MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

278

décembre 2019

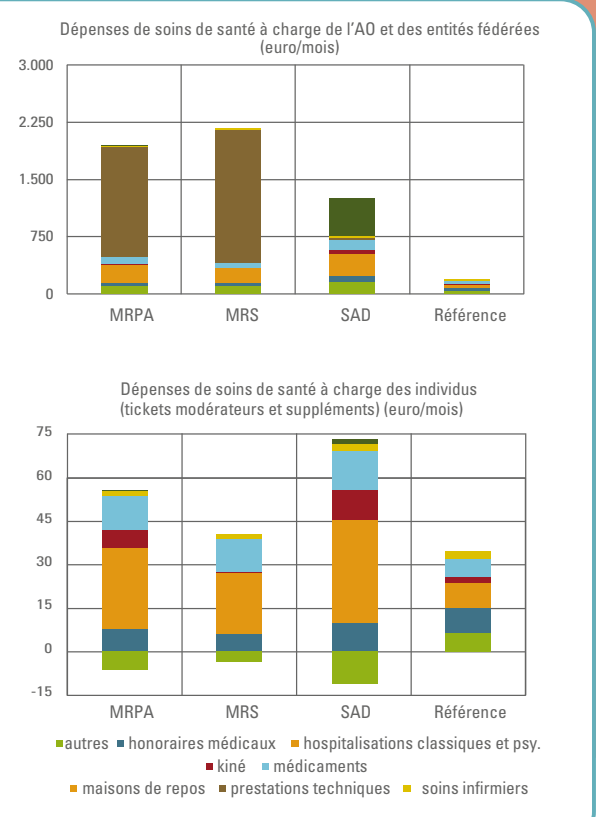
Financement de la sécurité sociale

L'hypothèse selon laquelle c'est une augmentation incontrôlée des prestations sociales qui expliquerait le déficit de la sécurité sociale, n'est pas confirmée. C'est avant tout d'un financement pérenne que la sécurité sociale est en manque aujourd'hui. La MC formule plusieurs recommandations politiques pour assurer un financement pérenne.

Coûts soins de santé personnes âgées

Les grandes différences de coût total pour les soins de santé, soulèvent des questions quant à l'accessibilité financière des soins pour tous. Les mesures correctives telles que le MAF et l'IM ont un impact positif non négligeable sur les montants à charge du patient.

Figure 2 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon les catégories de dépenses



Drains transtympaniques : des variations inexplicables

Une étude de la MC montre la grande variation dans le placement de drains transtympaniques dans notre pays.

Tableau 2 : % d'interventions par région en regard de la population MC, enfants jusqu'à 9 ans (MC 2018)

Région	% d'interventions
Flandre	1,97
Wallonie	1,06
Bruxelles	0,59
Missing	0,09
Total	**1,69**

Thérapie du sommeil : effet positif

De nombreuses personnes souffrent de troubles du sommeil, parfois pendant longtemps. Ces troubles peuvent affecter le fonctionnement et la qualité de vie. Cela pousse souvent les gens à consommer des somnifères, ce qui n'est pas une solution durable. Une étude de la MC confirme que la thérapie du sommeil peut aider à réduire la consommation de somnifères.

MUTUALITE CHRETIENNE

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

Édito

La sécurité sociale constitue un pilier de notre société. Grâce à elle, chaque travailleur est assuré contre les risques sociaux et perçoit des revenus de remplacement en cas de nécessité (par ex. chômage, pension, maladie, accident de travail), ou des indemnités pour des frais supplémentaires (par ex. pour les enfants, les maladies, les maladies professionnelles). La sécurité sociale est basée sur le principe de solidarité avec les cotisations sociales financées en fonction des revenus et non du profil de risque de la personne, contrairement aux assurances privées.
Mais aujourd'hui, notre sécurité sociale est vulnérable. En juin 2019, le comité de gestion de la sécurité sociale a estimé une détérioration du déficit de 1,45 milliards par rapport au budget initial (déficit compensé ensuite par une augmentation de la dotation d'équilibre) et les prévisions pour 2020-2024 indiquent une augmentation croissante du déficit, allant jusque 5,84 milliards d'euros en 2024. La raison souvent citée pour expliquer ces déficits est un déraillement des dépenses en matière de sécurité sociale. Une étude publiée dans ce numéro montre que c'est surtout d'un financement pérenne et durable dont la sécurité sociale manque. Nous constatons, pour la période 2016-2019, que le taxshift a fait perdre environ 10 milliards d'euros de recettes aux cotisations sociales, lesquelles n'ont pu être compensées qu'à hauteur de 8 milliards par un financement alternatif, menant à une perte cumulée de 2,3 milliards pour la sécurité sociale entre 2016 et 2019. Pourtant, le lien entre la réduction des cotisations des employeurs et l'augmentation de la compétitivité des entreprises n'est pas univoque. En outre, la nouvelle loi de financement de la sécurité sociale (2017) porte atteinte à la stabilité du financement de la sécurité sociale en conditionnant l'octroi des subventions d'état à plusieurs critères sur lesquels les partenaires sociaux ont parfois peu de prise. Cette loi donne également un poids plus important au Conseil des ministres, ce qui n'est pas non plus un gage de stabilité puisque les équipes gouvernementales changent régulièrement. Derrière le sous-financement de la sécurité sociale se cache une diminution de la couverture sociale et un risque de privatisation avec toutes les conséquences négatives qu'elle entraîne (coûts plus élevés, bénéfices aux actionnaires, cherry picking,…). Les auteurs plaident de ce fait, entre autres, en faveur d'un arrêt de la réduction des cotisations sociales et de la reprise d'un financement durable de notre sécurité sociale.

Notre sécurité sociale doit entre autres couvrir les frais de soins de santé et les soins aux plus âgés. Une étude a comparé, grâce à nos données de l'assurance maladie obligatoire, les frais des soins de santé pour les personnes âgées et pour les pouvoirs publics, selon que celles-ci sont soignées chez elles ou admises dans un centre de soins résidentiel, et ce en fonction du niveau de dépendance. Nous apprenons que les frais de soins de santé à domicile ne sont pas toujours inférieurs à ceux en centre de soins résidentiel, que ce soit pour le patient ou pour les pouvoirs publics. Heureusement, le Maximum à Facturer et l'intervention majorée permettent de réduire les frais pour le patient. Nous ne disposons malheureusement que de résultats partiels. Personne ne dispose actuellement des données nécessaires pour estimer précisément les frais des soins pour les personnes âgées dans ces deux situations.

L'aspect financier et la qualité des soins constituent des points d'attention continus pour la MC. Une première étude montre que la thérapie du sommeil en cas de troubles du sommeil chroniques peut constituer un bon traitement et peut réduire la consommation de somnifères. Une autre étude montre la grande variation dans le placement de drains transtympaniques dans notre pays. Comme la littérature médicale nous montre qu'attendre que les douleurs passent d'elles-mêmes est dans de nombreux cas aussi efficace qu'opérer, on pourrait s'attendre à constater une diminution continue du nombre d'interventions. Cependant, dans certains hôpitaux, cette intervention est jusqu'à 10 fois plus pratiquée sur des enfants de 0 à 9 ans que dans d'autres. Un appel est donc lancé aux ORL pour discuter de cette variabilité inexpliquée et suivre des directives claires. Quant aux parents, il leur est conseillé de bien peser le pour et le contre avant d'avoir recours au placement de drains transtympaniques.

Michiel Callens
Service d'étude

Analyse du financement de la sécurité sociale et de ses évolutions. Une nécessité d'un refinancement structurel et pérenne de la sécurité sociale

Lambert Louise et Van Cutsem Pauline[1] (Service d'étude)
Avec l'aide précieuse de Feltesse Patrick (MOC)

Résumé

Le budget de la sécurité sociale est aujourd'hui sous le feu des projecteurs, avec des déficits prévus pour les années 2019-2024 qui augmentent. Afin de mieux comprendre la situation actuelle, la MC a voulu analyser les données du passé et étudier l'évolution des dépenses et des recettes de la sécurité sociale entre 2002 et 2019. Pour ce faire, nous nous basons sur les données du Comité de Gestion de la Sécurité Sociale, ce qui restreint notre analyse au régime des travailleurs salariés.

Nous revenons premièrement sur la situation actuelle et les estimations budgétaires pour les années 2019-2024. Ensuite, nous analysons brièvement l'évolution des dépenses afin de vérifier la robustesse de l'hypothèse largement répandue selon laquelle c'est une augmentation incontrôlée des prestations sociales qui expliquerait la situation critique d'aujourd'hui. Cette hypothèse n'étant pas confirmée, nous analysons essentiellement l'évolution du financement de la sécurité sociale et de ses différentes composantes (cotisations sociales, subventions de l'Etat et financement alternatif). Après avoir observé les tendances de long terme, l'impact des récentes modifications légales est détaillé - réforme de l'Etat en 2015, tax-shift débuté en 2016, et nouvelle loi de financement votée en 2017. Cette analyse permet de réaliser que c'est avant tout d'un financement pérenne que la sécurité sociale est en manque aujourd'hui, et ce, en partie à cause des récentes modifications légales. Cette situation n'est pas inéluctable et des pistes de solutions existent, elles sont détaillées dans la dernière partie de l'étude.

Cette étude comporte certaines limites méthodologiques et en appelle d'autres : étudier l'ensemble des régimes de sécurité sociale et approfondir l'analyse des dépenses de prestations sociales, comparer l'évolution des dépenses publiques de protection sociale avec celles de l'assistance sociale ou avec les dépenses sociales privées, penser le modèle de sécurité sociale dans une société sans croissance, etc. Elle représente donc une première pierre d'un chantier encore inachevé.

Mots-clés : Sécurité sociale, financement, interlocuteurs sociaux, tax shift, loi de financement.

1. Introduction

La Sécurité sociale est une institution solidement ancrée dans notre société. Elle s'est consolidée durant la seconde guerre mondiale, et plus précisément en 1944, avec le pacte social qui fut signé par les organisations patronales, les syndicats et les fonctionnaires, avec pour objectifs d'assurer la paix sociale, de protéger les travailleurs salariés et de mieux répartir la valeur ajoutée créée grâce à notre économie. Elle permet d'assurer chaque travailleur contre les risques sociaux, en leur octroyant au besoin, soit des revenus de remplacement (chômage, pensions, etc.), soit des compléments de revenus pour faire face à des dépenses supplémentaires (maladie, arrivée d'un enfant, etc.)[2]. Elle repose sur un principe de solidarité puisque, contrairement à une assurance privée, les cotisations sociales sont payées en fonction du revenu et non du profil de risque de la personne.

1. Ne travaille plus à la MC
2. La sécurité sociale comporte sept branches : les pensions de retraite, le chômage, l'assurance accidents du travail, l'assurance maladie professionnelle, les allocations familiales, l'assurance obligatoire pour soins de santés et indemnités et les vacances annuelles.

Pourtant garante de la cohésion sociale et d'un niveau de vie décent pour chaque citoyen, la sécurité sociale est aujourd'hui fragilisée. En juin 2019, gouvernement et partenaires sociaux ont tiré la sonnette d'alarme. Le comité de gestion de la sécurité sociale avait alors estimé une détérioration du déficit de 1,45 milliard par rapport au budget initial pour 2019. Au total, le déficit grimpe jusque 2,8 milliards en 2019 et a dû être compensé par une augmentation de la dotation d'équilibre en septembre 2019. Les prévisions pour 2020-2024 sont plus alarmistes encore : le déficit pourrait atteindre 5,84 milliards d'euros en 2024.

Mais d'où vient le trou actuel ? Le récit dominant, véhiculé par les médias et autres moyens de communication, a tendance à associer le déficit de la sécurité sociale à un dérapage des dépenses de prestations sociales. Afin de dépasser ce discours et de donner un éclairage nouveau sur la situation budgétaire prévue pour les années 2019-2024, nous défendons ici la thèse qu'il est primordial d'étudier, outre l'évolution des dépenses, l'autre facette de la réalité budgétaire de la sécurité sociale : l'évolution du financement. Et cela, autant sur le temps long comme en mettant le focus sur les changements observés ces dernières années.

Cette contribution commence donc par revenir sur la situation actuelle et les estimations budgétaires pour les années 2019-2024 (partie 2). Ensuite, nous analysons brièvement l'évolution des dépenses afin de vérifier la robustesse de l'hypothèse largement répandue selon laquelle c'est une augmentation incontrôlée des prestations sociales qui expliquerait la situation critique d'aujourd'hui (partie 3). Convaincus de la nécessité d'analyser finement l'évolution du financement de la sécurité sociale afin de comprendre les déficits prévus pour les années 2019-2021, cet article analyse essentiellement l'évolution du financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés uniquement) et de ses différentes composantes (cotisations sociales, subventions de l'Etat et financement alternatif) (partie 4). Après avoir observé les tendances de long terme, l'impact des récentes modifications légales est détaillé - réforme de l'Etat en 2015, tax-shift débuté en 2016, et nouvelle loi de financement publiée en 2017 (section 5). Cette analyse permet de réaliser que c'est avant tout d'un financement pérenne que la sécurité sociale est en manque aujourd'hui. C'est pourquoi, plusieurs recommandations politiques pour assurer un financement pérenne de notre sécurité sociale seront formulées (section 6).

2. Prévision de l'ONSS - budget de la sécurité sociale 2019-2024

A la suite du conclave budgétaire de juillet 2018, le budget 2019 de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) avait été annoncé à l'équilibre. Or, les estimations des recettes et des dépenses délivrées le 28 juin 2019 par le Comité de Gestion de la Sécurité Sociale montrent un déficit qui se détériore de 1,45 milliard par rapport au budget initial prévu pour 2019. Au final, le déficit de 2019 atteint près de 2,8 milliards et a été compensé, en septembre, par une augmentation de la

Encadré 1 : Méthodologie

Pour cette étude, nous nous basons sur les chiffres du comité de gestion de la sécurité sociale (CGSS) pour les années 2002 à 2019 et nous nous restreignons donc au régime des travailleurs salariés. Lorsque nous parlons du budget de la sécurité sociale, nous sous-entendons donc le budget du régime des travailleurs salariés. Egalement, c'est l'échelon fédéral qui est ici étudié. Le budget du régime des travailleurs salariés constitue le poste le plus important du budget de la sécurité sociale. Il représentait 82% du budget total de la sécurité sociale (qui comprend celui de l'ONSS-Gestion globale pour les salariés, de l'Inasti-Gestion globale pour les indépendants, de l'Inami Soins de santé - régime unique -, des régimes hors Gestion globale et des pensions de la fonction publique) en 2015 et 68% en 2017 (suite au rapatriement des pensions de la fonction publique dans le budget de la sécurité sociale).

Le budget du régime des travailleurs salariés au niveau fédéral comprend le budget des branches suivantes de la sécurité sociale : les pensions de retraite, le chômage, l'assurance accidents du travail, l'assurance maladie professionnelle, les allocations familiales (jusqu'en 2014, à partir de 2015, elles sont transférées aux entités fédérées) et les vacances annuelles. En outre, le budget du régime des travailleurs salariés (après retrait de l'article §1 quarter de la loi du 18 avril 2017)(1) comprend environ 2/3 du budget fédéral de l'assurance obligatoire pour les soins de santé (régime unique regroupant les catégories professionnelles des salariés, de la fonction publique et des indépendants) auquel il transfère une partie de ses recettes. Le régime unique des soins de santé dispose aussi de quelques recettes propres ne provenant pas des gestions globales (celle des salariés et celle des indépendants).

(*) Pour pouvoir comparer les années entres elles, nous ne considérons pas les recettes de TVA directement affectées aux soins de santé (article §1quater de la loi du 18 avril 2017) puisqu'elles ne sont rapatriées dans la gestion globale qu'à partir de 2017.

dotation d'équilibre. Par ailleurs, les prévisions pluriannuelles pour les années 2020 – 2024, prenant notamment en compte la possibilité que la dotation d'équilibre[3] ne soit pas prolongée, prévoient également des déficits importants grimpant jusqu'à 5,84 milliards € en 2024.

Pour 2019, au niveau fédéral, la détérioration du déficit de 1,45 milliard serait engendrée par une diminution des recettes de 570 millions d'euros et une augmentation des dépenses de 885 millions. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette détérioration.

Du côté des recettes, les rentrées fédérales sont maintenant estimées à -570 millions moins élevées qu'originellement.
De 400 à 500 millions d'euros sont dus à une mauvaise estimation de l'impact de certaines mesures gouvernementales sur les recettes de cotisations (mesures dont l'impact originel a dû être réévalué, mesures mises en place plus tardivement que prévu, ou non mises en œuvre) . A titre d'exemple, la perte de recettes que représentent les mesures de réduction des cotisations, notamment dans le cadre du tax-shift, a été sous-estimée (-72,7 millions) ou les recettes liées au « *job-deals* » ont dû être revues à la baisse (-150,7 millions).

On observe également que les mesures « *lutte contre la fraude sociale* » pour lesquelles le Gouvernement tablait sur une rentrée de 101 millions ont dû être budgétisées à zéro étant donné qu'il n'y a pas d'informations disponibles quant à la concrétisation de ces mesures.

Notons également que la TVA ramènerait moins de rentrées que prévu par le gouvernement. Ce qui se répercute sur le financement alternatif de sécurité sociale qui voit ses recettes « TVA » diminuer de 49,5 millions.

Du côté des dépenses, la raison principale du dépassement de celles-ci (+885 millions au niveau fédéral) est, tout comme pour les recettes, la réestimation de l'impact des mesures gouvernementales (+373 millions). On trouve ici des mesures d'économies qui n'ont pas eu l'effet escompté ou qui n'ont pas été finalisées comme par exemple la mesure de « *responsabilisation en matière d'incapacité de travail* » qui devait permettre, selon les protagonistes du conclave budgétaire de juillet 2018, d'économiser 200 millions mais n'est actuellement pas encore mise en œuvre.

La deuxième raison de l'augmentation des dépenses est le rapatriement au sein du budget de la sécurité sociale des prestations découlant de l'enveloppe bien-être[4] (+230 millions) qui avaient été sorties provisoirement, lors du conclave de juillet 2018, des comptes de la sécurité sociale pour être mises dans le Budget de l'Etat. Or le financement de ces prestations n'est quant à lui toujours pas réintégré dans les comptes de la sécurité sociale, ce qui creuse le déficit.

Du côté des « effets volumes » proprement dit, un seul secteur est à mettre en exergue : les indemnités INAMI. En effet, il faut souligner l'augmentation du nombre de journées indemnisées dans le secteur de l'incapacité de travail qui augmente les dépenses de 122 millions.

Enfin, l'ONSS prévoit que les prestations seront finalement indexées en décembre 2019, ce qui n'était initialement pas prévu. Cela a creusé les dépenses de 69,6 millions.

En conclusion, lors du conclave 2018, diverses mesures estimées de manière trop optimistes - que ce soit en termes de **rentrées** (sous-estimation de l'effet des mesures de réduction de cotisations, surestimation des rentrées de cotisations liées au job deals et de l'impact de la lutte contre la fraude sociale, etc.) ou **d'économies réalisées du côté des dépenses** (surestimation des économies induites par la mesure de responsabilisation en matière d'incapacité de travail, etc.) - couplé à la sortie provisoire de l'enveloppe bien-être des comptes de la sécurité sociale, avaient permis d'équilibrer les comptes de la sécurité sociale. La dotation d'équilibre était alors passée de 2,1 milliards € en 2018 à 1,4 milliard € début 2019. Elle a du être augmentée pour atteindre 3 milliards en septembre 2019.

Tableau 1 : Estimation du déficit et du solde du budget de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) en millions, 2019-2024, source: CGSS

	2019*	2020*	2021*	2022*	2023*	2024*
Déficit	-2.768	-3.342	-4.125	-4.646	-5.230	-5.843
Dotation d'équilibre	3.055	2.881	0	0	0	0
Solde	287	-589	-4.125	-4.646	-5.230	-5.843

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

3. La dotation d'équilibre, réintroduite en 2017 avec la nouvelle loi de financement de la sécurité sociale, sert à éviter les déficits de la sécurité sociale liés à son sous-financement. Elle provient directement de l'Etat fédéral.
4. Cette enveloppe vise le financement d'un budget de la sécurité sociale prévu pour la liaison au bien-être des allocations sociales

3. Un problème du côté des dépenses ?

Cependant, les déficits actuels étant en partie le reflet d'un problème de plus long terme, il faut analyser l'évolution du budget de la sécurité sociale sur le temps long.

Le déficit prévu pour 2019 provient-il d'une tendance à la hausse des dépenses qui mettrait sous pression la sécurité sociale ? Cette thèse est difficile à défendre au regard des chiffres de l'ONSS.

De 2003 à 2014, les dépenses croissent annuellement en moyenne de 3,1% en termes réels. A partir de 2016 et jusque 2019, on observe une rupture de tendance : le taux de croissance réel annuel des dépenses devient légèrement négatif (-0,2% en moyenne). Ainsi, malgré une croissance de la population non nulle sur la période (1,8% entre 2016 et 2019)[5] et une population vieillissante, les dépenses de sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) n'ont pas augmenté entre 2016 et 2019, hors inflation. En outre, la croissance des dépenses est inférieure au taux de croissance réel du PIB sur cette même période. En effet, alors que le PIB réel croit en moyenne de 1,45% par an entre 2016 et 2019, les dépenses stagnent. Cette rupture n'est pas ou n'est guère explicable par le transfert vers les Entités fédérées d'environ 15% des dépenses, car les allocations familiales qui ne croissent guère constituent la plus grande part de ce qui a été transféré, tandis que les dépenses transférées de l'assurance chômage et des soins de santé (avec pour ceux-ci une croissance plus rapide) n'en représentent qu'une petite part.

Ce tassement des dépenses ne s'est pas fait de manière indolore. Cette contraction correspond entre autres à des processus de restrictions budgétaires et à des efforts d'économies substantiels comme cela s'est produit, ces dernières années, dans les soins de santé[6], les conditions d'accès au chômage (réforme des allocations d'insertion, 2012) ou à la pension (réforme des pensions, 2015).

L'hypothèse largement répandue selon laquelle c'est une augmentation incontrôlée des prestations sociales qui expliquerait la situation critique d'aujourd'hui n'est donc pas confirmée.

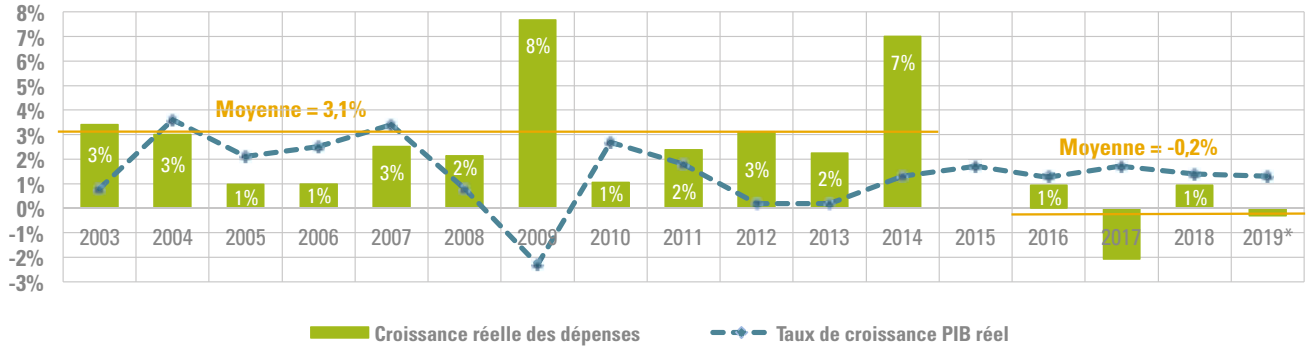
Regardons à présent l'autre facette du budget de la sécurité sociale : son financement.

4. Que nous apprend l'analyse du financement de la sécurité sociale ?

Pour analyser l'évolution du financement de la sécurité sociale, il nous faut tout d'abord remonter un peu dans le temps. A ses débuts, après la seconde guerre mondiale, la sécurité sociale fut fondée sur un mode de gestion paritaire où les interlocuteurs sociaux (représentants des travailleurs et du patronat) occupaient une place centrale[7]. Le financement se calquait alors sur cette gestion paritaire : il était essentiellement basé sur les **cotisations sociales** des employeurs et des salariés, prélevées sur les revenus du travail. Les cotisations sociales ne peuvent être considérées comme de l'impôt dans le sens où elles n'appartiennent pas directement à l'Etat, mais aux travailleurs et employeurs. En effet, elles correspondent

Figure 1 : Taux de croissance annuel réel des dépenses de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés), 2003-2019, source: CGSS et OECD

Légende : * = dernière estimation de de l'ONSS (62e rapport du CGSS) ; Suite au transfert de compétences de 2015 (6e réforme de l'Etat), nous n'indiquons pas le taux de croissance réel de 2015 qui est de – 14%



5. Source : Statbel
6. P. van Cutsem., Budget soins de santé 2018 : Un budget qui invite à la modération MC-Info 271. Mars 2018.

directement à une part du salaire qui est en quelque sorte payée de manière différée et est « socialisée » afin de couvrir certains risques sociaux.

A partir des années 70, le financement de la sécurité sociale va de plus en plus dépendre d'un financement autre que celui des cotisations sociales, d'abord par un recours accru aux **subventions de l'Etat**, ensuite par le **financement alternatif** qui, comme son nom l'indique, a principalement visé à compenser les réductions successives des cotisations, patronales essentiellement. Les subventions de l'Etat regroupent la **dotation classique** et, plus récemment, la **dotation d'équilibre**, qui proviennent toutes deux directement de l'Etat fédéral. La dotation classique est automatique tandis que la dotation d'équilibre vient, quand cela est nécessaire, compenser les déficits de la sécurité sociale liés à son sous-financement. Le **financement alternatif** redirige une partie de l'argent collecté des impôts vers la sécurité sociale (à l'époque, seule la TVA était concernée, d'autres impôts s'y sont ensuite ajoutés).

Cette diversification des sources de financement est concomitante à un glissement dans la gouvernance de la sécurité sociale. Le modèle du « bipartisme » ancré dans la philosophie originelle va laisser la place à un « tripartisme » de plus en plus prégnant. L'instauration de la gestion globale de la sécurité sociale en 1995 acte une représentation toujours égale des patrons et des syndicats, mais également la participation d'un troisième acteur dans la gestion de la Sécu, le gouvernement, ayant un droit de veto sur les décisions prises[8].

Ces dernières années, plusieurs réformes et glissements fiscaux ont eu un impact sur ces différentes sources de financement : **la 6e réforme de l'Etat** (2015), **le tax shift** (à partir de 2015) et la **nouvelle loi de financement de la sécurité sociale** (18 avril 2017) (voir encadré n°2). Afin de démêler les effets de ces différentes réformes sur le financement de la sécurité sociale, nous procédons à une analyse méthodique, en commençant par étudier l'évolution générale du financement total (section 4.1).

Encadré 2 : Les récentes réformes ou glissements fiscaux qui affectent le budget de la sécurité sociale.

- A partir de 2015, la **6e réforme de l'Etat** acte d'importants transferts de compétences liés à la sécurité sociale vers les entités fédérées, notamment les allocations familiales, une partie des soins de santé et un morceau de l'assurance chômage et des mesures de politique d'emploi qui étaient financées par l'assurance chômage. Au niveau du budget fédéral de la sécurité sociale, cette réforme a pour effet de transférer une partie du financement alternatif et des subventions de l'Etat aux entités fédérées et ainsi de relever l'importance relative des recettes de cotisations sociales dans le budget de la sécurité sociale fédérale.

- En 2015, le **tax shift** est voté. Il est introduit en plusieurs vagues de mesures entre 2015 et 2019 et vise, selon ses protagonistes, à améliorer la compétitivité belge tout en augmentant le pouvoir d'achat des citoyens. Ce « tax-shift » engendre un glissement de la fiscalité, et plus spécifiquement un shift d'une pression fiscale sur le travail vers une pression fiscale sur la consommation et le capital. Plusieurs mesures du tax shift affectent le budget de la sécurité sociale : le passage des cotisations patronales de 32,4% à 25% pour le taux facial ; la hausse de la TVA sur l'électricité, la rénovation des habitations et la chirurgie esthétique et la hausse du précompte mobilier de 25% à 30%. La baisse des cotisations patronales vient diminuer les recettes de cotisations sociales alors que la hausse de la TVA et du précompte mobilier gonfle le financement alternatif.

- La loi de financement de **la sécurité sociale** (18 avril 2017) réforme le financement de la sécurité sociale. Elle simplifie le financement alternatif, rétablit la dotation d'équilibre – en tout cas pour quatre ans - en soumettant par ailleurs son octroi à l'examen de certaines conditions, redéfinit la dotation classique et instaure une commission « Finance et Budget » qui a pour mission de suivre et d'analyser l'évolution du financement de la sécurité sociale.

7. Le rôle de l'Etat dans la gestion de la sécurité sociale était alors majoritairement de deux ordres : d'une part le contrôle des comptes, et d'autre part la traduction des avis et propositions des gestionnaires de la sécurité sociale en textes de loi (Reman, P. et Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. Reflets et perspectives de la vie économique, 4, pp. 101-113).
8. Ce droit de veto, concédé uniquement au Gouvernement, fait dire aujourd'hui aux partenaires sociaux qu'il n'y a pas de véritable gestion tripartite.

4.1. Le financement de la sécurité sociale en stagnation depuis 2016

Si le déficit prévu pour 2019 peut difficilement être attribuable à un dérapage inexpliqué ou incontrôlé des dépenses de sécurité sociale, l'étude des recettes peut-elle nous apprendre davantage sur la dynamique en cours ?

La Figure 2 montre une rupture de tendance à partir de 2016. De 2003 à 2014, la croissance réelle (hors inflation) des recettes est en moyenne de 3% par an alors que de 2016 à 2019, elle stagne (0% en moyenne). Cela signifie que le financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés), en termes réels, n'augmente plus depuis 2015 : il était égal à 62,6 milliards en 2015 (au prix de 2014) ; il n'équivaut plus qu'à 62,4 milliards en 2019 (au prix de 2014). En outre, entre 2016 et 2019, ces recettes de sécurité sociale connaissent une trajectoire nettement moins favorable que celle du PIB réel, qui croît en moyenne de 1,45% sur la période.

Afin de comprendre plus spécifiquement ce qui explique cet enrayement du taux de croissance du financement de la sécurité sociale, les sous-sections suivantes analysent successivement les différentes sources de financement de la sécurité sociale, chacune héritière d'une histoire et d'un fonctionnement spécifique : à savoir, les cotisations sociales (4.2), le financement alternatif (4.3) et les subventions de l'Etat (4.4) qui incluent la dotation classique (4.4.A) et la dotation d'équilibre (4.4.B.).

4.2. Le déclin substantiel des cotisations sociales

Lors de la création de la sécurité sociale belge, le financement était essentiellement basé sur les cotisations sociales des employeurs et des salariés. A partir des années 70, la part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale commence à diminuer en raison de mesures de réduction des cotisations patronales visant à restaurer la compétitivité salariale des entreprises exposées à la concurrence internationale, à promouvoir l'emploi en général ou de certaines catégories de travailleurs, et plus accessoirement en raison de réductions des cotisations versées par les travailleurs à bas salaire, sensées réduire les pièges à l'emploi (en augmentant l'écart entre le salaire et l'allocation de chômage).

Les données plus récentes (2002-2019) montrent que la tendance à la baisse des recettes de cotisations se poursuit encore actuellement.

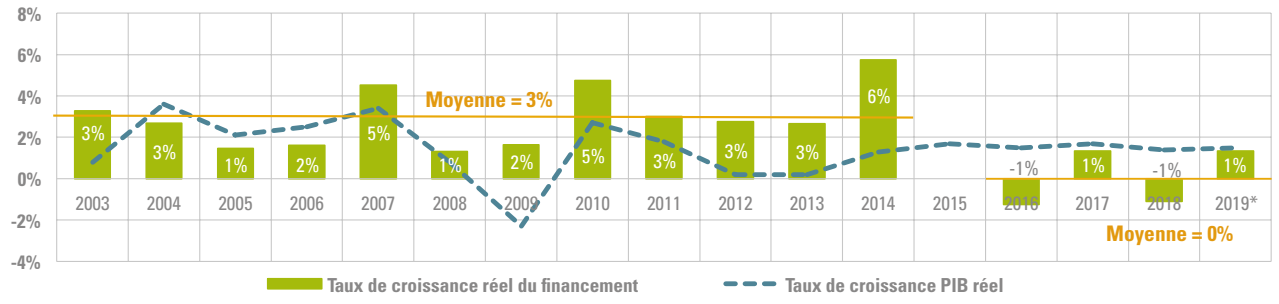
En effet, la figure 3 nous montre que, de 2002 à 2014, la part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale ne cesse de diminuer, passant de 76% en 2002 à 63% en 2014.

En 2015, suite au **transfert de compétences,** la part des cotisations dans le financement global ré-augmente, atteignant son niveau de 2002, à savoir, 76%. Cela car le transfert de moyens du Fédéral vers les Communautés, lors de la 6e réforme de l'Etat s'est fait à partir du financement alternatif et des subventions de l'Etat, ce qui diminue leur part dans le financement global de la sécurité sociale.

Entre 2015 et 2019, la part des cotisations sociales reste assez stable : elle oscille entre 76% et 77%. Cela cache cependant une légère diminution du montant des cotisations en termes réels : hors inflation, le montant des **cotisations** – tout comme le financement total – diminue de 2015 à 2019, passant de 48,4 milliards d'euros à 47,4 milliards au prix de 2014. Pourtant, le taux d'emploi n'a cessé d'augmenter sur la période, passant de 61,8% en 2015 à 64,5% en 2018.

Figure 2: Taux de croissance réel du financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés), 2003-2019, source: CGSS et OECD

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS) ; Suite au transfert de compétences de 2015 (6e réforme de l'Etat), nous n'indiquons pas le taux de croissance réel de 2015 qui est de – 14%



Dans un deuxième temps, nous neutralisons l'effet de la sixième réforme de l'Etat. Pour ce faire, nous faisons comme si la 6e réforme de l'Etat avait eu ses effets en 2002 et non en 2015 (voir figure 4). Nous enlevons donc pour les années 2002-2014 le montant transféré aux entités fédérées suite à cette réforme (une partie du financement alternatif et des subventions de l'Etat), proportionnellement à la croissance du budget de l'année en question. La tendance est alors plus claire : une baisse continue de la part des cotisations sociales entre 2002 où elles représentaient 92% du financement de la sécurité sociale, à 2019, où elles en représentent 76% . Autrement dit, on pourrait considérer que les cotisations ont perdu 16% de leur poids dans le financement de la sécurité sociale durant cette période. Cela, au profit du financement alternatif (13% du financement en 2019) et, plus modestement, des subventions de l'Etat (8% du financement en 2019).

A. Pourquoi les recettes de cotisations diminuent-elles ?

Au niveau macroéconomique, plusieurs facteurs peuvent expliquer la baisse tendancielle de la part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale et, ces dernières années, la diminution du montant des cotisations sociales en termes réels – malgré un taux d'emploi à la hausse.

- La baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée peut constituer une première raison. En effet, si la masse

Figure 3: Evolution de la part relative dans le financement total des 3 grandes sources de financement, 2002-2019, source: CGSS

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

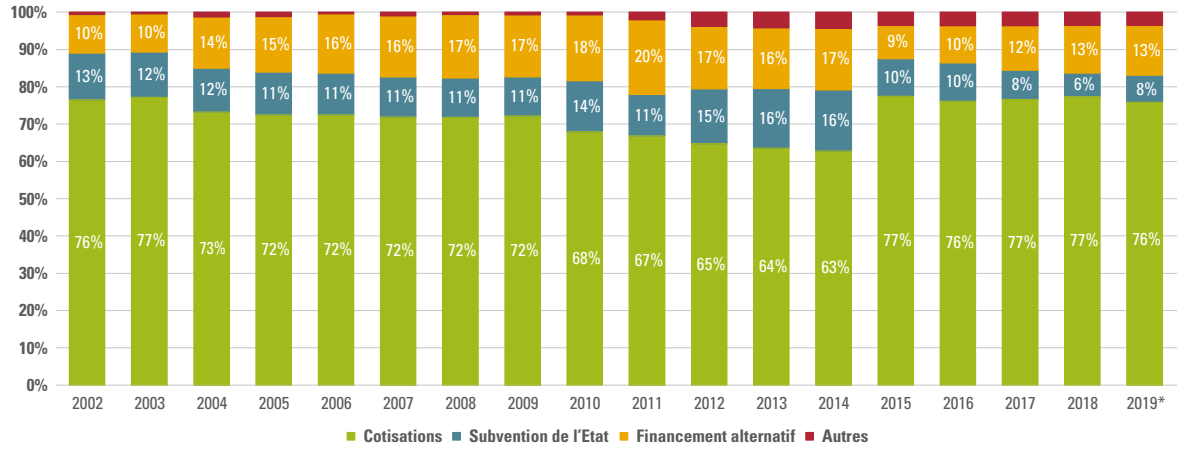
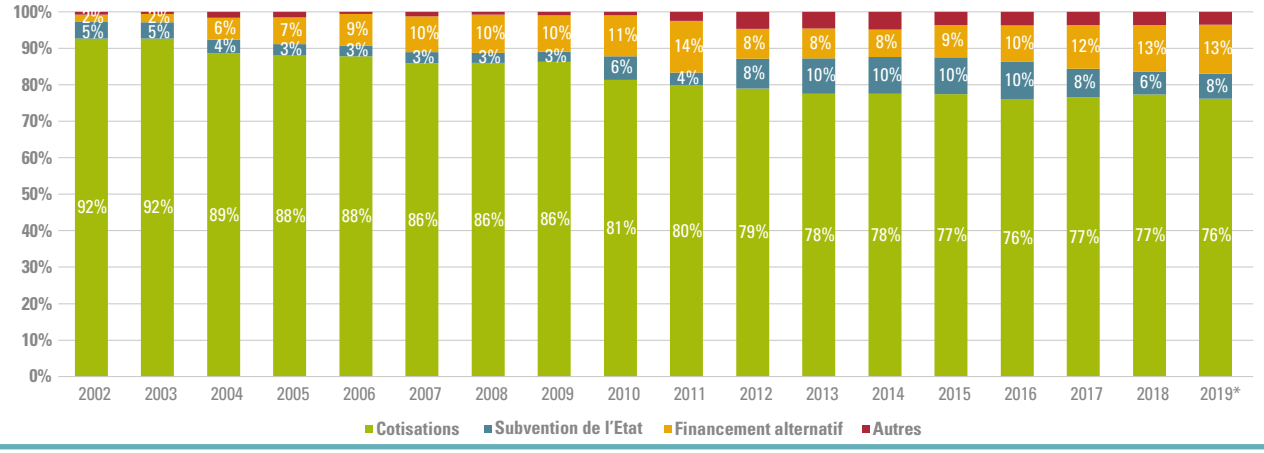


Figure 4 : Evolution de la part relative dans le financement total des 3 grandes sources de financement avec neutralisation pour la 6e réforme de l'Etat, 2002-2019, source: CGSS

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)



salariale diminue relativement au PIB, les recettes de cotisations auront tendance à évoluer moins vite que le PIB. Or, en Belgique, la part de la valeur ajoutée consacrée au salaire est passée de 63% en 2002 à 59% en 2017[9].

- Les avantages extra-légaux sur lesquels aucune ou peu de cotisations sont prélevées constituent une deuxième raison. Une récente étude[10], commanditée par le SPF sécurité sociale, cherche à comprendre pourquoi, si la masse salariale continue à enfler, les cotisations que la sécurité sociale en retire progressent nettement moins vite. Cette étude évalue qu'entre 2015 et 2020, la première aura crû de 17,3%, et les secondes de 9,5%. Cette étude évalue l'impact de onze avantages extra-légaux sur le budget de la sécurité sociale et conclut que ces avantages représentent à eux seuls 6,74 milliards de masse salariale, soit 3% de la masse salariale totale, qui échappent aux cotisations de sécurité sociale.

Dans cet article, dont le champ méthodologique est balisé par les données des documents de l'ONSS, nous nous attarderons essentiellement sur une troisième raison: **la hausse des mesures de réductions de cotisations**.

En effet, depuis les années 2000, les différents gouvernements, au fil des législatures, ont pris des mesures qui visent à diminuer les cotisations (essentiellement patronales) avec l'objectif annoncé **d'augmenter la compétitivité et de créer de l'emploi** et, plus accessoirement, de favoriser le maintien en emploi des personnes peu qualifiées ou plus susceptibles d'être remplacées par des investissements économisant de la main d'œuvre, de promouvoir l'emploi de certaines catégories défavorisées sur le marché du travail et, comme signalé plus haut, de lutter contre les « pièges à l'emploi » (en augmentant la différence entre le salaire net et l'allocation de chômage).

Les réductions de cotisations sont ainsi passées de 3,8 milliards en 2002 à 11 milliards en 2019, inflation comprise[11], donc en termes nominaux (**figure 5**). Le montant total des réductions de cotisations a donc presque triplé en 17 ans. Plus spécifiquement, on observe, entre 2016 et 2019, une rupture de tendance, avec une accélération très marquée de celle-ci. Le tax shift, qui commence à avoir ses effets en 2016, est à l'origine de cette rupture.

Le tableau 2 s'attarde sur la proportion des réductions de cotisations dans le total des cotisations sociales : si, en 2002, les réductions de cotisations équivalaient à 12% du montant des recettes de cotisations pour la sécurité sociale, en 2019, elles équivalent à 21%, soit près du double.

Figure 5 : Montants nominaux annuels des réductions de cotisations pour le régime des travailleurs salariés, en millions, 2002-2019, source : CGSS.

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

9. Source : bureau du plan.
10. https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/renum-sdworx-2019.pdf , consulté le 24-07-2019.
11. Hors inflation, donc en termes nominaux, les réductions de cotisations sont passées de 4,9 milliards en 2002 à 10,3 milliards en 2019. Elles ont donc plus que doublé.

Tableau 2 : Proportion des réductions de cotisations par rapport aux cotisations totales pour le régime des travailleurs salariés.

	2002	2005	2010	2015	2019*
Réduction/tot	11,9%	14,8%	16,3%	14,2%	21,2%

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

Le tableau 3 montre que les réductions de **cotisations patronales**, par opposition aux réductions de **cotisations personnelles**, ou **d'autres mesures ciblées**, constituent le poste le plus important des réductions de cotisations. Leur proportion a tendance à s'accroitre dans le temps, passant de 68% en 2012 à 79% en 2019. En cause, notamment, le tax shift qui vient gonfler les réductions de cotisations patronales à partir de 2016 via **la réduction du taux facial** de 32,4% à 25% sur l'ensemble des salaires et via les mesures « bas salaire » qui visent à augmenter les réductions de cotisations sur les bas-salaires.

Quand on analyse les réductions de cotisations, **on réalise que le tax-shift est une thématique centrale**. Que peut-on dire de l'impact total du tax shift sur le budget de la sécurité sociale ? Un focus sur ce dernier nous permet de mieux comprendre la situation.

Tableau 3 : Répartition des réductions de cotisations, 2002-2019, source: CGSS

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Réduction cot. Personnelle**	11%	11%	12%	12%	13%	11%	11%	10%
Réduction cot. Patronales	68%	68%	68%	64%	70%	74%	76%	79%
• *Dont réductions ciblées****	*9%*	*9%*	*9%*	*9%*	*9%*	*4%*	*5%*	*5%*
• *Dont réductions structurelles (tax shift inclus)*****	*91%*	*91%*	*91%*	*91%*	*91%*	*96%*	*95%*	*95%*
Autres (mesures ciblées)******	21%	22%	20%	10%	2%	1%	1%	1%

** Bonus à l'emplois pour bas salaire, avantage pour les travailleurs licenciés suite à une restructuration

*** «Plans Plus» (réduction sur les premiers engagements), réduction collective du temps de travail, horeca, remplacement secteur public,...

**** Forfait (supprimé en 2018), haut salaire (supprimé 2018), bas salaire et passage 32% à 25% (tax shift)

***** Maribel social, et non-marchand, réduction spécifique (université, recherche), groupes cibles,…

B. Les réductions de cotisations sont-elles efficaces ?

Le raisonnement sous-jacent des gouvernements, lorsqu'ils ont cherché à diminuer les cotisations sociales, était que le « *coût du travail* » pourrait ainsi être diminué et que cela aurait potentiellement des répercussions positives sur le taux d'emploi via deux canaux. D'une part, cela pourrait encourager les employeurs **à engager plus** car le coût du travail diminue relativement au coût du capital productif (c-à-d, des investissements). D'autre part, réduire le coût du travail, pour autant qu'il se répercute en une baisse du prix de vente, **augmente la compétitivité des entreprises**, tant à l'exportation (les prix à l'exportation diminuent relati-

vement aux prix des autres pays) que sur le marché intérieur (les prix des producteurs belges diminuent relativement aux prix des concurrents étrangers présents sur le marché belge). Cette hausse de la compétitivité peut alors stimuler les ventes des entreprises belges et ainsi encourager les entreprises à embaucher plus de main d'œuvre pour faire face à la hausse de la demande.

Cependant, la littérature économique reste controversée sur le sujet, et l'incidence du coût du travail sur l'emploi n'est pas démontrée de manière univoque. Plusieurs arguments sont généralement cités pour nuancer cette thèse de départ.

En ce qui concerne la **compétitivité** premièrement, s'il est efficace de réduire le coût du travail via des réductions de cotisations lorsque un pays est seul à le faire, les avantages concurrentiels diminuent très vite lorsque ses principaux partenaires commerciaux mènent des politiques identiques, ce qui peut déboucher sur un jeu à somme nulle, qui met en concurrence les différents systèmes de protection sociale sans permettre des différences notables en terme de compétitivité[12].

En outre, cette thèse se base également sur le raisonnement implicite que notre avantage comparatif en terme de compétitivité se situerait sur le coût de la main d'œuvre. Or, des économistes avancent que l'avantage comparatif des pays développés se situerait davantage dans leur capacité à mobiliser une main d'œuvre qualifiée utilisant les dernières technologies disponibles et à générer de l'innovation dans les produits et les processus de production, plutôt que dans une concurrence par les prix via la réduction du coût salarial. Face aux entreprises des pays émergents disposant d'une abondante main-d'œuvre bon marché, les firmes des pays développés sont désarmées si elles s'engagent dans une concurrence par les prix en cherchant à produire toujours moins cher[13].

De plus, dans les secteurs où les entreprises font face à une concurrence relativement faible, les baisses de cotisations ne se répercutent pas automatiquement dans une diminution des prix - qui favoriserait la consommation de produits intérieurs et donc la création d'emplois -, elles peuvent également se répercuter dans des marges bénéficiaires supérieures en faveur généralement du facteur « capital », autrement dit des actionnaires. Si tel est le cas, l'impact sur l'emploi est amoindri[14].

Certains économistes préconisent donc de cibler les réductions de cotisations sur les bas salaires. Mais ici aussi la littérature amène nuance et prudence. Certains économistes, comme Aziza Garsaa et Nadine Levratto concluent même que les réductions de cotisations sur « bas salaires » réduisent la fréquence des exportations car elles poussent les entreprises à substituer de la main d'œuvre qualifiée à de la main d'œuvre peu qualifiée et à des technologies innovantes, ce qui, in fine, détériore la qualité de la production et le contenu en innovation[15]. En outre, les réductions de cotisations peuvent créer une trappe à bas salaires en incitant les patrons à embaucher et à ne pas augmenter les bas salaires. L'impact n'est donc pas univoque mais globalement, l'avis dominant est celui d'un effet positif sur le maintien en emploi des travailleurs et travailleuses à bas salaires. Ce qui justifierait d'ailleurs un transfert des réductions structurelles de cotisations qui sont très dispendieuses par rapport à leur impact sur l'emploi, vers des réductions sur les bas salaires mais aussi vers certains groupes défavorisés sur le marché du travail avec dans ce cas un contrôle de l'embauche ou du maintien à l'emploi si cela augmente l'efficacité de la mesure.

Les différents arguments mentionnés ci-dessus montrent que le lien entre réduction de cotisations et accroissement de la compétitivité des entreprises n'est pas univoque. Or, si la baisse des cotisations sociales n'entraine pas une hausse de la compétitivité des entreprises, la demande envers ces entreprises ne croitra pas et l'impact sur l'emploi sera mitigé.

Outre l'impact mitigé des réductions de cotisations sur la compétitivité, la baisse des cotisations se traduit également par une baisse des revenus des travailleurs au sens large, via la réduction des prestations sociales, ce qui peut entrainer **une baisse** de leur consommation, donc de la demande aux entreprises et donc de **la demande de main-d'œuvre**[16].

4.3. Le financement alternatif : une compensation insuffisante ?

Depuis son introduction en 1980 jusqu'au milieu des années 90, le recours au financement alternatif reste assez mineur et répond pour une part à la hausse des réductions de cotisations patronales (Opération Maribel) et pour une moindre part à une volonté de réduire les subsides de l'Etat, plus élevés à l'époque. A partir de 1995, les mesures visant à réduire les cotisations sociales gagnent en importance, et le financement alternatif sert alors surtout à compenser ces réductions. On observe ainsi, à partir de 1995, un accroissement constant de la part du financement alternatif dans le budget de la sécurité sociale.

12. Maurin E., Thesmar D. et Thoenig, M. (2003) «Mondialisation des échanges et emploi : le rôle des exportations», Economie et statistique, n° 363-364-365.
13. Garsaa, A. et Levratto, N. (2015). « Do labor tax rebates facilitate firm growth? An empirical study on French establishments in the manufacturing industry, 2004–2011", Small Business Economics, vol. 5, n°3.
14. Husson, M. (2019). Maigre bilan pour les baisses de cotisations. Alternatives économiques.
15. Ibidem
16. Le Bihan, H. (1995). L'impact macroéconomique d'une réduction des cotisations employeurs, revue de l'OFCE, in *Problèmes économiques*, n°2594, décembre 1995.

Tableau 4 : Impact du tax shift (en millions d'€) sur le budget de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés), source: CGSS et calculs propres.

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS) ; ** = calculs propres sur base des données de l'ONSS.

		2016	2017	2018	2019*	Total (2016-2019)
Pertes de recettes	Cotisations sociales (passage 32% à 25%)	- 1.505 €	- 2.056 €	- 6.606 €	- 6.872 €	- 17.039 €
Diminution de certaines pertes	Réductions structurelles (forfait, bas et haut salaire)**	- 106 €	- 108 €	3.460 €	3.440 €	6.687 €
Sous-total	*Impact total réductions cotisations*	- 1.612 €	- 2.164 €	- 3.146 €	- 3.431 €	- 10.353 €
Recettes supplémentaires	TVA	- €	1.179 €	1.449 €	1.631 €	4.260 €
	Précompte mobilier	1.256 €	692 €	851 €	958 €	3.758 €
	Total	- 355 €	- 291 €	- 845 €	- 840 €	- 2.334 €

Focus sur le tax shift :

En tenant compte des effets retours sur l'emploi (calculs du bureau du Plan), l'ONSS estime les gains et pertes de recettes pour la sécurité sociale qui découlent du tax-shift. Ces chiffres nous permettent de comprendre que, suite au tax-shift, les cotisations patronales ont fortement été abaissées via la « *réduction structurelle du taux de base* » qui passe de 32,4% à 25% et représentent -17 milliards de recettes cumulées entre 2016 et 2019. Une partie de cette réduction (6,7 milliards entre 2016 et 2019) est compensée par une diminution de l'usage des méthodes de « réductions structurelles » du type « *forfaits* » et de leur adaptation et simplification (de sorte que ce sont surtout les travailleurs percevant un bas salaire qui entrent encore en ligne de compte pour cette mesure[17]). In fine, entre 2016 et 2019, environ 10 milliards de recettes de **cotisations sociales** sont perdues suite au tax-shift. L'octroi de 8 milliards de **financement alternatif** supplémentaire dans le cadre du financement du tax-shift (TVA et précompte mobilier) rectifie en partie le tir pour la sécurité sociale, mais pas entièrement.

A l'origine, le tax shift avait été pensé comme neutre budgétairement. Le pari était que le financement alternatif et les effets retours sur l'emploi compenseraient les pertes de cotisations sociales. Ce n'est manifestement pas le cas, puisque, malgré la prise en compte de ces effets retour sur l'emploi et le surplus de financement alternatif, l'ONSS estime que le tax-shift engendre, entre 2016 et 2019, une perte cumulée de -2,3 milliards de recettes pour la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés).

Notons toutefois que ces chiffres donnent plus un ordre de grandeur qu'un montant exact. La méthodologie pour intégrer les effets retour et évaluer l'impact du tax-shift sur le financement de la sécurité sociale est peu transparente au niveau des données de l'ONSS.

17. Voir http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=5336. Les réductions structurelles du type "forfaits" sont des réductions trimestrielles de cotisations patronales accordées à chaque travailleur occupé de manière récurrente. Avant le tax shift, le tarif de base de la réduction s'élèvait à 400€ par trimestre. Il était majoré d'un supplément pour les bas salaires et pour les hauts salaires. Avec l'entrée en vigueur du tax shift, ces mesures de réductions structurelles sont progressivement supprimées excepté la mesure bas salaire.

Plus précisément, **entre 2002 et 2014**, la part du financement alternatif dans le financement de la sécurité sociale **augmente constamment**, passant de 10% en 2002 à 17% en 2014, avec un pic à 20% en 2011 (voir figure 3). Après avoir **diminué fortement en 2015 suite à la 6e réforme de l'Etat**, la part du financement alternatif **augmente à nouveau de manière substantielle entre 2016 et 2019**, principalement à cause du tax shift. Aujourd'hui, il représente 13% du financement de la sécurité sociale.

Enjeux autour du financement alternatif

Les principaux éléments à épingler, ces dernières années, au sein du financement alternatif sont, d'une part le **tax shift** (2016) qui **alloue à la sécurité sociale des recettes supplémentaires** de précompte mobilier et de TVA afin de compenser les diminutions de cotisations sociales et gonfle ainsi le poids du financement alternatif par rapport aux autres sources. Cependant, cette compensation est partielle et explique une partie du déficit actuel de la sécurité sociale. Aujourd'hui, les recettes liées au tax shift représentent autour de 30% du financement alternatif.

Ensuite, la **nouvelle loi de financement** de la sécurité sociale (2017) qui **simplifie** les sources du financement alternatif et acte la TVA et le précompte mobilier comme les deux sources principales de ce financement. Suite à cette nouvelle loi, le financement alternatif est dorénavant composé pour 2/3 de recettes provenant de la TVA et pour 1/3 de recettes venant du précompte mobilier (voir tableau 5).

Le recours au financement alternatif comporte certains avantages : c'est un financement théoriquement plus structurel que les subventions de l'Etat qui seraient davantage tributaires d'arbitrages politiques, quoique les recettes affectées (de TVA par exemple) puissent être changées par une simple loi modificatrice. Egalement, en terme de justice sociale, on peut noter que le précompte mobilier est un impôt « redistributif », qui cible les revenus du capital.

Cependant, faire appel au financement alternatif comporte également des ambivalences: premièrement, la TVA, qui constitue la source majeure de ce financement, est un impôt indirect[18] **proportionnel**. Ce qui implique qu'il est à la fois considéré comme **moins redistributif**[19] que l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IPP)[20] étant donné que le taux de TVA est identique quelque soit le revenu, et qu'il **pèse proportionnellement plus sur les ménages à bas salaires**[21] malgré la distinction entre taux normal et taux réduit sur les produits de consommation de base[22]. Par exemple, les recettes de TVA

Tableau 5 : Composition du financement alternatif, 2014-2019, source: CGSS

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (62e rapport du CGSS)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
%TVA	77%	83%	69%	66%	67%	67%
dont tax shift				*23%*	*26%*	*28%*
% Précompte mobilier	6%	10%	31%	34%	33%	33%
dont tax shift			*69%*	*26%*	*30%*	*32%*
% Autres	17%	7%	0%	0%	0%	0%

18. Un impôt indirect est un impôt collecté par une autre personne que celle qui le récupère, à l'occasion d'opérations précises et indépendamment de la personne. La personne intermédiaire (une entreprise en règle générale) qui paie l'impôt à l'Etat répercute donc tout ou une partie du montant de l'impôt sur le prix de vente au consommateur. Ce type d'impot est généralement prisé car les contribuables réels, qui sont les consommateurs, ont moins l'impression de payer des impôts qu'avec l'impôt direct. Par opposition, un impôt direct est dû nominativement par une personne physique ou morale. [Ooreka.fr et wikipédia]
19. La TVA n'est pas progressive comme l'IPP mais elle reste néanmoins redistributive au sens où la consommation plus élevée des hauts revenus permet de réduire les inégalités après taxations directes et indirectes.
20. H. Sterdyniak, La fiscalité française, un chef-d'œuvre en péril ?, *Regards croisés sur l'économie 2007/1 (n° 1)*, pages 69 à 86
21. La TVA pèse proportionnellement plus sur un agent économique qui consomme une fraction plus importante de son revenu, et à moins la possibilité d'épargner.
22. Et même si la TVA permet de taxer les revenus non déclarés qui sont en moyenne plus importants en haut de l'échelle sociale.

liées au tax shift proviennent essentiellement de la hausse de la TVA sur l'électricité, mesure illustrative du caractère non-redistributif de la TVA étant donné que la facture d'électricité représente près de 3,5% du budget des ménages du premier décile pour moins de 1,5% dans le dernier décile[23].

Financer la sécurité sociale - qui vise à garantir une solidarité via une redistribution des revenus et une socialisation des risques -, via un impôt considéré comme moins redistributif et impactant proportionnellement plus les plus bas revenus peut sembler paradoxal et pose des questions d'équité et de justice sociale. Non pas du fait d'affecter une partie de la TVA à la sécurité sociale, ce qui ne change rien en termes de progressivité de l'ensemble des impôts, mais de relever la TVA pour la financer.

Une seconde interpellation concerne le poids relatif du financement alternatif et les conséquences institutionnelles et politiques en termes de gestion de la sécurité sociale. Dans le passé récent, la diminution du poids des cotisations sociales avait renforcé la présence du gouvernement fédéral dans la gestion de la sécurité sociale devenue alors tripartite. La croissance du financement alternatif accentuera peut-être la centralité du gouvernement dans les décisions de la sécurité sociale.

4.4. Subventions de l'Etat : une source de financement aujourd'hui en péril

Instauré dans les années 70, la part des subsides de l'Etat **augmente jusque dans les années 80** pour atteindre environ **30% du financement de la sécurité sociale**. Elle **diminue** ensuite **jusqu'au début des années 2000**, principalement en faveur du financement alternatif. Entre 2002 et 2014, la part des subsides de l'Etat - regroupant d'une part la « dotation classique » et, par intermittence, la « dotation d'équilibre » - dans le financement total de la sécurité sociale varie entre 11 et 16% et compense tour à tour soit la diminution des cotisations sociales soit la diminution du financement alternatif (voir figure 3). Ainsi, **jusqu'en 2014, la part des subsides de l'Etat a tendance à s'accroître, passant de 13% du financement à 16%**.

La tendance s'inverse, cependant, **à partir de 2015**. Si la diminution de 2015 est liée à la 6e réforme de l'Etat, la légère diminution de 2016 à 2019, pour atteindre 8% en 2019, pour atteindre 5% seulement en 2019, témoigne des effets de la nouvelle loi de financement de la sécurité sociale, que nous détaillons ci-dessous.

A. Dotation classique

Via l'introduction de ce « coefficient de vieillissement », le gouvernement fédéral veut s'assurer que la dotation de l'Etat suive des besoins en augmentation. Cependant, comme on l'observe, ce coefficient est conditionné. Ce phénomène est nouveau et marque une rupture : pour la première fois, un volet du financement de la sécurité sociale se trouve formellement lié au respect d'une croissance économique minimale et à un critère concernant le marché de l'emploi (l'allongement des

Encadré 3 : Contexte légal de la dotation classique suite à la nouvelle loi de financement (2017)

« La loi de financement de la sécurité sociale maintient, comme par le passé, la dotation classique de l'Etat qui est adaptée chaque année en fonction de l'évolution de l'indice-santé. L'élément nouveau est la volonté de pouvoir éventuellement augmenter ce financement pour prendre en compte certaines évolutions démographiques (comme le vieillissement de la population). La dotation pourrait en effet être augmentée chaque année par un « *coefficient de vieillissement* ».

Cependant, sa valeur est censée être fixée annuellement par le gouvernement en Conseil des Ministres, renforçant le rôle prépondérant du gouvernement dans son élaboration, et il ne s'applique que si, d'une part, **l'âge effectif de sortie du marché du travail augmente significativement tous les ans** et d'autre part, que **la croissance réelle du PIB atteint au moins 1,5%** »[24].

23. André Decoster et Kevin Spiritus, « Wie draagt de last van een BTW-verhoging », http://www.andredecoster.be/wp-content/uploads/2012-Decoster-Spiritus-FLEMOSI-WP-Wie-draagt-last-BTW-verhoging.pdf
24. Nabil Shiekh Hassan. (2017). Réforme du financement de la sécurité sociale en Belgique : le début d'un nouveau paradigme. In *MC-Information 270 – décembre 2017*, p.40

Tableau 6: Evolution des subventions de l'Etat Fédéral en termes nominaux, 2013-2021, en millions d'€, source: CGSS

Légende : * = dernière estimation de l'ONSS (61e-62e rapport du CGSS)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*	2021*
Dotation classique	6.272	6.330	6.352	6.487	1.953	2.073	2.113	2.135*	2.055*
Dotation d'équilibre	4.805	5.554	0	0	3.202	2.109	3.055	2.881*	0*
Marins	9	9	8	8	5	6	6	5	6
Total	11.086	11.893	6.360	6.495	5.160	4.189	5.168	5.022	2.061

carrières). C'est une inflexion qui accentue le rôle central de l'Etat dans la gestion et l'orientation de la sécurité sociale : la dotation est fixée mais son évolution à la hausse est conditionnée à des critères externes à la sécurité sociale. Pour obtenir ce montant supplémentaire, les interlocuteurs sociaux seraient alors obligés de mettre en œuvre des politiques qui sont en phase avec la volonté du gouvernement, ici sur l'allongement des carrières. Outre cet aspect de gouvernance, il faut en outre souligner que le lien avec une croissance économique de 1,5% est peu évident (la croissance dépend de facteurs conjoncturels) et contraignant (8 des 20 dernières années ont connu une croissance économique inférieure à 1,5%)[25].

En 2017, la loi de financement de la sécurité sociale diminue le montant de la dotation classique de 6,5 milliards en 2016 à 2 milliards en 2017. A partir de 2017, elle évolue selon l'indice santé uniquement, le coefficient de vieillissement n'ayant pas encore été alloué.

Encadré 4 : Contexte légal de la dotation d'équilibre

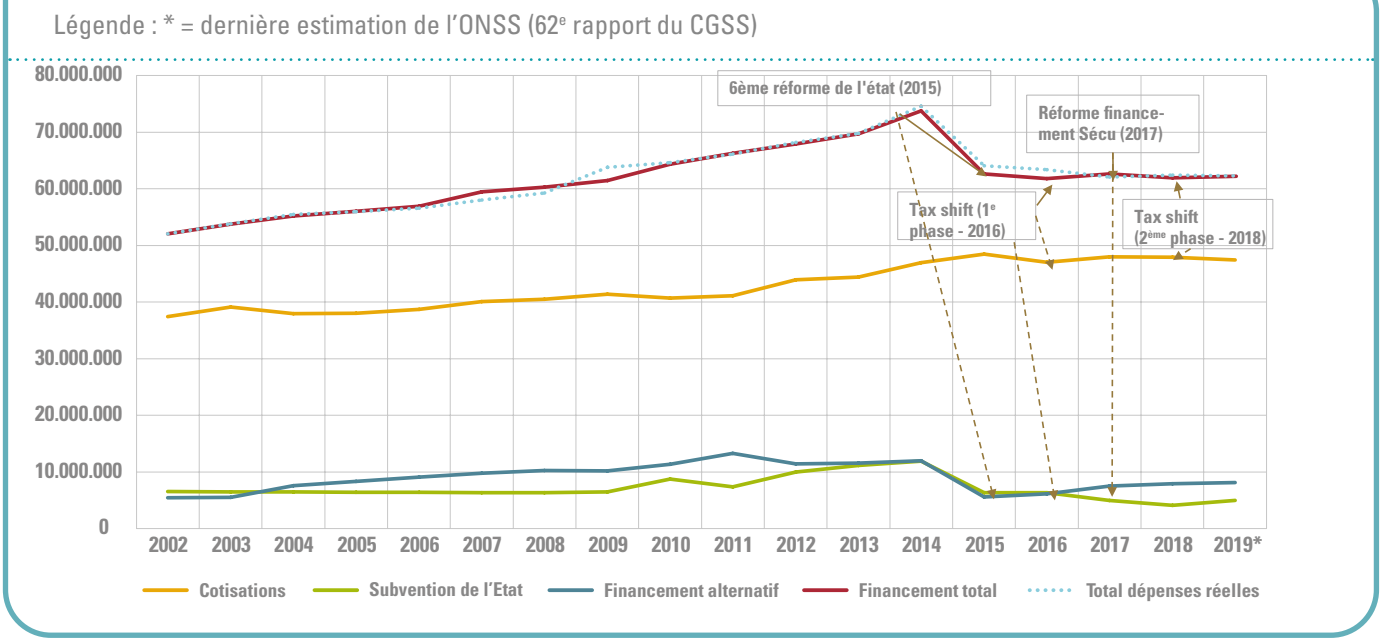
La loi de 2017 réintroduit la dotation d'équilibre pour assurer l'équilibre budgétaire des régimes salariés et indépendants. Cette réintroduction est cependant assortie de deux restrictions. Tout d'abord, le principe de dotation d'équilibre est assuré sans équivoque jusqu'en 2020. Ensuite, et au plus tard en septembre 2020, une évaluation du mécanisme doit avoir eu lieu pour déterminer la nature de sa prolongation par le Conseil des Ministres. Il y a donc une incertitude concernant l'évaluation et la prolongation de la dotation d'équilibre à partir de cette échéance. Ensuite, son octroi est soumis à l'examen de certaines conditions :

- Les effets de mesures concernant la lutte contre la fraude sociale;
- Les effets de mesures concernant la lutte contre les mécanismes d'utilisation impropre;
- La contribution de la sécurité sociale dans la réalisation des objectifs budgétaires tels que déterminés dans le Pacte de Stabilité;
- Les causes des augmentations des effets de volumes;
- Le respect ou non de la neutralité budgétaire des accords conclus entre les partenaires sociaux. Le terme accords peut être interprété de manière large. Les partenaires sociaux devront proposer des mesures de correction. Le gouvernement décide alors s'il exécute l'accord entièrement ou partiellement et prend aussi une décision concernant les mesures compensatoires;
- Le suivi des mesures prévues par le gouvernement; en cas de mesures non réalisées, le gouvernement propose de nouvelles mesures du même type.

La liste des conditions pour pouvoir prétendre à la dotation d'équilibre est par ailleurs non exhaustive et peut être amendée chaque année par le Conseil des Ministres.

25. Ibidem.

Figure 6 : Evolution du financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) et de ses principales sources de financement en termes réels, 2002-2019 (en milliers) (IPC base=2014), source: CGSS



B. Dotation d'équilibre

Ces différentes conditions, si le gouvernement les justifie comme une nécessité de « responsabiliser les différent acteurs », qu'ils soient gouvernementaux ou issus de la concertation sociale, induisent un changement majeur dans l'objectif sociétal originel de la sécurité sociale : la sécurité sociale devient ici une variable d'ajustement du budget Etatique devant, avant d'être entièrement financée, prouver sa potentielle contribution à diverses mesures d'assainissement de l'Etat. Cela alors que nous devons nous rappeler que la sécurité sociale est constituée en majorité de moyens n'appartenant pas aux moyens généraux de l'Etat et étant en réalité directement une part de notre salaire, et dont la ponction a comme vocation historique non de servir aux moyens généraux de l'Etat, mais d'ouvrir des droits et d'offrir des prestations sociales.

Ces conditions restreignent également les marges de négociation des interlocuteurs sociaux et postulent, en filigrane, que la responsabilité en cas de déficit est portée par les interlocuteurs sociaux ou les bénéficiaires sociaux. Au détriment des lectures soulignant que les déficits puissent être la conséquence de problèmes tantôt conjoncturels, tantôt structurels, comme une baisse de la croissance économique ou un sous-financement.

Depuis la ré-introduction de la dotation d'équilibre en 2017, celle-ci a légèrement diminué, passant de 3,2 milliards en 2017 à 3 milliards en 2019. Dès 2021, son devenir est incertain étant donné qu'elle n'est plus garantie par la loi de 2017.

Ainsi, entre 2016 et 2019, les subventions de l'Etat (dotation classique et d'équilibre) ont été réduites de 20%. Entre 2016 et 2021, on s'attend à ce qu'elles diminuent de 68%.

5. Conclusion

Notre sécurité sociale est en déficit dès aujourd'hui et l'ONSS annonce une situation encore plus critique les prochaines années. Spontanément, on pourrait crier à un dérapage des dépenses, mais nous avons pu remarquer que les années 2015-2019 montrent des taux de croissances des prestations sociales légèrement négative: -0,2% en moyenne en termes réels.

C'est donc surtout du côté des recettes que quelque chose d'important est en train de se jouer. En effet, les années 2015-2019 marquent ici aussi une rupture de tendance importante. C'est la première fois sur la période étudiée (2002-2019) que le financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) n'augmente plus en termes réels.

La figure 6 résume l'évolution du financement de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés) et la date où ont eu lieu les récentes réformes. Si, jusqu'en 2014, le financement est croissant, la stagnation à partir de 2015 est clairement visible.

Les raisons du tassement des **recettes** sont multiples: les **recettes de cotisations sociales** en termes réels diminuent entre 2015 et 2019, malgré une conjoncture économique favorable et un taux d'emploi particulièrement élevé. La croissance des réductions de cotisations patronales, encore accentuée suite à la mise en place du tax shift, explique de manière substantielle ce phénomène. En outre, **les subventions de l'État** diminuent, passant de 6,4 milliards en 2015 à 5,2 milliards

en 2019, en termes réels. L'impact de la nouvelle loi de financement sur les dynamiques d'octroi de ces différentes dotations est certainement important à questionner. Enfin, si le **financement alternatif** augmente, cette croissance n'est pas suffisante pour que le financement total hors inflation puisse croître.

Notre analyse a montré également que cet affaiblissement du financement n'était pas exogène. Ce sont essentiellement des choix gouvernementaux qui sont à l'origine du tassement du budget de la Sécurité sociale, et non quelques facteurs externes comme une mauvaise conjoncture économique. Outre le fait que ces choix peuvent être perçus comme une immixtion de l'Etat dans un budget qu'il finance pourtant peu, ils ont également conduit, ces dernières années, à des efforts d'économies substantiels dans les prestations sociales. De plus, l'incertitude sur l'avenir de la dotation d'équilibre et les « conditions d'octroi » qui y sont dorénavant jointes jettent les bases et les conditions légales pour des prochains rounds d'économies. Ces mesures d'économie ont pour horizon une moins bonne couverture des risques sociaux, une hausse de la précarité et, en trame de fond, une délégitimation de notre modèle social. Derrière cela, se cache aussi un risque de privatisation : face à certains manques de moyens de la Sécurité sociale, nous risquons de devoir nous tourner vers des systèmes privés de protection.

Or, si le financement de notre sécurité sociale est actuellement affaibli, de nombreux défis et besoins sociaux nous attendent. Certains impactent de manière structurelle le financement de la sécurité sociale, comme les **évolutions du marché de l'emploi** (taux d'emploi structurellement plus faible qu'après-guerre, croissance du nombre d'indépendants, nouvelles formes d'emplois[26] etc.). D'autres témoignent de **nouveaux besoins incompressibles liés à des réalités sociétales modernes** : vieillissement de la population, dont le coût devrait augmenter de 3,8% du PIB en 2040 selon le Comité d'étude sur le vieillissement ; augmentation du nombre de burn-out ; nouvelles maladies engendrées par la pollution ; etc. On le pressent donc, **ces nouveaux défis nécessiteront un financement suffisant et pérenne,** à contre-courant des dynamiques actuelles.

Il y a donc urgence de repenser et de refinancer la Sécurité sociale. Nous sommes loin d'être dépourvu à ce sujet. Avec de la volonté et de l'audace, un nombre important de leviers peuvent être actionnés.

6. Recommandations - proposition de mesures pour un refinancement structurel et pérenne de la sécurité sociale

Suite aux différentes tendances exposées ci-dessus et aux défis de long terme que devront relever nos sociétés, nous proposons une série de mesures qui visent à refinancer et pérenniser la sécurité sociale.

Celles-ci se regroupent autour de trois axes :

- **L'arrêt de la tendance à la réduction des cotisations sociales** (d'autant plus quand cela n'est pas conditionné à la création d'emplois de qualité) (6.1).
- La **révision de la loi** réformant le financement de la sécurité sociale (6.2).
- La défense d'une **stratégie de relèvement de la part salariale** au niveau européen (6.3).

6.1. Stopper la tendance à la réduction des cotisations sociales patronales et personnelles

Nous prônons :

- **L'arrêt de toute nouvelle baisse de cotisations sociales**. Cela pour plusieurs raisons :
  - Les cotisations sociales forment la source de financement la plus structurelle et stable étant donné que c'est la seule qui est entièrement dédiée au financement de la sécurité sociale
  - L'impact des réductions non ciblées des cotisations sociales sur l'emploi dépend beaucoup du contexte économique et n'est pas suffisant par rapport à la perte de ressources que ces réductions représentent (voir section 4.2.A).
  - Les récentes données belges (Bureau Fédéral du Plan, BNB) montrent que le handicap salarial accumulé depuis 1996 vis-à-vis de nos trois voisins est largement corrigé (Bogaert et Kegels, 2019)[27].
  - La pertinence des réductions de cotisations sur les bas-salaires est également controversée (voir section 4.2.A) mais reste une alternative plus efficace et plus économe des deniers publics aux réductions non ciblées des cotisations sociales qui justifierait un glissement progressif des réductions générales vers les réductions ciblées.

- **La lutte contre la précarisation de l'emploi et la promotion de formes d'emplois offrant une protection sociale adéquate.** La digitalisation de notre économie est un enjeu de taille pour nos sociétés. Ces dernières années, des mesures

26. De nombreuses nouvelles formes de contrats d'emploi sont exonérées entièrement ou partiellement des cotisations sociales et des impôts normaux : flexi-jobs, mini-jobs dans l'économie collaborative, jobs étudiants, contrats « associatifs », recherche scientifique, statut d'étudiant-entrepreneur, etc.
27. Bogaert, H. et Kegels, C. (2019). La compétitivité de la Belgique : d'où venons-nous, où allons-nous ? dans Reflets et perspectives de la vie économique 2019/1-2

ambiguës multipliant les types de contrats d'emploi atypiques (flexi-jobs, mini-jobs dans l'économie de plateforme, statut d'étudiant-entrepreneur, etc.) ont été prises. Ces statuts doivent être revus afin de protéger réellement leur travailleur.

- **L'encadrement légal et une forte diminution de l'utilisation des plans cafétéria et des formes de rémunération non salariale sans ou à moindre cotisations sociales** (participation au bénéfice, bonus, voitures de société, assurances pension, hospitalisation, etc.).

- **La lutte contre la fraude aux cotisations** dans le chef des employeurs et **la lutte contre les faux indépendants**[28] afin de les rapatrier dans la sécurité sociale des travailleurs salariés. En effet, alors que la lutte contre la fraude sociale occupe une place de plus en plus importante dans la gestion de la sécurité sociale et dans les mesures gouvernementales, rien n'est dit sur la fraude fiscale. Or, à l'heure où la sécurité sociale souffre sans doute davantage d'une faiblesse de financement que de problème de dépenses, il nous semble important de remettre l'attention sur ce point.

6.2. Revoir la loi de financement de la sécurité sociale

La pérennisation d'un financement nécessite également de revenir urgemment sur la loi de financement de la sécurité sociale:

- En effet, même si, à long terme, nous prônons une revalorisation des sources de financement structurelles, il est prioritaire à court terme de maintenir l'octroi de la **dotation d'équilibre** au-delà de 2021. Cela, sans exiger de conditions relatives à des évolutions et résultats de mesures qui ne sont pas de la responsabilité unique des acteurs sociaux, et sans les conditionner systématiquement à des mesures d'économies.
- En s'assurant que **la dotation classique** suive l'impact du vieillissement sans exiger de conditions liées à la conjoncture économique comme c'est le cas actuellement.
- Nous souhaiterions aussi permettre une **répartition plus équilibrée au sein même du financement alternatif** de la part financée via la TVA (environ 66% actuellement) et via la précompte mobilier (actuellement 33%), **tout en tenant compte des risques de variations de chacune de ces recettes**. Nous rappelons également que la source de « réserve » sélectionnée par la loi de 2017 (accises sur le tabac) n'était pas celle plébiscitée par les partenaires sociaux notamment parce que cette taxation pénalise davantage les bas revenus.
- Il est également nécessaire de restaurer **une gouvernance stable** et prévisible de la sécurité sociale et de redonner la gestion de la sécurité sociale aux organes de concertation sociale. En effet, la nouvelle loi de financement crée beaucoup d'instabilité en donnant au Conseil des Ministres un nombre important de prérogatives souvent mal balisées et laissant beaucoup de place à l'arbitrage politique. Cela est encore plus manifeste en période d'affaires courantes ou entre deux législatures.
- Également, la Commission « Finances et Budgets » doit, à l'avenir, être placée sous la responsabilité du Comité de Gestion de la Sécurité Sociale en travaillant de manière plus transparente, en étant redevable au CGSS, et en intégrant en son sein des représentants de la concertation sociale.
- Pour permettre une gestion budgétaire saine de la sécurité sociale, il sera aussi nécessaire de **sortir de ce manque de prudence et de qualité dans les estimations budgétaires** observées ces dernières années lors des conclaves budgétaires. En effet, des estimations trop optimistes lors des conclaves budgétaires ont entrainé des budgets mal ficelés (recettes trop optimistes et économies surestimées) et cela ouvre ensuite la voie à une sécurité sociale déficitaire par rapport au budget originel et légitime des rounds d'économies successifs, encore facilités par les « conditions d'octroi des dotations » introduites dans la nouvelle loi de financement. Que l'impact des conclaves sur la sécurité sociale soit croissant et que le centre de gravité des calculs réalisés lors de ces conclaves se trouve dans les mains des cabinets est questionnable. Ici aussi, l'expertise du CGSS et de son administration devrait être revalorisée.

6.3 Au niveau européen, la défense d'une stratégie de elèvement de la part salariale [29]

La défense au niveau européen d'une stratégie de relèvement de la part salariale via :

- Des actions contre la financiarisation et l'hyper-mobilité des capitaux au détriment des investissements productifs et plus stables ;
- La limitation de la concurrence salariale intérieure via la réduction des cotisations et impôts en mettant l'accent sur la compétitivité non salariale fondée notamment sur la qualification et l'innovation face à la concurrence mondiale.

28. Une personne est considérée comme étant un «faux indépendant» lorsqu'elle est déclarée comme indépendant au plan de la sécurité sociale, mais travaille en réalité sous l'autorité d'un employeur avec un lien de subordination évident, dans les mêmes conditions que ses collègues salariés mais sans bénéficier de contrat de travail

29. « Assurer à toutes et tous une sécurité sociale solidaire, efficace et durable ? C'est possible ! », MOC (2019), op. cit.

Les dépenses de soins de santé des aînés : comparaison selon qu'ils résident à leur domicile ou en maison de repos

Hervé Avalosse, Giulia Camilotti[1] et Rebekka Verniest (Service d'étude)

Résumé

La demande d'aide et de soins augmente dans une société vieillissante. En effet, plus l'on vieillit, plus l'on risque de faire face à toutes sortes d'incapacités et d'affections chroniques. Il y a de ce fait plus de chance d'avoir besoin de différentes formes de soins et d'aide. C'est principalement la demande en soins chroniques qui augmente fortement. Les personnes âgées peuvent choisir où elles souhaitent recevoir ces soins, et de manière générale le choix se fait entre le domicile ou un établissement résidentiel. De nombreux facteurs jouent un rôle dans ce choix : préférence personnelle, niveau de dépendance, disponibilité d'aidants proches, … mais également le coût. Dans une société vieillissante, l'autorité compétente se trouve également face à un choix quant à la manière dont elle va développer l'offre de soins, tout en tenant compte du coût.

La MC a analysé une première fois en 2009 les dépenses des soins de santé (sur les données 2008) de ses membres de 65 ans et plus afin d'examiner l'ampleur des dépenses et de voir si celle-ci différait entre le domicile et les maisons de repos[2]. Cette étude est remise à jour aujourd'hui, dix années plus tard, sur la base des données de 2018 et pour autant qu'il s'agit d'informations connues dans les mutualités[3].
L'étude prête aussi bien attention aux dépenses à charge de l'assurance maladie obligatoire et des systèmes régionaux de protection sociale, qu'aux dépenses connues des mutualités à charge des seniors (tickets modérateurs et suppléments).

Il s'agit d'une étude exploratoire et descriptive qui n'a pas pour ambition de dresser un tableau exhaustif du coût des soins et de l'aide aux personnes âgées. Les mutualités ne disposent pas d'une visibilité sur de nombreuses dépenses auxquelles font face les personnes âgées, en conséquence de leur dépendance (par ex. aide familiale, repas à domicile, …). Certains résultats peuvent tout de même se révéler pertinents pour les choix des personnes âgées et pour les pouvoirs publics dans l'organisation et le financement des soins aux personnes âgées. L'étude montre ainsi que les dépenses hospitalières représentent une partie importante des frais totaux en soins de santé. Nous confirmons l'impact positif non négligeable des mesures correctives telles que le Maximum A Facturer (MAF) et l'intervention majorée sur les montants à charge du patient. En conclusion, nous constatons également que les dépenses en soins de santé, tant pour les pouvoirs publics que pour les patients, sont, pour la plupart des personnes âgées, diminuées lorsque la personne reste à domicile, mais il y a également des situations spécifiques ou ce n'est pas le cas.

Mots-clés : Soins aux personnes âgées, coût, maisons de repos, soins infirmiers à domicile, ticket modérateur, dépendance.

1. Ne travaille plus au Service d'étude.
2. Voir : Aline Franssen, « Les dépenses de santé des plus de 65 ans Comparatif entre les séjours résidentiels et les soins à domicile : quels coûts pour l'AMI et pour la personne ? ». Dans : MC-Informations 236, avril 2009.
3. La méthodologie a été adaptée à certains égards lors de la mise à jour de l'étude de 2009.

1. Contexte

En Belgique, comme dans de nombreux autres pays, le vieillissement va s'intensifier dans les années à venir. Selon le Bureau fédéral du Plan, la proportion de personnes âgées de plus de 67 ans dans la population totale augmentera de 16% en 2018 à 20% en 2030, et 23% en 2070[4]. On sait également qu'en vieillissant, le risque de souffrir d'une ou de plusieurs affections chroniques et de problèmes de dépendance augmente. Le vieillissement de la population va de pair avec une demande croissante d'aide et de soins et surtout une demande de soins chroniques.

L'offre d'aide et de soins aux personnes âgées est très diverse. Tout d'abord, on retrouve les soins médicaux et paramédicaux en général, aussi bien en ambulatoire qu'à l'hôpital (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes,…). De plus, il y a d'innombrables services de soutien à domicile tels que l'aide familiale, l'aide-ménagère, le service de transport, les repas à domicile, … Il y a également, outre les soins aigus dans les hôpitaux, les établissements semi-résidentiels (diverses formes d'accueil de jour et de nuit, de séjours de convalescence et de centres de courts séjours) et les maisons de repos pour les soins de longue durée.

En cas de problèmes de dépendance et d'un besoin concret de soins, les personnes âgées doivent également choisir à quels types de soins elles souhaitent faire appel. D'une manière générale, un choix doit être fait entre soins à domicile dans l'environnement personnel et soins dans une maison de repos. Ce choix est en grande partie déterminé par la nature et la gravité du besoin de soins, par la présence et les moyens des aidants proches et par l'offre de soins professionnels à proximité. Les préférences personnelles jouent également un rôle important. On sait que les personnes âgées préfèrent généralement être soignées le plus longtemps possible à domicile, et évitent de préférence d'être admises dans une maison de repos ou du moins repoussent cette option le plus longtemps possible (= 'aging in place')[5]. Les coûts à charge de la personne âgée pour ces soins constituent un facteur à ne pas sous-estimer dans la décision finale.

Le vieillissement et la demande croissante d'aide et de soins constituent également un défi pour la politique. Les responsables politiques des diverses autorités compétentes doivent également faire des choix pour continuer à développer l'offre de soins. Combien de places supplémentaires seront créées dans les maisons de repos ? Pour le développement de centres de court séjour, combien de nouvelles initiatives recevront une reconnaissance ? Quels sont les moyens supplémentaires nécessaires pour subventionner les services d'aide familiale ? Les autorités publiques doivent également se demander dans quelle mesure les moyens supplémentaires seront alloués aux services d'aide et de soins à domicile ou aux soins résidentiels. La nature des besoins en soins des personnes âgées et les préférences sociales joueront également un rôle. Les frais à charge des pouvoirs publics constituent également un facteur important.

La MC a décidé, dans ce contexte, sur la base des données dont elle dispose, d'effectuer une analyse exploratoire et descriptive du coût des soins de santé selon que la personne âgée réside à son domicile ou en maison de repos. Au point suivant, nous présentons les principaux éléments méthodologiques de l'étude, ensuite nous passons en revue les principaux résultats.

2. Matériel et méthode

L'ensemble des données analysées sont afférentes à l'année 2018. Elles portent sur les membres de la MC de 60 ans et plus et sur leurs dépenses de soins de santé connues dans les bases de données de la MC.

2.1. Sélection de trois populations

On définit trois populations :

- **Les résidents en maison de repos (MR)** : ceux et celles qui ont séjourné au moins 60 jours en maison de repos et de soins (MRS) et/ou en maison de repos pour personnes âgées (MRPA, y inclus les courts séjours) durant l'année 2018. Nous ne tenons pas compte des décédés en cours d'année.
  - en cas de transfert de MRS vers MRPA ou vice versa, le type de séjour assigné à un individu (MRS ou MRPA) est celui où il a résidé le plus longtemps.
  - de même, pour avoir une idée du niveau de dépendance (voir 2.3.), on recourt au type de forfait facturé et correspondant au séjour le plus long.
- **Les personnes qui bénéficient de soins infirmiers à domicile** : ces personnes ne séjournent pas en maison de repos mais pour eux, durant au moins 60 jours au cours de l'année, des forfaits A, B, C, des forfaits palliatifs ou des toilettes ont été facturés (voir Tableau 1). Également, nous ne tenons pas compte des décédés en cours d'année. Lorsque la catégorie de dépendance change au cours d'une année et que plusieurs types de forfaits sont facturés, le forfait le plus fréquemment facturé est pris en compte.
- **Une population de référence** : les personnes qui n'ont ni sé-

4. Bureau fédéral du Plan et Statbel, Prévisions démographiques 2018-2070
5. Fondation Roi Baudouin, ZOOM: Les choix de vie des plus de 60 ans, septembre 2017 (https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20170924ND) et Beirnaert A. en Frenier I. Aangepast thuis blijven wonen voor ouderen, voor iedereen mogelijk? Mai 2017

journé en maison de repos, ni bénéficié de soins infirmiers à domicile. Ici, on prend un échantillon aléatoire de 100.000 personnes qui satisfont à cette définition. Également, les décédés en cours d'année n'entrent pas en considération.

2.2. Les catégories de dépenses de soins de santé

À la suite de la sixième réforme de l'État, certaines compétences en matière de soins de santé sont régionalisées depuis le 1er juillet 2014, notamment le financement des soins en maisons de repos, centres de court séjour et centres de soins de jour. Même si les dépenses pour ces compétences relèvent depuis de la compétence des autorités régionales, elles dépendaient jusqu'au 31 décembre 2018 d'acteurs fédéraux - l'INAMI et les organismes assureurs (OA) - car elles étaient en phase de transition. Nous pouvons par conséquent être sûrs que les OA disposent des informations complètes, que ces informations sont identiques dans les différentes régions, et de ce fait comparables. Le 1er janvier 2019, les autorités régionales ont réellement repris les compétences, et les processus financiers et administratifs pour ces prestations sont passés dans le cadre législatif régional. Bien que la région, dans un souci de continuité, ait repris en grande partie le système existant, il n'est pas exclu qu'il y ait des adaptations visant un gain d'efficacité et ayant également un impact sur la comparabilité entre les régions. C'est, entre autres, un point d'attention pour d'éventuelles futures études.

Nous considérons les dépenses de soins de santé connues dans les bases de données de la MC. Nous les regroupons selon les catégories suivantes :

- **Consultations** : tant celles prestées par les médecins généralistes (visites comprises) que celles des médecins spécialistes, y compris prestations techniques ambulatoires (par exemple : les prises de sang) ;
- **Médicaments** : prestations pharmaceutiques via les officines publiques ;
- **Soins infirmiers à domicile ;**
- **Kinésithérapie en ambulatoire,** y compris les prestations kiné en MRPA ;
- **Actes techniques :** biologie clinique, imagerie médicale, implants ;

Maison de repos[6] (MRPA, y compris les courts séjours et MRS) ;

Hospitalisation : les dépenses lors d'admissions classiques (au moins une nuitée) en hôpitaux généraux et psychiatriques (donc y compris les coûts pour les médecins, médicaments, … pendant le séjour en hôpital) ;

Autres : les autres dépenses, dont les interventions du MAF[7], les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitation protégées (IHP), l'hôpital de jour, les soins dentaires, les centres de convalescence, les aides à la mobilité, le transport médical urgent,…

On différencie les **dépenses à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) ou à charge des systèmes régionaux de protection sociale** et les **dépenses qui restent à charge des individus**, soit les tickets modérateurs et les suppléments. Pour les tickets modérateurs, on tient compte des éventuelles interventions du MAF (qui seront comptées en négatif, puisqu'il s'agit de couvrir les tickets modérateurs au-delà d'un certain plafond).

Toutes les dépenses sont estimées en base mensuelle.

Evidemment, les informations disponibles ne permettent pas de donner une estimation de l'ensemble des coûts liés à la santé et à la dépendance de ces populations. Dans les données de facturation dont disposent les mutualités, plusieurs catégories de coûts ne figurent pas : les médicaments D non remboursables, les traitements ou prestations non remboursables par l'AO (p.e. homéopathie, aide psychologique, transport médical non urgent,…), les frais indirects comme les aides à la vie journalière (aides familiales, aides ménagères,…), les frais pour les adaptations du domicile, les frais occasionnés lors d'un séjour en maison de repos (comme le prix de l'hébergement et des frais supplémentaires de blanchisserie, par exemple).

En outre, dans cette étude, d'autres dépenses des autorités (régionales) compétentes, telles que les subsides pour les services de soins à domicile ou les maisons de repos, les allocations pour les personnes dépendantes (budget des soins pour personnes en grande dépendance de soins[8], allocation d'aide aux seniors,…), ne sont pas prises en compte. Cela vaut également pour les dépenses et remboursements dans le cadre des avantages complémentaires et facultatifs des mutualités ainsi que les contrats d'assurances privées.

Les cadres ci-après contiennent, pour certains postes de dépenses non repris dans nos résultats, quelques montants pouvant fournir une indication du coût pour l'utilisateur et des dépenses pour les pouvoirs publics. Cela n'indique rien sur les dépenses concrètes auxquelles quelqu'un sera confronté dans sa situation de soins. L'aperçu n'est pas non plus exhaus-

6. Le financement des maisons de repos jusqu'en 2018 porte sur « l'aide dans les activités quotidiennes aux soins (corporels) et infirmiers, mais également les tâches d'activation, de réactivation, de rééducation fonctionnelle et d'intégration ou de réintégration sociale ».
   Pour une description plus précise, voir :
   https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-soins.aspx#Quels_soins_finance_l%e2%80%99assurance_soins_de_sant%c3%a9_dans_le_forfait_?
7. https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/maximum_facturer
8. Zorgbudget Zwaar Zorgbehoevenden (ZZZ) : c'est la nouvelle dénomination de l'assurance dépendance flamande.

tif et ne contient pas nécessairement les informations les plus récentes. L'objectif est de montrer un ordre de grandeur des dépenses sur la base des budgets des pouvoirs publics ou sur la base des dépenses moyennes pour les utilisateurs.

Frais supplémentaires pour les utilisateurs

Prix journalier en maison de repos

- En Flandre, le prix journalier moyen évalué revient à 57,59 euros (montant au 1er mai 2018)[9]. Ce prix journalier couvre une série de coûts dont le séjour, les repas, le matériel pour incontinence, l'entretien quotidien et la consommation d'énergie. Un résident paie donc en moyenne 1.752 euros par mois. Aucune information n'est disponible concernant le coût moyen des services complémentaires (par exemple : coiffeur, activités, …)
- Le prix moyen d'une chambre de long séjour en maison de repos en Wallonie est de 47,4 euros par jour en secteur commercial, 46,6 euros en secteur associatif et 45,7 euros en secteur public.[10] Ce qui revient à un coût moyen entre 1.390 et 1.442 euros par mois.
- À Bruxelles, le prix était, pour la majorité des établissements, supérieur à 1.500 euros par mois en 2018. Pour 22% des établissements, le coût se trouve entre 1.501 et 1.700, pour 27% entre 1.701 et 2.000 euros et pour 35% à plus de 2.000 euros par mois[11].

Aide familiale

Les aides familiales accomplissent tous les actes de la vie quotidienne : nettoyer la maison, préparer les repas, faire les courses mais aussi s'occuper de l'hygiène et du confort, des démarches administratives, etc.

- Un Flamand paie un certain montant pour une heure de travail d'une aide familiale. Ce montant dépend de la composition familiale et des revenus de la personne. Le tarif horaire varie ainsi entre 0,51 et 14,14 euros par heure[12]. Il existe des réductions pour ceux qui font appel à l'aide familiale de manière intensive ou sur une longue durée. Il a été calculé, sur la base des rapports annuels des services d'aide familiale, qu'un client, peu importe l'âge, a payé en moyenne en 2017, 6,25 euros de l'heure, et a fait appel à l'aide familiale en moyenne 142 heures par an[13]. Ce qui revient à un coût de 80 euros par mois.
- En Région wallonne, le prix d'une heure de travail d'une aide familiale varie entre 0,87 euros et 7,81 euros. Ce prix est fonction de la situation familiale, du nombre de personnes à charge et des revenus nets mensuels du ménage. A Bruxelles, la participation financière qui est demandée est calculée en fonction des revenus et de la situation familiale. Elle varie entre 0,76 euro et 8,02 euro par heure. En Belgique germanophone, le montant de la contribution personnelle pour l'aide familiale se situe entre 1,61 euros et 10,51 euros par heure. Les collaborateurs de la FASD[14], active en Wallonie, à Bruxelles et dans la Communauté germanophone, ont presté au total 1.607.523 heures d'aide familiale pour un total de 11.821 utilisateurs, ce qui revient en moyenne à un peu plus de 11 heures par mois. Ce qui correspond, avec un montant moyen de 6,5 euros par heure, à un coût moyen d'environ 74 euros par mois[15].

9. https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen
10. https://www.aviq.be/handicap/pdf/documentation/publications/revues_rapports/rapport_annuel/rapport_annuel_AVIQ_2018.pdf
11. http://www.inforhomesasbl.be/images/Inforhomes/PDF/Rapport%20d'activit%C3%A9s%20de%20l'asbl%20de%20coordination%20Infor-Homes%20-%20Home%20Info%20-%202018.pdf
12. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/bijdrageschaal%20die%20de%20diensten%20voor%20gezinszorg%20en%20aanvullende%20thuiszorg%20moeten%20gebruiken%20om%20de%20gebruikersbijdrage%20voor%20gezinszorg%20te%20berekenen.pdf
13. Source : Question écrite de Griet Coppé à Jo Vandeurzen, ministre flamand du Bien-Être, de la Santé et de la Famille http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1472399).
14. Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile affilie 9 structures Aide et Soins à Domicile (ASD). Ces neuf centres regroupent environ 4.500 travailleurs appartenant aux métiers de l'aide et des soins ou exerçant une fonction administrative ou d'encadrement.
15. https://federation.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/ra2018_web.pdf

Télévigilance

Le coût à charge de l'utilisateur dépend du système de télévigilance et des avantages complémentaires de la mutualité. Un montant est calculé pour l'installation et l'activation.

- En Flandre, un membre MC paie entre 15 et 20 euros par mois[16]. Pour les membres bénéficiant de l'intervention majorée, cela coûte entre 10 et 13 euros.
- En Wallonie et à Bruxelles, les membres MC paient mensuellement 11 euros chez Vitatel[17], et 21 euros pour les non-membres[18].

Aide-ménagère

- En Flandre, il y a eu pour l'année 2017 en moyenne 77 heures d'aide-ménagère par utilisateur, financées par une contribution personnelle de 7,66 euros en moyenne par heure[19]. Ce qui revient à un coût de 49 euros par mois.
- Les collaborateurs de la FASD ont presté en 2018 un total de 347.172 heures d'aide-ménagère pour 4.893 utilisateurs, soit une moyenne de 6 heures par mois. Avec une contribution moyenne de 6 euros par heure, cela correspond à un coût d'environ 36 euros par mois[20].
- De nombreuses personnes âgées ont également recours à de l'aide-ménagère dans le cadre des titres-services. Une étude menée en 2018 par IDEA[21] donne les indications suivantes :
  - On constate que 24% des utilisateurs de titres-services sont âgés de 65 ans ou plus, et que 84% font appel aux titres-services pour le nettoyage de leur logement. Une personne sur quatre les utilise (aussi) pour le lavage et/ou le repassage à domicile, et 18% pour le repassage dans une centrale. L'utilisation de titres-services pour d'autres activités reste limitée.
  - Pour la Wallonie : le coût net[22] s'élève à 8,1 euros de l'heure, l'aide fournie est en moyenne de 2,0 heures par semaine. Ce qui représente un coût mensuel d'environ 65 euros.
  - Pour Bruxelles : le coût net s'élève à 7,6 euros de l'heure, l'aide fournie s'élevant à 2,7 heures par semaine. Ce qui représente un coût mensuel d'environ 82 euros.
  - Le coût net atteint 6,3 euros par heure en Flandre, avec une moyenne de 2,3 heures d'aide par semaine. Ce qui représente un coût mensuel d'environ 58 euros.

Garde à domicile

En Flandre, il y a eu pour l'année 2017 une moyenne de 120 heures de garde à domicile avec un coût moyen de 5,31 euros par heure. Ce qui représente 53 euros par mois.

Les données de la FASD montrent, en 2018, une prestation mensuelle moyenne de 20 heures de garde à domicile. Il n'y a pas d'information concernant le coût moyen par utilisateur par heure, étant donné que le tarif diffère selon le centre ASD. Par exemple, à Namur, le tarif pour une garde de jour est de 5,22 euros par heure et pour la nuit de 5,74 euros par heure. Pour les bénéficiaires de l'IM, cela revient respectivement à 4,64 et 5,17 euros par heure. À Liège, les membres MC bénéficiaires de l'IM paient 4 euros par heure de garde de jour en semaine, et 4,5 pour la nuit, le weekend et les jours fériés. Les membres MC non bénéficiaires de l'IM paient respectivement 6 et 6,5 euros par heure. Pour les non-membres de la MC, cela revient à 8 et 8,5 euros par heure.

Chaque habitant en Flandre paie chaque année une prime pour la protection sociale flamande (VSB). Cette prime représente 52 euros par an, ou 26 euros pour les personnes à faibles revenus. La protection sociale flamande utilise ces primes pour aider chaque mois plus de 300.000 personnes dépendantes avec un budget de soins.

16. https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/materiaal/persoonlijk-alarm
17. Vitatel est une entité à finalité sociale active dans le domaine de la télé-assistance. Elle œuvre dans le cadre de l'organisation de l'aide et des soins à domicile. Vitatel a été créée au sein du réseau des acteurs du domicile de la Mutualité chrétienne.
18. https://www.vitatel.be/sites/default/files/depliant_vitatel_0.pdf
19. Source : question écrite de Griet Coppé.
20. https://federation.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/ra2018_web.pdf
21. https://www.ideaconsult.be/images/Finaal_eindrapport_360_zicht_op_dienstencheques-_FR.pdf
22. Il s'agit du coût net d'un titre-service, en tenant compte de la déduction fiscale. Depuis la régionalisation des compétences concernant les titres-services, cette déduction diffère entre Flandre, Wallonie et Bruxelles.

Dépenses des pouvoirs publics

- Le gouvernement flamand a prévu dans les soins à domicile près de 600 millions d'euros pour 18 millions d'heures d'aide familiale (2019), et 121 millions d'euros pour 4,3 millions d'heures d'aides complémentaires à domicile (2018)[23]. À cela s'ajoutent près de 11,4 millions d'euros d'investissements dans l'infrastructure des établissements de soins aux personnes âgées et de dispositifs de soins à domicile (allocation classique)[24] et 744.000 euros d'investissements en économies d'énergie. Pour le budget des soins des personnes en grande dépendance de soins, l'agence VSB (protection sociale flamande) a reçu en 2017 une dotation d'un montant de 364 millions d'euros du budget flamand[25]. Grâce à ce budget, chaque personne en situation de dépendance avec soins à domicile, et chaque résident d'une MR perçoit mensuellement une allocation de 130 euros de sa caisse d'assurance soins.
- En Wallonie, les dépenses 2018 en faveur des Services d'Aide aux Familles et aux Aînés (SAFA) s'élèvent à près de 195 millions d'euros[26]. On vise ici les aides familiales et les aides seniors.
- À Bruxelles, la COCOF (commission communautaire française) prévoit pour le budget 2019 30,3 millions d'euros pour 871.597 heures d'aide familiale[27]. De son côté, la COCOM (commission communautaire commune) prévoit dans son budget 2019 près 8 millions d'euros pour 214.708 heures.

Ce ne sont que quelques exemples concrets d'investissements des autorités dans les soins aux personnes âgées et le bien-être. Il y a également des moyens qui vont vers d'autres formes de soins, d'assistance et d'accompagnement : financement des services sociaux, développement des soins de répit, le financement de la coordination des soins, des initiatives autour de la prévention des chutes, des points de contacts maltraitance des personnes âgées, le financement de projets de soins à domicile,…

2.3. Niveau de dépendance

Le niveau de dépendance est évalué avec l'échelle de KATZ, aussi bien pour les personnes faisant appel aux soins infirmiers à domicile que pour celles qui résident en MR. Cette échelle analyse six activités du quotidien (se laver, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, manger et l'incontinence) pour évaluer dans quelle mesure la personne sait les effectuer de manière indépendante. À chaque élément est attribué, en fonction de la dépendance constatée, un score entre 1 et 4. Une personne est considérée comme dépendante si elle a un score de 3 ou 4.
Dans les maisons de repos, deux éléments supplémentaires sont également évalués au moyen d'un score allant de 1 à 4 : le niveau de désorientation dans le temps et dans l'espace.

Sur la base de la combinaison des scores pour les six/huit éléments, la personne est classée dans une certaine catégorie de dépendance (= forfait). Le Tableau 1 donne un aperçu des catégories de dépendance existantes et de la dépendance requise. Il faut remarquer que les forfaits ne concordent pas entre les soins infirmiers à domicile d'un côté, et les maisons de repos de l'autre. Tout d'abord, les deux systèmes (soins à domicile versus soins résidentiels) contiennent plusieurs catégories de dépendance spécifiques. En outre, les catégories ne concordent pas. Ainsi, pour la dépendance physique, la catégorie A des soins infirmiers correspond à la catégorie B des maisons de repos et la catégorie B des soins infirmiers, à la catégorie C des maisons de repos.

23. Source : question écrite de Griet Coppé.
24. Rapport annuel 2018 Département du Bien-Être, de la Santé et de la Famille https://www.vlaanderen.be/publicaties/jaarverslag-departement-welzijn-volksgezondheid-en-gezin-wvg.
25. https://www.vlaamsesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017_0.pdf
26. https://www.aviq.be/fichiers/rapport_annuel_AVIQ_2018.pdf
27. https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/projet-030226-du-2018-10-19-a-16-20-09/document

Tableau 1 : Catégories de dépendance aux soins infirmiers à domicile et dans les maisons de repos

Soins infirmiers à domicile	MRPA/ Centre de court séjour	MRS	Dépendance requise
Toilettes (= soins d'hygiène)	-	-	T2 : Score minimal de 2 pour se laver. T7: • score minimal de 2 pour se laver et s'habiller avec une dépendance supplémentaire pour incontinence ou avec attestation de désorientation dans l'espace et dans le temps. • score de 4 pour se laver et s'habiller.
-	0	-	Être totalement indépendant physiquement et ne pas souffrir de démence ;
-	A	-	Dépendance physique : • dépendance pour se laver et s'habiller; Dépendance psychique : • désorientation dans le temps et l'espace, et • indépendance physique totale.
A/PA	B	B	Dépendance physique : • pour se laver et s'habiller, et • pour les déplacements et/ou pour aller à la toilette ; En cas de PA : en plus de la dépendance physique, il faut également répondre à la définition prévue pour les patients palliatifs.
-	B	B	Dépendance psychique : • désorientation dans le temps et l'espace, et • dépendance pour se laver et/ou s'habiller.
-	D	-	Diagnostic de démence posé sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé pour la démence, effectué par un spécialiste en médecine neurologique, en psychiatrie ou en gériatrie, et qui indique une dépendance physique insuffisamment élevée pour la catégorie Cdem.
B/PB	C	C	Dépendance physique : • pour se laver et/ou s'habiller ; • pour les déplacements et/ou pour aller à la toilette, et • dépendance liée à l'incontinence et/ou pour se nourrir. En cas de PB : en plus de la dépendance physique, répondre également à la définition prévue pour les patients palliatifs.
-	Cdem	Cdem	Dépendance psychique : • désorientation dans le temps et l'espace, ou diagnostic de démence posé sur la base d'un bilan diagnostic spécialisé pour la démence et effectué par un médecin spécialisé, et • dépendance pour se laver et s'habiller, et • dépendance liée à l'incontinence, et • dépendance pour les déplacements et/ou pour se rendre à la toilette et/ou pour se nourrir.
C/PC	-	-	Dépendance physique : • dépendance pour se laver (score 4) et pour s'habiller (score 4) et • dépendance pour les déplacements (score 4) et/ou pour aller à la toilette (score 4) et • dépendance liée à l'incontinence et pour se nourrir (un des deux critères a un score de 4 et l'autre un score minimum de 3). En cas de PC : en plus de la dépendance physique, répondre également à la définition prévue pour les patients palliatifs.
-	-	CC	Forfait pour le financement des soins adaptés aux patients dans un état végétatif persistant ou dans un état de conscience minimale (coma)

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des populations étudiées

Au Tableau 2, on décrit les caractéristiques des trois populations, qui sont donc bien exclusives les unes par rapport aux autres.
La population de référence est en moyenne plus jeune que les autres. La population qui réside en maison de repos et de soins est la plus âgée. C'est également celle où la proportion d'hommes est la plus faible. Les personnes qui se soignent à domicile ont souvent recours à l'hôpital : près de 43% de ces patients ont séjourné à l'hôpital au cours de l'année 2018, la durée moyenne de séjour étant de 25 jours. La fréquence de recours à l'hôpital est plus faible pour les personnes qui résident en maison de repos mais la durée moyenne de séjour est quasi identique (juste un peu plus long pour les patients qui résident en MRPA).

Parmi le groupe de personnes recevant des soins infirmiers à domicile, 45% reçoivent des soins d'hygiène (toilette). Pour 30% d'entre eux, on facture (principalement) le forfait A, et pour 20% le forfait B. La population résidente en MRS est constituée presque à moitié de profils B, et un tiers fait partie de la catégorie Cdem[28]. On notera aussi que 23% des résidents en MRPA ne sont pas dépendants selon l'échelle KATZ (= forfait 0). Ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'ils seraient en capacité de vivre chez eux. Et si, par construction, la population de référence ne montre pas d'indication de perte d'autonomie (pas de séjours en maison de repos, pas de soins infirmiers à domicile), cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas de problèmes ou de plaintes de santé (environ 11% des personnes faisant partie de la population de référence sont quand-même allés à l'hôpital, pour une durée moyenne de 10 jours au cours de l'année).

La proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée[29] (BIM) est très élevée (de 53% à 60%) parmi ceux qui bénéficient de soins infirmiers à leur domicile ou qui résident en maison de repos. Elle est plus faible parmi la population de référence (17%).

Enfin, la proportion de bénéficiaires du statut affection chronique[30] est massive (de 80 à 87%) parmi les personnes qui se soignent à domicile ou qui résident en maison de repos. Ceci indique bien un état de santé dégradé car, pour bénéficier de ce statut, il faut ou bien avoir des dépenses de santé élevées de façon répétée ou bien être en perte d'autonomie. Dans la population de référence, cette proportion est plus faible, mais elle est quand-même de 17%, ce qui montre à nouveau que cette population n'est pas exempte de problèmes de santé, sans pour autant devoir recourir aux soins infirmiers à domicile.

Tableau 2 : Caractéristiques des 3 populations étudiées (données ANMC 2018)

données MC 2018		population de référence	soins à domicile	maison de repos	
				MRS	MRPA
âge	moyenne	71 ans	82 ans	86 ans	85 ans
nombre de jours	moyenne		252 jours	321 jours	303 jours
homme	moyenne %	47,8%	32,6%	24,2%	27,4%
bénéficiaire de l'intervention majorée	moyenne %	17,4%	56,4%	60,5%	53,1%
hospitalisation *	moyenne %	10,5%	42,7%	32,9%	35,3%
nombre de jours à l'hôpital *	moyenne	10,3 jours	25,0 jours	25,6 jours	27,5 jours
bénéficiaire du statut affection chronique	moyenne %	17,3%	77,9%	86,9%	81,1%

28. Les résidents avec le forfait Cc sont également pris en compte dans ce groupe. Il s'agit d'un nombre limité de résidents.
29. https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx#.XXD41CgzaUk
30. https://www.mc.be/mes-avantages/maladies/maladies-chroniques/statut

données MC 2018		population de référence	soins à domicile	maison de repos	
				MRS	MRPA
niveau de dépendance (type de forfait)					
pas d'indication de perte d'autonomie	%	100%			
	N	100.000			
Toilette	%		45,0%		
	N		35.577		
O	%				23,1%
	N				5.822
A	%		28,8%		34,7%
	N		22.775		8.746
B	%		20,1%	47,3%	10,7%
	N		15.848	14.768	2.692
C	%		3,4%	15,4%	5,9%
	N		2.652	4.799	1.492
Cdem/Cc	%			37,3%	17,7%
	N			11.641	4.465
D	%				7,9%
	N				2.000
palliatifs	%		2,8%		
	N		2.174		

* admissions classiques en hôpitaux généraux et psychiatriques

3.2. Coûts des soins de santé

3.2.1. Coût total par mois pour les soins de santé

Comme on le voit au Tableau 3, le coût total pour les soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales (comme décrit à la section 2.3) est bien plus élevé pour ceux qui résident en maison de repos que pour ceux qui résident encore à leur domicile. Le montant médian pour les personnes recevant des soins infirmiers à domicile représente la moitié du montant médian pour les résidents MRPA. La différence entre les deux groupes diminue ensuite lorsque nous montons dans les percentiles. La différence pour le coût moyen est de 35% et pour les 25% de personnes aux coûts les plus élevés (P75), la différence est encore de 25%. Si l'on s'intéresse au montant chez les 5% de personnes aux coûts les plus élevés (P95), nous voyons que les dépenses en soins de santé pour les personnes faisant appel aux soins infirmiers à domicile sont, pour les pouvoirs publics, plus élevées que pour les personnes faisant appel aux soins résidentiels.

Parmi la population en MR, le coût total pour les soins de santé des résidents MRS est en moyenne plus élevé que celui pour les résidents MRPA. Ce n'est pas étonnant, étant donné le poids important de l'intervention forfaitaire pour les soins en MR par rapport au coût total (voir plus loin). Les lits MRS sont uniquement occupés par des personnes âgées fortement dépendantes pour lesquelles les pouvoirs publics financent un plus grand encadrement.

Lorsque nous comparons ces deux populations (en MR et avec soins à domicile) avec la population de référence, nous constatons que le coût total pour les soins de santé de la population de référence est inférieure au deux autres. Ce qui peut paraitre logique puisqu'elle ne fait en effet pas appel aux soins infirmiers à domicile, ni aux soins résidentiels et ont peu de besoins concrets en soins.
A la Figure 1, nous constatons également que la dispersion du coût public pour les soins de santé de la population de référence est relativement limitée. Par contre, il existe de forte différences au sein du groupe avec soins infirmiers à domicile et, dans une moindre mesure, au sein de la population en MRS et MRPA.

En ce qui concerne le coût à charge du patient, ce sont ceux qui se soignent à domicile qui connaissent les parts personnelles pour leurs soins de santé, soit les tickets modérateurs et les suppléments, les plus élevées : la médiane (P50) est à 36 euros par mois, le 3ème quartile (P75) est à 62 euros par mois. Alors que cela représente respectivement 30 et 50 euros pour ceux qui résident en MRPA. Il faut également remarquer que les contributions personnelles pour les tickets modérateurs et les suppléments pour les personnes de la population de référence diffèrent peu de ceux des résidents en MRS.
On constate, dans tous les groupes, une grande dispersion des contributions personnelles aux soins de santé (Figure 1).

Tableau 3 : Distribution des dépenses mensuelles par personne en euro (2018)

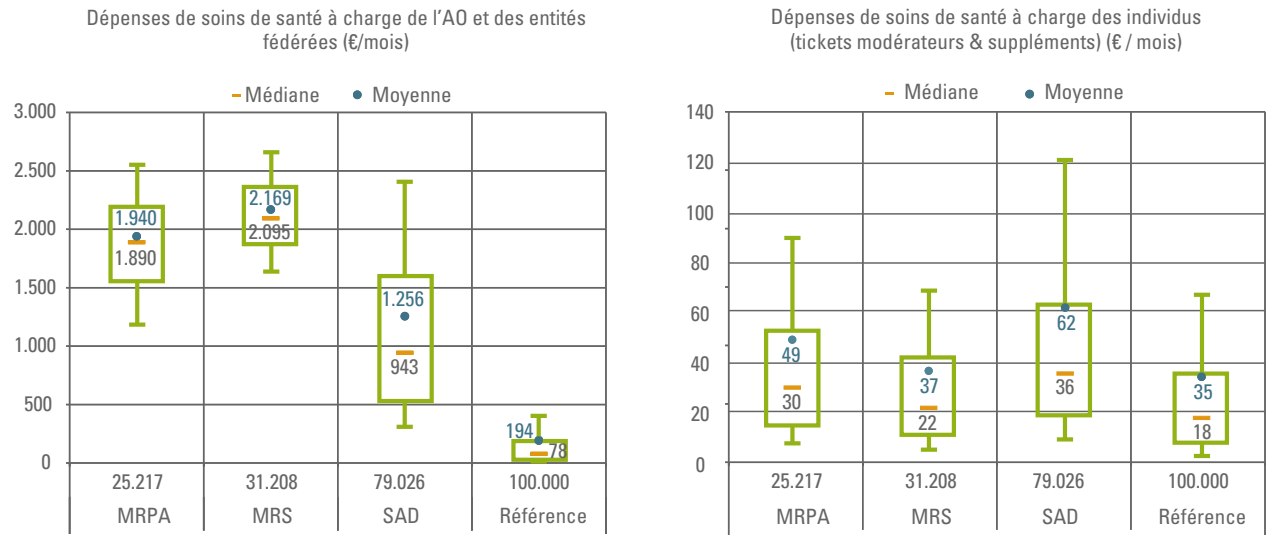
		maison de repos pour personnes âgées (MRPA)	maison de repos et de soins (MRS)	soins infirmiers à domicile (SAD)	population de référence
Coût mensuel de soins de santé à charge de l'AO et des entités fédérées	Mean	1.939,7	2.169,3	1.256,3	194,3
	P10	1.183,2	1.639,6	309,2	16,8
	P25	1.554,6	1.869,5	533,4	36,7
	P50	1.889,7	2.094,5	943,1	78,1
	P75	2.194,0	2.341,9	1.602,8	173,5
	P95	2.933,9	2.994,1	3.121,7	694,2
Coût mensuel de soins de santé pour les individus (TM et suppléments)	Mean	49,3	37,0	62,1	34,6
	P10	7,7	6,2	10,0	3,5
	P25	15,1	11,5	19,3	8,6
	P50	30,4	22,4	35,9	18,4
	P75	52,8	41,2	62,9	36,3
	P95	146,4	102,6	208,5	106,7

Comme expliqué, ces montants doivent toujours être interprétés avec vigilance. En effet, cette étude ne tient pas compte de nombreux coûts causés par la dépendance car ceux-ci ne sont pas connus des mutualités. Il faut également tenir compte des différences de systèmes de financement. Ainsi, les soins prestés par les kinésithérapeutes dans les maisons de repos pour une admission en lit MRS sont financés par l'intervention forfaitaire provenant des pouvoirs publics, et il n'y a donc pas de ticket modérateur ou de supplément à charge des résidents. Cela peut expliquer le fait que la contribution personnelle pour les prestations de soins de santé en MRPA soit un peu plus élevée que pour les MRS. De plus, la composition des populations étudiées ne sont pas identiques (voir Tableau 1) : le niveau de dépendance, la proportion de BIM ne sont pas les mêmes.

3.2.2. Selon les catégories de dépenses (en moyenne)

Ensuite, la composition du coût total moyen des soins de santé à charge des autorités publiques et à charge de l'utilisateur a été déterminée pour chaque population.

Figure 1 : Boxplots - distribution des dépenses mensuelles par personne



Sans surprise, les coûts moyens pour les soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales sont surtout constitués des forfaits pour ceux qui résident en maison de repos et des soins infirmiers pour ceux qui se soignent à leur domicile. Cependant, comme le forfait couvre un plus grand package de soins, la dominance de ce coût spécifique est plus importante dans les soins résidentiels (trois quarts du coût moyen total). Les dépenses liées à des séjours hospitaliers (hospitalisations classiques) sont également bien présentes. Notre analyse montre que le coût public, selon le que l'on réside en MR ou à son domicile, atteint 200 à 300 euros par mois pour les hospitalisations. Se soigner à domicile, résider en maison de repos se combinent souvent avec des admissions hospitalières. Cela représente, pour ceux qui se soignent à domicile, mais également pour la population de référence, près d'un quart du coût moyen total. Cette proportion est plus basse dans les MR. C'est lié à l'encadrement professionnel permanent, et de ce fait à la fréquence moindre des hospitalisations.

Pour ce qui est de la structure des coûts moyens de soins de santé à charge des individus, on remarque tout de suite l'importance des frais liés à l'hôpital : en moyenne 35 euros par mois pour les bénéficiaires de soins infirmiers à domicile, et, selon le type de logement, en moyenne 28 et 21 euros pour ceux qui résident en MR. Cela représente 57% du montant total des tickets modérateurs et des suppléments. Les tickets modérateurs pour les médicaments arrivent en deuxième position.

On voit aussi l'impact favorable du MAF (dans la Figure 2, c'est la partie des bâtonnets qui se situent en-dessous de zéro) : les remboursements du MAF font diminuer la facture pour les soins de santé, surtout pour ceux qui se soignent à domicile.

3.2.3. Selon le statut social

La Figure 3 montre la structure des coûts moyens, (à gauche) à charge de l'AO et des autorités régionales ou (à droite) à charge des individus, selon que ces derniers bénéficient ou non de l'intervention majorée. La Figure 4 contient des informations relatives à la distribution de ces coûts.

La structure des coûts pour les soins de santé est fort semblable selon que l'on bénéficie ou non de l'intervention majorée. Comme attendu, les coûts pour les soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales sont un peu plus

Figure 2 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon les catégories de dépenses

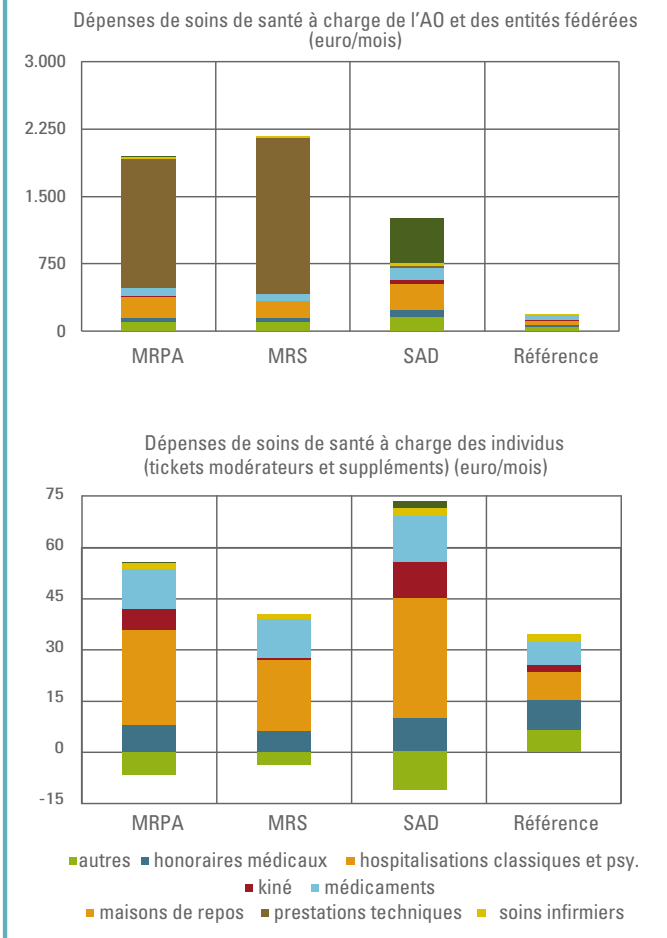


Figure 3 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon le statut social (BIM – non BIM)

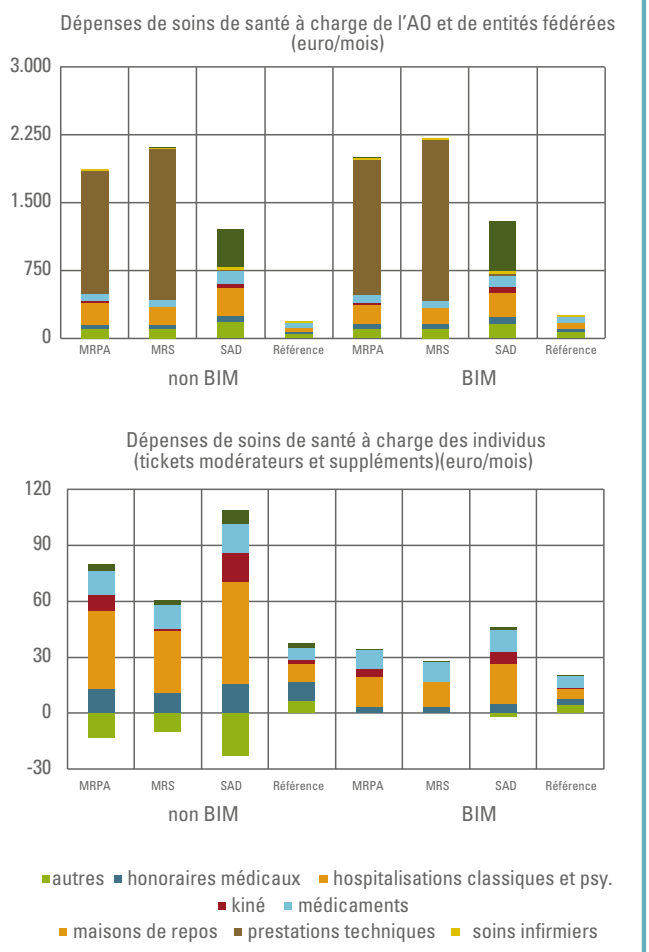
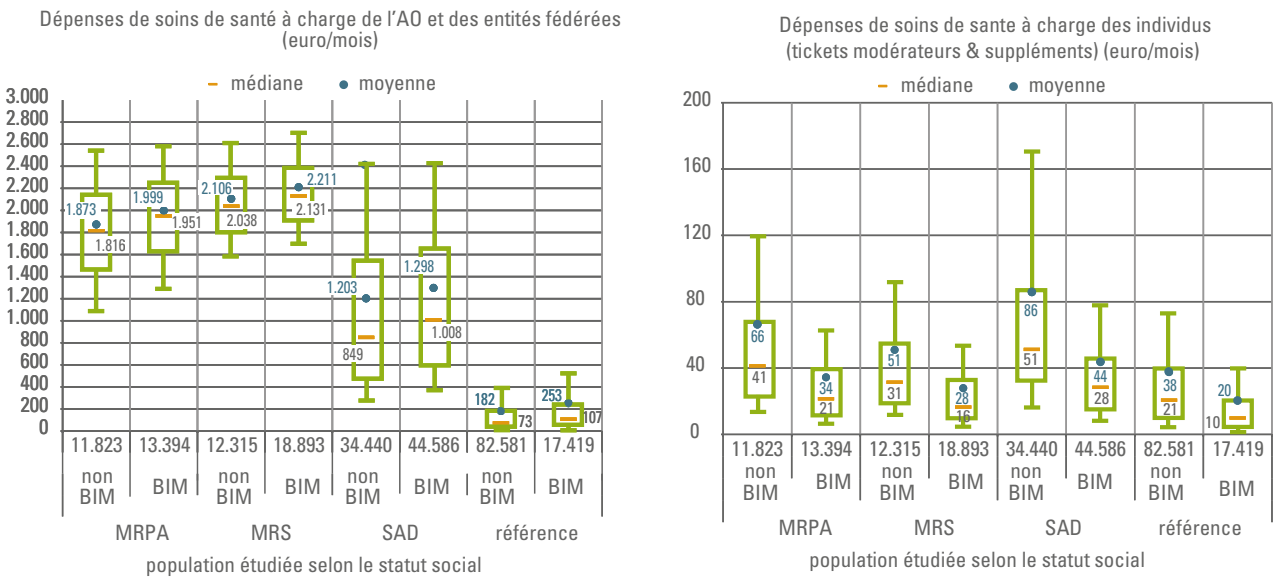


Figure 4 : Boxplots - distribution des dépenses mensuelles moyennes selon le statut social (BIM – non BIM)



élevés pour les BIM. On observe une grande différence du côté des coûts qui restent à charge des individus : lorsqu'ils bénéficient de l'intervention majorée, les tickets et suppléments sont, globalement, réduits de moitié par rapport aux assurés ordinaires, qui ne bénéficient pas de ce statut social.

3.2.4. Selon qu'on a été hospitalisé ou pas

La Figure 5 montre la structure des coûts moyens de soins de santé, (en haut :) à charge de l'AO et des autorités régionales ou (en bas :) à charge des individus, selon que ces derniers ont été ou non hospitalisés au cours de l'année. La Figure 6 contient des informations relatives à la répartition de ces coûts.

Il est intéressant de constater que lorsqu'on combine soins à domicile et soins hospitaliers, le coût pour les soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales n'est pas forcément inférieur à celui observé pour les personnes qui séjournent en maison de repos (voir Figure 6). Il n'y a également presque aucune différence entre le coût pour la population de référence avec hospitalisation, et celui pour le groupe avec soins infirmiers à domicile mais sans hospitalisation. La Figure 6 montre une dispersion plus importante pour les sous-groupes avec hospitalisation.

L'analyse du coût à charge du patient confirme l'impact de l'hospitalisation sur le montant total payé par les personnes pour leurs soins de santé. En cas d'hospitalisation, le montant total des tickets modérateurs et des suppléments pour la population de référence et les résidents en MR est au moins quatre fois plus élevé par rapport à ceux qui n'ont pas été hospitalisés. Ce montant atteint presque le triple pour les personnes recevant des soins infirmiers à domicile. En cas

Figure 5 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon les catégories de dépenses et selon qu'on a été hospitalisé ou pas

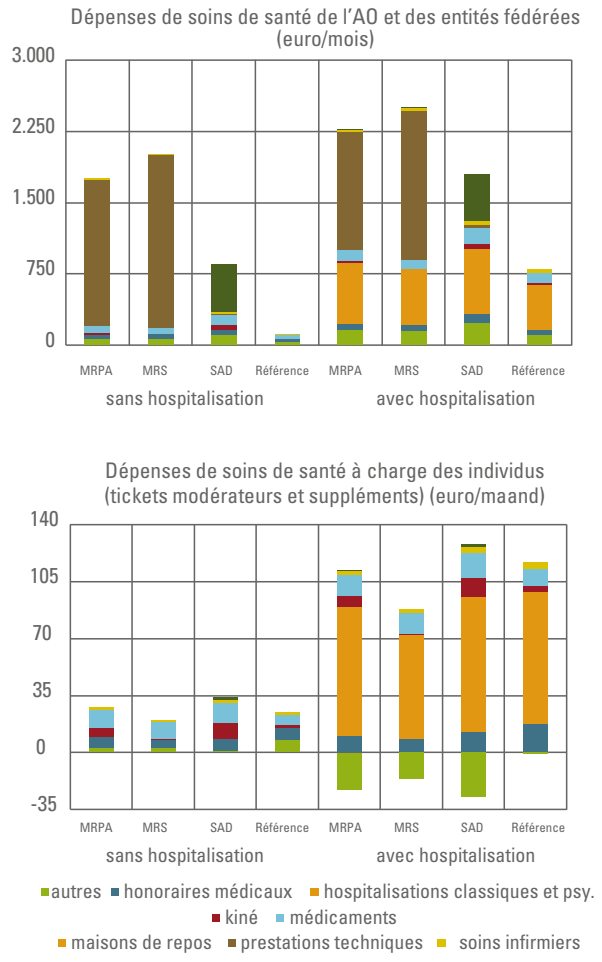
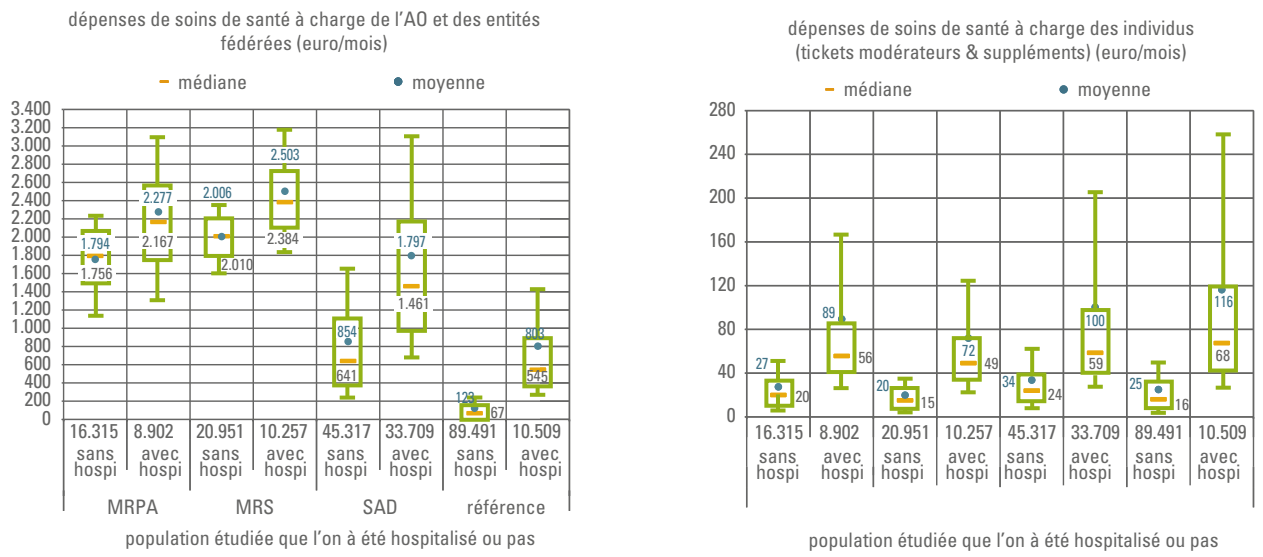


Figure 6 : Boxplots - distribution des dépenses mensuelles moyennes selon que l'on a été hospitalisé ou pas



d'hospitalisation, la facture d'hôpital constitue 70 à 90% des frais de soins de santé mensuels totaux Nous constatons que c'est également pour ce groupe que l'impact du MAF est le plus important.
En conclusion, la grande variation du coût dans les différentes populations avec hospitalisation est encore plus frappante.

3.2.5. Selon la région

Comme le paysage des soins aux aînés va évoluer du fait de la 6ème réforme de l'Etat, regardons les coûts de soins de santé par région. Observe-t-on des différences ? Si oui, dans quel sens ? Ces éléments sont susceptibles de nourrir le débat au sein des régions quant à leur future politique de soins aux personnes âgées.

Pour les coûts de soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales, c'est en Flandre qu'on observe le coût le plus élevé, tandis qu'il est le plus faible à Bruxelles. Ceci est expliqué par le système de financement et les différences dans le profil de dépendance des résidents en MR entre les régions.

En ce qui concerne les membres de la MC (60 ans et plus) qui séjournent en maison de repos (en considérant les MRPA et MRS ensembles) et qui font l'objet de la présente étude, on observe que 22% d'entre eux ont le forfait O ou A en Flandre, tandis que ce pourcentage est de 35% en Wallonie et 39% à Bruxelles. Si on considère les forfaits C, Cc et Cdem, ces pourcentages deviennent, respectivement, 45% en Flandre, 38% en Wallonie et 36% à Bruxelles.

Ceci n'est pas propre à la population des membres de la MC. Avec l'Atlas de l'Agence Intermutualiste (AIM)[31], on trouve un point de comparaison. Ici, l'AIM considère les 65 ans et plus comme population de référence et les dernières données disponibles sont afférentes à 2017 – donc, la comparaison n'est pas parfaite - mais les tendances observées par région se dessinent de la même manière : en Flandre, la proportion de patients avec un forfait O ou A est de 20%, en Wallonie 31% et pour Bruxelles 35%. Si on considère les forfaits C, Cc et Cdem, ces mêmes proportions deviennent, respectivement 45% pour la Flandre, 41% pour la Wallonie et 38% pour Bruxelles.

Le niveau de dépendance des résidents en maison de repos est donc, globalement, moins accentué en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre. Ce qui a un impact sur les dépenses des pouvoirs publics. Un montant d'intervention forfaitaire journalière est calculé par établissement pour le financement des MR, pour lequel on tient compte du case mix des résidents de cet établissement. Selon qu'une structure compte proportionnellement plus de résidents dépendants, le montant sera plus élevé étant donné qu'un encadrement professionnel plus important sera financé. Ce montant est alors payé pour chaque résident, peu importe son niveau de dépendance.

Par contre pour les personnes qui se soignent à leur domicile, c'est l'inverse : le coût moyen de soins de santé, à charge de l'AO et des autorités régionales, observé en Flandre est le plus faible, celui à Bruxelles est le plus élevé. Ceci est dû, en partie, au profil de dépendance des patients, différencié d'une région à l'autre. En effet, pour les membres de la MC faisant l'objet de cette étude, la proportion de patients caractérisés par le

31. Source : Atlas IM : http://atlas.ima-aim.be/databanken

forfait 'toilette' ou A est de 75% en Flandre, 71% en Wallonie et 64% à Bruxelles. A nouveau, les statistiques 2017 de l'AIM fournissent un point de comparaison (qui n'est pas parfait : l'AIM considère les 65 ans et plus, ne différencie pas les forfaits palliatifs des autres forfaits) : la proportion de patients ayant bénéficié d'un forfait 'toilette' ou A (ou PA) est de 80% en Flandre, 73,5% en Wallonie et 71,5% à Bruxelles.

Le second poste de frais en importance pour les personnes qui se soignent à leur domicile est constitué par les coûts hospitaliers. Là aussi, on observe des coûts plus faibles en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Ce n'est pas forcément dû à un recours plus fréquent à l'hôpital mais c'est plutôt que la durée moyenne de séjour à l'hôpital est différente selon les régions : 24,5 jours en Flandre, 26,4 jours en Wallonie et 33,5 jours à Bruxelles.

Par rapport aux coûts à charge des patients pour leurs soins de santé, c'est à Bruxelles que ces coûts sont les plus élevés, tandis qu'ils sont les plus faibles en Flandre. On voit, ici, l'influence des soins hospitaliers. L'importance des suppléments d'honoraires et de chambre, pour des séjours en chambre individuelle, dans les hôpitaux bruxellois[32] constituent également une explication. On constate une différence claire dans les contributions personnelles pour les médicaments en fonction des régions, pour les personnes recevant des soins infirmiers à domicile et les résidents en MRPA.

Il faut remarquer l'impact accru du MAF en Wallonie et surtout à Bruxelles, et particulièrement pour le groupe de personnes ayant recours aux soins infirmiers à domicile. Comme on l'a vu ci-dessus, la durée de séjours à l'hôpital est plus longue pour les Bruxellois et Wallons : une durée plus longue implique

Figure 8 : Boxplots : distribution des dépenses mensuelles moyennes selon la région de résidence

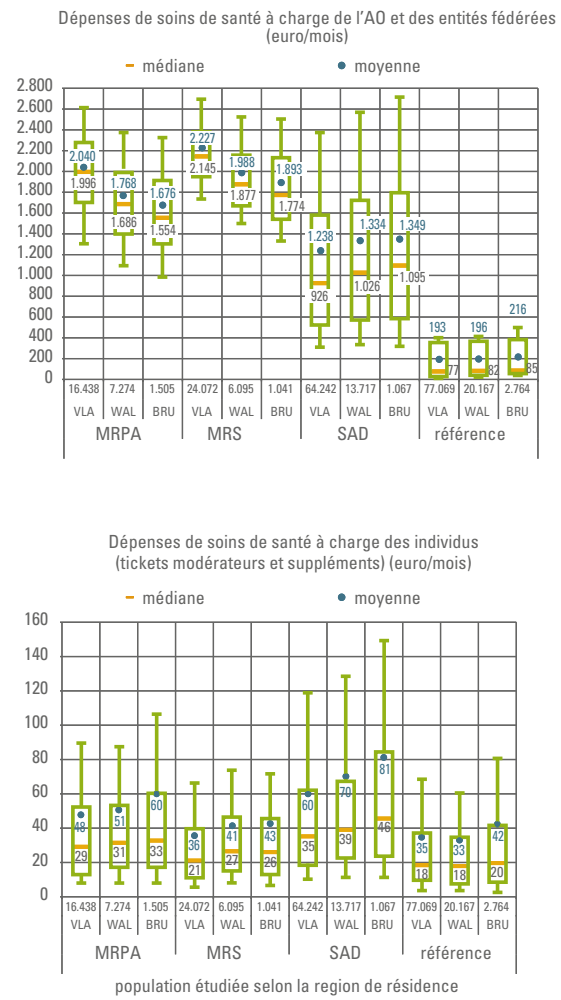
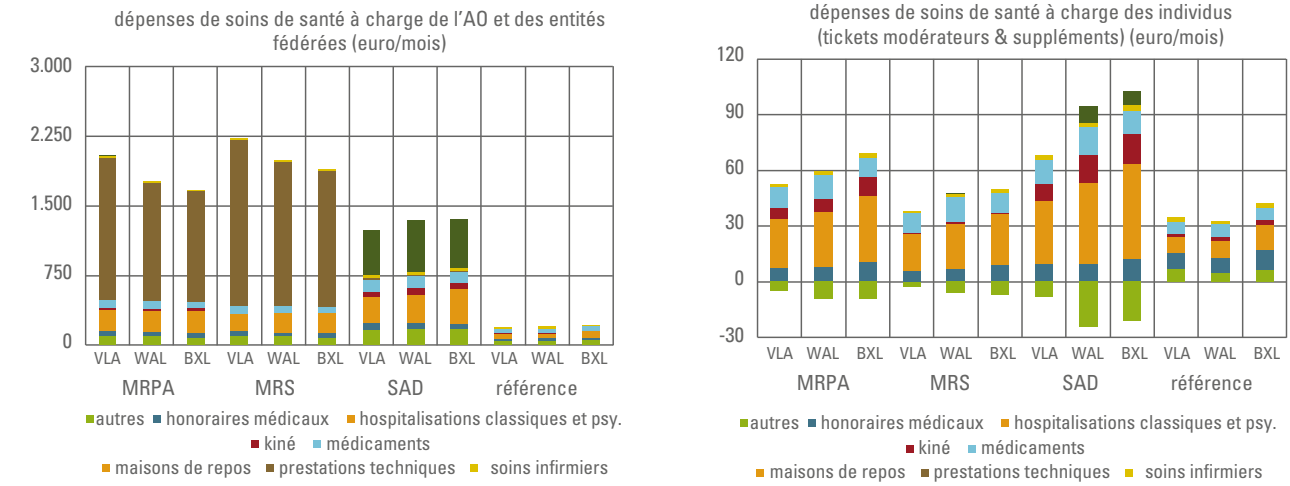
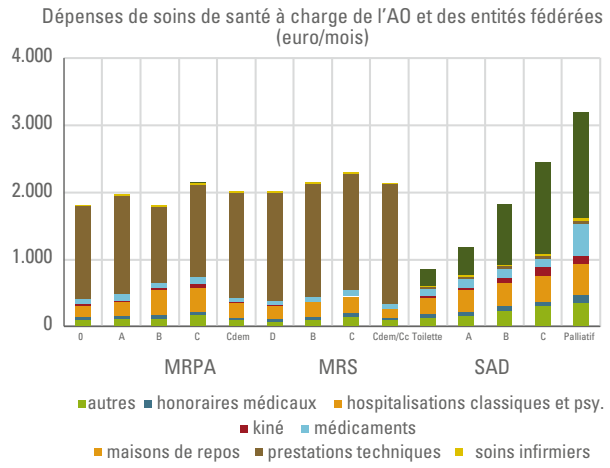


Figure 7 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon les catégories de dépenses et selon la région de résidence



32. 13e Baromètre MC de la facture hospitalière, p. 36 https://www.mc.be/media/Dossier%20de%20presse%20barom%C3%A8tre%202017_tcm49-43593.pdf

Figure 9 : Structure des dépenses moyennes mensuelles selon les catégories de dépenses et selon le forfait



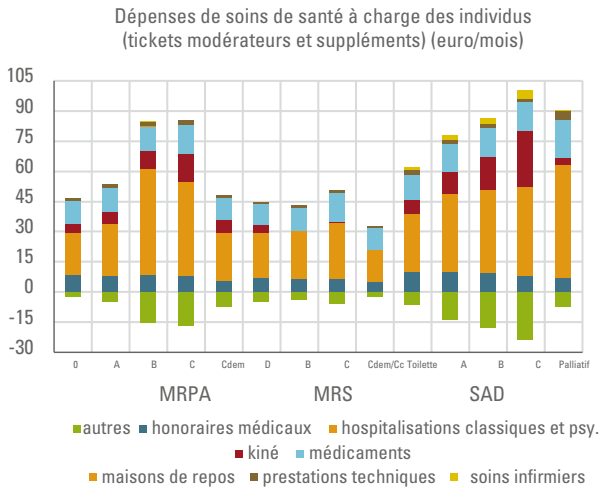
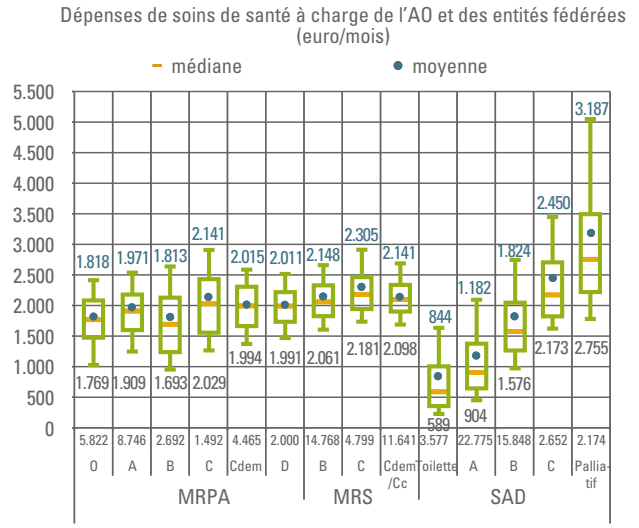
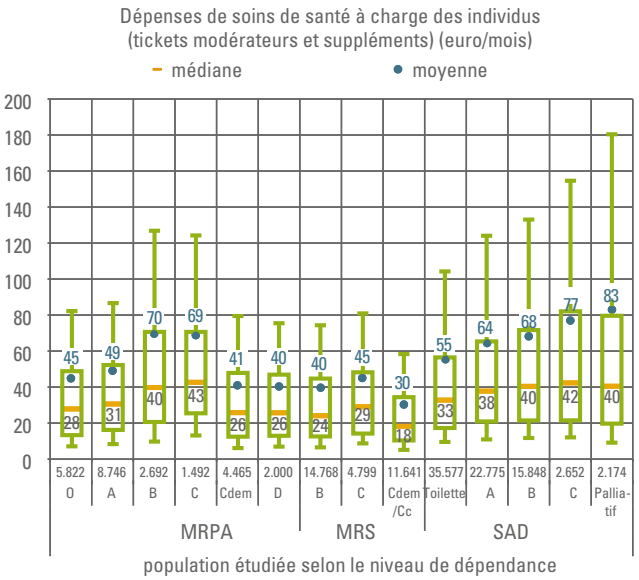


Figure 10 – Boxplots : distribution des dépenses mensuelles moyennes selon le forfait





davantage de tickets modérateurs comptés dans le MAF et donc plus de chance d'atteindre le plafond ouvrant alors un droit au remboursement du MAF. Et, il y a aussi un peu plus de BIM à Bruxelles dans la population de ceux qui se soignent à domicile (pour les BIM, le plafond de tickets modérateurs à atteindre est plus bas).

3.2.6. Selon le niveau de dépendance

Les Figures 9 et 10 contiennent des informations relatives au coût pour les soins de santé en fonction de la dépendance, sur la base des prestations facturées (toilettes ou forfaits).

Grosso modo, les coûts de soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales sont croissants en fonction du niveau de dépendance pour ceux qui se soignent à leur domicile. Cela vaut également pour les frais d'hospitalisation et de kinésithérapie. Du côté des MR, on constate moins de variation, étant donné le fait que les lits MRS sont destinés aux personnes âgées fortement dépendantes. Force est de constater que les dépenses en hospitalisation pour la même catégorie de dépendance sont supérieures en MRPA par rapport aux MRS.
La dépense moyenne la plus élevée pour les soins de santé concerne les personnes pour qui un des forfaits de soins palliatifs des soins infirmiers à domicile est facturé (3.187 par mois).

Pour les coûts pour les soins de santé qui restent à charge des patients, nous constatons une croissance du coût total en fonction du niveau de dépendance surtout pour ceux qui se soignent à leur domicile et ceux qui séjournent en MRPA (à l'exception des catégories D et Cdem).
Le montant moyen le plus élevé en tickets modérateurs et suppléments est payé par les personnes pour qui un des forfaits palliatifs des soins infirmiers à domicile est facturé.

4. Conclusion

La demande d'aide et de soins aux personnes âgées augmente dans notre société vieillissante. Les personnes âgées elles-mêmes font face au choix du lieu où elles souhaitent recevoir leurs soins : à la maison ou dans une maison de repos. Les autorités compétentes doivent également décider de la façon dont elles investissent les moyens à disposition. Dans les deux cas, le coût constitue un critère d'évaluation.

La MC a analysé selon plusieurs angles d'approche, le coût des soins de santé des personnes âgées à charge des pouvoirs publics et à charge de l'utilisateur. Les données de facturation 2018 de la MC ont été utilisées pour cette étude. Toutefois, cette étude n'aborde qu'une partie des dépenses auxquelles sont confrontées les pouvoirs publics et les personnes âgées. Il faut par conséquent interpréter les résultats avec la prudence requise, ce qui n'empêche pas d'effectuer quelques constatations intéressantes, de même que des recommandations.

- Nous insistons encore une fois sur le fait que cette étude ne reflète qu'une partie des coûts liés à la dépendance. De nombreuses dépenses en soins et en service aux membres, pouvant être comprises dans une définition plus large de la santé, ne sont pas reprises dans cette étude car les mutualités ne disposent pas d'informations directes. Les coûts d'aide familiale, de services de nettoyage, de services de garde, ainsi que le prix journalier et les frais supplémentaires des MR n'en sont que quelques exemples. Il y a pour l'instant, à travers les différentes études, un manque de visibilité des coûts publics totaux, ainsi que de l'ampleur précise du total des dépenses que le membre doit payer de sa poche. Les données de recherches à ce sujet sont fragmentées, incomplètes et parfois difficilement comparables. Pour garantir l'accessibilité financière, il faut un contrôle permanent des coûts des soins à tous les niveaux de compétences.
- Si ce contrôle révèle un problème d'accessibilité financière, celui-ci doit être corrigé le plus rapidement possible. Dans notre secteur des soins de santé rendu encore plus complexe par la sixième réforme de l'État, les acteurs impliqués ont dans tous les cas la responsabilité de s'assurer que cette complexité n'ait pas de conséquence négative sur l'accessibilité aux soins et à l'assistance. La concertation et la collaboration entre les autorités compétentes sont essentielles pour aboutir à une solution coordonnée.
- L'analyse des données disponibles montre que le coût des soins de santé pour les pouvoirs publics est plus bas pour les personnes qui peuvent rester à domicile. Nous avons également pu constater qu'il existe des situations pour lesquelles le coût des soins de santé à domicile est plus élevé qu'en maison de repos. L'ampleur de la dépendance et la combinaison avec des hospitalisations sont ici déterminantes. Le coût total des soins de santé à charge du patient est généralement plus élevé lorsqu'il bénéficie de soins infirmiers à domicile.
- Dans chaque groupe, mais surtout dans le groupe avec soins infirmiers à domicile, il existe de grandes différences de coût total entre les individus. Ce qui soulève des questions quant à l'accessibilité financière des soins pour tous. Comme le montrent les percentiles 95 de chaque population, les coûts mensuels de soins de santé à charge de l'AO et des autorités régionales peuvent devenir très élevés et ceux à charge du patient difficiles à supporter. Heureusement, il existe divers mécanismes de protection, par exemple : les bénéficiaires de l'intervention majorée pour lesquels les coûts de soins santé à payer de leur poche sont réduits de moitié. Le MAF s'avère constituer, pour ceux qui reçoivent des soins à domicile, une mesure de correction importante.
- Le niveau et les différences entre les dépenses sont en grande partie déterminées par les dépenses en hospitalisation. L'accessibilité financière des soins hospitaliers pour les autorités et le patient constitue également un défi important à court terme. Une des possibilités pour diminuer la facture du patient est la suppression totale des suppléments d'honoraires[33]. Cela doit aller de pair avec une réforme du mécanisme de financement visant un financement correct des hôpitaux.
- En outre, des initiatives visant à éviter ou à repousser le plus possible les hospitalisations et admissions en MR doivent être soutenues et renforcées là où c'est nécessaire (prévention de chutes, accueil de nuit, services de garde, engagement des aidants proches et bénévoles, concertation pour une coordination de l'aide et des soins, intermédiaires entre hospitalisation et soins à domicile, …). Cela contribuera également à la qualité de vie des personnes âgées.
- Le niveau de dépendance est un des facteurs, dans les soins à domicile, influençant le coût des soins de santé. Les frais des soins de santé sont surtout élevés, aussi bien pour les autorités publiques que pour les personnes âgées, pour les personnes appartenant à la plus haute catégorie de dépendance de soins infirmiers à domicile. Nous savons également que ces personnes âgées, même en cas de dépendance sévère, veulent repousser tant que possible une admission en MR. Cela ne changera pas à l'avenir. Il faut également investir dans des modèles intégraux de soins et de collaboration développant un continuum de soins sur mesure pour le patient, permettant outre la qualité, de garantir également l'accessibilité financière. Des moyens supplémentaires sont également nécessaires pour d'autres formes de soins se situant entre les soins à domicile et les soins en MR, ainsi que pour des formes de logements innovantes. La diminution des lits hospitaliers aigus constitue une possibilité pour créer ces moyens supplémentaires.

33. Voir le mémorandum de la MC dans le cadre des élections de 2019 : https://www.mc.be/media/memorandum-mc-elections-2019_tcm49-52411.pdf

La thérapie du sommeil peut réduire la consommation de somnifères

Rebekka Verniest, Katte Ackaert et Gauthier Vandeleene (Service d'étude)

Résumé

De nombreuses personnes souffrent de troubles du sommeil, parfois pendant longtemps. Ces troubles peuvent affecter le fonctionnement et la qualité de vie. Il est également de notoriété publique que les Belges sont les premiers consommateurs de médicaments en Europe, dont les somnifères. Nous savons également que ce n'est, à long terme, ni la meilleure solution, ni la plus durable face aux troubles du sommeil. D'autre part, il est scientifiquement prouvé que la thérapie du sommeil peut mener à des résultats meilleurs, positifs et plus durables. La MC, dans son rôle de mutualité santé, s'investit, à travers différentes initiatives, pour la qualité de sommeil. Ainsi, les membres flamands de la MC bénéficient d'une intervention dans les frais d'une thérapie du sommeil. La MC souhaitait, au moyen d'une enquête, déterminer dans quelle mesure cette thérapie mène à un meilleur sommeil et à une consommation réduite de médicaments. Les résultats de l'enquête sont sans conteste encourageants. Une diminution drastique de la consommation de médicaments a été constatée chez la majorité des participants à l'étude.

Mots-clés : Sommeil, troubles du sommeil, consommation de médicaments, mutualité santé, thérapie du sommeil.

1. Contexte

Selon les sources, entre 25 et 30% de la population souffrent de troubles du sommeil[1]. Parfois, les problèmes pour dormir ou s'endormir sont déclenchés par des circonstances spécifiques et constituent une réaction au stress ou au changement (examens, problèmes financiers, deuil,…). Cette insomnie aigüe est généralement de courte durée. Toutefois, elle dure parfois des semaines, des mois voire même des années (= insomnie chronique), sans qu'il y ait de facteur déclenchant évident. Une autre approche est recommandée dans ce cas.

L'insomnie peut nuire gravement au bien-être et à la santé. En cas de troubles du sommeil de longue durée, la personne ne se sent pas reposée durant la journée, est tendue et irritable, rencontre des difficultés de concentration et des problèmes de mémoire. Cela entraîne une baisse de la productivité ainsi que davantage de négligence au travail et à l'école. Il y a également plus d'indications d'un lien entre l'insomnie et le développement de sentiments dépressifs, de troubles anxieux, de la prévalence d'accidents de la route et du travail, des chutes,…

De nombreux insomniaques recourent aux médicaments. En comparaison avec ses voisins, la Belgique reste en tête en matière de consommation chronique de benzodiazépines, le groupe auquel appartient la majorité des somnifères consommés. La consommation de calmants est également élevée dans notre pays. Malheureusement, ces médicaments n'offrent pas de solution à long terme face aux troubles du sommeil. L'utilisation prolongée de somnifères entraîne une accoutumance et le médicament n'a alors plus d'effet qu'en augmentant la dose.

Une directive adaptée a vu le jour en 2018 à l'attention des médecins généralistes. Celle-ci concerne les manières d'aborder l'insomnie sans somnifères et le plus possible en fonction du patient[2]. Le médecin généraliste peut également collaborer avec un psychologue de première ligne, ou conseiller au patient une formation sur le sommeil. La thérapie du sommeil fait partie des possibilités de traitement recommandées aux mauvais dormeurs. C'est une forme de thérapie comportementale cognitive où les participants apprennent à gérer leur insomnie chronique au cours de différentes sessions organisées au sein d'un centre du sommeil lié à un hôpital.

1. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2013.pdf https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/Longziekten/Gentse%20Universitaire%20Slaapkliniek/Paginas/Slaapstoornissen.aspx
2. Traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie chez les adultes en première ligne (https://domusmedica.be/sites/default/files/WOREL%20RL%20Aanpak%20insomnie%20NL%2010102018.pdf)

La MC en tant que mutualité santé souhaite également s'investir pour la qualité de sommeil et aider les gens à retrouver un meilleur sommeil. Dormir bien et suffisamment est important pour la santé. Ces dernières années, une vaste offre d'informations, de conseils et d'outils éducatifs a été développée à ce sujet pour soutenir un schéma de sommeil sain[3]. De plus, les mutualités chrétiennes flamandes offrent une intervention dans les frais de thérapie du sommeil[4]. Concrètement, les membres reçoivent une intervention allant jusqu'à 150 euros dans les frais d'une thérapie du sommeil suivie dans un des centres du sommeil avec lesquels la MC a une convention. En même temps, une collaboration pour l'évaluation de l'impact de la thérapie était prévue .

2. Enquête de la MC sur l'impact de la thérapie du sommeil

2.1. Méthodologie

Depuis que la MC offre une intervention dans les frais de thérapie du sommeil, de nombreux membres ont déjà bénéficié de ce suivi. Ceux-ci sont invités à participer à une enquête à trois reprises. Une première enquête en ligne prend place à la fin de la thérapie. Ensuite, les membres reçoivent le même questionnaire 6 et 12 mois après la fin de la thérapie. Cela a permis d'évaluer les améliorations au niveau du sommeil et de la qualité de sommeil à plus long terme après la fin de la thérapie. Le questionnaire évalue la consommation de somnifères (prescrits ou non), la satisfaction vis-à-vis de la thérapie du sommeil, l'expérience de troubles du sommeil et l'impact de la thérapie.

La MC a reçu 523 questionnaires complétés à la fin de la thérapie. Il y a eu 359 réactions après 6 mois, et 254 après un an.

2.2. Résultats

2.2.1. Profil des participants

523 personnes ont répondu à l'enquête à la fin de leur thérapie répartis entre 169 hommes (32%) et 354 femmes (68%). 60% des participants ont suivi la thérapie sur recommandation d'un professionnel de la santé. La majorité des participants souffrait depuis longtemps de troubles du sommeil : 87% d'entre eux depuis au moins un an et 52% depuis plus de six ans. 30% des participants consommaient des médicaments non prescrits avant la thérapie du sommeil, et près de 58% déclarent avoir consommé des somnifères prescrits par un médecin. Plus de 75% des personnes consommaient des somnifères plus de trois fois par semaine.

2.2.2. Satisfaction vis-à-vis de la thérapie

Dans les trois enquêtes, une majorité des participants se disent satisfaits des différents aspects de la thérapie proposée (prise en charge, contenu et utilité des séances, accompagnement par le coach du sommeil, matériel de formation et lieu). Ils recommanderaient également (sûrement) la thérapie. Il faut remarquer qu'un groupe non négligeable déclare ne pas pouvoir évaluer le « suivi après thérapie », ni le « soutien dans la réduction des somnifères » car ce n'est « pas d'application ». On constate ici une marge d'amélioration possible s'il s'avère que les participants de la thérapie en ressentent le besoin.

2.2.3. Effets de la thérapie du sommeil

Qualité du sommeil

Les participants doivent évaluer la qualité de leur sommeil durant le mois précédant l'enquête. Une majorité d'entre eux ont jugé que leur sommeil était assez ou très bon dans les différentes enquêtes. De plus, près de quatre personnes sur cinq estiment que leur sommeil s'est amélioré par rapport à avant le début de la thérapie. Il semble n'y avoir aucune amélioration pour 16% d'entre eux. Il faut ici tenir compte du fait qu'un participant sur dix a vécu un événement important juste avant l'enquête. Ce qui peut avoir un impact (temporaire ou non) sur la qualité du sommeil, et expliquer l'absence d'amélioration dans la période précédant l'enquête.

Cependant, les participants ont encore rencontré des problèmes de sommeil. Après la thérapie, 45% déclarent encore se réveiller pendant la nuit ou tôt le matin et 30% rencontrent des difficultés de sommeil car ils doivent aller aux toilettes la nuit. Un participant sur sept n'a pas pu se rendormir en 30 minutes, ou ruminait au lit. Ces problèmes de sommeil ont également affecté les activités quotidiennes des participants, et ont entraîné chez beaucoup un sentiment de déprime ou de dépression une ou plusieurs fois par semaine. Ces problèmes persistent après 6 et 12 mois pour une partie des participants.

Consommation de médicaments

Dans la première enquête, à la fin de la thérapie, 76% des personnes indiquent ne pas avoir consommé de somnifères sur ordonnance (tableau 1). Ce pourcentage atteint 90% pour les somnifères sans ordonnance. Pour les médicaments prescrits, on reste à 66% après 12 mois, et à 90% pour les médicaments non prescrits. Ces pourcentages s'élevaient respectivement seulement à 43% et à 70% avant la thérapie. Il semble donc que les répondants aient pu réduire leur consommation de médicaments pour améliorer le sommeil après avoir suivi la thérapie.

3. https://www.cm.be/gezond-leven/leefgewoonten/slapen et https://www.mc.be/votre-sante/tete/sommeil
4. https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/slaaptherapie

Tableau 1 : Consommation de somnifères

Preniez-vous des somnifères prescrits par un médecin avant de débuter la formation sommeil (par ex. benzodiazépines) ?	Avant la formation sommeil	Mois 0	Mois 6	Mois 12
Trois fois par semaine ou plus	45,5%	11,5%	15,3%	17,7%
Une à deux fois par semaine	4,8%	9,1%	8,6%	10,5%
Moins d'une fois par semaine	7,7%	2,4%	4,3%	5,7%
Pas au cours du mois précédent	42,8%	76,1%	71,8%	66,0%

Nous constatons néanmoins qu'une partie considérable des répondants (18%) a toujours recours trois fois par semaine ou plus à des médicaments. Ce dernier résultat peut paraître décevant étant donné l'objectif implicite de la thérapie du sommeil : réduire la consommation de somnifères. La conclusion importante à tirer reste tout de même l'influence positive aussi bien sur le nombre de consommateurs que sur la fréquence de consommation.

Suivi des avis

Il est finalement demandé aux participants dans quelle mesure ils ont suivi les différents avis, mesures et conseils pour mieux dormir.

Près des deux tiers travaillent à une réduction quotidienne grâce à des activités relaxantes ou prévoient une heure de réveil fixe. La moitié d'entre eux prévoient un rituel de sommeil fixe, limitent l'exposition aux écrans le soir ou se lèvent s'ils restent trop longtemps éveillés au lit. D'autres conseils sont moins suivis.

3. Conclusion

De nombreuses personnes font face à des troubles du sommeil. Lorsque ceux-ci sont fréquents et de longue durée, l'impact est négatif pour le fonctionnement et la qualité de vie. Cela pousse souvent les gens à consommer des somnifères, mais on sait qu'il ne s'agit pas d'une solution durable. De plus, il a été prouvé que le suivi d'une thérapie du sommeil peut avoir des effets positifs.

La MC flamande offre depuis 2015 une intervention dans les frais de cette thérapie du sommeil. Elle souhaitait en même temps évaluer l'effet de la thérapie grâce à un questionnaire soumis aux participants. Les résultats montrent que la thérapie du sommeil peut aider à réduire la consommation de somnifères. Le nombre de consommateurs, de même que la fréquence de consommation, peuvent être influencés positivement. Nous constatons également une récupération de la qualité du sommeil. Ces effets ne sont pas uniquement constatés directement après la thérapie, mais également un an après. Ainsi, la thérapie du sommeil constitue une solution plus durable face aux troubles du sommeil.

Drains transtympaniques : des variations inexplicables

Katte Ackaert et Michiel Callens (Service d'étude)

Résumé

L'otite moyenne est l'une des affections les plus fréquentes chez les jeunes enfants. Il s'agit d'une inflammation de la cavité située derrière le tympan, et qui est reliée à l'espace rhino-pharyngé. Cette inflammation peut notamment causer de vives douleurs dans l'oreille.

L'une des méthodes courantes de traitement est le placement de drains transtympaniques. Mais il apparaît de plus en plus clairement que les avantages cliniques limités de ces drains ne font généralement pas le poids face à leurs inconvénients. Ces dernières années, la prudence est de plus en plus recommandée, ce qui se traduit par une légère baisse du nombre d'interventions.

La Mutualité chrétienne a examiné les pratiques en la matière parmi ses membres en Belgique. Nous constatons qu'il existe une grande variation. Le constat majeur est le fait que la ligne de rupture suit la frontière linguistique. Au nord du pays, et principalement dans les provinces de Flandre orientale, de Flandre occidentale et du Limbourg, les placements de drains sont nettement plus nombreux qu'en Région de Bruxelles-Capitale ou qu'en Wallonie. C'est à Bruxelles et dans les provinces de Liège et du Luxembourg que ces opérations sont le moins souvent pratiquées. Les différences de pratiques observées se retrouvent également au niveau des hôpitaux : par exemple, des drains sont posés chez 27,02% des enfants de 0 à 9 ans qui consultent pour la première fois un ORL (oto-rhino-laryngologue) à l'AZ Alma à Eeklo, contre 2,89% des patients ORL de l'hôpital de Herstal. Globalement, les hôpitaux universitaires placent des drains chez un pourcentage de leurs patients relativement petit, mais ici aussi nous constatons des différences entre les hôpitaux universitaires. Nous découvrons aussi des différences entre garçons et filles : un plus fort pourcentage de garçons que de filles se font poser des drains transtympaniques. Une observation frappante est le fait que les patients avec l'intervention majorée (IM) se font, en pourcentage, beaucoup moins souvent poser des drains que les patients sans IM (0,89% des enfants avec IM, contre 1,82% sans IM).

La MC demande aux médecins ORL de discuter de ces disparités entre pratiques et de respecter les directives, pour que la variabilité entre pratiques soit réduite à un minimum. Nous conseillons à nos membres de bien considérer avec leur médecin les avantages et les inconvénients avant de poser des drains.

Mots-clés : Drain transtympanique, diabolo, consommation des soins de santé, variation des pratiques, directives.

1. Introduction

1.1. Tympan et oreille moyenne

Le tympan est une membrane de l'oreille située à la fin du conduit auditif. Il assure la transition entre l'oreille externe et l'oreille moyenne. En cas d'inflammation aigue de l'oreille moyenne, la pression peut fortement augmenter, car cet espace est clos. Cela provoque parfois des douleurs aigues. Les otites moyennes touchent essentiellement les enfants et, généralement, elles guérissent spontanément. La lutte contre la douleur fait partie du traitement principal et les antibiotiques sont rarement requis.

En cas de mucosités, un liquide occupe durablement l'oreille moyenne à cause d'un fonctionnement insuffisant de la trompe d'Eustache. Comme cette trompe évacue moins bien le liquide vers le rhinopharynx, un sentiment de compression et une perte d'audition apparaissent. Mais ce liquide disparait souvent de manière spontanée après quelques mois.

1.2. Placement de drains

Le site « Gezondheid en Wetenschap » des autorités flamandes[1] évoque les indications possibles pour les drains transtympaniques. Le placement de drains transtympaniques, ou diabolos, dans le tympan, est rarement conseillé. Il n'existe aucune raison de le pratiquer systématiquement chez

1. https://www.gezondheidenwetenschap.be/onderzoek-onder-de-loep/wanneer-zijn-trommelvliesbuisjes-nodig

les enfants ayant fréquemment des otites. Il faut donc évaluer la situation au cas par cas. Après placement, ces drains restaurent la ventilation de l'oreille moyenne, ce qui permet aux mucosités de se résorber. Ces drains ne fonctionnement généralement que quelque mois avant d'être expulsés. Le trou percé dans le tympan pour installer le drain se referme le plus souvent de manière spontanée.

1.3. Quand les drains sont-ils nécessaires ?

Il est souvent affirmé que les drains peuvent éviter les dommages auditifs. Mais cela n'est vrai qu'à court terme : les enfants qui entendent mal à cause des mucosités et qui reçoivent un drain entendent momentanément mieux que les enfants sans diabolos. Cet avantage n'est toutefois plus perceptible après un an, en raison de l'amélioration spontanée chez les enfants non-traités. Il n'existe pas d'études de qualité indiquant que les enfants risqueraient de présenter des troubles du langage ou un retard de développement ou d'apprentissage en raison de mucosités dans l'oreille. Une perte d'audition peut d'ailleurs être l'un des effets secondaires du placement de drains.

Ces dernières années, il est de plus en plus souvent fait montre de réserve concernant le placement de drains. Une véritable justification pour le placement de drains transtympaniques est difficile à formuler. Nous retrouvons dans la littérature médicale les recommandations suivantes[2]:

- Envisagez les drains chez les enfants présentant des otites moyennes fréquentes et récurrentes, avec présence de mucosités entre les otites.
- Envisagez les drains chez les enfants ayant des problèmes d'audition et des mucosités durables.
- Les enfants avec des mucosités durables qui présentent d'autres troubles (problèmes de comportement ou d'équilibre) mais qui entendent normalement n'ont pas besoin de drains.
- Les enfants avec des mucosités durables sans autres troubles n'ont idéalement pas besoin de drains.

Les experts jugent la nécessité médicale faible à très faible. Des effets secondaires sont également associés au placement de drains et ils sont fréquents : épanchement auriculaire passager ou chronique, lésions du tympan, perte d'audition, tissu cicatriciel ou perforation permanente du tympan, sans parler des complications potentielles de l'anesthésie générale ou de la pression psychique pour l'enfant.

2. Méthode

Le service d'étude de la MC a examiné, auprès des membres MC, quelles sont les pratiques en Belgique. Le placement d'un drain transtympanique est une opération fréquente. La plupart des interventions concernent des enfants, mais des drains sont également posés aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées. Certains patients reçoivent des drains plusieurs fois dans leur vie. Dans notre étude, nous n'avons toutefois retenu que le premier placement des diabolos. Nous nous sommes aussi concentrés sur les enfants de 0 à 9 ans, la catégorie d'âge la plus concernée par la mise en place de drains. Notre étude a examiné dans le détail les premières interventions pour drains transtympaniques en 2018, en suivant l'évolution depuis 2009 pour les membres MC entre 0 et 9 ans. Nous avons ensuite réalisé un proxy de la taille d'un hôpital, sur la base du nombre de premières consultations en ORL, afin de comparer le nombre d'interventions par hôpital.

3. Résultats

3.1. Une intervention fréquente

101 hôpitaux ont placé des drains à des membres MC en 2018. Les enfants sont traités aussi bien en polyclinique qu'en hôpital de jour, ou bien ils sont admis pour au moins une nuit. 91.557 enfants de 0 à 9 ans ont subi sur la période 2009-2018 une première intervention pour le placement de drains transtympaniques (tableau 1). Cela représente 80% du nombre total de premières interventions sur cette période, toutes catégories d'âge confondues. Pour 98,81% des 0-9 ans ayant subi une intervention en 2018, cela s'est déroulé en ambulatoire. Dans 1,19% des cas, il y a donc hospitalisation (= minimum 1 nuitée). 39 médecins ont effectué 50 ou plus de premières interven-

Tableau 1 : Nombre de premières interventions ambulatoires (polyclinique + hôpital de jour) et premières interventions hospitalisées par an chez les enfants de 0 à 9 ans (MC 2009-2018)

Année	Ambulatoire	Hôpital	Total
2009	11.663	188	11.851
2010	10.132	152	10.284
2011	10.139	146	10.285
2012	9.282	141	9.423
2013	8.307	111	8.418
2014	8.093	96	8.189
2015	8.311	99	8.410
2016	8.158	114	8.272
2017	8.168	102	8.270
2018	8.058	97	8.155
Total	**90.311**	**1.246**	**91.557**

2. https://www.gezondheidenwetenschap.be/onderzoek-onder-de-loep/wanneer-zijn-trommelvliesbuisjes-nodig

tions en 2018, tandis que 57 médecins n'en ont fait qu'une seule cette année-là. En 2018, 460 médecins ORL ont pratiqué de telles interventions.

3.2. De grandes disparités

En 2018, 1,69% des membres MC de 0 à 9 ans a subi une intervention pour le placement de drains transtympaniques. Globalement, le nombre de premières interventions a baissé d'environ 31% sur cette période de 10 ans : de 11.851 en 2009 à 8.155 en 2018. Cela indique que certains médecins font preuve de davantage de réserve au moment de réaliser cette intervention.
Au fil du temps, on observe une évolution des interventions avec nuitée vers un traitement polyclinique et en hôpital de jour. Au cours de la dernière décennie, environ 1% des patients a séjourné une nuit à l'hôpital. Le nombre d'interventions polycliniques a en revanche drastiquement diminué : 78% des interventions en 2008, contre 46% en 2018, ce en faveur de l'hôpital de jour.

Nous voyons donc que les pratiques évoluent dans le temps, mais les disparités subsistent en 2018, notamment au niveau du nombre d'interventions. Les différences sont marquées entre les provinces. Flandre occidentale, Flandre orientale et Limbourg obtiennent en 2018 les plus hauts scores, avec de 2,3% à 2,4% des membres MC qui subissent une première intervention, comparé à Bruxelles, Liège ou Luxembourg où ce pourcentage se situe entre 0,6% et 1% (figure 1). En pourcentage, l'opération est réalisée environ deux fois plus fréquemment en Flandre qu'en Wallonie et 3% plus fréquemment en Flandre qu'à Bruxelles (tableau 2).

Tableau 2 : % d'interventions par région en regard de la population MC, enfants jusqu'à 9 ans (MC 2018)

Région	% d'interventions
Flandre	1,97
Wallonie	1,06
Bruxelles	0,59
Missing	0,09
Total	**1,69**

3.3. Socialement plus vulnérables, âge et sexe

Une autre constatation marquante est le fait que l'intervention est moins fréquente parmi la population MC socialement plus faible : chez 0,89% des enfants avec IM contre 1,82% pour ceux sans IM (2018) (figure 2).

Pourtant, le coût pour l'assuré n'est pas élevé : 0 euro de ticket modérateur pour l'intervention-même (nomenclature INAMI

Figure 1 : % d'interventions par province en regard de la population MC, enfants jusqu'à 9 ans (MC 2018)

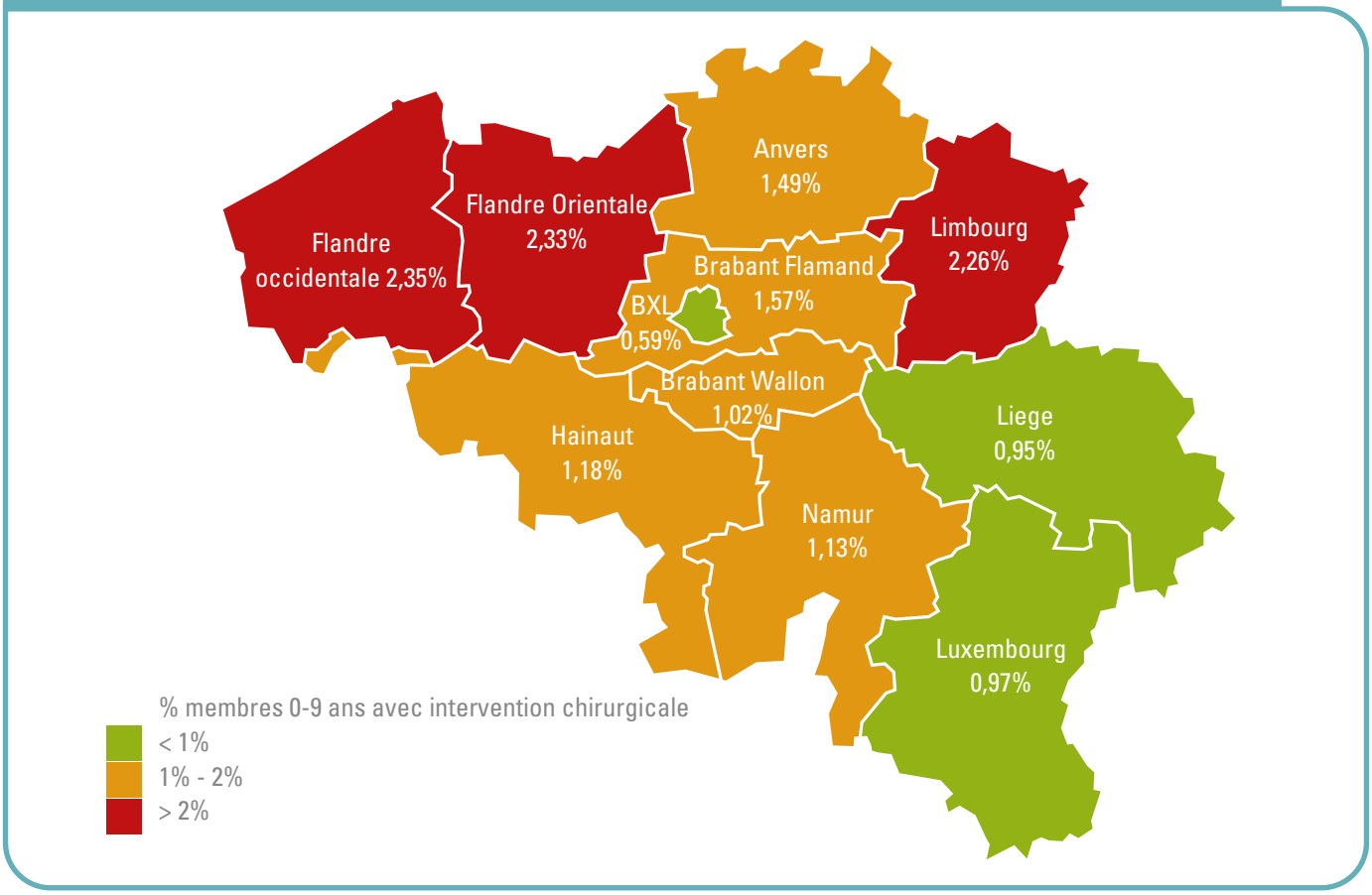
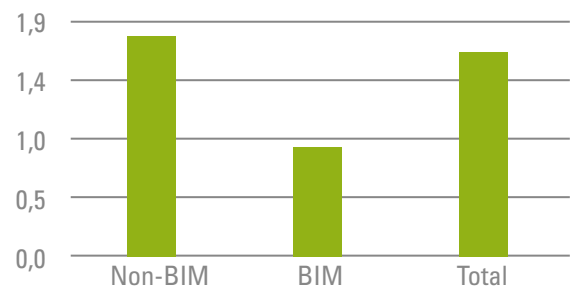


Figure 2 : Pourcentage de premières interventions selon le statut intervention majorée (IM) chez les enfants de 0 à 9 ans (MC 2018)



257471-257482 : Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral K70) et 0 euro de ticket modérateur pour l'hôpital de jour si l'intervention y est réalisée (= moitié des cas). Si nous consultons les sites web des hôpitaux, nous constatons que des suppléments peuvent être facturés pour les médicaments ou pour l'intervention. En moyenne, le coût total pour le patient en chambre double s'élève entre 30 et 50 euros. Quant à l'assurance maladie, le coût moyen (2015-2017) est d'environ 3,7 millions d'euros par an[3].

Par ailleurs, un peu plus de garçons (1,82%) que de filles (1,55%) de la population MC se sont vu poser des drains.

La plupart des enfants sont très jeunes au moment de l'intervention (tableau 3). L'âge moyen des enfants a même baissé ces 10 dernières années, de 3 ans en 2009 à 2 ans en 2018.

Tableau 3 : Nombre de premières interventions par catégorie d'âge parmi les enfants de 0 à 9 ans (MC 2018)

Catégorie d'âge	Nombre	Pourcentage
0-1	4.136	50,72
2-3	2.067	25,35
4-5	1.420	17,41
6-7	426	5,22
8-9	106	1,30
Total	**8.155**	**100**

3.4. Comparaison entre hôpitaux : La Flandre en tête

Mais les différences entre hôpitaux sont également fortes. Pour pouvoir comparer les grands et les petits hôpitaux, nous prenons comme mesure pour la taille de l'hôpital le nombre de premiers contacts ORL en 2017 et 2018 (chez les membres MC de 0 à 9 ans) chez les médecins qui placent des diabolos dans cet hôpital. Les consultations le soir, la nuit et le week-end ne sont pas prises en compte. Les consultations en cabinet privé sont rattachées à l'hôpital où le médecin réalise le placement des drains. Les consultations privées de médecins qui travaillent dans plusieurs hôpitaux sont réparties selon la proportion d'interventions dans les hôpitaux respectifs.

Une mesure de la fréquence de placement de drains dans un hôpital découle alors du rapport suivant (2017 + 2018) : le nombre de patients pour une première intervention divisé par le nombre de premiers contacts avec le patient.

Cette méthode nous révèle qu'il existe des variations de pratiques claires entre hôpitaux, quelle que soit la taille de l'hôpital. Les données correspondent évidemment à la répartition régionale observée en examinant les pourcentages régionaux chez nos membres, ce qui montre que notre méthode constitue un proxy de qualité.

Le top 20 des hôpitaux avec le rapport le plus élevé se trouvent tous en Flandre, tandis que les 20 derniers sont tous en Wallonie et à Bruxelles (tableau 4). Si nous laissons de côté les hôpitaux universitaires, nous observons quelques outliers dans les rapports évoqués ci-dessus : parmi les enfants 0-9 ans, après un premier contact ORL, des drains sont placés dans 27,02% des cas à l'AZ Alma à Eeklo, contre 2,89% des cas à l'hôpital de Herstal. Les différences au sein d'une même province sont également marquées : la proportion atteint 23,43% à l'hôpital Imelda de Bonheiden, contre seulement 8,69% au Ziekenhuisnetwerk Antwerpen. Autre exemple de Flandre occidentale : à l'AZ St-Lucas Brugge, la part est de 23,39%, contre 15,43% au Jan Yperman à Ypres. Le CHR Mons-Hainaut et l'hôpital de Chimay sont des hôpitaux avec un faible taux, de respectivement 3,33% et 3,50%. Globalement, les hôpitaux universitaires obtiennent un faible score, mais les différences existent aussi, par exemple 9,84% à l'UZ Gent versus 6,21% à l'UZ Leuven.

3. https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/zintuigen/transtympanale-drains

Tableau 4 : Pourcentage de patients avec une intervention (compte tenu de la taille de l'hôpital), par hôpital (MC 2017-2018)

Lieu de l'inter-vention	Nom de l'hôpital	Commune	Nombre de premières interventions versus nombre de premières consultations hospitalières (%).
PROVINCE D'ANVERS			
710009	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	8,69
710689	IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN	23,43
710104	SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	12,38
710710	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	BRASSCHAAT	19,57
710682	A.Z. MONICA	DEURNE	14,70
710300	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	9,00
710709	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	GEEL	17,58
710308	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	HERENTALS	13,15
710097	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw	LIER	22,76
710536	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	MALLE	16,43
710026	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	MECHELEN	13,86
710102	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	MOL	20,70
710314	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE	REET	16,46
710063	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	TURNHOUT	14,85
710099	GZA- ZIEKENHUIZEN	WILRIJK	21,90
PROVINCE DU BRABANT WALLON			
710346	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	NIVELLES	4,62
710043	CLINIQUE SAINT PIERRE	OTTIGNIES	8,29
BRUXELLES			
710110	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	BRUSSEL	4,69
710111	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUSSEL	7,03
710143	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	BRUSSEL	6,15
710332	C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL	BRUSSEL	3,28
710723	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE)	BRUSSEL	5,21
710076	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE	BRUSSEL	4,07
710077	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	BRUSSEL	1,06
710406	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	BRUSSEL	2,24
710403	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	BRUSSEL	8,13
710150	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUSSEL	1,95
710087	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	BRUSSEL	3,58
PROVINCE DU HAINAUT			
710724	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	ATH	8,73
710010	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	CHARLEROI	5,81
710249	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	3,50
710409	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	GOSSELIES	5,80
710146	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	HAINE-SAINT-PAUL	3,51
710410	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	HORNU	5,41
710096	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	LA LOUVIERE	2,61
710718	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	LODELINSART	6,47

Lieu de l'inter-vention	Nom de l'hôpital	Commune	Nombre de premières interventions versus nombre de premières consultations hospitalières (%).
710254	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	MONS	6,13
710266	CHR MONS - HAINAUT	MONS	3,33
710325	C.H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	MONTIGNY-LE-TILLEUL	7,26
710247	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	9,71
710007	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	4,54
710534	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	TOURNAI	10,42
PROVINCE DE LIÈGE			
710015	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	9,39
710023	CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	2,89
710068	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	HUY	8,56
710152	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	LIEGE	4,95
710412	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	4,32
710707	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	LIEGE (SART-TILMAN)	3,81
710004	CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	5,35
710158	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	ROCOURT	4,71
710257	KLINIK ST.-JOSEF	SANKT-VITH	4,29
710042	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	3,87
710020	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	VERVIERS	7,13
PROVINCE DU LIMBOURG			
710371	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	GENK	16,57
710243	JESSAZIEKENHUIS	HASSELT	16,67
710714	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	HEUSDEN	15,58
710717	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	13,87
710719	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	OVERPELT	22,32
710715	ST. TRUDO ZIEKENHUIS	SINT-TRUIDEN	14,60
710716	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	TONGEREN	13,77
PROVINCE DU LUXEMBOURG			
710246	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	ARLON	10,07
710168	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	7,55
710164	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	MARCHE-EN-FAMENNE	5,13
PROVINCE DE NAMUR			
710103	CHR SAMBRE ET MEUSE	AUVELAIS	3,61
710706	CLINIQUE ST.-LUC	BOUGE	13,21
710264	CHU UCL NAMUR	DINANT	5,94
710039	CHU UCL NAMUR	MONT-GODINNE	7,79
710006	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	NAMUR	6,16
710166	CHU UCL NAMUR	NAMUR	6,77
PROVINCE DE FLANDRE ORIENTALE			
710176	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	14,80
710126	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	19,18
710134	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	24,87
710012	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	DENDERMONDE	12,39

Lieu de l'inter-vention	Nom de l'hôpital	Commune	Nombre de premières interventions versus nombre de premières consultations hospitalières (%).
710032	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	EEKLO	**27,02**
710713	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	GENT	**12,79**
710017	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	GENT	**18,86**
710290	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	GENT	**16,78**
710670	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	**9,84**
710265	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	LOKEREN	**16,68**
710170	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	OUDENAARDE	**20,73**
710550	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	RONSE	**13,08**
710595	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	SINT-NIKLAAS	**15,79**
710217	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	ZOTTEGEM	**16,05**
PROVINCE DU BRABANT FLAMAND			
710712	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	DIEST	**15,99**
710106	A.Z. SINT-MARIA	HALLE	**17,02**
710108	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	LEUVEN	**17,93**
710322	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	LEUVEN	**6,21**
710109	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	TIENEN	**16,23**
710204	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	VILVOORDE	**11,97**
PROVINCE DE FLANDRE OCCIDENTALE			
710140	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	BRUGGE	**22,39**
710049	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	BRUGGE	**15,61**
710057	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	IEPER	**15,43**
710124	ST.-JOZEFSKLINIEK Vzw	IZEGEM	**19,32**
710392	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	KNOKKE-HEIST	**19,55**
710396	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	KORTRIJK	**15,95**
710525	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	OOSTENDE	**16,28**
710117	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	ROESELARE	**17,01**
710395	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	**17,21**
710310	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS	VEURNE	**17,17**
710397	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	WAREGEM	**17,26**
	Top 20 des hôpitaux avec la plus petite proportion d'interventions pour les drains transtympaniques.		
	Top 20 des hôpitaux avec la plus forte proportion d'interventions pour les drains transtympaniques.		

4. Conclusion

Dans certains hôpitaux, les drains transtympaniques sont malheureusement encore placés très fréquemment. Pourtant, il convient d'évaluer soigneusement les avantages et les inconvénients avant de procéder à l'intervention. Scientifiquement parlant, il est actuellement encore difficile de formuler des indications strictes pour la pose de drains transtympaniques. Aux Pays-Bas, depuis le début de cette année, un médecin (à savoir le prof. Sjoerd Repping) a été spécialement engagé pour radier du répertoire des hôpitaux tous les actes et traitements inutiles. Le placement de drains chez les enfants est l'une des thématiques à examiner, parce que l'on estime qu'attendre s'avère souvent tout aussi efficace qu'une intervention. Nous pourrions également envisager dans notre pays une telle forme de monitoring.

La MC appelle les médecins ORL à discuter de la variabilité entre pratiques et à affiner les directives. La MC conseille aux patients de bien discuter avec leur médecin ORL des avantages et des inconvénients avant de poser des drains transtympaniques.

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

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

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

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Sommaire

Édito 2

Financement de la sécurité sociale 3

Analyse du financement de la sécurité sociale et de ses évolutions. Une nécessité d'un refinancement structurel et pérenne de la sécurité sociale

Soins aux personnes âgées 20

Les dépenses de soins de santé des aînés : comparaison selon qu'ils résident à leur domicile ou en maison de repos

Mutualité santé MC 36

La thérapie du sommeil peut réduire la consommation de somnifères

Qualité des soins 39

Drains transtympaniques : des variations inexplicables

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	Elise Derroitte
Secrétariat de rédaction	Rebekka Verniest et Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Antilope De Bie
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles