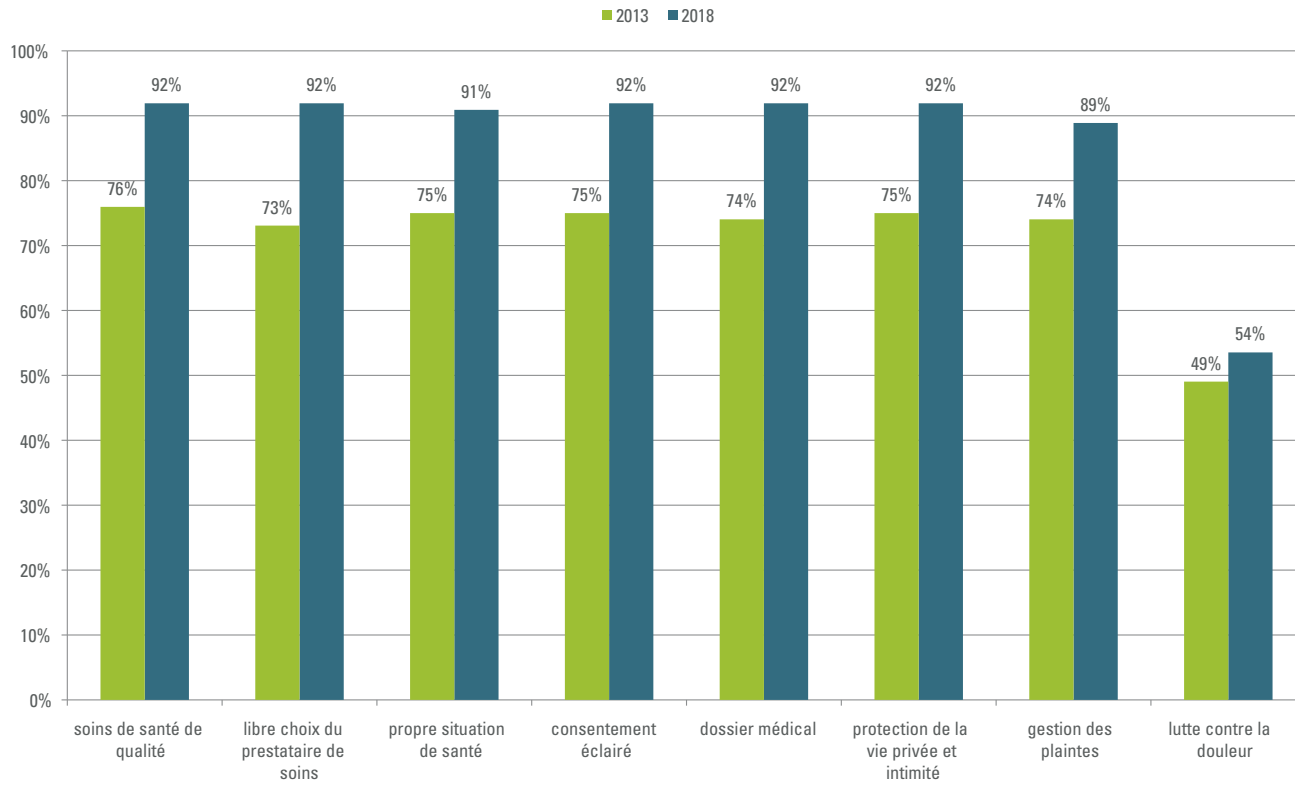
Le graphique n°3 donne pour chaque indicateur concernant les droits du patient le pourcentage des hôpitaux qui les mentionnent sur leur site web. Il en ressort qu'en 2018 il sont plus souvent évoqués qu'en 2013. Une grande majorité des sites (90%) y réfère d'une manière ou d'une autre. Soit un lien direct sur la page d'accueil renvoie aux droits du patient ou au service de médiation, soit le concept « droits du patient » se retrouve à un certain endroit sur le site. La grande majorité des sites web des hôpitaux (91%) cite aussi un ou plusieurs des huit droits du patient.

Le graphique 4 représente le pourcentage des sites web des hôpitaux qui citent chacun des huit droits du patient. Il en ressort clairement que le droit au traitement de la douleur reste encore un point névralgique. Alors que tous les autres droits sont mentionnés sur 89 à 92% des sites web, celui relatif au traitement de la douleur n'apparaît que sur 54% des sites. Dans ce domaine également aucun progrès n'a été enregistré depuis 2013 où 49% des sites le mentionnaient ; par contre la mention de tous les autres droits a bien progressé (en 2013, les pourcentages oscillaient autour de 75%).

Graphique 3 : Évolution de la présence d'indicateurs des droits du patient sur les sites web des hôpitaux en Belgique



Graphique 4 : Évolution du pourcentage des sites web d'hôpitaux qui mentionnent chacun des huit droits du patient



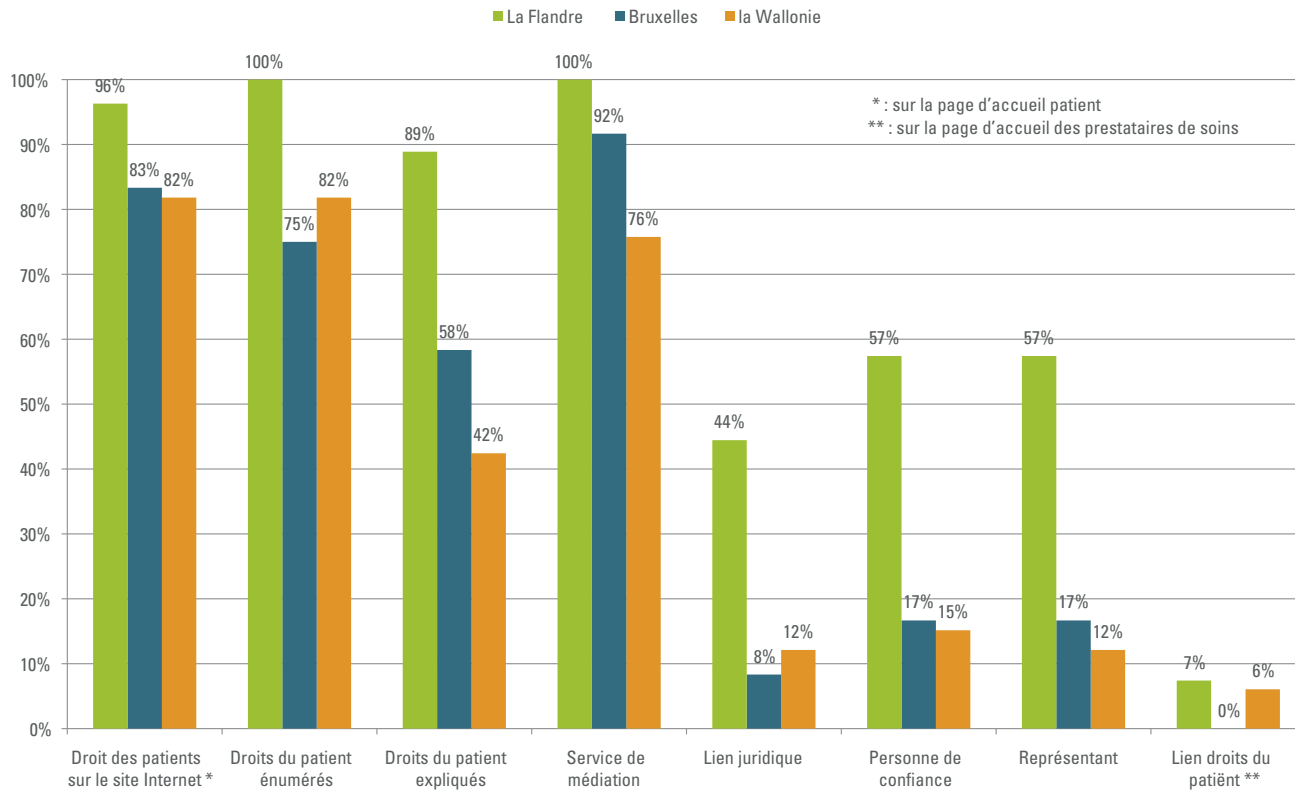
Malheureusement, tous les sites n'offrent pas d'explications concernant ces droits (voir graphique 3), de sorte que leur signification concrète n'apparaît pas toujours clairement. Pourtant, dans ce domaine aussi, des avancées sont observées : en 2013, seuls 53% des sites web des hôpitaux donnaient des explications sur les droits, en 2018, ce pourcentage s'élève à 70%.

De même, une grande majorité de sites web d'hôpitaux (91%) donne des informations sur le service de médiation de l'hôpital, soit via le règlement d'ordre intérieur du service de médiation soit par une explication concernant son fonctionnement.

Les informations sur le représentant du patient (37%) ou sur la possibilité de désigner une personne de confiance (38%) sont beaucoup moins courantes. Bien que les sites web des hôpitaux se soient améliorés depuis 2013, la plupart a encore un long chemin à parcourir. L'information concernant la relation juridique existant entre l'hôpital et le praticien professionnel (29%) a même régressé par rapport à 2013 (38%). Cette information est pourtant importante quand le patient veut introduire une plainte. L'hôpital n'est responsable des manquements relatifs au respect des droits du patient que pour les praticiens professionnels qui sont statutaires ou ont un contrat d'employé avec l'hôpital, pas pour les praticiens indépendants qui travaillent à l'hôpital ni pour ceux employés par des tiers.

La mention des droits du patient sur les sites web diffère selon les régions (graphique 5). Sur tous les sites des hôpitaux flamands, une référence ou l'autre est faite aux droits du patient, un ou plusieurs droits sont cités et le service de médiation fait l'objet d'une information. Sur les sites des hôpitaux bruxellois et wallons, on trouve nettement moins d'informations à ce sujet. Par exemple, 100% des sites des hôpitaux flamands mentionnent un ou plusieurs droits du patient, tandis qu'à Bruxelles, ils sont seulement 75% à le faire et 82% en Wallonie. Les différences régionales se marquent certainement particulièrement pour les indicateurs « explication des droits du patient », « information sur la relation juridique », « personne de confiance » et « représentant » du patient.

Graphique 5 : Présence d'indicateurs des droits du patient sur les sites web des hôpitaux en Belgique – par région



4. Conclusion

L'action droits du patient 2018 s'est focalisée sur le droit à une information financière préalable lors d'une hospitalisation planifiée.

Pour que le patient puisse être informé des conséquences financières d'une hospitalisation, il est évidemment important que les hôpitaux/les médecins fournissent une information financière suffisante et ciblée. La première partie d'une recherche, réalisée en prélude à la journée des droits du patient 2018, a inventorié l'information disponible sur les sites web des hôpitaux. Quelles informations les hôpitaux procurent-ils via leurs sites web en 2018 sur les conséquences financières d'une hospitalisation ? En 2013, une analyse semblable avait déjà été effectuée, ce qui permet de dresser un tableau des évolutions. Nous avons également réexaminé l'information disponible sur les droits du patient.

Entre 2013 et 2018 les sites web des hôpitaux se sont considérablement améliorés sur le plan de la transparence financière et de l'information sur les droits du patient. Il est devenu habituel pour la plupart des hôpitaux de présenter sur leur site :

- des informations sur la facture d'hôpital ainsi que sur les suppléments de chambre et d'honoraires
- la déclaration d'admission
- la liste des droits du patient, accompagnée d'une explication
- une information sur le service de médiation

Une autre évolution positive est l'apparition sur les sites web des hôpitaux de l'estimation des coûts. Cette pratique devient assez répandue en Flandre. Une estimation est naturellement un outil pratique pour donner une idée des conséquences financières d'une intervention particulière.

Il reste cependant certains points à améliorer ainsi que des lacunes à combler.

Ainsi, il y a encore lieu d'améliorer :

- l'information concernant les patients protégés (bénéficiant d'une intervention majorée),
- l'information concernant la personne de confiance et le représentant,
- l'information sur la relation juridique entre l'hôpital et le praticien professionnel,
- la mention du prix du rooming-in.

Bien que le droit au traitement de la douleur constitue un des huit droits du patient, il est nettement moins souvent mentionné que les autres. Il l'est à peine plus qu'il ne l'était en 2013, alors que l'énumération des autres droits a progressé. Plus d'attention devrait y être accordée à l'avenir.

Les sites web des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles offrent souvent moins d'informations sur les conséquences financières d'une hospitalisation et sur les droits du patient qu'en Flandre. C'est un autre point noir. Il semble donc indiqué que les hôpitaux wallons et bruxellois comblent leur retard et permettent ainsi à leurs patients d'accéder à suffisamment d'informations (financières) via leurs sites.

Nous pouvons conclure que l'offre d'information financière sur les sites web s'est élargie lors de ces 5 dernières années. L'estimation des coûts apporte même un outil pratique supplémentaire. Naturellement, on ne peut s'arrêter là. Le dialogue entre le patient et le médecin reste fondamental et ne peut pas être remplacé par des informations sur un site web. La mise à disposition d'informations via des sites web d'hôpitaux ne représente qu'un outil de soutien parmi tout ce qui doit être mis en place pour garantir au patient d'être bien informé et en mesure de prendre consciemment des décisions.

L'offre d'informations ne constitue évidemment qu'un aspect de la question. Il faut en effet s'interroger sur l'usage réel qui en est fait actuellement. Les patients accèdent-ils à l'information disponible sur leurs droits et sur l'aspect financier de l'hospitalisation ? Nous répondrons à cette question dans le prochain numéro de MC-Informations. Les résultats des groupes de discussion qui ont été tenus en prévision de la journée des droits du patient y seront présentés.

Frais d'administration des unions nationales

Hervé Avalosse – département R&D
Alain Conrath – conseiller stratégique attaché à la Direction
Septembre 2017

Résumé

Les unions nationales de mutualités reçoivent des pouvoirs publics un montant d'un peu plus d'un milliard d'euros au titre de leurs frais d'administration. C'est un montant important mais qu'on doit mettre en relation avec l'ampleur des prestations de l'assurance maladie-invalidité (près de 35 milliards d'euros). Et quand on fait la comparaison avec les compagnies d'assurances commerciales, les unions nationales sont plutôt bon marché. Autre comparaison : par rapport à d'autres pays européens, la Belgique n'apparaît pas singulièrement plus chère.

Le budget des frais d'administration a une raison d'être : permettre de couvrir les dépenses liées à la charge de travail due à l'exécution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (remboursement des soins de santé, versement des indemnités, continuité des droits des assurés sociaux, production de données). La majeure partie de ces frais est constituée par les salaires du personnel des unions nationales.
Les unions nationales font aussi des économies sur ce budget. Ainsi, rien que pour la période 2015 à 2018, une économie structurelle de 120 millions d'euros a été réalisée. Et ce dans un contexte où la charge de travail ne peut qu'augmenter, du fait de la complexité des législations, d'évolutions sociodémographiques (la population croît et vieillit).

Mots-clés : frais d'administration, unions nationales

1. Cadre général

1.1. Les acteurs : les organismes assureurs et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Le premier champ d'action des organismes assureurs (OA) est l'exécution de l'assurance maladie-invalidité (AMI). Par organismes assureurs, on entend : les 5 unions nationales de mutualités et les deux caisses (la Caisse auxiliaire et la Caisse de la SNCB). Les organismes assureurs ont donc pour mission d'appliquer la réglementation pour le **remboursement des soins de santé et le versement des indemnités en cas d'incapacité de travail.** Cette réglementation est en perpétuel changement et les modalités de remboursement dépendent de différents éléments. Par exemple, à chaque nouvel accord médico-mutualiste, les mutualités sont tenues d'appliquer les nouveaux taux de remboursement découlant de l'accord.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est quant à lui chargé de la coordination de l'AMI. Tous les partenaires des soins de santé siègent au sein des organes de gestion de l'INAMI : les pouvoirs publics, les organismes assureurs, les prestataires de soins (médecins, dentistes, paramédicaux, etc.), les partenaires sociaux (syndicats, employeurs, organisations des classes moyennes). On est donc bien dans un système de cogestion : au sein des organes de l'INAMI les différents aspects de la gestion de l'AMI sont analysés, discutés, des nouvelles mesures y sont proposées et évaluées, pour être éventuellement mises en œuvre.

1.2. Les frais d'administration des OA : par qui sont-ils déterminés ? À quoi servent-ils ?

Le montant des frais d'administration destiné aux 5 unions nationales (1,05 milliards d'euros en 2017) est déterminé annuellement par arrêté délibéré en Conseil des Ministres[1] . La majeure partie (90% de cette dotation, qu'on appelle la partie fixe) est répartie entre les unions au prorata du nombre de leurs titulaires (certains titulaires étant affecté d'une pondération particulière comme les personnes pensionnées, par exemple). Le mode de répartition du solde (soit 10%, qu'on appelle la partie variable) tient compte, en plus, de critères d'évaluation sur le bon fonctionnement des organismes assureurs (par ex : communication des données dans les délais).

Même principe pour la Caisse de la SNCB, c'est le Conseil des Ministres qui décide annuellement de sa dotation en frais d'administration. Elle est également soumise à évaluation pour 10% de ce montant.

La Caisse auxiliaire (celle à laquelle on peut s'inscrire si on ne souhaite pas adhérer à une mutualité classique) suit un régime d'exception quant à ses moyens de fonctionnement : elle reçoit directement l'équivalent des frais d'administration réellement exposés.

Les frais d'administration couvrent les dépenses des OA liées à la gestion et à l'exécution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. Avec cette dotation, il s'agit de mettre en place toute l'administration permettant de rembourser les soins de santé ou de payer les indemnités dont dépendent 11 millions d'assurés sociaux, de veiller à la continuité de leurs droits et de produire des données pour conduire la politique de santé.

Tableau 1 : Equivalents temps plein pour les 5 unions nationales

	Nombre de travailleurs (en équivalents temps pleins)
2010	14.427
2011	14.054
2012	14.278
2013	14.202
2014	14.463
2015	14.704

Source : rapport annuel Office de Contrôle des mutualités (OCM) 2013, 2014, 2015, 2016

Les frais d'administration sont surtout consacrés à la masse salariale que représente le personnel travaillant pour les OA. Comme on le voit au Tableau 1, pour les 5 unions nationales, ce sont près de 14.000 ETP qui travaillent, tous les jours, pour que ces missions fondamentales de service public soient exécutées.

Il est à noter que la formule de répartition de la partie fixe va connaître un changement notable à partir de 2018[2]. Il est proposé (par le cabinet, suite à une décision du gouvernement) qu'un montant spécifique de 25 millions d'euros soit distribué entre les OA en fonction des efforts réalisés en matière de réinsertion professionnelle des malades de longue durée. Au-delà de ce montant de 25 millions, la formule de répartition de la partie fixe est modifiée en profondeur : une nouvelle catégorie de membres est introduite (les bénéficiaires du Maximum à Facturer), une autre est retirée (les chômeurs).

2. Evolution des dotations en frais d'administration pour les unions nationales ces dernières années

2.1. Evolution de la dotation principale en frais d'administration pour les 5 unions nationales

En 2017, la dotation en frais d'administration s'élève à 1,05 milliards d'euros. En 2003, elle était de 766,5 millions d'euros. La croissance annuelle moyenne sur cette période de 2003 à 2017 est de 2,3%. C'est moins que la croissance nominale observée du produit intérieur brut (PIB)[3] . En effet, sur la période 2003 à 2017, le PIB a cru à raison de 3,2% par an.

Mais comment détermine-t-on le montant annuel de cette dotation ? Le point de départ consiste à évaluer une 'croissance théorique' des frais d'administration d'une année à l'autre. Pour ce faire, une formule paramétrique (figurant dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994, art 195) a été établie. Elle tient compte de divers paramètres, comme l'évolution salariale dans le secteur des banques, assurances et secteur public, l'évolution des dépenses en soins de santé, du nombre de jours indemnisés. L'évaluation de cette formule paramétrique est faite par l'INAMI, sur base de chiffres fournis par le Bureau fédéral du Plan.

Par exemple, pour 2017, la formule paramétrique donne une croissance théorique de 2,48%. Si on avait appliqué cette croissance au montant obtenu l'exercice précédent, le budget de frais d'administration 2017 aurait été fixé à 1.080 millions

1 Les montants sont mentionnés dans la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, art 195.

2 Voir l'interview de Jean Hermesse, Secrétaire général de l'ANMC, dans : Nicolas de Pape. La réinsertion au travail est bonne pour tout le monde. Journal du Médecin. Edition du 13-04-2018. http://www.lejournaldumedecin.com/actualite/la-reinsertion-au-travail-est-bonne-pour-tout-le-monde/article-longread-33699.html

3 Le PIB mesure la richesse produite au sein d'un pays au cours d'une période donnée.

d'euros. Sur ce dernier montant, on enlève les économies décidées par le gouvernement, de sorte que le montant finalement octroyé est de 1.053 millions d'euros. La croissance réelle est légèrement négative (-0,08%).

Comme l'indique le Tableau 2, depuis 2005, la croissance réellement attribuée a toujours été inférieure à la croissance théorique, estimée par cette formule paramétrique. Pour les années 2012 et 2013, la croissance a même été négative, ce qui signifie que le montant du budget a diminué lors de ces deux exercices. C'est à nouveau le cas pour 2016 et 2017. C'est la conséquence d'un cadre pluriannuel d'économies à réaliser sur les frais d'administration des organismes assureurs, établi en 2015 par le gouvernement fédéral (but : une économie structurelle de 120 millions d'euros sur la période 2015 à 2018).

Sur la période 2004 à 2017, on peut estimer le manque à gagner cumulé des unions nationales à près de 258 millions d'euros. Donc, on ne peut vraiment pas dire que les mutualités n'ont jamais été impactées par des économies en termes de frais d'administration. Que du contraire !

Tableau 2 : Evolution de la dotation en frais d'administration (FDA) aux 5 unions nationales

	Croissance théorique	FDA théorique (1)	Croissance réelle	FDA réellement octroyé (2)	Manque à gagner
		(en milliers €)		(en milliers €)	(1) - (2) (en milliers €)
2004	4,72%	802.661	4,72%	802.661	0
2005	4,38%	837.818	3,70%	832.359	5.459
2006	4,15%	866.902	3,70%	863.156	3.746
2007	4,01%	897.769	3,75%	895.524	2.245
2008	4,39%	934.838	3,76%	929.160	5.678
2009	5,40%	979.335	4,67%	972.546	6.789
2010	5,68%	1.027.787	4,06%	1.012.057	15.730
2011	3,81%	1.050.616	2,23%	1.034.651	15.965
2012	3,65%	1.072.416	-0,46%	1.029.840	42.576
2013	4,33%	1.074.432	-0,22%	1.027.545	46.887
2014	4,42%	1.072.962	2,41%	1.052.317	20.645
2015	3,55%	1.089.674	1,68%	1.070.012	19.662
2016	2,74%	1.099.330	-1,50%	1.054.007	45.323
2017	2,48%	1.080.146	-0,08%	1.053.130	27.016
				total =	257.720

Sources :

- Cour des comptes. 2017. Indemnisation des frais d'administration des mutualités : fixation et répartition. https://www.courdescomptes.be/Docs/2017_01_FraisAdministrationMutualite.pdf
- Note TBSC 2016-41
- INAMI. Historique du budget de l'assurance soins de santé et indemnités. http://www.inami.fgov.be/fr/themes/financement/budget-comptes/Pages/historique.aspx#.WsTJY9RubIV

2.2. Dotation spécifique pour les petits risques des indépendants

Depuis 2008, il faut encore ajouter une somme de 11,41 millions d'euros (non indexé) de frais d'administration que les 5 unions nationales perçoivent au titre des 'petits risques' des indépendants. Auparavant, les indépendants étaient couverts pour leurs 'petits risques' (essentiellement les soins ambulatoires) via des assurances facultatives. À partir de 2008, les 'petits risques' ont été intégrés au sein de l'assurance obligatoire soins de santé des indépendants. Les 11,41 millions d'euros représentent les frais d'administration liés à la gestion de ces 'petits risques'.

2.3. Partie variable des frais d'administration

Les unions nationales ne reçoivent pas la totalité du montant de la dotation fixée par le gouvernement (idem pour la dotation spécifique au titre des petits risques). En effet, pour la partie variable (soit 10 % de la dotation en frais d'administration), les unions nationales, ainsi que la Caisse de la SNCB, sont évaluées par l'Office de Contrôle des Mutualités quant à la qualité de leurs prestations sur une dizaine de critères. En fonction de cette évaluation, des 'pénalités' sont octroyées[4], critère par critère, qui se traduisent par le non versement de frais d'administration. Avec ce système, les unions nationales sont donc bien responsabilisées et incitées à améliorer la qualité de leur performance de gestion. Pour l'exercice 2015, les 5 unions nationales ont eu un excellent bulletin ! Après évaluation de l'Office de Contrôle, elles ont obtenu près de 98% du montant maximal à recevoir au titre de cette partie variable.

En 2016, un nouveau système pour la partie variable des frais d'administration a été utilisé pour la première fois (Loi du 1/07/2014). Dans ce nouveau modèle, sept processus clés ont été définis qui reflètent le fonctionnement des OA à un niveau global.

1. L'obligation d'information vis-à-vis des assurés sociaux ;
2. Une attribution correcte, uniforme et en temps utile des droits en matière de soins de santé et d'allocations ;
3. Une exécution correcte, uniforme et en temps utile des paiements ;
4. La détection et un suivi précis des créances ;
5. L'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux (récupération, lutte contre la fraude, …) ;
6. La collaboration avec l'INAMI et la coopération à l'exécution de la politique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ;
7. La gestion comptable.

À partir de 2019, la partie variable des frais d'administration, s'élevant actuellement à 10%, sera augmentée annuellement (pacte d'avenir avec les organismes assureurs) de 2,5% sur une période de 4 ans pour arriver à 20%[5].

2.4. La dotation couvre aussi bien les soins de santé que les indemnités

Il convient de ne pas oublier que la dotation finalement attribuée aux unions nationales, est destinée à couvrir les frais de fonctionnement liés aussi bien au remboursement des soins de santé qu'au versement des indemnités en incapacité de travail, soit les 2 branches de l'AMI.

2.5. Suppléments de frais d'administration

Les OA perçoivent des frais d'administration supplémentaires liés aux récupérations. Les art 136 §2 et art 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoient deux cas de figure :

- l'article 136 §2 : permet de récupérer les prestations avancées dans le cadre d'accidents du travail, de maladies professionnelles, d'accidents droit commun (comme il y a un tiers responsable, les prestations ne doivent pas être à charge de l'AMI) ;
- l'article 164 : permet de récupérer les prestations indues (cas d'erreurs, de fraudes).

Les frais d'administration sont fonction d'un pourcentage déterminé selon le niveau de récupération[6] et est appliqué au montant total des récupérations (y compris les intérêts judiciaires). Plus le niveau de récupération est élevé, plus le % appliqué est élevé. On a donc là aussi un système incitatif, favorisant les récupérations, récompensant ainsi les OA pour ce travail.

2.6. Globalisons

Le Tableau 3 présente l'évolution de la dotation en frais d'administration, des dépenses de l'assurance maladie-invalidité et du PIB, pour la période 2012 à 2016.
Que peut-on constater ?
• La dotation en frais d'administration des 5 OA apparaît très stable alors que sur la période 2012-2016, le PIB croît plus vite, à raison de 2,1% par an, ainsi que l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie-invalidité (3,3 % par an).
• Si on calcule le ratio entre les frais d'administration des 5 OA et les dépenses de l'assurance maladie-invalidité, on passe de 3,4 % en 2012 à 3,0 % en 2016.

4 Par exemple : quand les pièces, documents administratifs, comptables financiers, statistiques sont fournis en retard, quand les données transmises sont de mauvaise qualité et nécessitent des corrections …

5 Pacte d'Avenir avec les organismes assureurs.
Disponible via : http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/pacte_avenir_organismes_assureurs.pdf

6 ratio : montants récupérés / dépenses comptabilisées

Tableau 3 : Evolution des frais d'administration, des dépenses de soins de santé, des indemnités, du PIB (montants nominaux)

En millions d'euros		2012	2013	2014	2015	2016	Croissance nominale annuelle moyenne	Indice 2016 (2012 = 100)
PIB		387.500	392.340	400.288	410.435	423.048	2,2%	109
soins de santé	dépenses (niveau fédéral) (A)	24.340,0	24.950,8	25.521,0	23.417,5	23.263,5	-1,1%	96
	dépenses (à charge des entités fédérées) (B)				2.966,7	3.676,9		
	(i) - total (A+B) =	24.340,0	24.950,8	25.521,0	26.384,2	26.940,4	2,6%	111
indemnités	incapacité primaire (1)	1.533,5	1.638,9	1.780,3	1.811,0	1.779,2	3,8%	116
	maternité (2)	642,0	657,6	654,1	640,0	649,0	0,3%	101
	invalidité (3)	3.985,8	4.319,3	4.603,2	4.995,7	5.414,2	8,0%	136
	frais funéraires (4)	6,7	1,5					
	réadaptation professionnelle (5)	2,6	6,1	6,2	9,4	?		
	(ii) - total (1 à 5) =	6.170,6	6.623,3	7.043,8	7.456,1	7.842,5	6,2%	127
(a) TOTAL des dépenses de l'assurance maladie-invalidité (i+ii) =		**30.510,5**	**31.574,1**	**32.564,8**	**33.840,3**	**34.782,9**	3,3%	114
frais d'administration des 5 unions nationales (b)		1.038,4	1.036,6	1.060,4	1.079,2	1.059,5	0,5%	102
frais d'administration des deux caisses (caisse auxiliaire et de la SNCB)		42,8	42,0	51,6	43,6	43,9	0,6%	103
suppléments de FDA aux OA		25,5	25,3	27,0	28,8	29,6	3,8%	116
frais d'administration de l'INAMI		122,1	121,3	126,1	114,5	118,3	-0,8%	97
Ratio (b) / (a)		**3,4%**	**3,3%**	**3,3%**	**3,2%**	**3,0%**		

Pour les dépenses de soins de santé, nous considérons les doc N (documents fournis par tous les organismes assureurs à l'INAMI) , soit l'activité mutualiste en terme de flux de paiements vis-à-vis des patients et/ou des prestataires de soins.
Pour la période 2015-2016, suite à la dernière réforme de l'Etat, une partie de ces dépenses est à charge des entités fédérées (par ex : maisons de repos, aides à la mobilité, …). Toutefois, les mutualités continuent l'exécution de ces matières. C'est pourquoi elles apparaissent encore dans les doc N.
Attention, les doc N ne constituent pas la totalité des dépenses de soins de santé entrant dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les allocations pour les frais funéraires ont été supprimées en 2013. Les dépenses pour la réadaptation professionnelle ont été transférées de la branche des 'soins de santé' vers celle des indemnités au 1er juillet 2009. Pour les données en rapport avec les soins de santé et indemnités : les derniers comptes clôturés sont afférents à 2012. A partir de 2013, ce sont donc des estimations, basées sur diverses notes et rapports de l'INAMI. Ce ne sont donc pas des chiffres exacts, plutôt des ordres de grandeur.

Sources :

- PIB : Banque nationale de Belgique
- Notes de l'INAMI : TBSC 2016/21, TBSC 2017/06 corr.
- Rapport annuel de l'INAMI : 2013
- Budget de l'AMI : 2012 à 2016

3. Les facteurs de croissance de la charge de travail

Les frais d'administration que reçoivent les OA doivent pouvoir couvrir les dépenses dues à la charge de travail qui leur incombe. Cette dernière ne fait qu'augmenter. Les principaux facteurs qui sont à l'origine de cette croissance de la charge de travail sont des facteurs structurels majeurs : des évolutions sociodémographiques, l'impact du vieillissement sur la population, l'évolution de la médecine et de la législation sociale.

3.1. Evolution sociodémographique

Un certain nombre d'éléments structurels font que la charge de travail des organismes assureurs augmente régulièrement. La population continue de croître : sur ces 10 dernières années à raison de 0,7% par an (+ 876.000 personnes de 2005 à 2017[7]). De plus, au-delà de cette évolution démographique, il faut aussi tenir compte d'une évolution sociologique qui modifie la structure de la population assurée. En effet, le nombre de titulaires, tant du régime général que du régime des indépendants, est en croissance continue alors que le nombre de personnes à charge diminue (et en grande partie pour les personnes à charge reprises sous la rubrique conjoint). Il est certain que la gestion de dossier « titulaire » nécessite des volumes de travail supérieurs (vérification annuelle des droits) à la gestion de dossier « personnes à charge » (droits obtenus par les droits de leur titulaire).

Une autre distinction dans la population des bénéficiaires de l'AMI est faite entre les bénéficiaires ayant droit ou non à l'intervention majorée (« BIM ou non-BIM »). L'intervention majorée permet à certaines catégories de bénéficiaires de payer un ticket modérateur (quote-part personnelle) moins important lors d'un séjour à l'hôpital, lors d'une consultation chez le médecin ou pour des médicaments. Le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée a cru de manière importante ces dernières années (entre 2008 et 2017 : à raison de 3,2% par an[8]). La détermination de l'ouverture de droits à cette intervention majorée demeure complexe pour la plupart des bénéficiaires de l'assurance maladie tant pour la détermination du droit que pour les procédures et documents permettant de justifier celle-ci. Chaque dossier nécessite une prise de contact personnalisée et un accompagnement mais également des actions proactives auprès des bénéficiaires qui n'imaginent pas pouvoir bénéficier de ces avantages.
Enfin, il convient également de remarquer que le nombre de bénéficiaires « non assurés » a fortement progressé au cours des dernières années[9] . Ceci a un impact sur le volume de travail de nos services sociaux, de nos services d'assurabilité dont la mission est bien de veiller à la continuité des droits et à la remise en ordre de ceux qui les perdent.

3.2. Influence du vieillissement

Si la population belge continue à croître, elle vieillit aussi.

- **On vit plus longtemps**. En 2000, un nouveau-né (garçon ou fille) avait une espérance de vie de 77,8 années. En 2016, cette espérance de vie est de 81,3 années. C'est un gain considérable. En gros, chaque année, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue d'environ 80 jours par an. Ce rythme est plus rapide pour les hommes où le gain moyen est de 95 jours par an (ceci traduit la diminution tendancielle de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes).
- **Diminution des naissances.** C'est ce que montre l'évolution du taux de natalité[10] .

Ces deux tendances combinées ont pour effet de déformer progressivement la structure d'âge de la population. La proportion des 65 ans et plus au sein de la population s'accroît : elle passe de 16,8% (en 2000) à 18,5% (en 2017).

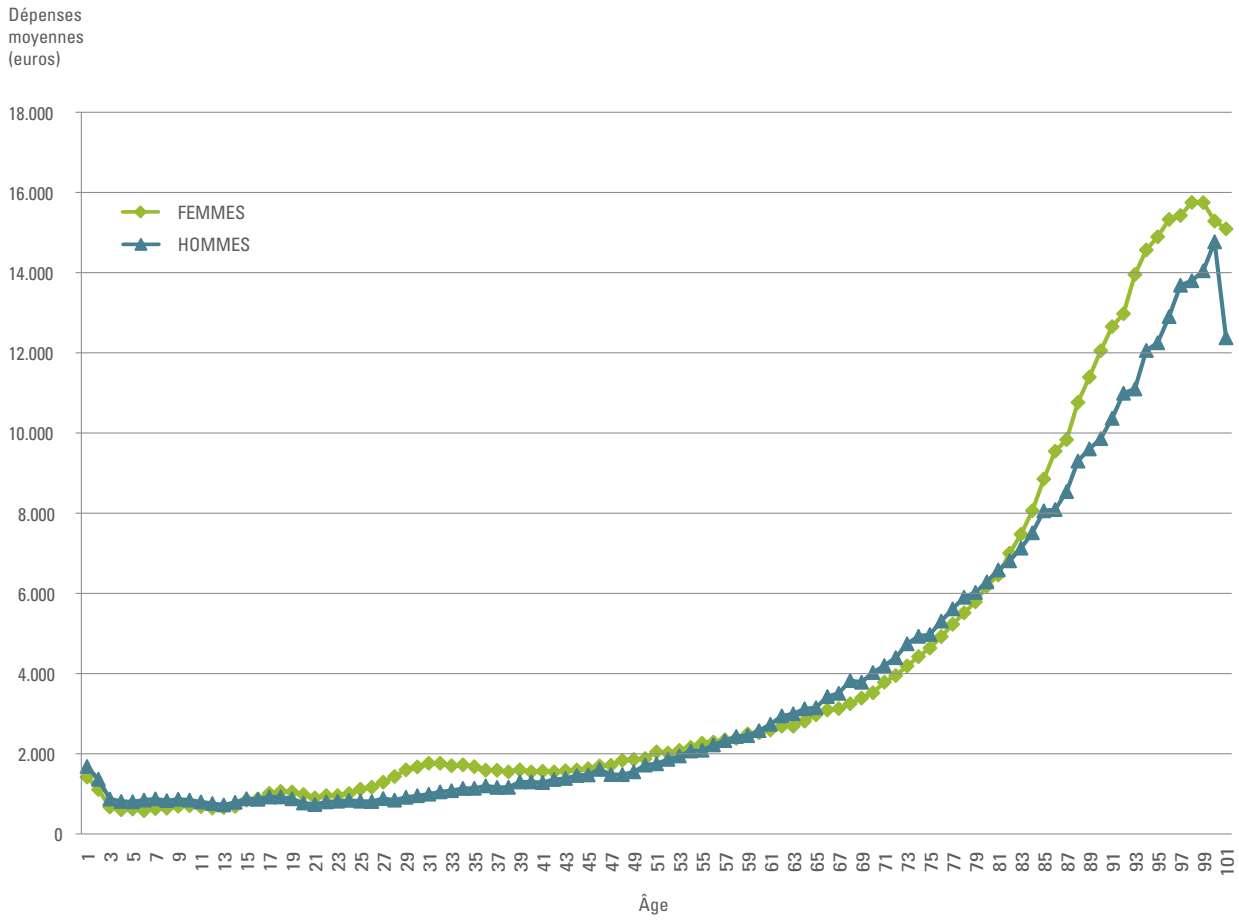
7 Chiffres population belge au 1er janvier.
source : http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/mouvement/

8 Au 30 juin 2008, la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée au sein de la population était de 14,4%. Au 30 juin 2017, cette même proportion s'établit à 18,1%.
source : INAMI – Service du Contrôle administratif.

9 Au 30 juin 2008, on comptait 89.346 'non assurés'. Au 30 juin 2017, ce nombre est de 114.449.
source : INAMI – Service du Contrôle administratif.

10 http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BEL/fr/SP.DYN.CBRT.IN.html La taux brut de natalité (nombre de naissances par 1.000 habitants) est égal à 10,90 en 2015. En 2010, il était à 11,90. En 2000 : 11,40. En 1990 : 12,40.

Figure 1 : Dépenses moyennes de soins de santé (à charge de l'AO) pour les membres MC en 2016, en fonction de l'âge et du sexe



Or, comme les dépenses de soins de santé sont progressives avec l'âge (voir la Figure 1), une population vieillissante va générer davantage de dépenses de soins de santé, donc occasionner davantage de travail administratif du côté des OA.

Une analyse interne au niveau de la MC quant au volume de 'lignes de dépenses de soins de santé décomptées' montre :

- une augmentation globale de ce volume de 'lignes' sur une période de 10 années (bien que le volume de membres de la MC reste assez stable). Il est clair que sans les travaux d'informatisation et d'échanges électroniques, ces volumes ne pourraient être traités manuellement.
- si le volume de données échangées électroniquement croît de manière spectaculaire (environ 86% des lignes de dépenses décomptées en 2016), il a nécessité des investissements en matière d'informatisation (tant au niveau de la capacité de traitement qu'au niveau du développement de logiciels) et il engendre des volumes de travail supplémentaires notamment en ce qui concerne le contrôle et la validation de ces dépenses.
- contrairement à ce qui est communément admis, les volumes de données non échangées électroniquement continuent également de croître nécessitant un travail d'encodage supplémentaire. On assiste à une augmentation non négligeable du tiers payant non électronique et à la création de ligne de dépenses par les mutualités pour répondre à de nouvelles législations complexes qui ont vu le jour ces dernières années (par exemple : paiements effectués dans le cadre du MAF, forfaits de soins, …).

Du côté des indemnités, le nombre d'entrées en incapacité primaire passe[11] de 398.401 en 2009 à 430.230 en 2016 (régime général). Plus spectaculaire, le nombre d'invalides a connu une forte croissance au cours des dernières années (En 2000, on comptait 200.264 invalides ; en 2016, ils sont 390.765. Soit une augmentation de 95% de l'effectif des invalides). Cette tendance lourde peut notamment s'expliquer par divers facteurs tels que le nombre croissant de titulaires indemnisables (taux croissant de participation des femmes sur le marché du travail), le relèvement de l'âge de la pension des femmes et le vieillissement de la population active : par tranche d'âge, on constate que ce sont les tranches 45-49, 50-54 et surtout 55-59 ans qui augmentent le plus en volume.

Le taux d'invalidité[12] augmente sur les 20 dernières années : globalement, pour le régime général, on passe de 5,2% en 1997 à 8,9% en 2016. Mais, il augmente rapidement avec l'âge : 10,0% dans la tranche 45-49, 13,7% pour les 50-54 ans, 18,3% pour les 55-59 ans, 30,3% pour les 60-64 ans (2016, régime général).

3.3. Evolution rapide et complexité croissante de la médecine et de ses techniques, de la nomenclature et de la législation

La médecine et le système de santé évoluent au cours du temps, ce qui a un impact sur la nomenclature des prestations de soins de santé que les mutuelles remboursent : de nouvelles prestations apparaissent avec leurs conditions d'application spécifiques (par ex : le transport des malades en cas d'urgence, l'hospitalisation de jour). Parfois certains chapitres de cette nomenclature sont revus et les nouvelles conditions d'application peuvent être plus complexes qu'auparavant (par ex : la kinésithérapie).

En effet, les législations à exécuter sont de plus en plus complexes, les mesures et actions voulues par le législateur sont aussi de plus en plus ciblées (par ex : les remboursements pour les malades chroniques, la réintégration professionnelle pour les personnes en incapacité de travail), pour tenir compte de la diversité des situations sociales, ce qui est positif ! Mais cela implique, du côté des OA, une prise en compte, une analyse fine de quantité de données pour mener à bien ces missions.

Autre tendance : être davantage proactif, aller vers l'optimisation des droits des assurés sociaux sans que ces derniers aient à faire des démarches administratives (par ex : tiers-payant automatique, les interventions du Maximum à Facturer, octroi du statut de l'intervention majorée). Et il faut également tenir compte des initiatives et engagements provenant du 'Pacte d'avenir avec les organismes assureurs' (signé par les OA et la Ministre des Affaires sociales). Ce Pacte a pour but de faire évoluer le rôle des mutualités, de sorte qu'elles deviennent des 'mutualités de santé'. Les chantiers sont nombreux et variés, par exemple : informations aux membres, aide, accompagnement et coaching santé, …

Toutes ces évolutions sont à l'origine d'une charge de travail supplémentaire : adaptation ou développement des systèmes d'informations et de gestion.

4. Comparaison avec les assurances 'soins de santé' du secteur privé commercial

Est-ce que les frais d'administration des unions nationales sont élevés ? Pour rappel, ils représentent 3% des prestations de l'assurance maladie-invalidité (voir Tableau 1). On peut essayer de se comparer avec les compagnies d'assurances privées.

Au Tableau 4, nous reprenons quelques indications chiffrées en rapport avec les assurances 'soins de santé' gérées par les compagnies d'assurances privées (essentiellement des contrats d'assurances hospitalisation, mais on y trouve aussi des contrats d'assurances pour des soins dentaires). On remarque que les frais d'exploitation sont considérables : les frais d'administration et de gestion sont de l'ordre de 13 à 14% de l'encaissement. Si on y ajoute les commissions d'acquisition (rémunérant les intermédiaires d'assurances), on arrive à 29% des primes acquises pour les contrats individuels, 18% pour les contrats collectifs.

11 On vise les nouveaux cas indemnisés pour autant qu'il y ait un jour de maladie couvert par l'AMI, donc les cas où il y a au moins un jour d'incapacité de travail en dehors de la période couverte par le salaire garanti.
Sources :
* INAMI. 2018. Absentéisme en incapacité primaire – Analyse des facteurs explicatifs – période 2011-2016
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_absenteisme_incapacite_primaire_analyse_2011_2016.pdf
* INAMI. 2015. Absentéisme pour maladie - Incapacité primaire – Analyse et facteurs explicatifs
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/absenteisme-incapacite-primaire.pdf

12 Taux d'invalidité : proportion d'invalides parmi la population des titulaires indemnisables, moins le nombre de prépensionnés. Soit le risque qu'un titulaire indemnisable soit invalide.
Source : INAMI. 2018. Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides – régime des salariés et régime des indépendants, période 2006-2016.
Disponible sur:
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf

Tableau 4 : Assurances 'soins de santé' des compagnies d'assurances, quelques postes du compte de résultats consolidé

en millions d'euros	contrats individuels			contrats collectifs			ensemble		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Primes acquises (1)	481,3	484,8	496,2	631,4	674,3	714,2	1.112,7	1.159,1	1.210,4
Prestations	263,6	278,0	284,5	490,1	551,8	578,8	753,7	829,8	863,3
Frais d'administration et de gestion° (2)	65,4	64,5	70,3	94,4	95,0	97,3	159,9	159,5	167,6
Commissions d'acquisition (3)	65,6	68,9	73,5	27,2	27,5	29,9	92,8	96,4	103,4
Ratio : (2) / (1)	**13,6%**	**13,3%**	**14,2%**	**15,0%**	**14,1%**	**13,6%**	**14,4%**	**13,8%**	**13,8%**
Ratio : (2+3) / (1)	**27,2%**	**27,5%**	**29,0%**	**19,3%**	**18,2%**	**17,8%**	**22,7%**	**22,1%**	**22,4%**

Source : Banque nationale de Belgique, statistique des opérations d'assurance directe non-vie en Belgique
° frais de gestion lié à l'acquisition, frais internes de gestion de sinistres, frais d'administration.

5. Comparaison – benchmarking avec les pays européens

La comparaison des dépenses pour l'administration des soins de santé entre pays européens n'est pas chose aisée. Si certaines données existent, le degré de comparabilité est, quant à lui, soumis à caution. En effet, les systèmes de santé des différents pays n'ont pas été construits de la même façon. Si certains ont développé des structures intermédiaires de Sécurité Sociale pour la gestion des soins de santé (comme les mutualités en Belgique ou les Krankenkassen en Allemagne), d'autres pays ont un système de gestion beaucoup plus centralisé (le Danemark, la Suède ou le Royaume-Uni par exemple) où l'administration publique est prépondérante. Enfin, dans certains pays, les assurances privées jouent également un rôle important dans le domaine des soins de santé (France).

En Belgique (ou en Allemagne, France, Suisse), des organes intermédiaires ont donc été chargés de gérer l'exécution de l'assurance maladie. Cependant, les missions dévolues à ces opérateurs intermédiaires sont souvent plus larges que celles assumées par les administrations publiques ou les opérateurs privés (missions de promotion de la santé, défense de l'intérêts des assurés, codécideur dans la définition de la politique de santé…).

Les limites d'interprétation des données internationales sont donc importantes et il est particulièrement difficile de savoir exactement quelles sont les activités couvertes par les données. Les données internationales sont structurées selon la classification SHA 2011[13] (system of health accounts), fruit de la collaboration entre l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), EUROSTAT et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Avec ce système international de classification des dépenses de santé, on peut identifier différentes fonctions (par ex : les soins curatifs, préventifs, … mais aussi les dépenses pour l'administration des systèmes de santé), selon différentes sources de financement.

Au Tableau 5, nous reprenons les informations relatives à quelques pays d'Europe Occidentale[14]. Ces pays sont classés selon l'importance des dépenses courantes de santé par rapport au PIB (cf. 1ère colonne du Tableau 5).

Qu'entend-on par dépense courante de santé ? Il s'agit de toutes les dépenses de santé peu importe leur source de financement (publique ou privée), leur fonction (soins curatifs, préventifs, …). Les dépenses liées à la gouvernance, à l'administration du système de santé et à son financement y sont également intégrées. C'est cette dernière fonction qui correspond le mieux aux frais d'administration.

Pour la Belgique, en 2015, les dépenses courantes de santé s'élevaient à un peu moins de 43 milliards d'euros, soit 10,5% de notre PIB. Ces dépenses courantes sont prises en charge par diverses sources de financement (cf les colonnes 2, 3 et 4 du

13 http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm
14 Données extraites du site EUROSTAT au mois de septembre 2017. Les dernières données disponibles sont afférentes à 2015 (ou 2014 : ces pays sont dénotés avec *).

Tableau 5). Par exemple, pour la Belgique, près de 77,5% de ces dépenses sont prises en charge grâce à la solidarité : soit par l'assurance maladie obligatoire de la sécurité sociale, soit directement par les autorités publiques (les ministères fédéraux, les régions et communautés …). Le reste des dépenses courantes de santé est pris en charge ou bien par des assurances complémentaires privées[15] (pour 5%), ou bien directement par les ménages privés[16] (pour 17,6%).

A la colonne 5 du Tableau 5, nous calculons le ratio des frais d'administration par rapport aux dépenses courantes de santé prises en charge par la solidarité. Attention, nous corrigeons le montant de ces dépenses en enlevant le montant des frais d'administration (pour avoir un ratio comparable à celui du Tableau 3). Pour la Belgique, ce ratio est de 3,2%. Ce ratio ne reflète pas seulement l'importance relative des frais d'administration des 5 OA, il tient compte également des deux caisses (la caisse auxiliaire et celle de la SNCB), de l'INAMI et d'autres pouvoirs publics qui prennent en charge des dépenses de santé (mais, ici, leurs frais d'administration sont marginaux). Certains pays ont un ratio plus élevé : Pays-Bas, France, Allemagne, Luxembourg. Certains pays ont un ratio moins élevé : les pays scandinaves, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne, …

Tableau 5 : Données EUROSTAT (données 2015 ou 2014*).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	dépenses courantes de santé en % du PIB	répartition des dépenses courantes de santé selon les principales sources de financement			couvertures solidarisées - ratio frais d'adm. / dépenses courantes de santé**
		couvertures solidarisées°	assurances complémentaires privées	versements directs des ménages	
* Suisse	11,37	65,1%	8,1%	26,7%	4,5%
Allemagne	11,15	84,5%	3,0%	12,5%	5,5%
* France	11,07	78,6%	14,4%	7,0%	4,2%
Suède	11,01	83,7%	1,1%	15,2%	1,9%
* Pays-Bas	10,93	80,6%	7,1%	12,3%	4,3%
Belgique	10,48	77,5%	5,0%	17,6%	3,2%
* Danemark	10,37	84,2%	2,0%	13,8%	2,5%
Autriche	10,32	75,6%	6,5%	17,9%	2,9%
Royaume-Uni	9,88	79,6%	5,5%	14,8%	1,5%
* Finlande	9,51	75,4%	5,5%	19,1%	1,9%
Espagne	9,17	71,0%	4,7%	24,2%	2,0%
Italie	9,00	74,9%	2,3%	22,8%	1,7%
* Luxembourg	6,32	82,4%	6,9%	10,7%	5,4%

° via l'assurance maladie obligatoire de la sécurité sociale ou directement pris en charge par les autorités publiques

* données 2014

** montant corrigé des frais d'administration

15 via les compagnies d'assurances ou les mutuelles

16 Ce sont les dépenses de santé qui restent à charge des patients : des tickets modérateurs, des suppléments, des soins non remboursables, …

6. Conclusion

Les mutualités ne sont certainement pas aussi chères que certains le laissent parfois entendre. Elles gèrent une matière complexe à un coût relativement faible. En effet, les frais d'administration octroyés par les pouvoirs publics s'élèvent à 3% des dépenses de l'assurance maladie-invalidité. **En comparaison avec les compagnies d'assurance privées** (dont les frais de fonctionnement atteignent 22 à 23% des primes), **les mutualités apparaissent vraiment bon marché. Si on se compare à quelques pays voisins, qui ont un système de santé comparable au nôtre, l'importance relative des frais d'administration rapporté aux dépenses n'est pas exagérée.**

La dotation globale en frais d'administration pour les 5 unions nationales représente un montant de l'ordre du milliard d'euros. Mais cette masse croît moins vite que notre richesse nationale (mesurée par le PIB) et rien que pour la période 2015 à 2018, le gouvernement a mis en œuvre un plan structurel d'économies pour 120 millions d'euros. Ceci montre bien que les mutualités font des économies significatives sur leurs frais de fonctionnement. Cela alors même que la charge de travail ne cesse de croître.

En effet, il y a de plus en plus de titulaires, de bénéficiaires de l'intervention majorée, de personnes percevant une indemnité en cas d'incapacité de travail, de prestations médicales à tarifer et contrôler. La législation s'est également complexifiée. Des mesures telles que l'introduction du maximum à facturer, la prime de rattrapage pour les personnes en invalidité, la réforme de l'intervention majorée et l'introduction du statut pour les malades chroniques entraînent une meilleure protection des individus. Mais elles génèrent parallèlement un surplus de travail pour les mutualités, tant au niveau de la détection des bénéficiaires qu'au niveau du suivi et de l'accompagnement des membres concernés.

Pension et qualité de vie

Une étude d'Énéo, mouvement social des aînés

Hélène Eraly, Kusuto Naïto, Philippe Andrianne - Énéo, mouvement social des aînés
Hervé Avalosse – département R&D (ANMC)

Résumé

Les pensions reviennent au cœur du débat politique et social. Dans ce cadre, Énéo, mouvement social des aînés, du côté francophone, s'est donné l'ambition d'analyser le niveau et la qualité de vie des bénéficiaires d'une pension. Au départ d'un travail de terrain auprès de plusieurs centaines d'aînés et d'un questionnaire assez fouillé, nous voulons mettre en lumière, d'une part, la réalité socio-économique des aînés du fait de leurs ressources et, d'autre part, la structure de leurs dépenses, soit le « panier du pensionné ».

L'étude, réalisée entre avril et juillet 2017, repose sur une approche quantitative, à savoir sur base d'un échantillon de 415 ménages pensionnés, issus des quatre coins de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Du côté des revenus, on constate que près de 56% des pensions sont comprises entre 1.000 et 1.750 euros par mois. Moyenne observée des pensions légales : 1.600 euros par mois. Les femmes sont nettement plus représentées dans les basses pensions tandis que les hommes sont plus nombreux à bénéficier d'un montant de pension plus élevé.

Dans le panier du pensionné, quelques postes de frais pèsent très lourdement : le logement représente plus de 40% des frais des ménages, l'alimentation constitue le second poste de frais et pèse autour de 30% des dépenses. Les frais de santé représentent environ 9% du budget.

Sur un plan sociétal, on peut et on doit s'inquiéter de la qualité de vie des pensionnés. Près de 32% des répondants se déclarent en difficulté financière. Les domaines de privation sont nombreux, le mode de vie économe. Le risque d'isolement est élevé. En fait, les aînés considèrent qu'il leur manque autour de 350 euros (montant médian) pour pouvoir échapper aux privations, pour en somme bénéficier d'une qualité de vie décente.

Mots-clés : pension, qualité de vie, privation

1. Introduction

Énéo, mouvement social des aînés, a pour ambition d'analyser le niveau de vie des bénéficiaires d'une pension en mettant en parallèle leurs ressources (pensions légales, pensions complémentaires, etc.), leurs dépenses (logement, santé, etc.) et de voir où se situent les restrictions qu'ils s'imposent. Une telle étude a déjà été menée en 2011[1]. Il était temps de la remettre à jour. Concrètement, un questionnaire a été diffusé, entre avril et juillet 2017, auprès de personnes en âge de bénéficier d'une pension légale ou d'une pension anticipée. A cette diffusion, outre Énéo, d'autres associations ont collaboré, comme la CSC Séniors, Vie Féminine et les Equipes Populaires. Le traitement des données (entièrement anonymes) et l'analyse des résultats ont été menés en collaboration avec le département R&D de l'ANMC.

Au total, l'échantillon compte 415 questionnaires valides. Du fait de ce nombre limité, nous ne pouvons prétendre qu'à illustrer la situation socio-économique de certains pensionnés sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles[2].

Dans la section qui suit, nous donnons le profil des répondants. La section 3 reprend les résultats principaux concernant les ressources des ménages qui ont participé à l'enquête. La section 4 est consacrée à la structure de leurs dépenses. Enfin, la section 5 présente les indicateurs de qualité de vie.

2. Le profil des répondants

Au cas où le ménage comporte deux personnes pensionnées, le questionnaire donnait la possibilité de recueillir des informations pour les deux personnes (ci-après dénotées par : 'P1', la personne de référence du ménage ; 'P2', son conjoint ou partenaire). Pour les 415 ménages de l'échantillon, on a donc en fait 565 répondants : 415 pour les 'P1' et 150 pour les 'P2'.
Les répondants sont majoritairement des femmes (Tableau 1), ont entre 65 et 79 ans (Figure 1). Ils proviennent essentiellement de la province du Hainaut et de Liège (Tableau 2). Les Brabançons wallons sont également bien présents dans l'échantillon. Par contre, les Bruxellois sont sous-représentés.

Par rapport à la pension légale :

- L'âge moyen de prise de pension est d'un peu plus de 62 ans (tant pour les 'P1' que pour les 'P2') ;
- 49% des répondants ont une pension du régime des salariés, 30% du secteur public et 7% du régime des indépendants. Enfin, 7% des répondants ont eu une carrière mixte.

Tableau 1 : Répartition des répondants en fonction du sexe

Type de répondant	hommes	femmes	ensemble
'P1'	203 (48%)	212 (52%)	415 (100%)
'P2'	46 (31%)	104 (69%)	150 (100%)
Total	249 (44%)	316 (56%)	565 (100%)

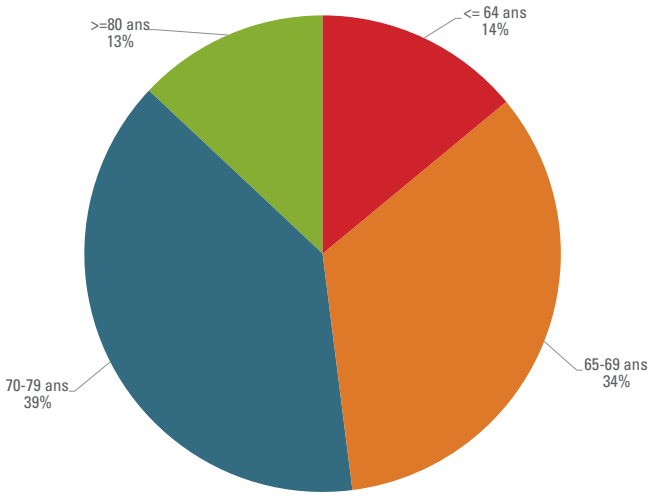
Tableau 2 : Répartition géographique des ménages

	Nombre de ménages	En %
Brabant wallon	96	23,1%
Bruxelles	21	5,1%
Flandre	3	0,7%
Hainaut	128	30,8%
Liège	97	23,4%
Luxembourg	36	8,7%
Namur	34	8,2%
Total	415	100%

1 Voir Royen et al. (2011) et Royen et al. (2012)

2 Cela dit, des comparaisons ont été faites avec d'autres sources et, généralement, les résultats vont dans le même sens. Pour plus de détails, voir Eraly et al. (2018).

Figure 1 : Répartition des répondants par âge



3. Les ressources financières

Si la pension légale et/ou de survie constitue la principale ressource financière du pensionné, certains pensionnés bénéficient également d'une pension complémentaire. A côté de cela, il peut y avoir d'autres sources de revenus tels qu'un loyer, un salaire (dans les limites autorisées), etc. C'est l'ensemble de ces éléments que nous parcourons ci-après.

3.1. Pensions légales

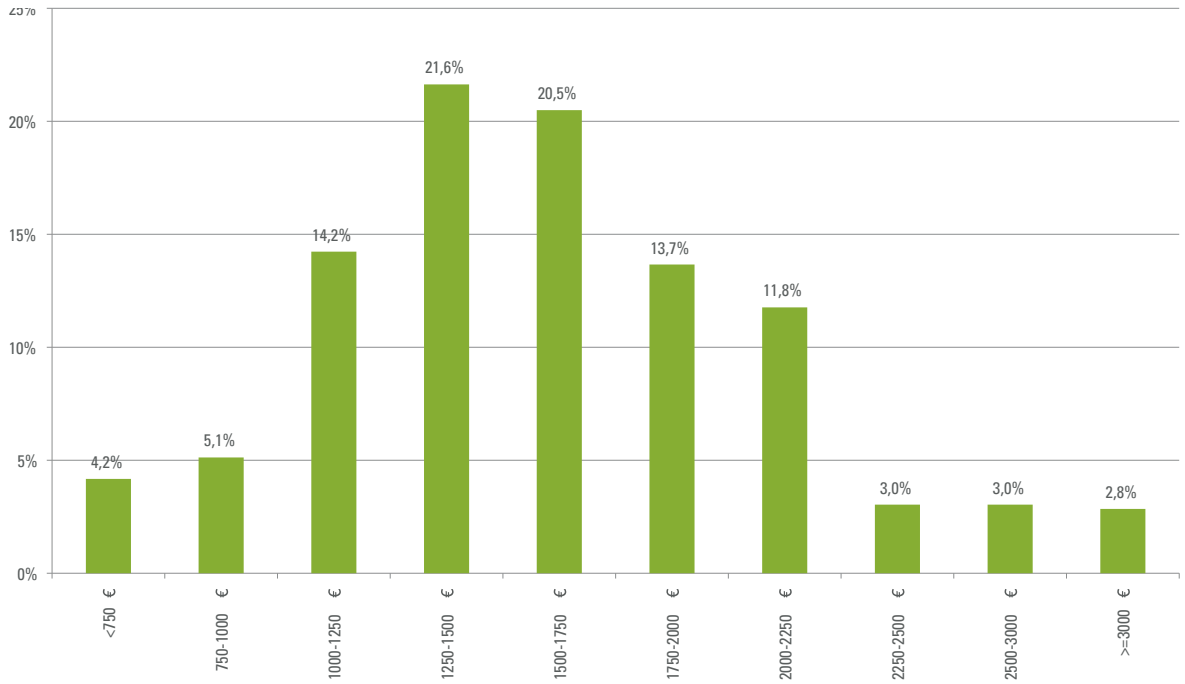
Précisons que nous parlons, ici, du montant réellement perçu par le pensionné (et non le montant brut). Nous avons demandé aux répondants (séparément pour les 'P1' et 'P2') d'indiquer le montant mensuel net de leur pension au mois de février 2017. Cela nous permet de calculer les montants mensuels moyens et médians de pension légale : en agrégeant les répondants 'P1' et 'P2', ces montants s'élèvent respectivement à 1.521 euros et 1.600 euros (Tableau 3).

Tableau 3 : Montants médians et moyens nets pour la pension légale

	Médiane	Moyenne
"P1"	1.540	1.646
"P2"	1.458	1.445
Total	1.521	1.600

A la Figure 2, on montre la distribution du montant de la pension, en fonction de tranches. Il en ressort que 56% des pensions sont comprises entre 1.000 et 1.750 euros par mois.

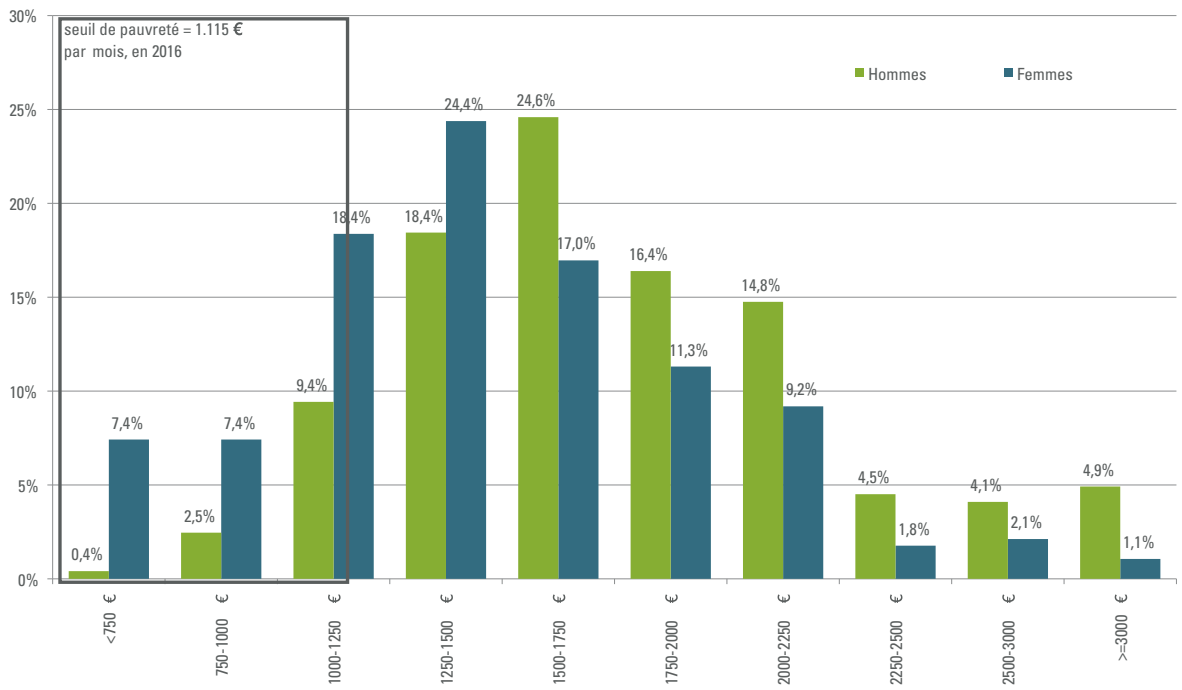
Figure 2 : Montant mensuel net de la pension légale



Si nous distinguons les montants de pensions que perçoivent les femmes et les hommes, des inégalités surgissent (voir Figure 3). En effet, les femmes sont nettement plus représentées dans les basses pensions tandis que les hommes sont plus nombreux à bénéficier d'un montant de pension plus élevé. Et quand nous y superposons le seuil ou le risque de pauvreté[3] pour un isolé (= 1.115 euros par mois, en 2016), cela confirme une préoccupation constante des organisations féministes : ce sont davantage les femmes qui sont exposées aux difficultés financières.

3 Selon le SPF économie, « le seuil de pauvreté équivaut à 60% de la médiane du revenu disponible, à l'échelle individuelle. » Pour SILC 2016, cela correspond au calcul suivant : 60% de 22.295 euros par an équivaut pour une personne isolée à un seuil de 13.377 euros par an, soit 1.115 euros par mois. Le seuil de pauvreté d'un ménage composé de deux adultes et de deux enfants se calcule donc en multipliant le seuil des personnes isolées par un facteur 2,1 ((13.377 euros *2,1)/12 = 2.341 euros par mois). Ce facteur de 2,1 s'obtient en attribuant un « poids » de 1 au chef de famille, de 0,5 au deuxième adulte du ménage et de 0,3 à chacun des enfants. »
Source : https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale

Figure 3 : Montant mensuel net de la pension légale selon le sexe



En fonction des régimes de pension :

- Sans surprise, ce sont les fonctionnaires du secteur public qui ont les montants les plus élevés (médiane : 1.970 euros par mois), tandis que les indépendants ont les montants les plus faibles (médiane : 1.185 euros par mois). Les salariés du secteur privé ont un montant médian de pension de 1.457 euros par mois. Pour ceux et celles qui ont eu une carrière mixte, le montant médian s'élève à 1.331 euros par mois.
- Près de 69% des répondants 'P1' bénéficient du taux isolé, 21% du taux ménage (9% n'ont pas répondu à la question).
- Notons encore que 13,7% des répondants à notre enquête bénéficient d'une pension de survie.

3.2. Pensions complémentaires, assurances et autres sources de revenus

Le questionnaire fait l'inventaire d'autres sources de revenus que les pensions légales.

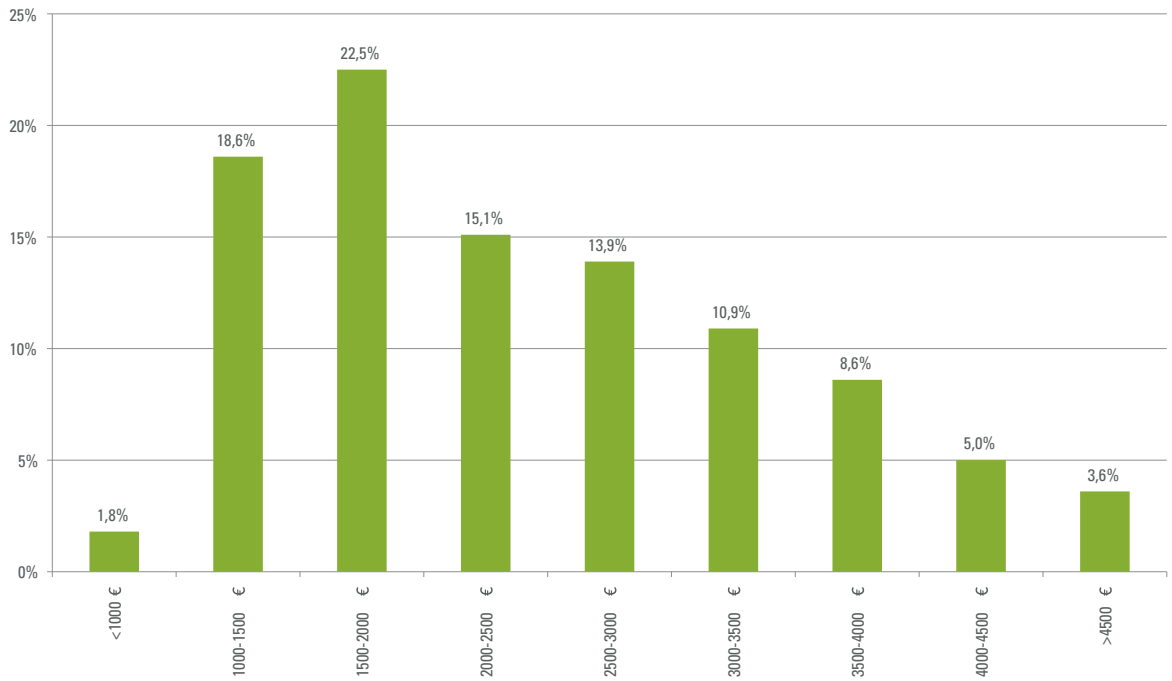
- Par rapport à la question « Bénéficiez-vous d'une pension complémentaire (2e et ou 3e pilier)[4] ? » :
  - o Environ 25% des 'P1' bénéficient d'une pension complémentaire (2e et/ou 3e pilier) et/ou d'une assurance-vie. Ce pourcentage s'élève à environ 15% pour les répondants 'P2'.
  - o Environ 50% des personnes ayant répondu positivement à cette question bénéficient d'une assurance-groupe. L'autre produit « populaire » est l'épargne-pension individuelle.
- Par rapport à la question « Disposez-vous d'autres sources de revenus ? » :
  - o Environ 20% des répondants disposent d'un revenu généré par un placement et 10% des répondants ont un bien immobilier.
  - o Très peu de nos répondants exercent une activité professionnelle rémunérée (1,4%). Le recours à des rentes viagères est quasi inexistant (0,5%). Idem quant au recours à des aides financières provenant de la famille (0,4%).

4 Classiquement, dans notre pays, on considère qu'il y a divers piliers de pension. Le 1er pilier est constitué par le système de pension légale, dans le cadre de la sécurité sociale. Le 2ème pilier fait référence aux pensions complémentaires ou extralégales, mises en place par les employeurs, via une assurance groupe ou un fonds de pension. De leur côté, les indépendants peuvent compléter leur pension légale grâce à un plan de 'pension libre complémentaire'. Le 3ème pilier désigne l'épargne-pension, d'initiative individuelle, où un avantage fiscal est prévu. Enfin, au-delà de ces trois piliers, on évoque parfois un 4ème pilier : on vise alors les efforts d'épargne, sans avantage fiscal, à l'initiative de tout un chacun (un compte d'épargne, un placement mobilier ou immobilier, une assurance vie, …).

3.3. Ressources mensuelles globales

Ici, ce sont les revenus dans leur globalité (pensions + autres revenus) que nous considérons. Cette estimation a pu être faite pour 338 personnes qui ont mentionné le montant total net des revenus mensuels de leur ménage. On constate (voir Figure 4) que 42% des ménages qui ont répondu à cette question disposent de 2.000 euros ou moins par mois ; 29% des ménages ont entre 2.000 et 3.000 euros par mois ; 19% ont entre 3.000 et 4.000 euros par mois ; et 9% ont plus de 4.000 euros par mois.

Figure 4 : Montant total NET des revenus mensuels disponibles



4. Les dépenses

L'enquête a permis d'évaluer l'ampleur des dépenses pour divers postes de frais. A noter que l'enquête se concentre sur les frais de 'première nécessité', de sorte que les frais en matière de loisirs et de culture n'ont pas été pris en compte. Tous les montants sont calculés au niveau du ménage et exprimés en base mensuelle.

4.1. Le logement et ses frais annexes (726 euros)

Si nous regroupons tous les frais relatifs au logement (le loyer ou le prêt hypothécaire, les charges et frais d'entretien du logement), ces dépenses s'élèvent en moyenne à 726 euros par mois. Les couples payent en moyenne 719 euros par mois, alors que les pensionnés qui habitent seuls payent 655 euros en moyenne. L'ampleur de ce poste varie, bien sûr, selon qu'on a affaire à des propriétaires (84% des ménages) ou des locataires de leur logement. Les premiers y consacrent 680 euros par mois, les seconds 965 euros par mois.

Quelques détails sur les frais exposés :

- Les locataires payent en moyenne 620 euros de loyer par mois. Ce montant s'élève à 760 euros pour les couples et à 552 euros pour les personnes isolées.
- Au total, 50 personnes ont mentionné un remboursement d'emprunt hypothécaire (soit 12% de notre échantillon). En moyenne, ce remboursement s'élève à 443 euros par mois. Que l'on vive seul ou en couple n'affecte pas sensiblement ce montant.
- En moyenne, les ménages payent 372 euros de charges mensuelles liées au logement. On peut à nouveau constater la différence entre les personnes isolées (314 euros) et celles qui vivent en couple (364 euros). Ces charges recouvrent des dépenses pour l'eau, l'électricité, le chauffage, les charges communes de copropriété, la TV, le téléphone, internet, …
- Les dépenses d'entretien du logement pèsent également sur le budget des ménages, comme l'utilisation de titres-services, différentes tâches et travaux d'entretien,

l'amélioration de l'accessibilité ou l'achat de mobilier. Les pensionnés qui ont participé à l'enquête estiment à 204 euros par mois le coût de l'entretien de leur logement. Pour ceux qui vivent seuls, ce montant s'élève à 163 euros, alors que pour ceux qui vivent en couple il est de 243 euros.

4.2. La santé (164 euros)

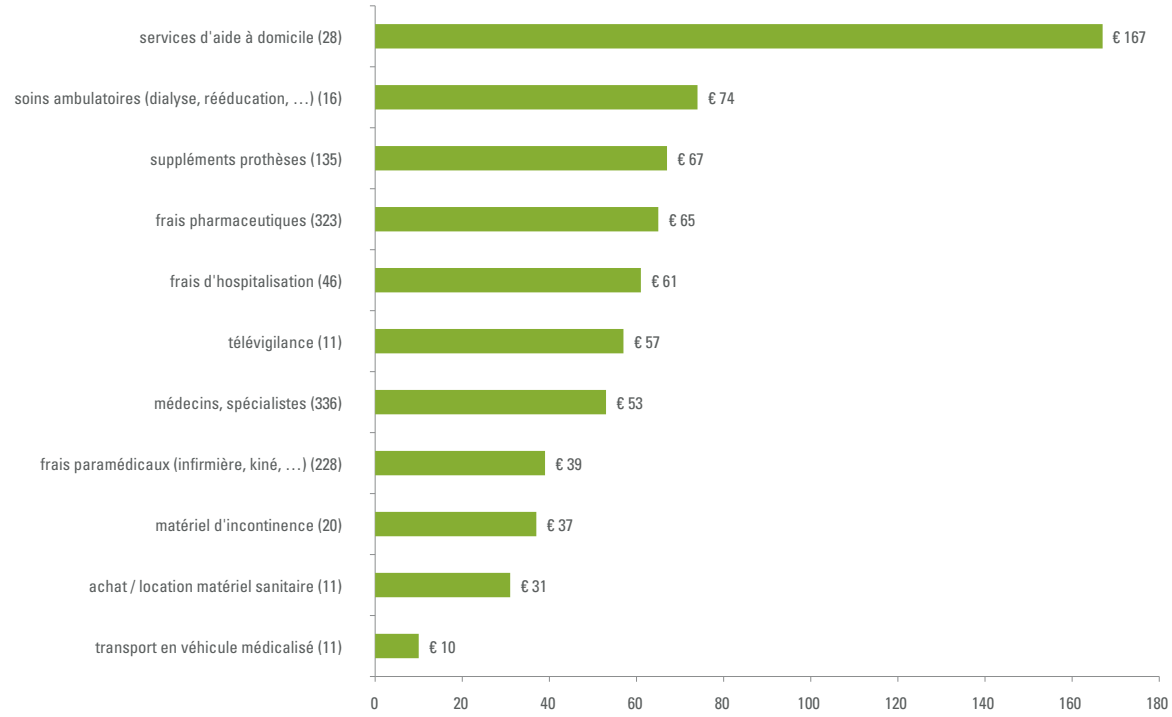
86% des ménages ont déclaré avoir des dépenses en matière de santé, pour un montant global moyen de 164 euros par mois. La variation observée est très grande. Le 1er quartile (25%) de ménages qui dépensent le moins payent 31 euros par mois. Le dernier quartile (25%) de ménages qui dépenses le plus payent 166 euros par mois. Et les derniers 5% de ménages qui ont les frais les plus élevés payent 517 euros par mois. La médiane se situe à 83 euros.

Distinguons les ménages selon qu'il s'agit de personnes vivant en couple ou bien de personnes vivant seules : les premiers paient en moyenne 175 euros par mois pour leurs frais de santé, les seconds paient 136 euros. Cela s'explique sans doute par le fait que certaines dépenses de santé bénéficient aux deux personnes du ménage.

La Figure 5 reprend plus en détail les frais exposés. Dans ce graphique, on ne tient compte que des répondants qui ont effectivement eu ces dépenses.

- Le poste le plus couteux est celui des services d'aide et de soins à domicile. Y sont compris les aides familiales, les repas chauds à domicile, etc. Ceci représente, pour ceux qui y font appel (soit 28 personnes qui ont déclaré leurs dépenses en la matière), en moyenne 167 euros par mois.
- Les suppléments pour des 'prothèses' concernent un nombre important de répondants (135, soit 24% de l'échantillon). Est compris sous cette appellation tout ce qui concerne les problèmes dentaires, acoustiques, visuels, orthopédiques, etc.

Figure 5 : Frais mensuels de santé, par poste, en ne considérant que les consommateurs effectifs – dont le nombre est donné entre parenthèses



4.3. Les vêtements (57 euros) et les courses (542 euros)

Dans notre enquête, nous avons demandé aux répondants d'évaluer leurs dépenses en matière d'habillement. En moyenne, les ménages de pensionnés dépensent 57 euros par mois pour l'achat de vêtements et de chaussures. Selon que l'on est seul ou en couple, la dépense va du simple (33 euros pour les isolés) au double (75 euros pour les couples).

Nous avons également demandé aux répondants d'évaluer le montant moyen mensuel de leurs courses pour l'alimentation, les boissons, les produits d'entretien … tout ce qui constitue un caddie habituel pour eux. En moyenne, ces achats représentent 542 euros par mois. Comme pour les vêtements, les couples dépensent deux fois plus que les personnes isolées, soit 701 euros pour les premiers et 364 euros pour les seconds.

4.4. Mobilité (160 euros)

80% de nos ménages possèdent une voiture. L'ensemble des dépenses en matière de mobilité (financement et entretien du véhicule, carburant, transports en commun, etc.) représente 160 euros par mois en moyenne. Ce coût peut aller de 50 euros par mois pour ceux qui dépensent le moins en matière de mobilité, à 375 euros pour ceux qui dépensent le plus. Ceux qui vivent seuls dépensent en moyenne 93 euros par mois pour leur mobilité, ceux qui vivent en couple payent 193 euros.

4.5. Les assurances (171 euros)

Le panel d'assurances considéré est large : assurance vie, assurance auto, assurance hospitalisation privée (souscrite auprès d'une entreprise d'assurances commerciale), assurance incendie, RC familiale, les assurances complémentaires des mutuelles. Pour nos ménages, en moyenne, les assurances coûtent 171 euros par mois. Ces assurances pèsent davantage sur le budget des personnes isolées, qui payent 120 euros par mois, alors que les personnes en couple payent 213 euros en moyenne.

4.6. Les dépenses totales

Pour estimer le total des dépenses mensuelles, nous globalisons l'ensemble des dépenses répertoriées (santé, logement, mobilité, assurance, vêtement et courses) de tous les répondants. Ainsi, le total des dépenses (pour les points 4.1 à 4.5) est évalué, en moyenne, à 1.820 euros par mois. Pour les pensionnés isolés, ce montant est de 1.402 euros ; pour les ménages de pensionnés qui vivent en couple, il s'élève à 2.078 euros.

Les Figures 6, 7 et 8 donnent la structure de ces dépenses, respectivement, pour l'ensemble des ménages, les pensionnés qui vivent seuls et les pensionnés vivant en couple. Le logement est le 1er poste de frais : si on additionne les frais liés aux loyers, aux emprunts, aux charges et à l'entretien, le logement représente plus de 40% des frais des ménages de pensionnés. L'alimentation constitue le second poste de frais et pèse autour de 30% des dépenses.

Figure 6 : Structure des dépenses pour l'ensemble des ménages (moyenne)

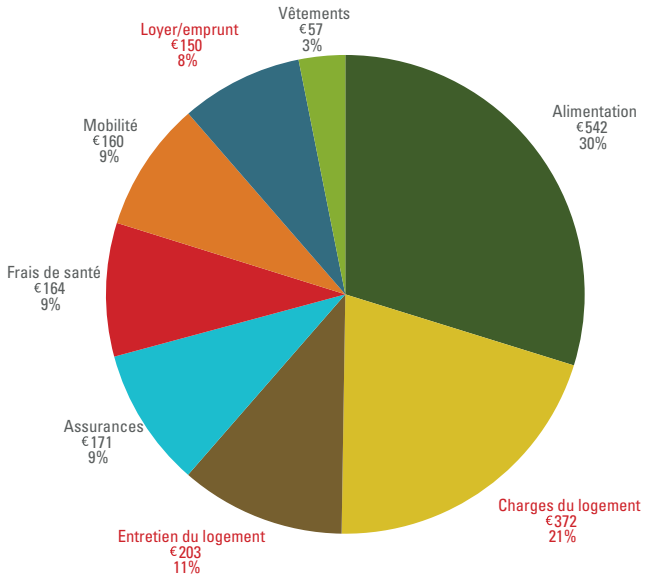


Figure 7 : Structure des dépenses pour les ménages de pensionnés qui vivent seuls (moyenne)

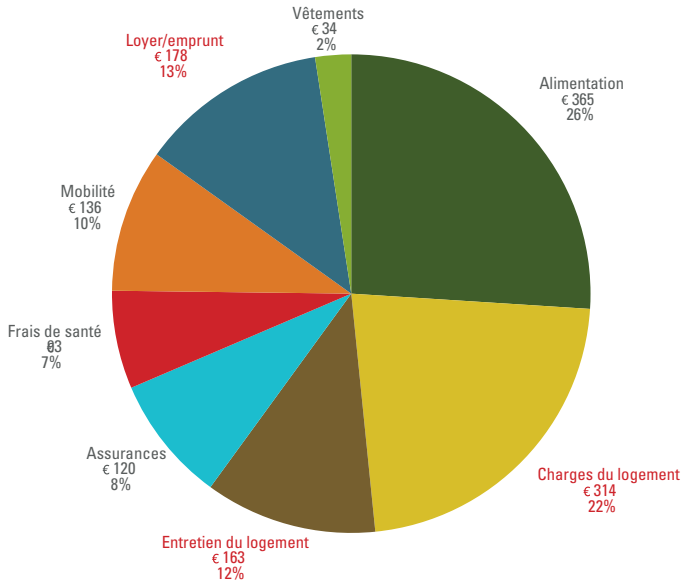
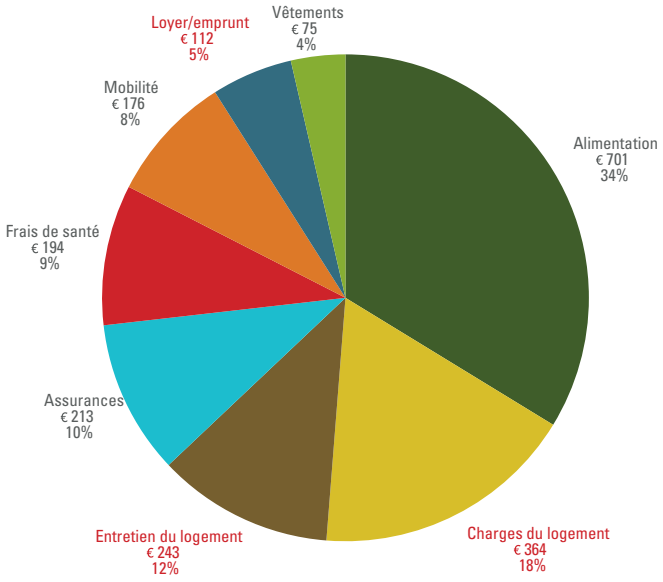


Figure 8 : Structure des dépenses pour les ménages de pensionnés vivant en couple (moyenne)



À ces dépenses il faut encore ajouter les impôts et taxes supplémentaires payés par certains pensionnés. 70% des répondants ont en effet déclaré avoir des surplus d'impôts et de taxes pour l'exercice d'imposition de l'année 2016. On vise le supplément au précompte, le précompte immobilier pour les propriétaires, diverses taxes locales (égouttage, immondices, …). Au total, la moyenne de tous ces surplus d'impôts et de taxes revient mensuellement à 178 euros (158 euros pour les couples, 181 euros pour les personnes isolées).

5. Qualité de vie

On essaie d'appréhender la qualité de vie des ménages pensionnés grâce à divers indicateurs liés à leur situation financière : disposent-ils encore d'une réserve monétaire ? Ou alors, les ressources étant trop limitées, sont-ils soumis à des privations ? Enfin, en cas de besoin, encourent-ils le risque de ne pas pouvoir faire appel à de l'aide extérieure ?

5.1. Des réserves d'argent ?

Reste-t-il aux ménages de pensionnés une réserve d'argent pour effectuer d'autres dépenses que celles mentionnées précédemment ? 58% ont déclaré posséder une réserve d'argent après avoir payé tous les postes mentionnés ci-dessus et **35% ont déclaré ne pas en posséder.**

Quand il y a une réserve d'argent, à quelles dépenses est-elle consacrée ? Les réponses les plus fréquentes sont les suivantes. En premier lieu, il s'agit de financer des voyages (64%). Suivent les cadeaux à la famille (59%), les loisirs (56%), les activités culturelles (54%). L'épargne arrive en 5ème position (54%).

5.2. Difficultés financières et privations ?

32% des ménages ont déclaré vivre une situation difficile compte tenu de leurs revenus. Ce pourcentage augmente à 43% pour les pensionnés isolés, diminue à 20% pour les ménages de pensionnés vivant en couple.

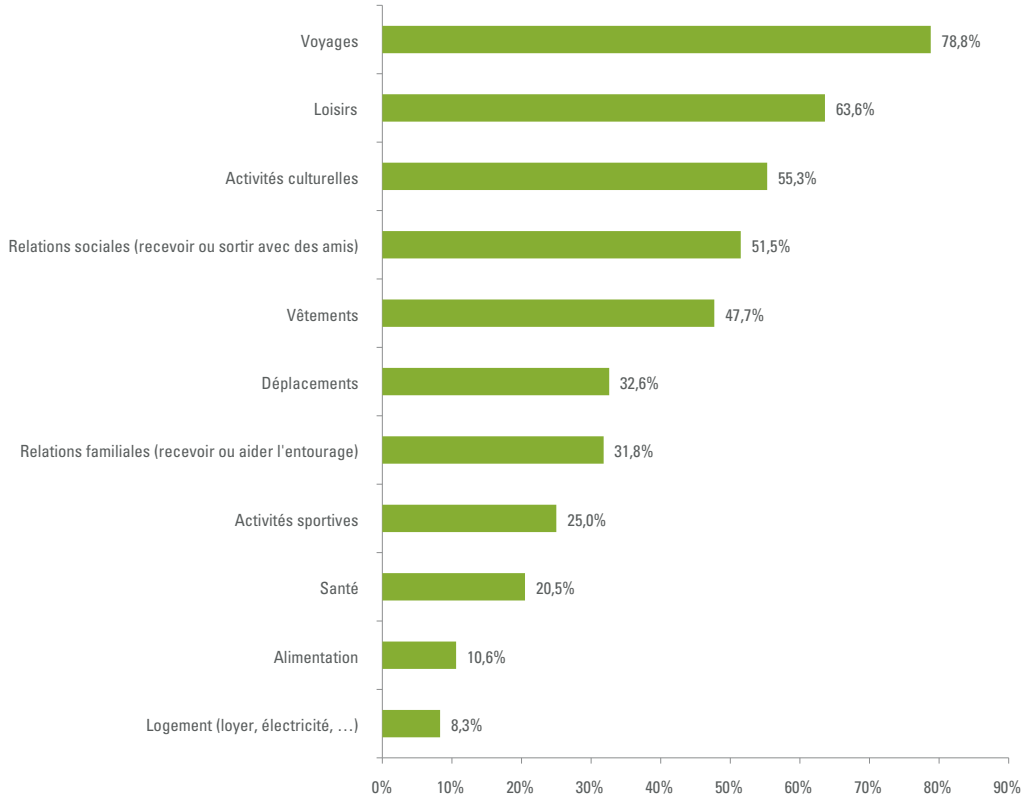
Ces ménages sont-ils pour autant soumis à des privations ? Si oui, lesquelles ? Le palmarès est donné à la Figure 9. Ce sont avant tout les voyages dont les pensionnés se privent (79%). Les loisirs divers (64%), les activités culturelles (54%) et les relations sociales (52%) suivent de près. Les postes pour lesquels les répondants se privent le moins sont le logement et l'alimentation. On remarquera toutefois qu'un cinquième des ménages soumis à privation se serrent la ceinture dans le domaine de la santé et du sport, et qu'ils sont plus nombreux encore (32%) à ne pas pouvoir offrir toute l'attention et l'aide qu'ils souhaiteraient à leur famille.

Pour ce qui est de la santé, l'enquête donne des indications plus précises encore. Au moment de l'inventaire des frais de santé, nous avons demandé aux pensionnés s'il y a des domaines de la santé pour lesquels eux, ou des membres de leur ménage, doivent se priver.

- On constate notamment que 11% des répondants se privent de suppléments pour des 'prothèses' (lunettes, semelles, chaussures orthopédiques, etc.). Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'on peut plus facilement en retarder l'acquisition, jusqu'à ce que la situation financière s'améliore, ou malheureusement, que l'évolution de la santé l'exige.
- Ensuite : 7% doivent se priver de soins paramédicaux, 6% de visites médicales, 5% de services d'aide à domicile, 4% de frais pharmaceutiques et 5% d'autres types de frais[5].

5 Dans cette catégorie « autres » nous avons regroupé les achats ou locations de matériels sanitaires (lit, canne, etc.), les soins ambulatoires (rééducation fonctionnelle, dialyse, etc.), les transports en ambulance ou véhicule médicalisé, le matériel d'incontinence, les frais d'hospitalisation et la télévigilance.

Figure 9 : « Si vous estimez vivre une situation difficile, quels sont vos domaines de privation ? »



5.3. Combien faudrait-il pour ne pas subir ces privations ?

Nous avons demandé aux pensionnés d'estimer le montant qui leur manque chaque mois pour ne pas subir ces privations. Le montant médian s'élève à 350 euros (en ne considérant que les répondants effectifs). Il est intéressant de constater que les personnes isolées sont deux fois plus nombreuses à avoir répondu à cette question que les personnes vivant en couple. Il est vrai, comme on l'a vu ci-dessus, que les pensionnés isolés déclarent bien plus souvent vivre une situation difficile compte tenu de leurs revenus.

5.4. Risque d'isolement ?

Il s'agit de voir dans quelle mesure les ménages de notre échantillon ont le sentiment qu'ils peuvent compter sur un réseau social en cas de souci financier (par exemple dans le cas d'un problème de santé inattendu et nécessitant des frais importants) ou en cas de souci matériel (par exemple une aide pour aller faire des courses ou pour accompagner chez le médecin s'ils en ont besoin).

- A la question « Disposez-vous d'un réseau social en mesure de vous apporter une aide financière en cas de besoin ? » **65% ont répondu non** et 23% ont répondu oui.
- A la question « Disposez-vous d'un réseau social en mesure de vous apporter une aide matérielle en cas de besoin ? » **49% ont répondu non** et 40% ont répondu oui.
- Il est intéressant de combiner les réponses aux deux questions ci-dessus. Combien de ménages disposent d'un soutien financier et/ou matériel ? Combien sans aucun soutien du tout ? Un cinquième de notre échantillon peut compter sur leur entourage pour les aider en cas de pépin financier ou matériel. **Mais 47% ne peuvent compter sur personne, ou du moins ont le sentiment de ne pouvoir compter sur personne.** Ce chiffre est énorme et signifie que près de la moitié de notre échantillon n'oserait pas demander de l'aide nécessaire et se trouve donc en situation de risque d'isolement social.

6. Conclusion

Certes, certaines pensions sont confortables. Certes, certains dégagent un surplus qu'ils consacrent aux voyages et aux loisirs. Certes, quand la maison est payée, c'est parfois plus facile pour nouer les deux bouts. Mais pour d'autres, être pensionné est loin d'être une sinécure : revenus étriqués, difficultés financières, privations matérielles, risque de pauvreté, risque de ne pas pouvoir faire appel à de l'aide parmi ses proches. Ceux qui sont en difficulté financière estiment qu'il leur faudrait 350 euros (montant médian) pour arriver à vivre décemment.

Et, hélas, il convient d'ajouter : Nihil novi sub sole. Rien de nouveau sous le soleil. L'étude rejoint bien des constats déjà établis en 2011. Entretemps, l'inflation, la diminution des revenus de l'épargne due à la crise financière n'ont pas arrangé les choses, ont encore amputé le pouvoir d'achat des pensionnés … Tout cela conforte la thèse d'Énéo : la pension légale doit prioritairement être consolidée et renforcée. Comment ? En veillant au financement de la sécurité sociale (pourquoi pas via une cotisation sociale généralisée ?), en évitant que le développement des pensions complémentaires ne se fasse au détriment des pensions légales, en gardant un système de pension légale qui respecte le principe de « prestation définie » (le montant de la pension est connu d'avance) et dont le financement repose sur le principe de répartition (c'est la garantie d'une solidarité intergénérationnelle forte).

Cette étude indique aussi un point d'attention aussi pour la MC : les frais de santé que les pensionnés doivent payer de leur poche, après les remboursements de leur mutuelle, représentent un montant conséquent : près de 164 euros par mois. Là aussi, des efforts sont à faire en termes d'accessibilité financière aux soins de santé. Pour ceux qui ont des revenus modestes, tickets modérateurs et suppléments pèsent lourd dans le budget.

Bibliographie

Les résultats de l'étude 2017 :

Eraly H, Naïto K, Andrianne P. 2018. Pension et niveau de vie : résultats de l'étude d'Énéo de 2017. Balises - Journal des cadres d'Énéo, mouvement social des aînés. **60** : 6-38. Disponible sur : https://www.eneo.be/images/balises/Balises_60.pdf

Les résultats de l'étude 2011 :

Royen C, Overlot M-J, Naïto K, Moinil F, Pietquin P, Possemiers F. 2011. Pension et niveau de vie. Balises - Journal des cadres de l'UCP, mouvement social des aînés. **35** : 3-28. Disponible sur : https://www.eneo.be/images/balises/Balises_35.pdf

Royen C, Overlot MJ, Naïto K, Moinil F, Avalosse H, Pietquin P, Possemiers F. 2012. Pension et niveau de vie. Une étude de l'UCP, mouvement social des aînés. MC-Informations. **248** : 14-25. Disponible sur : https://www.mc.be/media/mc-informations_248_juin_2012_tcm101-33154.pdf

Quels soins de santé mentale pour les personnes âgées ?

Vieillissement et santé mentale, deux thèmes particulièrement tabous et sujets à la stigmatisation. Cependant, face à l'augmentation des besoins dans ce domaine particulier, le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) a décidé de consacrer un rapport complet à la question de la santé mentale des personnes âgées avec comme question principale : « Faut-il créer un réseau de soins de santé mentale spécialisé pour les personnes âgées ? ». En effet, si en Belgique les jeunes et les adultes disposent de réseaux spécifiques de soins de santé mentales, notamment via la réforme psy 107, ce n'est pas le cas des personnes âgées. Alors, est-ce nécessaire ?
La question est loin d'être simple. Si la mise en place d'un réseau spécialisé « sur mesure » pour les personnes âgées permettrait assurément de maximiser la qualité des soins pour les patients qui présentent des combinaisons complexes de problèmes psychologiques, cognitifs, fonctionnels, comportementaux, physiques et sociaux, le rapport souligne 3 obstacles majeurs à la réalisation de celui-ci :

- Des réseaux hautement spécialisés requièrent un nombre important de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) compétents. Or, dans un contexte de pénurie de professionnels formés en géronto-psychiatrie, la mise en place d'un réseau hyperspécialisé pourrait entraîner des retards supplémentaires dans la détection des besoins et dans le traitements des problèmes.
- Les personnes âgées constituent un public extrêmement hétérogène ce qui rend quasiment impossible la mise en place d'un réseau basé sur un critère d'âge strict. En effet, leurs besoins spécifiques varient en fonction de leur fragilité et de leur profil de pathologies plutôt que de leur âge chronologique. De plus, un tel système pourrait également mettre en péril la continuité des soins une fois que les patients atteignent la limite d'âge. La transition entre les réseaux serait donc une pierre d'achoppement importante dans un système à réseaux distincts.
- Dans un système de réseau clairement distinct, la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale et du grand âge pourrait être renforcée.

Cependant, malgré ces difficultés, le KCE formule une série de recommandations pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées.

Une approche multidisciplinaire et une collaboration renforcée entre les différents professionnels

Des collaborations étroites entre les professionnels de la santé mentale, des soins de première ligne, des soins gériatriques, des services d'urgence et des professionnels du secteur social permettent d'améliorer la qualité des soins de santé mentale pour les personnes âgées. L'utilisation de l'outil BelRAI et la présence d'un case manager permettent d'y contribuer.

Clarifier et renforcer le rôle des acteurs de la première ligne

Les professionnels de 1ière ligne, en particulier le médecin généraliste et les services d'aide et de soins à domicile, jouent un rôle clé dans la détection et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées. Au-delà du renforcement de la collaboration entre ces acteurs, il est indispensable de leur offrir une formation spécifique et le soutien de professionnels spécialisés dans le domaine de la géronto-psychiatrie.

Offrir des soins à bas seuil d'accès dans les Services de santé mentale et renforcer les équipes mobiles psychiatriques (article 107)

En Belgique, on constate que les Services de santé mentale (SSM) atteignent difficilement le groupe-cible des personnes âgées, notamment en raison des difficultés de déplacement de ce public. Certaines initiatives ciblées soutenues par les autorités fédérées ont pourtant réussi à améliorer cette situation ; leur caractéristique commune semble être de permettre aux professionnels d'intervenir au domicile des personnes âgées (y compris en maison de repos). Le KCE recommande donc de soutenir les missions des Services de Santé mentale (SSM) en matière de personnes âgées notamment en permettant une mobilité accrue des prestataires (plus de visites à domicile).

D'autre part, des équipes mobiles psychiatriques spécialisées dans les soins aux personnes âgées peuvent constituer une valeur ajoutée pour soutenir les équipes « adultes » existantes. Elles permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des problèmes complexes chez les personnes âgées.

Surmonter la pénurie de lits dans les soins institutionnels

Pour faire face aux besoins de soins aigus des patients âgés ayant des problèmes de santé mentale qui ne peuvent pas ou plus être pris en charge dans la communauté, l'hospitalisation dans les services de psychiatrie générale, de psycho-gériatrie ou de gériatrie (selon le profil du patient) doit être disponible. Pour faire face au manque de place et assurer une prise en charge holistique de la personne dans les hôpitaux généraux, des équipes de liaison somatiques pourraient apporter un

soutien aux professionnels des services psychiatriques pour adultes tandis que des équipes de liaison spécialisées en psychiatrie de la personne âgée pourraient être instaurées pour soutenir le personnel des unités de soins non psychiatriques.

Prévoir des formules de logement adaptées aux personnes âgées, entre le secteur de la santé mentale et celui des soins de longue durée

Les équipes mobiles spécialisées de type 107 devraient pouvoir intervenir dans les MRPA/MRS pour soutenir le personnel et le former à la prise en charge des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale dans leur milieu de vie. Les unités spécifiques pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement offrent une opportunité d'améliorer les soins de cette population fragile.

Plus globalement, le KCE formule d'autres recommandations plus générales.

Sensibilisation et détection précoce

Des campagnes d'information supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser le public et les professionnels de la santé aux problèmes de santé mentale des personnes âgées. Le dépistage systématique des problèmes de santé mentale pourrait être envisagé dans les MRPA/MRS.

Partenariat actif avec les patients et les aidants informels

La personne âgée qui a des problèmes de santé mentale et ses aidants informels doivent être impliqués dans la planification des soins et la prise en charge. Le soutien et la reconnaissance des aidants informels doivent être renforcés.

Formation des professionnels de l'aide et des soins

Pour garantir une bonne qualité des soins, il est nécessaire que les différents intervenants disposent d'aptitudes et de compétences spécifiques en psychiatrie de la personne âgée. Cela implique que des formations spécifiques soient organisées.

Développement et diffusion de pratiques basées sur les données scientifiques (Evidence-based practices) et amélioration de la collecte des données

La prise en charge des besoins spécifiques des personnes âgées peut être améliorée via le développement et la diffusion de pratiques Evidence-based. Pour développer de telles pratiques, la collecte de données sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées doit être optimisée.

Source :
https://kce.fgov.be/fr/quels-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es

Euro Health Consumer Index 2017

Depuis 2006, l'Health Consumer Powerhouse (HCP), un groupe de réflexion suédois sur les politiques de santé, publie l'Euro Health Consumer Index (EHCI). Cette publication consiste en une étude comparative des systèmes de soins de santé dans 35 pays d'Europe, incluant un classement des pays examinés. À cet effet, selon les termes des auteurs, les aspects principaux des soins de santé ont été examinés du point de vue de l'utilisateur et du patient (orientation client et convivialité) afin de mieux comprendre les systèmes de soins de santé en Europe, de renforcer l'empowerment des patients et d'identifier les faiblesses des systèmes et de les résoudre.

L'EHCI 2017 a été publié le 29 janvier 2018. La Belgique arrive à la huitième place du classement des meilleurs systèmes de soins de santé d'Europe. Il s'agit cependant d'une régression par rapport aux résultats de l'année précédente : en 2016 la Belgique arrivait 5ième. Ce résultat décevant est davantage lié au fait que les pays du top du classement (plus de 800 points sur 1.000 possibles) présentent des scores très rapprochés (12 pays sur 35 affichent un score supérieur à 800 point) pouvant faire varier la place dans le classement sans que cela soit forcément lié à une détérioration du système de santé. Cependant, cela reflète certainement le fait que notre système de santé a fait des progrès moins rapides que les pays proches du notre dans le classement.

Notre pays est précédé par les Pays-Bas, qui dominent le classement, la Suisse, le Danemark, la Norvège, le Luxembourg, la Finlande et l'Allemagne. Tout en bas de la liste, on retrouve la Bulgarie, la Roumanie, le Grèce, la Lituanie et la Hongrie pour fermer la marche. L'Index a été composé sur base de 48 indicateurs, regroupés en six sous-catégories : droits et information du patient, accessibilité aux soins, résultats du traitement (« outcomes »), offre et volume de services dispensés, prévention et consommation de médicaments.

Notre pays obtient un très bon score, en particulier au niveau de l'accessibilité aux soins où il se classe 3ième. Nos soins de santé sont décrits comme *« probablement le système de soins de santé le plus généreux d'Europe »*. Cependant, contrairement à l'année dernière où nous avions progressé dans tous les indicateurs de cette catégorie, l'ECHI estime que la Belgique n'a pas fait de progrès cette année en termes de temps d'attente pour un traitement.

Par contre, la Belgique se classe parmi les pays moyennement performants en termes de résultats concernant différents traitements médicaux. Dans ce domaine, nous partageons la

douzième place avec l'Autriche et le Portugal. Selon l'étude, il reste certains points à améliorer par rapport aux autres pays, sur le plan notamment du nombre de dépressions, de décès en raison d'un cancer et de décès à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise cardiaque.

La Belgique ne brille pas non plus dans le domaine de la prévention (elle partage la quatorzième place avec différents autres pays). Concernant la consommation d'alcool, les résultats affichés par notre pays sont particulièrement mauvais. Le rapport indique que la Belgique pourrait également faire mieux en termes d'activité physique, de vaccination contre le HPV et de prévention des décès sur la route. La consommation d'antibiotiques étant élevée dans notre pays, nous obtenons également un score défavorable pour cette variable.

Les données utilisées dans l'étude EHCI proviennent principalement d'instances nationales et internationales d'une part (dont l'OCDE et l'OMS) et d'une enquête en ligne destinée aux organisations de patients d'autre part. Au total, 612 organisations de patients ont participé à cette enquête. Le score obtenu sur la base des données officielles a été (uniquement) adapté là où la contribution de ces organisations renvoyait à une situation radicalement différente de l'information des instances nationales.

La méthodologie employée dans l'étude EHCI peut cependant être critiquée sur de nombreux points.

L'EHCI fonctionne en attribuant trois scores de performance possibles : bon, intermédiaire et plutôt mauvais, avec des valeurs limites établies (plutôt machinalement ?) entre les différents scores pour chaque indicateur. « Bon » rapporte trois points, « intermédiaire » deux points et « plutôt mauvais » un point. Par conséquent, les pays qui présentent, pour un indicateur défini, une performance (très) similaire, obtiendront parfois des scores différents s'ils se trouvent juste de l'autre côté des valeurs limites (par ex. 69,6% contre 70%). Chaque année les valeurs « seuil » peuvent être revues au fur et à mesure que les pays augmentent leurs performances (afin d'éviter qu'à terme tout le monde se trouve dans le catégorie « bon »).

Parce que l'on considère que tous les indicateurs n'ont pas la même importance ou le même poids, un coefficient de pondération a été introduit sur base de discussions menées au sein de forums d'experts et de l'expérience tirée des enquêtes menées par les associations de patients. Toutefois, la différence de pondération entre certains indicateurs de sous-catégories différentes n'est pas toujours justifiée (par ex. la survie à un cancer représente moins de points que l'accès direct à un spécialiste).

Concernant la sélection des indicateurs, ceux-ci peuvent être de deux natures différentes : tandis que certains reflètent une évolution (positive ou négative) dans le temps, d'autres reflètent une situation à un moment donné. Ceci a pour effet que certaines améliorations significatives par exemple ne soient pas valorisées dans le rapport.

Malgré ces problèmes de méthodologie, la Commission européenne a tout de fois (et assez étrangement) décidé en 2013 que le système de l'étude EHCI pour la comparaison des systèmes de soins de santé constituait le système disponible le plus fiable (après comparaison avec les systèmes utilisés par l'OMS, l'OCDE et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé).

Source : https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017/

Le vieillissement de la population belge se stabilise dès 2040 en raison de la fin progressive de l'effet baby-boom.

Le Bureau fédéral du Plan a publié en février 2018 ses projections démographiques 2017-2070 pour la Belgique. Ce nouvel exercice fait notamment apparaître la fin des effets liés à la génération du baby-boom au-delà de 2040 ainsi que certaines différences régionales. Si les hypothèses de travail se vérifient, la population belge comptera 13,4 millions d'habitants en 2070.

Pour rappel, la croissance démographique se calcule en additionnant le solde naturel (différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès) et le solde migratoire (différence entre le nombres d'immigrations et le nombre d'émigrations). Au-delà de 2055, soit après la disparition complète des générations du baby-boom, nées après la Seconde Guerre mondiale, le nombre de décès diminue. Le solde naturel redeviendrait alors le déterminant principal de la croissance démographique en Belgique, ce qui n'a plus été observé depuis le début des années 1990. Depuis cette période en effet, la croissance démographique belge est largement soutenue par le solde migratoire international.

Les hypothèses démographiques retenues pour cet exercice prolongent les tendances observées et se résument comme suit :

- une migration internationale des étrangers qui tend vers 120.000 immigrations et 100.000 émigrations par an ;
- une espérance de vie qui augmente pour atteindre, en 2070, 90 ans pour les femmes et 88 ans pour les hommes ;
- une moyenne de 1,9 enfant par femme à l'horizon 2070.

D'ici 2040, on observe une augmentation du ratio de dépendance. La population belge compte actuellement une personne de 67 ans et plus pour quatre personnes âgées entre 18 et 66 ans.

Ce rapport augmente à un rythme soutenu jusqu'en 2040 pour se stabiliser ensuite à 1 pour 2,6 personnes suite à la disparition progressive de la génération du baby-boom. D'autre part, le vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution de la taille moyenne des ménages en Belgique.

La croissance de la population en Région de Bruxelles-Capitale (+22% entre 2017 et 2070) est supérieure à celle attendue dans les autres régions (+19,6% pour la Région flamande et +16,6% pour la Région wallonne). La Région de Bruxelles-Capitale attire une proportion importante d'immigrants étrangers (autour de 30% de l'immigration internationale des étrangers), et cette population compte de nombreuses personnes en âge d'avoir des enfants. La structure d'âge de la population bruxelloise est et reste en projection nettement plus jeune que celle des deux autres régions.

La croissance démographique des régions est également déterminée par la migration interrégionale. Celle-ci vient gonfler la population des Régions wallonne et flamande, mais freiner la croissance démographique en Région de Bruxelles-Capitale. Notons que, depuis 2014, la Flandre attire encore davantage d'habitants en provenance de Bruxelles et de la Wallonie. Cette évolution est prise en compte en projection, ce qui stimule légèrement le solde migratoire interne de la Région flamande (et par conséquent sa croissance démographique) au détriment des deux autres régions.

La Région de Bruxelles-Capitale se distingue également au niveau de l'évolution projetée de la taille moyenne des ménages. Contrairement aux deux autres régions, la taille moyenne des ménages bruxellois augmente à l'horizon 2070.

Par rapport à l'exercice de projection précédent, la Région de Bruxelles-Capitale affiche une croissance démographique plus faible à long terme, notamment en raison des facteurs suivants :

- L'immigration internationale serait légèrement moins concentrée sur la Région de Bruxelles-capitale.
- La part des immigrants en provenance des pays européens diminue. Or l'immigration en provenance de ces pays-là est davantage concentrée sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

Source :
https://www.plan.be/press/communique-1751-fr-le+vieillissement+de+la+population+belge+se+stabilise+des+2040+en+raison+de+la+fin+progressive+de+l+effet+baby+boom

Sommaire

Editorial 2

Soins de première ligne 3

Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique

Droits du patient 16

Action droits du patient 2018 :
analyse des sites web des hôpitaux

Mutualités 24

Frais d'administration des unions nationales

Personnes âgées 35

Pension et qualité de vie

MC en bref 47

MC-Informations

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

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

Colophon

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