

# & SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études  
de la Mutualité chrétienne

**06** Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée

**34** Les inégalités de santé commencent dès la naissance

**50** Mise en œuvre du BelRAI

**62** Budget des soins de santé 2023

5 - avril 2023

## Protéger les plus vulnérables

# Protéger les plus vulnérables

## Edito



Quand on parle de vulnérabilité, certains pensent qu'on parle d'un sujet minoritaire, qui ne concerne qu'un groupe limité de personnes facilement identifiables et déjà identifiées. Or, la vulnérabilité n'a rien de marginal. Elle émerge parce qu'une situation de vie change, parce qu'une guerre éclate à des milliers de kilomètres, parce qu'un enfant, un parent tombent malades. Et soudain, les choses basculent. Chacun-e peut donc y être confronté-e à différents moments de sa vie. Pour ces situations, il nous faut un système fort, efficient, capable d'amortir le risque et la violence des circonstances, capable de soutenir celles et ceux qui en ont besoin. Ce numéro de *Santé & Société* s'intéresse aux vulnérabilités multiples.

En premier lieu, les personnes en situation de pauvreté. Depuis l'automne dernier et suite à la crise énergétique que la guerre en Ukraine a précipitée, une grande attention est portée sur le mécanisme de l'intervention majorée. Ce dispositif ouvre plusieurs droits au sein de l'assurance soins de santé (tiers payant notamment), mais aussi dans d'autres secteurs économiques (le tarif social énergie, la réduction dans les transports publics, etc.). En santé pu-

blique, il est aussi utilisé dans la recherche comme un proxy (c'est-à-dire une variable qui nous permet de mesurer une autre variable à laquelle nous n'avons pas accès ou qui n'est pas mesurable) de la situation de précarité économique des personnes. Historiquement, une grande partie des bénéficiaires étaient des personnes âgées. Les chiffres de ces dernières années montrent un changement de la tendance : les personnes ayant le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée rajeunissent et vivent dans les villes.

Notre étude, *Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée : Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique*, montre que, aujourd'hui, près de 19% de la population belge bénéficie de ce statut contre 15% en 2008. Malgré cela, on estime jusqu'à 40% le non-recours à ce droit qui ne s'active pas automatiquement pour les personnes qui n'ont pas un statut spécifique et qui l'obtiennent sur base de leur revenu.

Cette évolution est préoccupante car elle peut indiquer que la population s'appauvrit. À Anvers, ce sont près de 40% des moins de 18 ans qui bénéficient de ce statut. Or, on sait que commencer la vie dans la pauvreté est un fort indicateur d'une mauvaise santé à l'âge adulte. Par ailleurs, ce statut s'obtient soit par le fait d'avoir un autre statut qui ouvre le droit, soit par une enquête sur le revenu des ménages. Cette deuxième condition induit un fort non-recours au statut car il n'est pas toujours connu des personnes qui pourraient en bénéficier. Beaucoup de recherches et d'ini-

tatives tentent de réduire ce non-recours (*non take up*) notamment en tentant d'augmenter des signaux proactifs pour que les mutuelles puissent identifier les potentiel·les bénéficiaires, mais un gros effort reste à faire pour que les personnes vulnérables bénéficient de ce droit.

Notre quatrième étude consacrée aux trajets périnataux, *Les inégalités de santé commencent dès la naissance, Analyse quantitative des facteurs influençant le risque de réadmission des nouveau-nés à l'hôpital*, confirme que naître dans une situation économique précaire induit un risque pour la santé. Avoir un enfant est un moment de vulnérabilité pour toute famille, qui peut se traduire par des besoins de soins de santé accrus. Dans cette étude, nous essayons de trouver la variable qui influence le plus les réadmissions. Notre méthode statistique (analyse de régression) nous permet de tester l'impact des différentes variables sur le retour à l'hôpital des nouveau-nés. Le facteur qui conduit à la plus grande probabilité de réadmission après une naissance est la situation socioéconomique des familles (identifiée par le statut BIM du ménage). Une attention particulière doit être apportée à ces dernières qui ont les séjours à l'hôpital les plus courts et la plus grande difficulté à réaliser le suivi post-natal depuis leur domicile. Nous proposons plusieurs recommandations pour accompagner spécifiquement ces familles dans leurs besoins de soins de santé autour de la naissance.

La fin de vie est également un moment où l'on est particulièrement vulnérable tant parce que l'état de santé a tendance à se détériorer, mais aussi parce que le statut

socioéconomique des personnes n'évolue en général plus ou décroît. Afin d'augmenter la qualité des soins notamment en fin de vie, les systèmes publics de santé développent des échelles de gravité des soins. En Belgique, le choix fondamental a été fait pour l'introduction de BelRAI, une adaptation du *Resident Assessment Instrument* états-unien, qui y a été progressivement implanté dès les années 90 dans les soins des personnes âgées. Pour la Belgique, son introduction a été incluse comme point d'action dans le plan d'action e-santé 2013-2018. Cet instrument cartographie aussi précisément que possible les besoins de soin des personnes âgées. Notre article, *Mise en œuvre du BelRAI : Pas à pas vers une nouvelle échelle d'évaluation uniforme pour nos soins*, retrace les évolutions de l'implémentation de l'outil et ses atouts et limites. Un outil de classification simplifié (BelRAI screener) a également été mis en œuvre en Flandre en 2021 dans le cadre de l'octroi d'avantages sociaux. Son implémentation a fait question, mais après évaluation, un ajustement a eu lieu. L'objectif est maintenant de mettre en place deux instruments complets en Flandre pour 2023 les soins à domicile et les maisons de repos afin d'optimiser la planification et le suivi de la qualité des soins.

Enfin, depuis deux ans, le budget des soins de santé applique une nouvelle méthodologie d'attribution de la marge budgétaire en fonction d'objectifs de soins de santé. Ces objectifs suivent le principe du *quintuple aim* (quintuple finalité) des soins de santé : augmenter la qualité des soins tels que les patient·es en font l'expérience, agir pour la santé publique, travailler à une meilleure efficacité, aug-

menter l'équité dans les soins en augmentant l'accessibilité dans toutes ses dimensions et augmenter le bien-être du personnel soignant. Notre article, *Budget des soins de santé 2023 : Soutien des prestataires de soins et des patient-es*, s'attarde particulièrement sur la traduction de ces finalités en objectifs de soins de santé, mais aussi sur la gouvernance mise en place au sein de la concertation pour parvenir à mobiliser les différent-es actrice-eurs dans la réalisation de ces derniers. L'année 2023 sera une année difficile en raison du contexte économique tendu avec la crise énergétique et l'inflation importante. En 2024, la norme de croissance du budget étant revue de 2,5 à 2% pour un an, des économies, qui représentent 169 millions d'euros, toucheront principalement les investissements

pourtant nécessaires dans les soins de santé car les 2% de marge seront rapidement absorbés par l'augmentation structurelle des besoins de soin. Déjà en 2023, l'amélioration de la performance du système de soins de santé pourrait se concrétiser pour dégager une capacité d'investissement en réalisant des gains d'efficience dans le cadre des Soins Appropriés (*l'Appropriate care*) – c'est-à-dire supprimer les activités qui ont peu de valeur ajoutée ou la réduction de l'utilisation de ressources ou leur remplacement par des ressources moins coûteuses mais aussi lutter contre la morbidité évitable en augmentant l'accès aux soins pour les publics vulnérables.

Élise Derroitte  
Directrice du Service d'études



# Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée

Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique

Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Service d'études  
Tom De Spiegeleer — Direction Politique

Avec nos remerciements à Werner Cremer, Serge Jacquinet et Clara Noirhomme

## Résumé

Afin d'améliorer l'accès financier aux soins, l'assurance obligatoire soins de santé (AO) prévoit un dispositif particulier pour les ménages ne disposant que de faibles revenus : c'est le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Grâce à lui, les remboursements de l'AO sont plus élevés, de sorte que les tickets modérateurs à charge des patient-es sont moindres. De plus, ce statut permet également d'accéder à d'autres aides en dehors de l'AO. Ainsi, pour faire face à la crise énergétique, le droit au tarif social énergie a été ouvert aux BIM. En 2021, 19% de la population belge est BIM. Cette proportion était de 15% en 2008. Une telle progression justifie qu'on se penche sur l'évolution de ce statut et sur ses bénéficiaires.

En examinant les données de la MC, il apparaît que certaines catégories de la population sont davantage susceptibles de bénéficier de ce statut : les familles unipersonnelles, monoparentales, les femmes, les invalides, les chômeur-euses, les plus âgés mais aussi les plus jeunes. Il est frappant de constater qu'à Bruxelles et Anvers, respectivement, 37% et 40% des moins de 18 ans sont BIM. Sur 15 ans, on constate de manière générale un rajeunissement des BIM, bien que les pensionné-es restent prépondérant-es.

Derrière cette progression des BIM au sein de la population, il y a non seulement un appauvrissement de certaines tranches de la population, mais aussi des évolutions législatives : le droit a été progressivement étendu de sorte que tout ménage ayant de faibles revenus

peut en faire la demande. Certaines populations à risque d'être BIM sont en augmentation, comme les invalides et les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS). De plus, pour diminuer le *non-take-up* (soit le fait que certaines personnes ne demandent ou n'obtiennent pas le droit alors qu'elles y sont bien éligibles), des procédures administratives innovantes ont été développées, en s'appuyant sur des échanges d'informations entre diverses instances :

- Le **droit automatique** au statut BIM s'applique aux personnes ayant déjà un droit social spécifique délivré par une autre administration ayant procédé à une enquête sur les revenus (par exemple, le RIS), sans démarche supplémentaire ;
- Le **flux proactif** recourt aux données fiscales et permet la détection des ménages ayant un droit potentiel au statut BIM. Ils sont alors contactés par leur mutuelle et invités à introduire une demande.

Réduire le *non-take-up* est un enjeu collectif. Le flux proactif y contribue certainement mais il présente aussi des limites : les données fiscales ont du retard et il y a encore une démarche à faire par la personne contactée. Or, pour certaines catégories de la population, des informations plus récentes sur les revenus sont disponibles. En autorisant les mutuelles à y accéder, elles pourraient alors leur ouvrir « d'office » le droit. Utilisation intelligente des données, automatisation et proactivité restent donc à l'agenda.

Mots-clés : Intervention majorée, évolution, non-take-up, droit automatique, ouverture d'office, flux pro-actif, pauvreté, étude quantitative

## 1. Introduction

Énergie, nourriture, entre autres, subissent de plein fouet les multiples crises mondiales (guerre en Ukraine, conséquences économiques de la pandémie de COVID-19, entre autres). Une des conséquences est que l'inflation a explosé dans toute l'Europe, avec des taux qui n'avaient plus été observés depuis les chocs pétroliers de la fin des années 70 (Statbel, 2022a). Avec plus de 10% d'inflation en Belgique (Statbel, 2022a), comme dans tant d'autres pays, beaucoup de ménages se voient confrontés à une diminution drastique de leur pouvoir d'achat. Cela a replacé immédiatement dans le débat public la question cruciale de la pauvreté.

Pour les mutualités, cette question n'est malheureusement pas nouvelle : la corrélation entre pauvreté ou précarité et santé n'est plus à démontrer. Pour le dire brièvement, les Belges souffrant de l'une ou l'autre source de précarité ont une moins bonne santé et consomment moins de soins essentiels que les autres (Avalosse, et al., 2022).

Il existe divers dispositifs au sein de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins. Le statut de Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM) en fait partie. Attribué par les mutuelles en raison d'un trop faible revenu ou sur base d'un droit social (comme une allocation pour personne handicapée, par exemple), ce statut permet d'accéder à un certain nombre d'avantages financiers comme le fait de payer moins cher ses soins de santé. Ce statut est également utilisé dans le cadre d'autres politiques publiques afin de cibler certaines interventions. Par exemple, jusque juin 2023, le droit au tarif social pour le gaz et l'électricité est attribué à l'ensemble des BIM.

Le statut BIM a connu beaucoup de changements. Au départ, seules quelques catégories sociales bien précises étaient concernées. Progressivement, le groupe-cible a été étendu de sorte qu'actuellement tout type de ménage avec de faibles revenus peut en faire la demande. Les mutuelles ont également plus d'outils afin de s'assurer qu'un ménage pouvant prétendre au statut l'obtienne. De plus, certaines catégories de la population davantage susceptibles d'obtenir le statut BIM sont en augmentation (par exemple, les familles monoparentales, unipersonnelles). Toutes ces raisons nous poussent à explorer globalement le statut BIM, en recourant aux données de la Mutualité chrétienne (MC) et de l'Agence Intermutualiste (AIM) sur les 15 dernières années.

Dans cette étude, nous présentons premièrement le statut, ses conditions d'obtention et les avantages qu'il offre. Ensuite, nous analysons le lien entre le taux de BIM et les taux de pauvreté, nous abordons la question cruciale du *non-take-up* ou le fait que certaines personnes qui ont pourtant droit au statut BIM ne le demandent ou ne l'obtiennent pas. Nous analysons ensuite, les grandes tendances de la "population BIM" dans notre pays : quelles sont les populations à risque d'être BIM ? Et pour les BIM eux-mêmes, quel est leur profil ? Est-ce qu'il a évolué au cours du temps et comment ? Enfin, nous nous posons la question de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de ce statut et les raisons qui peuvent en rendre compte. Nous terminons par quelques recommandations.

## 2. Qu'est-ce que le statut BIM ?

Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) existe depuis la création de l'assurance obligatoire (en 1963). À l'origine, il était réservé à certaines catégories sociales précises : les veuf-ves, invalides, pensionné-es et orphelin-es (VIPO). D'autres catégories se sont ajoutées au fil du temps : les chômeur-euses de longue durée et les familles monoparentales. À partir de juillet 2007, le statut est étendu aux personnes ne faisant pas partie de ces catégories sociales mais n'ayant à leur disposition que de faibles revenus, sous l'appellation du statut OMNIO. Enfin, en 2014, la législation a été une nouvelle fois révisée, procédant à l'intégration et l'harmonisation d'OMNIO avec le reste de la législation (cette appellation est depuis lors obsolète). Nous exposons ci-après les grandes lignes de la législation actuelle liée au statut BIM (MC, 2022 ; Lefevre, et al., 2019 ; De Spiegeleer, et al., 2013).

### 2.1. Les droits ouverts par le statut BIM

Le but principal de ce statut est de garantir l'**accessibilité financière aux soins de santé**, pour ceux et celles qui ont de **faibles revenus**. En effet, pour les BIM, les interventions de l'AO sont plus élevées (d'où le terme d'*intervention majorée*), de sorte que les montants restant à leur charge sont réduits. Ceci vaut autant pour les prestations médicales ou paramédicales, que les frais de séjour à l'hôpital. Par exemple, pour une consultation chez un-e médecin généraliste, le-la patient-e qui ne bénéficie pas de l'intervention majorée devra payer quatre ou six euros de sa poche, selon qu'il-elle dispose ou non d'un Dossier Mé-

dical Global (DMG). Ces quatre ou six euros représentent le « ticket modérateur », soit la différence entre l'honoraire de la consultation et le remboursement prévu par l'AO. Par contre, si le-la patient-e est BIM, alors le ticket modérateur est diminué à un ou un euro et demi, selon qu'il-elle dispose ou non d'un DMG.

D'autres mesures de l'AO visent à combler la difficulté d'accès aux soins de santé pour les BIM :

- Le **Maximum à Facturer (MàF)** est un système qui permet de plafonner la somme des tickets modérateurs à charge des familles : lorsqu'un certain plafond est atteint, les tickets modérateurs ultérieurs sont remboursés par l'AO. Il existe plusieurs types de MàF dont le MàF social, qui est automatiquement octroyé aux BIM, avec un plafond fixe de 507 euros de tickets modérateurs. Dans le MàF revenus, en revanche, le plafond est variable et est établi en fonction du revenu du ménage. Depuis 2022, il existe un premier plafond de tickets modérateurs à 250 euros pour les familles dont les revenus ne dépassaient pas 11.120 euros nets en 2020. Pour les familles BIM concernées, c'est ce premier plafond qui sera alors appliqué ;
- Le **tiers-payant** : pour leurs consultations auprès des médecins généralistes, les BIM bénéficient de l'application *obligatoire* du tiers-payant. Cela leur permet d'acquitter seulement le ticket modérateur de la prestation, le reste de l'honoraire étant remboursé par la mutualité directement au prestataire. A noter que pour les non BIM l'application du tiers-payant est possible mais doit alors être demandée au prestataire.

En outre, en Flandre, la prime annuelle à payer (*zorgpremie*) pour bénéficier des prestations de la **Protection sociale flamande (Vlaamse Sociale Bescherming)** est moins élevée pour les BIM (29 euros) que pour les non BIM (58 euros)<sup>1</sup>.

Enfin, d'autres interventions ou aides sociales sont disponibles pour les BIM :

- **Énergie et chauffage** : tarif social énergie (électricité, gaz) accordé aux BIM depuis février 2021, mesure qui a été prolongée jusqu'en juin 2023. Les BIM peuvent également bénéficier d'une allocation de chauffage du Fonds social mazout ;
- **Tarif téléphonique social**, sous certaines conditions (65

ans et plus, situation de handicap, bénéficiaire du revenu d'intégration sociale) ;

- Prix réduits dans les **transports publics** ;
- En fonction de la commune, il peut exister des avantages spécifiques pour les BIM tels que la réduction de la taxe communale pour la gestion des déchets ménagers ;
- Dans le cadre des services et avantages complémentaires organisés par les mutuelles, il peut y avoir des interventions ou des réductions au bénéfice de leurs membres BIM. Par exemple, pour la MC, c'est le cas pour les séjours de vacances organisés par Ocarina/Kazou, Enéo, Altéo/Samana et les séjours en centre de convalescence.

## 2.2. Conditions d'accès au statut BIM

Pour les personnes et ménages à faibles revenus, il y a deux façons d'obtenir le statut BIM : ou bien sur base d'un **droit social** ou bien après **enquête sur les revenus**. A noter qu'une fois obtenu, le statut BIM est octroyé non seulement à celui ou celle qui ouvre le droit, mais aussi à son éventuel-le partenaire et à sa/ses ou leur(s) personne(s) à charge.

### 2.2.1. Sur base d'un droit social

Si une personne bénéficie déjà d'un certain **droit social**, on part du principe qu'un organisme de sécurité ou d'aide sociale a constaté que les revenus étaient faibles, de sorte que la mutualité peut octroyer **automatiquement** le statut BIM sur base de ce droit, sans faire de contrôles supplémentaires sur les revenus. Les droits sociaux dont il est question sont les suivants :

- le revenu d'intégration sociale (RIS) ou une aide équivalente de la part du CPAS, durant trois mois complets et ininterrompus ;
- la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou le revenu garanti aux personnes âgées (RGPA) ;
- les allocations pour les personnes handicapées (allocation d'intégration, allocation de remplacement de revenus ou allocation pour l'aide aux personnes âgées<sup>2</sup>).

De même, les enfants se trouvant dans une des situations suivantes ont un droit automatique au statut BIM :

- les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées

1 Montant de 2023.

2 La Communauté germanophone a revu les règles d'octroi de l'allocation d'aide aux personnes âgées (cette allocation a été transférée aux entités fédérées qui en sont pleinement responsables). Suite à cette réforme, à partir de 2023, l'enquête sur les revenus est supprimée et seuls des critères médicaux sont utilisés pour octroyer cette allocation. Malheureusement, ceci a pour conséquence que le droit automatique au BIM ne sera alors plus applicable (CKK, 2022).

- en raison de leur handicap ;
- les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) ;
- les orphelin-es.

Si l'octroi du statut BIM est 'automatique', c'est grâce aux informations administratives à disposition des mutualités. Il existe ainsi divers flux de données électroniques (supprimant les attestations papiers que les personnes devaient auparavant fournir à leur mutuelle), provenant de divers services publics fédéraux ou régionaux, mais aussi des CPAS, qui sont transmises aux mutualités, par l'intermédiaire de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) et le Collège Intermutualiste National (CIN). Le statut BIM est renouvelé annuellement pour autant que le droit social (ou pour les enfants, la situation digne d'intérêt) à l'origine de l'ouverture du droit reste d'actualité.

### 2.2.2. Sur base d'une enquête sur les revenus

Si une personne ne bénéficie pas d'un des droits sociaux mentionnés au point précédent, mais qu'elle estime avoir droit au statut BIM, elle peut toujours **en faire la demande à sa mutuelle qui procèdera alors à une enquête sur les revenus** du/de la demandeur-euse, de son-sa partenaire (conjoint, cohabitant légal ou partenaire vivant à la même adresse), de leur(s) personne(s) à charge. Si les revenus du ménage sont inférieurs à un certain plafond, alors le statut BIM est octroyé à tous les membres du ménage (pour les montants de ces plafonds, qui sont indexés voir INAMI, 2023).

#### Les revenus considérés

Tous les revenus sont pris en considération (revenus professionnels, allocations de chômage, indemnités d'incapacité de travail, pensions, revenus mobiliers et immobiliers, pensions alimentaires, revenus à l'étranger, etc.). Toutefois, il n'est pas tenu compte de certains revenus comme les allocations familiales, les allocations pour les personnes handicapées, les revenus des enfants (jobs étudiants, par exemple) pour autant qu'ils aient encore droit aux allocations familiales.

#### La période de référence pour les revenus

En principe, la période de référence pour les revenus est d'une année civile (celle précédant la demande). Pour une demande introduite en 2023, le statut BIM est octroyé si le **revenu brut imposable** de 2022 est inférieur à 23.304 euros, augmenté de 4.315 euros par personne supplémentaire du ménage (et pour autant que les revenus n'aient pas augmenté sensiblement entretemps).

Pour certaines catégories sociales où on estime que les revenus sont stables, la période de référence peut être ramenée à un mois (celui qui précède la demande ou celui au cours duquel la demande a été faite). Les personnes appartenant aux catégories sociales suivantes peuvent demander que l'examen des revenus de leur ménage porte sur une période de référence limitée à un mois :

- les pensionné-es ;
- les personnes handicapées ;
- les bénéficiaires d'une pension de survie ;
- les bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité ;
- les fonctionnaires mis en disponibilité dont la période de maladie est de minimum 3 mois ;
- les militaires en retraite temporaire d'emploi pour motif de santé depuis minimum 3 mois ;
- les familles monoparentales ;
- les travailleur-euses indépendant-es bénéficiant du droit de passerelle depuis au moins 3 mois ;
- les personnes qui, durant 3 mois sans interruption, sont soit en incapacité de travail, soit chômeur-euses complets, soit en combinaison des deux.

#### Les contrôles

Étant donné que les revenus peuvent changer au cours du temps, les mutualités ont pour mission de faire des contrôles afin de vérifier que les conditions de revenus sont bien respectées. C'est le cas lorsque la **composition du ménage** change. En effet, si le nombre de personnes dans le ménage augmente ou diminue, cela modifie le plafond à appliquer et les revenus à prendre en considération (la personne supplémentaire peut éventuellement amener des revenus dont il faut tenir compte). Les mutuelles préviennent alors les personnes concernées que leur droit à l'intervention majorée est maintenu jusqu'à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification de la composition du ménage est intervenue. On parle alors de période de « maintien de droit ». Durant cette période, les personnes concernées peuvent alors introduire une nouvelle demande et, compte tenu de la nouvelle composition du ménage, une nouvelle enquête sur les revenus aura lieu. Exception : si le ménage s'agrandit d'un enfant de moins 16 ans, le droit au statut BIM lui est d'office étendu (on évite ainsi une nouvelle enquête sur les revenus en cas de naissance ou d'adoption car la probabilité que l'enfant apporte des revenus est quasi nulle).

D'autres contrôles sont mis en place lorsque l'enquête sur les revenus a été effectuée sur base de la **période de référence mensuelle**. La mutuelle procède, ici, à un « **contrôle intermédiaire** ». Il s'agit de vérifier dans l'année qui suit l'octroi du statut BIM que la personne concernée

fait encore bien partie d'une des catégories sociales mentionnées ci-dessus. Si ce n'est pas le cas, la personne est contactée et invitée à introduire une nouvelle demande (le droit à l'intervention majorée est maintenu jusqu'à la fin de l'année) où on procèdera à une nouvelle enquête sur les revenus.

De façon générale, la mutualité procède également chaque année à un contrôle sur base d'informations provenant de l'Administration de l'impôt des personnes physiques, ces informations étant échangées par l'intermédiaire de l'INA-MI. On parle alors de « **contrôle systématique** ». Il porte sur tous ceux et celles qui ont obtenu le statut BIM suite à une enquête sur les revenus. Il s'agit de voir dans quelle mesure les revenus sont encore inférieurs au plafond. Si ce n'est pas le cas, alors il est mis fin au statut BIM à la fin de l'année au cours de laquelle les informations fiscales ont été reçues. Les personnes en sont prévenues, ce qui leur permet éventuellement d'introduire une nouvelle demande.

### 2.2.3. Source du droit au statut BIM chez les membres de la MC

Comment se répartissent les BIM selon la façon dont le statut leur a été ouvert ? Pour les membres de la MC<sup>3</sup> ayant droit à l'intervention majorée, l'ouverture du droit après **enquête sur les revenus** est le cas le plus fréquent : 57% en 2016, **55%** en 2022 (voir Tableau 1). Dans un peu plus de 2/3 des cas, la période de référence pour procéder à l'enquête est d'un mois.

Lorsque le droit au statut BIM est ouvert **automatiquement** (voir point 2.2.1.), la source la plus fréquente de ce droit est constituée par les allocations pour personnes handicapées. Grâce à cette seule source, près d'un quart de nos membres BIM ont pu bénéficier automatiquement (sans démarche supplémentaire) du statut BIM. Autre source importante : le revenu d'intégration sociale. Le poids de cette source est en augmentation : de 11% en 2016 à 14% en 2022. Les autres droits sociaux à l'origine du droit automatique au statut BIM ont une plus faible importance : la GRAPA-RGPA (7% des membres BIM en 2016, 5% en 2022), les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap (1,6% des membres BIM). Les autres situations qui permettent une ouverture automatique au statut BIM (mineur étranger non accompagné, orphelin-e) sont tout à fait marginales (moins de 0,1% des BIM).

Tableau 1 : Structure des BIM – selon la source du droit (Source : Données MC)

Sources du droit		2016	2019	2022
<b>Enquête sur les revenus</b>	Période de référence : 1 mois	40,3%	36,9%	37,3%
	Période de référence : 1 an	16,4%	18,4%	17,9%
	<b>Ensemble =</b>	<b>56,7%</b>	<b>55,2%</b>	<b>55,2%</b>
<b>Ouverture automatique</b>	Allocation pour les personnes handicapées	24,1%	23,9%	24,2%
	Revenu d'intégration sociale	10,8%	12,8%	13,6%
	GRAPA-RGPA	6,8%	6,3%	5,3%
	Allocation familiale majorée	1,5%	1,6%	1,6%
	MENA, orphelin-e	0,06%	0,07%	0,04%
	<b>Ensemble =</b>	<b>43,3%</b>	<b>44,8%</b>	<b>44,8%</b>
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

3 Nous considérons tous les membres néerlandophones, francophones et germanophones.

## 2.3. Statut BIM et pauvreté

Le statut BIM est souvent utilisé par les mutuelles comme proxy pour identifier les personnes à faibles revenus, voire pauvres. En effet, toutes les sources de ce droit (faibles revenus, handicap, mineur non accompagné, etc.) renvoient à des situations difficiles, indicatives d'une certaine précarité. Mais est-ce que ce statut BIM correspond aux indicateurs de pauvreté qui existent par ailleurs ?

Il existe plusieurs indicateurs pour mesurer la pauvreté. L'indicateur le plus connu est le risque de pauvreté monétaire. Une personne est à risque de pauvreté monétaire si le revenu disponible équivalent de son ménage est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil correspond à 60% du revenu disponible équivalent médian national après transferts sociaux. Plus concrètement, en 2021, le seuil de pauvreté est 15.513 euros de revenus disponibles pour une personne seule, 32.577 euros pour un ménage de deux adultes et deux enfants (Statbel, 2022b). Selon cet indicateur, 12,7% de la population belge connaissent ainsi un risque de pauvreté en 2021. Ce sont les personnes vivant dans des zones densément peuplées (20,4%), les personnes ayant un faible niveau d'instruction (23,8%), les personnes au chômage (38%), les locataires (26,5%) et les membres de familles monoparentales (25,5%) qui sont les plus exposés (Statbel, 2022b). L'avantage principal de cet indicateur est la comparabilité des niveaux de pauvreté au travers de l'Union européenne par exemple, mais le fait de se baser sur le revenu disponible médian n'est pas sans poser quelques questions. Entre autres, « si la situation d'une grande partie de la population se dégrade, les revenus diminuent globalement. Dans ce cas le revenu médian diminue, le seuil de pauvreté aussi, et à niveau de vie égal, une partie de ceux qui étaient considérés pauvres avant ne le sont plus » (INSEE, 2012, p.6). De plus, le seuil fixé à '60% du revenu médian' est totalement arbitraire : être quelques euros au-delà de ce seuil ne veut pas dire que l'on vit confortablement, loin s'en faut (INSEE, 2012).

Le seuil de pauvreté étant basé sur les revenus du ménage, on peut essayer de le comparer au plafond utilisé pour l'octroi du statut BIM après une enquête sur les revenus. En 2021, afin de bénéficier du statut BIM le **revenu brut imposable** doit être inférieur à 19.892 euros, augmenté de 3.683 euros par personne supplémentaire du ménage, pour une période de référence annuelle. Dans le cas où la période de référence était mensuelle, alors le plafond était fixé à 20.764 euros, augmenté de 3.844 euros par personne supplémentaire du ménage (montants 09/2021). Malheu-

reusement, les notions de revenus ne correspondent pas : pour le seuil de pauvreté, on parle de revenus *disponibles* (donc, après impôts et transferts vers d'autres ménages) *équivalents* (pour tenir compte de la taille du ménage), tandis que pour le statut BIM on parle de *revenu brut imposable* (la base sur laquelle l'impôt est calculé).

Pour les personnes isolées, il semble évident que le seuil de pauvreté est inférieur au plafond du statut BIM, vu le taux d'imposition très réduit des revenus à ce si bas niveau. Cela veut dire qu'en théorie, **toutes les personnes** à risque de pauvreté monétaire, **isolées, devraient être BIM (mais forcément pas le contraire)**. Sachant que l'isolement est fortement corrélé à la précarité (voir section 5.5. pour les BIM), c'est un point de correspondance important entre les personnes pauvres et les BIM. Quant aux familles, il est plus dur de se prononcer pour tous les cas de figure. Si on prend les ménages de 4 personnes (2 adultes et deux enfants) en 2021, les revenus disponibles doivent être inférieurs à 32.577 euros pour être considéré comme à risque de pauvreté monétaire. Pour que cette famille bénéficie du statut BIM, il faudrait des revenus bruts imposables inférieurs à 30.941 euros ou 32.296 euros selon que la période de référence est annuelle ou mensuelle. Dans ce cas précis, le plafond relatif au statut BIM semble être inférieur à celui du seuil de pauvreté monétaire. Dès lors, toutes les personnes vivant dans un ménage BIM de quatre personnes devraient aussi être considérées comme à risque de pauvreté monétaire. En bref, les deux groupes (BIM et à risque de pauvreté monétaire) se recoupent de manière assez prononcée, justifiant l'utilisation du statut BIM comme proxy, si pas de la pauvreté, de la précarité.

Les autres indicateurs de pauvreté sont malheureusement fort éloignés dans leur construction du statut BIM. Il s'agit de la privation matérielle et sociale sévère (SMSD), c'est-à-dire la population qui est dans l'incapacité de se procurer certains biens/services considérés par la plupart des individus comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable, ainsi que la faible intensité de travail (LWI), soit les personnes vivant dans un ménage dont les membres en âge de travailler ont travaillé à moins de 20% de leur potentiel au cours des 12 mois précédents. Les personnes confrontées à au moins un de ces trois risques (pauvreté monétaire, privation matérielle et sociale sévère, faible intensité de travail) sont considérées comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ARPE). Selon cet indicateur, 18,8% des personnes vivant en Belgique couraient un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2021 (Statbel, 2022b).

Il est évident que les facteurs de risque d'être BIM recourent au moins en partie les facteurs influençant le risque d'être pauvre en Belgique. Ces derniers facteurs sont fort proches de ceux que nous présentons plus bas (point 5) : vivre dans des zones densément peuplées (grandes villes), être au chômage, les familles monoparentales, entre autres. Il est néanmoins impossible de savoir où se situent les BIM par rapport aux personnes pauvres et vice versa, sans faire une étude approfondie et globale de ces deux groupes.

Cela n'empêche pas de comparer les effectifs de chacun des indicateurs. Comme on le voit au tableau 2, pour la Belgique, le pourcentage de la population confrontée au risque de pauvreté (12,7%) est inférieur à celui relatif à la population ayant le statut BIM (18,9%) ; et ce également au niveau des régions, de même que pour les deux autres indicateurs. Avec l'indicateur globalisé (AROPE), les pourcentages sont plus comparables pour les régions et quasiment identique pour le niveau national. Une telle corrélation rassure quant à la pertinence d'utiliser le statut BIM comme indicateur de précarité.

### 3. Non recours au statut BIM

#### 3.1. Estimation

On parle de non recours (*non-take-up*) lorsque les personnes ne recourent pas aux dispositifs sociaux existants alors qu'elles y ont bien droit. D'une façon générale, la littérature indique que ce phénomène est loin d'être marginal et concerne de nombreux pays occidentaux : les estimations du taux de *non-take-up* par rapport à divers régimes d'aide ou d'assistance sont élevées et peuvent dépasser les 40% (Bouckaert & Schokkaert, 2011, p. 5 ; Eurofound, 2015, p. 12).

Pour le statut BIM, selon une étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), en 2016, « un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté, dont certaines se trouvent en situation de privation matérielle sévère, ne profitent pas de cet avantage » (Bouckaert, et al., 2020, p. 19). Une autre estimation a été menée récemment par les chercheur.euses de l'Université d'Anvers (UAntwerpen)

**Tableau 2 : Proportion de la population en Belgique à risque de pauvreté en 2021 selon les divers indicateurs (Source : STATBEL), proportion de la population avec le statut BIM en 2021 (Source : AIM)**

2021	AROP	SMSD	LWI	AROPE	BIM
Belgique	12,7%	6,3%	11,9%	18,8%	18,9%
Bruxelles	25,4%	11,5%	22,9%	35,3%	31,6%
Flandre	7,8%	4,4%	6,8%	12,4%	15,6%
Wallonie	17,3%	8,0%	17,0%	24,9%	21,2%

dans le cadre du projet TAKE. À l'aide d'un panel de près de 1.900 ménages (environ 4.600 personnes) à bas revenus et en recourant à des données administratives ainsi qu'à de la microsimulation, le taux de *non-take-up* a été évalué pour 2019 : parmi les personnes éligibles au statut BIM, il s'établit autour de 45% pour les 18-64 ans ; autour de 24% pour les 65 ans et plus (Goedemé, et al., 2022a & 2022b).

Que tant de personnes ayant de faibles revenus ne puissent ainsi pas accéder à des soins de santé moins chers est un réel problème : le statut BIM est justement prévu pour garantir l'accès aux soins, ne pas en bénéficier alors qu'on y a bien droit ne peut qu'accroître le risque de report de soins. De plus, « le non-recours peut entraîner une inégalité injustifiable entre des personnes et des ménages qui se trouvent dans une situation similaire » (Lefevère et al., 2019, p. 251). C'est pourquoi, depuis de nombreuses années, sur base des informations administratives à sa disposition, la MC prend contact avec ses membres lorsqu'ils sont dans une situation où potentiellement le droit à l'intervention majorée pourrait être ouvert. Par exemple, quand quelqu'un part à la pension, devient invalide, en cas de chômage de longue durée.

D'une façon plus globale, afin de réduire le *non-take-up* en Belgique, « la principale voie qui a été suivie a été celle de l'utilisation 'intelligente' des données administratives » (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 1). Il s'agit alors d'utiliser et d'échanger au mieux les flux de données existants. Pour le statut BIM, cela a mené à l'instauration de deux processus administratifs : le droit automatique et le flux proactif.

### 3.2. Droit automatique

Le droit **automatique** au statut BIM, mis en place progressivement à partir de 1997, est la stratégie la plus efficace pour réduire le *non-take-up*. En effet, la personne concernée ne doit pas faire de démarche supplémentaire et il n'y a pas non plus de vérification de la condition de revenus, car le droit au statut BIM lui est octroyé sur base d'un droit social, connu grâce aux informations parvenant aux mutualités via la BCSS (voir 2.2.1.). En 2022, 45% des membres MC bénéficiaires de l'intervention majorée ont obtenu ce statut grâce à cette procédure automatique.

Dans leur étude, Lefevère et al. (2019) ont évalué si les personnes bénéficiant de la GRAPA/RGPA, d'une allocation pour

les personnes handicapées, du revenu d'intégration sociale étaient également bénéficiaires de l'intervention majorée. Il en ressort qu'en 2011 presque 100% des bénéficiaires de la GRAPA/RGPA et/ou d'une allocation aux personnes handicapées étaient BIM. Par contre, pour les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, ce pourcentage s'élève à 89% en 2011. Il resterait donc environ 10% de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale n'ayant pas obtenu l'intervention majorée. Une explication possible est que l'affiliation à une mutuelle n'était pas encore en ordre, ce qui fait que l'ouverture automatique du droit à l'intervention majorée ne pouvait être mise en œuvre (Lefevère, et al., 2019, pp. 276-277).

Attention, dans la procédure automatique, le droit au statut BIM est 'dérivé' d'un droit social spécifique. Or, ce droit social peut également lui-même faire l'objet de *non-take-up*. Quelques indications de la littérature montrent que ce *non-take-up* est loin d'être négligeable. Ainsi, selon les estimations, le taux de *non-take-up* du revenu d'intégration sociale pourrait aller de 57% à 65% (Bouckaert & Schokkaert, 2011, p. 15) ou de 37% à 51% (Goedemé, et al., 2022a). En ce qui concerne la GRAPA, une étude relève que « le non recours est probablement un phénomène important » (Van den Bosch & De Vil, 2013, p. 5) et serait autour de 67% (Goedemé, et al., 2022b). Quant aux allocations familiales majorées, une étude menée en Flandre en 2018 conclut « qu'au moins 10% des enfants avec un handicap reconnu en Flandre ne reçoivent pas d'allocations familiales majorées au niveau fédéral parce que la demande n'a pas été introduite ou a été abandonnée en cours de procédure » (Vinck, et al., 2018, p. 25, notre traduction).

Dans ces cas de figure, ces personnes peuvent toujours introduire une demande à leur mutuelle afin de bénéficier de l'intervention majorée sur base d'une enquête sur les revenus, mais elles doivent en effectuer la démarche. On peut donc craindre que le *non-take-up* du droit social entraîne le *non-take-up* de l'intervention majorée.

### 3.3. Flux proactif

Une autre stratégie de lutte contre le *non-take-up* est de procéder à une **détection automatique des bénéficiaires potentiels** et de les contacter afin qu'ils-elles introduisent une demande. C'est ce qu'on appelle le « **flux proactif** »<sup>4</sup>, processus mis en place à partir de 2015 et mené par l'ensemble des mutualités en Belgique.

4 La base légale relative à ce flux se trouve aux articles 19 et 20 de l'Arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Publication au Moniteur Belge : 29/01/2014.

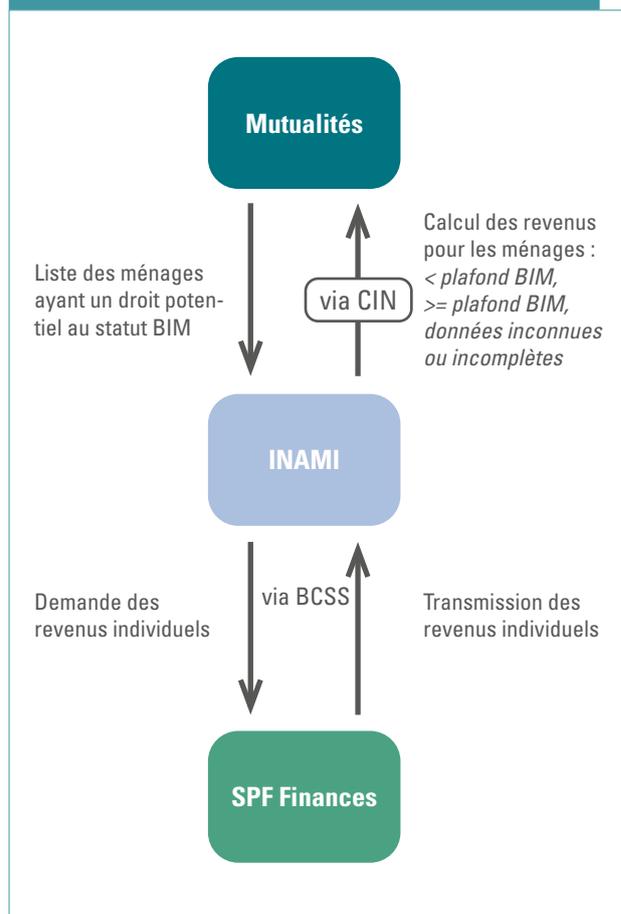
La figure 1 décrit les grandes lignes de cette opération, ainsi que les flux de données qui sont échangés (INAMI, 2022). Au départ, les mutualités dressent la liste des ménages ayant un droit potentiel au statut BIM. Cette liste est transmise, via l'INAMI, au SPF Finances qui ajoute les données de revenus pour chaque personne de la liste (si l'année du flux proactif est X, les revenus sont afférents à X-2). La liste ainsi enrichie est transmise à l'INAMI qui calcule les revenus par ménage et examine dans quelle mesure le plafond est dépassé ou pas. Via le Collège Inter-mutualiste National (CIN), les mutualités reçoivent en retour cette liste. Elles prennent contact avec les ménages dont les revenus sont inférieurs au plafond, les invitant à introduire une demande<sup>5</sup>.

Les mutualités ne contactent toutefois pas tout le monde car d'autres informations plus récentes à disposition des mutualités peuvent indiquer qu'un changement de composition familiale a eu lieu entretemps et que le plafond est dépassé. Pour les ménages où les données de revenus sont inconnues ou incomplètes, les mutualités jugent de l'opportunité de les contacter sur base d'informations en leur possession.

Avant de pérenniser tout ce processus, il fallait procéder à son évaluation. Est-ce que le flux proactif a pu faire augmenter le nombre d'ayants droit à l'intervention majorée ?

- En collaboration avec des chercheur-euses de l'UAntwerpen, la MC a mené une évaluation du flux proactif afin de déterminer s'il permet d'augmenter efficacement le nombre d'ayants droit à l'intervention majorée. Une expérience a été menée, portant sur 55.400 ménages (92.300 personnes) contactés en six vagues étalées entre novembre 2015 à mai 2017. Son résultat a été positif : en septembre 2016, de 15% à 20% des personnes contactées dans le cadre du flux proactif avaient reçu le statut BIM contre 5% des personnes qui n'avaient pas été contactées jusque-là mais avaient obtenu le statut à leur propre initiative (Goedemé, et al., 2017 ; Van Gestel, et al., 2019).
- A l'échelle du pays, pour l'ensemble des mutualités, l'impact du flux proactif a été jugé très positif par l'INAMI : « [...] il s'est avéré que 833.028 personnes ont été contactées à la suite du flux proactif de 2015. De ce nombre, 132.965 personnes sont devenues des bénéficiaires de l'intervention majorée par la suite. [...] En termes de profil de population, le flux proactif a permis l'octroi de l'intervention majorée plus souvent auprès de

Figure 1 : Schéma d'échange de données dans le cadre du flux proactif



personnes isolées, aux tranches d'âge de 26-45 ans et de plus de 70 ans » (INAMI, 2022, p. 6).

Suite à ces évaluations positives, il a été décidé de pérenniser le flux proactif : à partir de 2020, le flux proactif est organisé chaque année. On a déjà des indications chiffrées quant au flux proactif 2020. Pour l'ensemble des mutualités en Belgique, près de 568.000 personnes ont été contactées. En novembre 2021, près 43.500 d'entre elles ont obtenu le statut BIM suite à ce contact (soit 8% du volume de personnes contactées). Cela peut sembler peu. Mais n'oublions pas que la période 2020 à 2021 est atypique du fait de l'impact de la pandémie de COVID-19. De plus, le travail mutualiste lié au flux proactif 2020 n'est pas achevé et se poursuit. Ainsi, en 2022, on compte près de 193.000 personnes qui ont reçu le statut BIM et qui étaient reprises dans le flux proactif 2020. Évidemment, ici, peut-être que d'autres raisons ont joué de sorte qu'on ne peut affirmer que l'ouverture du droit à l'intervention majorée soit la conséquence de la prise de contact (INAMI, 2022, p. 25).

<sup>5</sup> Malheureusement, on ne peut pas octroyer le statut BIM sur base des seules données fiscales, des informations complémentaires doivent être données par le demandeur-euse, comme les revenus étrangers non imposables en Belgique (De Spiegeleer et al., 2013, p. 7).

### 3.4. Faire face au non-take-up

Lutter contre le *non-take-up* doit être une priorité politique. Il ne s'agit pas seulement du *non-take-up* relatif au statut BIM, mais aussi celui portant sur les droits sociaux dont il est dérivé. Les efforts à mener en la matière ne se limitent donc pas aux seules mutuelles.

Par rapport au statut BIM lui-même, il est clair que le fait de devoir introduire une demande augmente le risque de *non-take-up*. La démarche elle-même n'est pas simple : il faut remplir un formulaire de demande et, dans un délai de deux mois, compléter une déclaration sur l'honneur reprenant les revenus et la composition du ménage, ainsi que les pièces justificatives. Encore faut-il savoir préalablement que le statut BIM existe, ainsi que les avantages qu'il offre et ses conditions d'éligibilité.

Pour faire face à ces obstacles, la littérature scientifique met en avant diverses recommandations générales :

- **Diffuser de l'information** : « Le *non-take-up* est souvent dû à un manque de connaissance sur l'existence de structure d'aide sociale ou sur les conditions d'accès précises ou les procédures de demande. Les campagnes d'information qui apportent de la clarté sont indispensables, tant pour le grand public que pour des groupes cibles spécifiques au travers d'actions ciblées » (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5). La diffusion de ces informations ne concerne pas que les organes de sécurité ou d'aide sociale. Par exemple, en Suède, cette diffusion fait l'objet d'une coopération avec les communes et les organisations de la société civile (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5) ;
- **Éviter la complexité** : « Il est souhaitable que l'ensemble des conditions d'accès reste le plus concis et le plus compréhensible possible. Une réglementation complexe peut effrayer les bénéficiaires parce que toutes les conséquences d'une demande sont difficiles à évaluer » (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 4). Par ailleurs, des études récentes montrent que la complexité donne lieu à des comportements associés au non recours, tels que le report ou l'évitement des décisions (BELMOD, 2022, p. 24) ;
- **Simplicité, clarté** : Outre la simplicité de la réglementation, une procédure de demande simple et transparente favorise le recours aux droits sociaux (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5). Multiplicité des documents à rassembler, files d'attente, délais, etc., constituent des obstacles qui peuvent décourager. La simplicité et la clarté concernent autant le message qu'on adresse au bénéficiaire potentiel d'un droit social,

que les éventuels formulaires à remplir pour obtenir ce droit. « Une communication claire est un élément crucial d'une politique visant à encourager l'adoption des droits sociaux. Cela signifie, entre autres, qu'un langage non administratif soit choisi et que le canal de communication et les langues utilisées soient adaptées au groupe cible » (BELMOD, 2022, p. 57). Afin de rendre cette communication plus compréhensible, faire appel aux commentaires de ceux qui n'ont pas obtenu leur droit social du fait de cette difficulté est recommandé (Eurofound, 2015, p. 30) ;

- **Accompagnement** : Les procédures de demande étant souvent complexes, un accompagnement personnel, comme aider à remplir les formulaires, est très utile (Eurofound, 2015, p. 34). Le besoin d'accompagnement personnel est exprimé particulièrement par les personnes vivant dans la pauvreté (BELMOD, 2022, p. 50). D'une façon générale, cet accompagnement personnel « est une mesure particulièrement efficace pour faire reculer le *non-take-up* » (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5).

La stratégie la plus efficace reste l'automatisme, grâce à l'utilisation intelligente et innovante des flux et bases de données administratives. L'octroi automatique du droit au BIM pour certaines catégories sociales en est un bel exemple. Le flux proactif est également une innovation qui va dans le bon sens. Avec cette procédure administrative, la détection des personnes ayant un droit potentiel au statut BIM est automatisée. Toutefois, le flux proactif présente une importante limite : les données de revenus ont deux ans de retard par rapport à l'année du flux (par exemple, le flux proactif de 2020 se base sur l'année de revenus 2018).

## 4. Les BIM en Belgique

Selon les données de l'Agence Intermutualiste (AIM), de 2002 à 2021, le nombre de BIM, en Belgique, passe de 1.385.000 à 2.137.000, soit une augmentation de 54% (AIM-IMA, Atlas de l'Agence Intermutualiste, 2023). En proportion de la population totale, on passe de **13,2%** en 2002 à **18,9%** en 2021. Cette proportion est toujours plus élevée à Bruxelles (31,6% en 2021) et en Wallonie (21,2%) qu'en Flandre (15,6%). Comme on le voit à la figure 2, cette propor-

tion a considérablement augmenté au cours du temps, surtout à partir de 2007 où le statut OMNIO a été mis en place.

La figure 3 montre le pourcentage de BIM en 2021 au niveau de toutes les communes du Royaume. On observe les proportions les plus élevées le long de la dorsale wallonne (l'axe Tournai-Mons-Charleroi-Namur-Liège), dans les grandes agglomérations comme Bruxelles, Gand (19,6%), Anvers (28,5%), Liège (35,1%), Charleroi (34%) mais aussi dans la botte du Hainaut, une bonne partie du Luxembourg, de la Flandre Occidentale, du Limbourg.

Figure 2 : Proportion de BIM au sein de la population, 2002-2021 (Source : Données AIM)

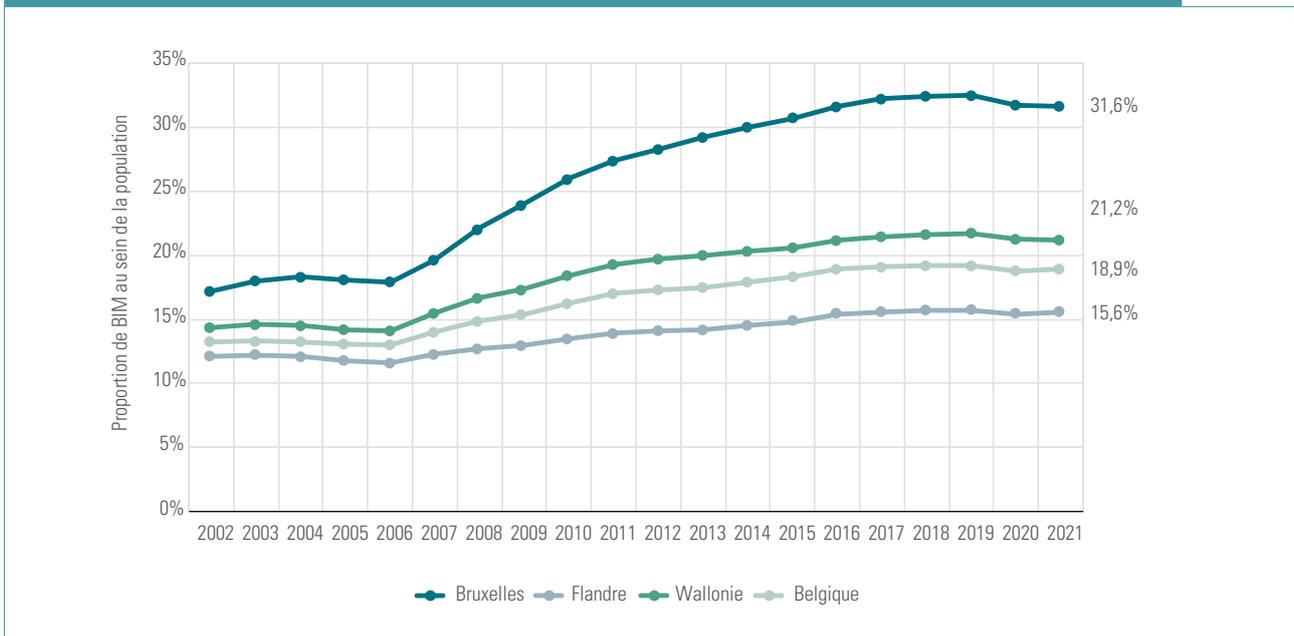
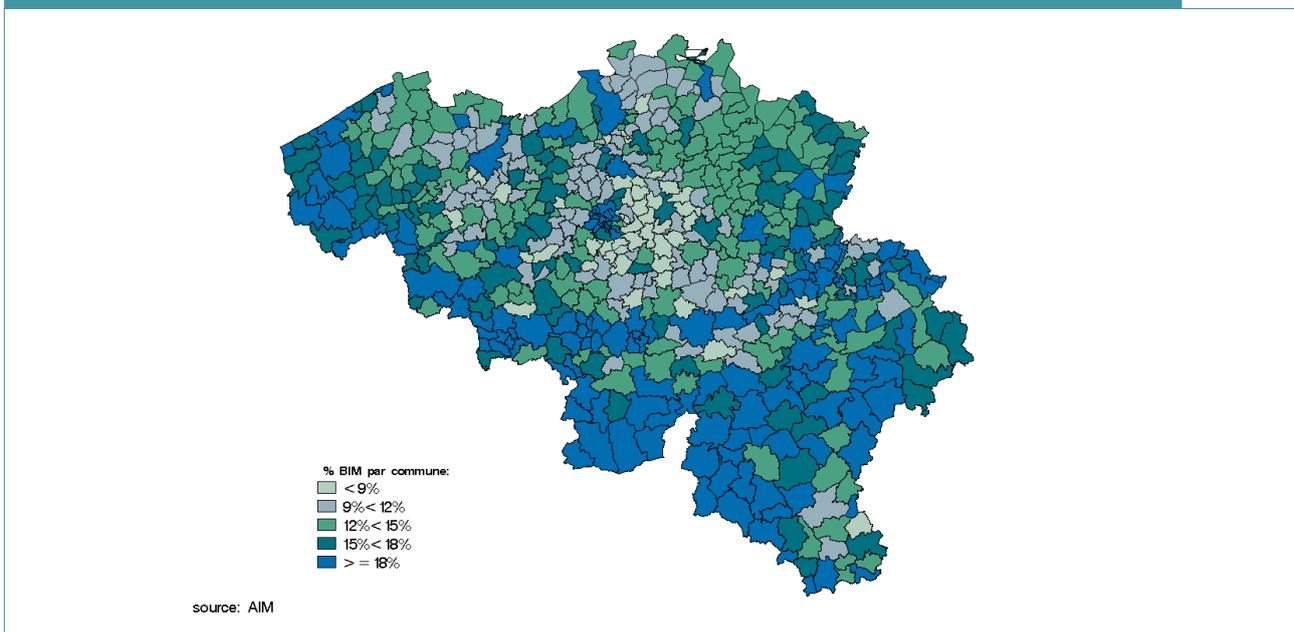


Figure 3 : Proportion de BIM au sein de la population, par commune, 2021 (Source : Données AIM)



## 5. Profil des BIM de la MC

### 5.1 Méthodologie de l'étude quantitative

Pour aller plus loin dans l'analyse, nous nous concentrons sur la population des membres de la Mutualité chrétienne (MC)<sup>6</sup>. Afin de dégager le profil de BIM, nous allons recourir à deux points de vue complémentaires :

#### 1) La proportion de BIM au sein des membres de la MC

Il s'agit de calculer le rapport entre le nombre de BIM et le nombre total de membres considérés. Nous calculons cette proportion de BIM selon divers critères d'analyse : par tranche d'âge, sexe, province, pour cinq grandes villes, par nationalité, selon le nombre de personnes dans le ménage, selon le statut social du/de la titulaire. Nous pouvons ainsi identifier les groupes sociaux plus à risque d'être BIM. Nous regardons également comment évolue la proportion de BIM au cours du temps (de 2008 à 2022). Toutes les proportions calculées sont reprises au tableau 3.

#### 2) La structure des BIM de la MC

On examine, ici, la population des ayants droit au statut BIM. Il s'agit de voir quelle est la structure de cette population spécifique et comment elle a évolué. Cette analyse est effectuée pour les critères d'analyse suivants : âge et sexe, statut social du/de la titulaire, nombre de personnes dans le ménage.

En ce qui concerne la notion de ménage, nous avons repris celle utilisée dans le cadre du MâF. Cette notion correspond à la famille de fait, soit l'ensemble des personnes qui habitent à la même adresse. C'est un proxy car la notion de ménage utilisée dans le cadre du statut BIM est plus précise : titulaire, son-sa partenaire, leur(s) personne(s) à charge. Attention, par rapport aux résultats présentés plus loin (point 5.5.), l'unité de mesure est bien le ménage. On dira qu'un ménage est BIM lorsqu'au moins une des personnes qui le compose est bénéficiaire de l'intervention majorée. Un ménage non BIM est donc un ménage où personne ne dispose du statut BIM. Nous nous limitons aux ménages composés de maximum 10 personnes (le nombre de ménages au-delà de 10 personnes est d'importance marginale). Parmi les ménages, nous nous intéresserons plus particulièrement aux familles monoparentales. On entend par là un ménage composé d'un-e titulaire (adulte) et d'un ou plusieurs enfants à sa charge.

6 Tant les membres francophones et germanophones que les membres néerlandophones.

**Tableau 3 : Proportion de BIM au sein des membres de la MC selon différents critères, 2008-2022 (en juin de chaque année, sauf \* qui dénote la situation en décembre) (Source : Données MC)**

Critère d'analyse		2008	2009	2014	2015	2020	2021	2022
<b>Tous les membres de la MC</b>		<b>13,0%</b>	<b>13,2%</b>	<b>14,5%</b>	<b>14,6%</b>	<b>15,2%</b>	<b>15,2%</b>	<b>15,5%</b>
Âge	<b>0-18</b>	7,6%	8,3%	12,2%	12,6%	14,6%	14,5%	14,9%
	<b>19-35</b>	6,2%	6,7%	9,3%	9,8%	11,5%	11,6%	12,0%
	<b>36-49</b>	6,1%	6,6%	9,1%	9,4%	10,6%	10,7%	11,0%
	<b>50-65</b>	11,7%	11,6%	11,6%	11,6%	12,4%	12,5%	12,9%
	<b>66-75</b>	26,1%	24,8%	19,7%	18,7%	16,6%	16,7%	17,1%
	<b>76+</b>	46,2%	45,1%	40,3%	39,1%	34,6%	33,9%	33,3%
Sexe	<b>Hommes</b>	10,7%	10,9%	12,3%	12,5%	13,2%	13,2%	13,5%
	<b>Femmes</b>	15,3%	15,4%	16,6%	16,6%	17,0%	17,0%	17,4%
Zone géographique	<b>Anvers</b>	12,0%	12,4%	14,4%	14,8%	15,8%	15,7%	16,2%
	<b>Brabant flamand</b>	9,4%	9,4%	9,5%	9,7%	10,3%	10,4%	10,8%
	<b>Limbourg</b>	12,6%	12,7%	13,6%	13,5%	13,4%	13,4%	13,6%
	<b>Flandre Orientale</b>	12,2%	12,2%	12,8%	12,9%	13,2%	13,2%	13,7%
	<b>Flandre Occidentale</b>	14,3%	14,3%	14,8%	14,8%	15,5%	16,0%	16,2%
	<b>Brabant wallon</b>	9,7%	10,2%	11,1%	11,1%	11,9%	11,7%	12,3%
	<b>Hainaut</b>	16,5%	16,9%	19,1%	19,1%	19,9%	19,7%	20,1%
	<b>Liège</b>	16,5%	17,1%	19,1%	19,2%	19,9%	19,7%	20,0%
	<b>Luxembourg</b>	15,1%	15,3%	16,1%	16,1%	16,0%	15,8%	15,9%
	<b>Namur</b>	13,6%	13,8%	15,3%	15,2%	14,9%	14,6%	15,0%
	<b>Bruxelles</b>	20,6%	21,9%	26,8%	27,3%	28,8%	29,1%	30,1%
Grandes villes	<b>Anvers</b>	17,6%	19,3%	25,3%	26,4%	28,1%	27,6%	28,2%
	<b>Gand</b>	14,6%	14,8%	16,4%	17,1%	17,5%	17,2%	17,4%
	<b>Charleroi</b>	20,4%	21,2%	26,4%	26,5%	28,7%	28,6%	29,4%
	<b>Liège</b>	25,0%	25,5%	27,9%	27,8%	29,4%	29,3%	29,4%
Nationalité	<b>Belgique</b>	12,6%	12,9%	13,8%	13,8%	14,0%	14,1%	14,3%
	<b>Europe<sup>7</sup></b>	14,5%	14,9%	16,4%	16,6%	15,9%	15,4%	15,5%
	<b>Autres pays<sup>8</sup></b>	38,4%	39,7%	45,4%	46,8%	50,4%	48,2%	51,7%
Composition du ménage MâF	<b>1 personne</b>	31,9%	31,7%	32,4%	32,4%	30,7%	30,4%	30,6%
	<b>2 personnes</b>	16,8%	16,2%	13,9%	13,5%	11,7%	11,6%	10,9%
	<b>3 personnes</b>	12,4%	12,1%	11,7%	12,0%	12,6%	12,6%	12,1%
	<b>4 personnes</b>	6,1%	6,2%	7,4%	7,6%	8,2%	8,0%	7,7%
	<b>5 personnes</b>	9,3%	9,5%	12,5%	13,1%	15,4%	15,4%	14,7%
	<b>6 personnes</b>	17,2%	17,6%	23,0%	24,7%	30,0%	30,2%	29,1%
	<b>7 à 10 personnes</b>	32,2%	33,6%	40,3%	42,5%	47,6%	47,6%	46,9%
	<b>Familles monoparentales</b>	20,1%	22,1%	27,8%	28,3%	29,0%	29,1%	27,7%
	<b>Familles monoparen-tales – 2 personnes</b>	21,0%	22,4%	28,5%	28,8%	29,1%	29,1%	28,3%
	<b>Familles monoparen-tales – 3 personnes</b>	17,2%	18,3%	24,4%	25,2%	25,3%	25,3%	24,7%
	<b>Familles monoparen-tales – 4 personnes</b>	22,5%	24,7%	33,1%	34,4%	37,5%	37,5%	36,7%
	<b>Familles monoparen-tales – 5 à 10 personnes</b>	37,4%	40,9%	54,2%	56,6%	63,0%	63,3%	61,5%
	<b>Autres familles (plusieurs titulaires + enfant(s) à charge)</b>	4,6%	4,8%	5,8%	5,9%	6,6%	6,7%	6,1%

7 Europe : les nationalités afférentes aux pays de l'Union européenne, la Suisse, la Norvège, l'Islande, le Royaume-Uni.

8 Autres pays : ni belge ni une nationalité d'un pays européen décrit dans la note précédente.

Critère d'analyse		2008	2009	2014	2015	2020	2021	2022
Titulaires du régime général	TA <sup>9</sup>	3,7%	4,1%	5,6%	5,6%	5,5%	5,4%	5,5%
	TA – ouvrier-ères	8,8%	9,4%	12,6%	13,0%	13,8%	13,7%	14,0%
	TA – employé-es	3,0%	3,2%	4,2%	4,2%	4,4%	4,4%	4,7%
	TA – fonctionnaires	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%
	TA – sans chômage*	2,6%	1,6%	2,2%	3,0%	4,4%	4,1%	10
	TA – max 3 mois de chômage*	3,8%	4,1%	7,0%	7,7%	5,1%	6,0%	
	TA – 3 à 6 mois de chômage*	8,9%	8,4%	15,0%	16,3%	10,2%	12,2%	
	TA – plus de 6 mois de chômage*	19,3%	19,7%	26,3%	27,6%	28,4%	30,4%	
	Résident-es <sup>11</sup>	70,6%	66,7%	65,5%	68,1%	83,3%	85,2%	88,4%
	Invalides	41,7%	42,2%	42,1%	41,9%	41,1%	41,0%	41,7%
	Handicapé-es	98,6%	98,5%	98,6%	98,7%	99,1%	99,1%	99,2%
	Pensionné-es	22,7%	22,0%	20,3%	19,7%	18,5%	18,5%	18,8%
	Veuf.ves	46,8%	46,3%	44,5%	43,9%	42,8%	42,7%	43,3%
	Tous les titulaires	13,7%	13,6%	14,4%	14,4%	14,7%	14,8%	15,2%
Titulaires du régime des indépendants	TA	0,8%	0,9%	1,4%	1,5%	2,3%	2,3%	2,5%
	Invalides	33,5%	33,0%	27,9%	26,5%	26,7%	26,8%	27,3%
	Pensionné-es	55,5%	53,6%	44,5%	43,2%	35,6%	35,0%	33,7%
	Veuf.ves	76,4%	75,6%	72,0%	71,7%	68,6%	68,7%	68,6%
	Tous les titulaires	15,4%	14,8%	12,2%	11,7%	9,9%	9,6%	9,3%

## 5.2. Sexe et âge

Tout type de membre confondu, la proportion de BIM passe de **13,0%** en 2008 à **15,5%** en 2022. Par rapport à cette référence générale, on peut voir au tableau 3 que la proportion de BIM chez les hommes est systématiquement plus faible. Elle est, par contre, systématiquement plus élevée chez les femmes (près de 4 points d'écart par rapport aux hommes). Que les femmes soient plus à risque d'être bénéficiaire de l'intervention majorée est à mettre en rapport avec les possibilités et les conditions de travail : plus faible taux d'emploi chez les femmes (Bureau fédéral du Plan, 2022a), bien davantage de travail à temps partiel chez les femmes (CSC, 2022), écart salarial défavorable persistant par rapport aux hommes (Statbel, 2022c), ce qui se traduit par des pensions plus faibles que celles des hommes (CSC, 2022).

Par tranche d'âge, on peut voir que pour les trois premières tranches (0-18, 19-35, 36-49), les proportions de BIM augmentent fortement : de 2008 à 2022, les proportions de BIM ont presque doublé. Par contre, dans les deux dernières

(66-75, 76+), les proportions de BIM diminuent d'environ 30%. Ceci induit un **rajeunissement** relatif de la population des BIM. Cela dit, ce sont bien chez les plus âgés (76+) que nous observons les proportions de BIM les plus élevées : **46,2%** en 2008, **33,3%** en 2022.

Ce rajeunissement de la population des BIM est clairement observé lorsqu'on compare la structure de la pyramide des âges pour les années 2008 et 2022 (situation de juin, voir Figure 4). Quelle que soit l'année considérée, les BIM sont majoritairement des femmes, sans que la proportion de femmes ne change beaucoup de 2008 (58%) à 2022 (60%). Les plus grands changements s'observent au niveau de la structure d'âge :

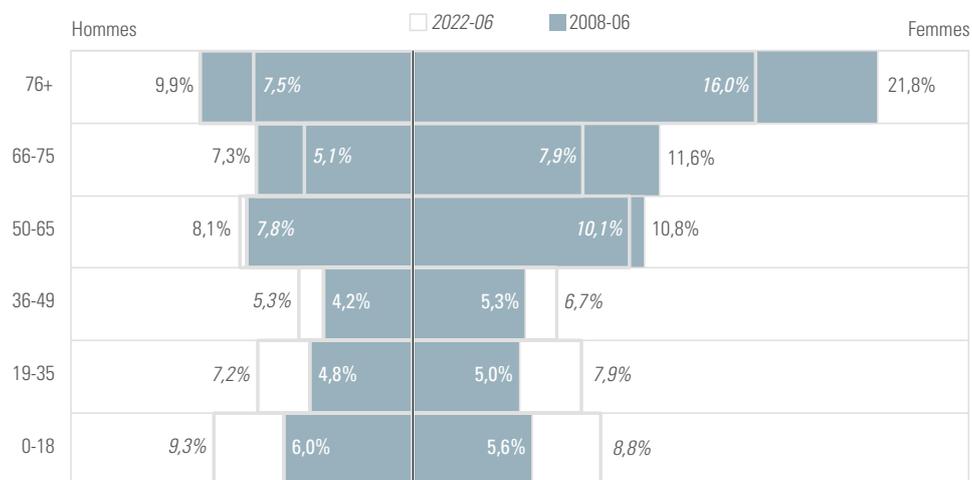
- En juin 2008, nous avons 581.000 membres BIM : près de **31,7%** (=21,8%+9,9%) d'entre eux avaient 76 ans et plus, tandis que **11,6%** (=5,6%+6,0%) d'entre eux avaient 18 ans et moins ;
- En juin 2022, pour près de 706.000 membres qui sont BIM, ces pourcentages deviennent, respectivement **23,5%** (=16,0%+7,5%) et **18,1%** (=8,8%+9,3%).

9 TA : titulaires actif-ves, soit les travailleur-euses considéré-es comme actif-ves ou à la recherche d'un emploi.

10 Le nombre de jours de chômage n'est pas disponible pour 2022.

11 La qualité de résident-e en Belgique permet d'ouvrir des droits aux prestations de soins de santé dans le régime général. Dans la pratique, ce sont des personnes qui ont le droit de séjour en Belgique mais qui n'ont aucun lien avec la sécurité sociale (donc pas de cotisation sociale). En fonction de leurs revenus, elles doivent s'acquitter d'une cotisation légale et personnelle à verser à leur mutualité (si les revenus sont faibles ou si la personne a droit au BIM, cette cotisation est égale à zéro). Derrière cette qualité, on trouve souvent des personnes en situation de précarité (par exemple, des réfugiés, des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale).

**Figure 4 : Répartition des membres de la MC qui ont droit à l'intervention majorée selon l'âge et le sexe en 2008 et 2022, situation de juin (Source : Données MC)**



Répartition du nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (pour une année considérée, la somme des pourcentages fait 100%)

En fait, les trois premières classes d'âge (0-18, 19-35, 36-49) augmentent en importance, tandis que les deux dernières (66-75, 76+) diminuent sensiblement.

Pourquoi les 'jeunes' ont-ils plus de risque d'être BIM ? En guise d'explications, on peut avancer plusieurs éléments :

- Le taux de chômage est 2,6 (en 2008) à 2,9 (en 2021) fois plus élevé dans la tranche 15-24 ans par rapport au taux de chômage relatif à l'ensemble de la population active (BnB, 2022) ;
- On constate aussi que le nombre de 'jeunes' bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) augmente. Ainsi, en Belgique, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires entre 18 et 24 ans du RIS passe d'environ 24.000 en 2008 à 52.000 en 2021. De même, pour la tranche entre 25 et 44 ans, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires du RIS augmente de 31.000 en 2008 à 65.500 en 2021 (Bureau fédéral du Plan, 2022b).

Par rapport aux plus 'âgés', où la proportion de BIM est en diminution, on peut avancer le fait qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, on a affaire plus fréquemment à des ménages où on bénéficie de deux pensions (Bellens, 2022), de sorte que le plafond de revenus pour obtenir le statut BIM est plus souvent dépassé. De plus, diverses mesures de revalorisation des pensions ont été mises en place ces dernières années, comme l'adaptation au bien-être.

### 5.3. Provinces et grandes villes

La proportion de BIM varie en fonction de la zone géographique. Si, globalement et pour la période 2020 à 2022, près de 15% des membres de la MC sont BIM, cette proportion est un peu plus élevée dans les provinces d'Anvers, de Flandre Occidentale et de Luxembourg (16%), nettement plus élevée dans les provinces de Hainaut et de Liège (20%) et, surtout, à Bruxelles (30%). Dans les autres provinces, la proportion de BIM parmi les membres de la MC est moins élevée (Brabant flamand : 10 à 11% ; Brabant wallon : 12% ; Flandre Orientale et Limbourg : 13 à 14%) ou du même ordre de grandeur qu'à l'échelle du pays (Namur). Le fait que les proportions de BIM les plus faibles soient observées dans les deux provinces du Brabant flamand et wallon ne doit pas étonner : ce sont aussi les deux provinces où les revenus moyens par habitant sont les plus élevés de notre pays (Statbel, 2022d). Enfin, sur la période 2008 à 2022, Bruxelles et la province d'Anvers ont connu une très forte hausse de leur proportion de BIM : près de 50% pour Bruxelles (où la proportion de BIM passe de 20,6% à 30,1%), près de 35% pour la province d'Anvers (où cette même proportion augmente de 12,0% à 16,2%).

Lorsque nous examinons simultanément le pourcentage de BIM parmi les membres de la MC en fonction de la zone géographique et de trois tranches d'âge, nous observons

certaines singularités (voir Figure 5).

- À Bruxelles, près de **37%** des jeunes (18 ans et moins) sont BIM, alors que dans les provinces de Liège, du Hainaut et d'Anvers, la proportion de jeunes qui sont BIM oscille entre 19 et 21%, un taux relativement élevé lorsqu'on le compare aux provinces restantes (entre 9,1% et 12,7%) ;
- Une autre singularité concerne la Flandre Occidentale : de l'ordre de 32% des membres âgés de 66 ans et plus y résidant sont BIM. En comparaison avec Bruxelles, où cette proportion est similaire, on observe que le taux de BIM est particulièrement élevé pour les plus de 76 ans (**44%**) en Flandre Occidentale, une différence que l'on n'observe pas à Bruxelles, où la proportion de BIM dans cette tranche est de 31%.

Est-ce que les proportions de BIM par tranche d'âge observées à Bruxelles sont similaires à celles d'autres grandes villes comme Anvers, Gand, Liège et Charleroi ? Comme on peut le voir à la figure 6, à part la ville de Gand, les proportions de BIM par tranche d'âge observées à Anvers, Liège et Charleroi sont assez proches de celles relatives à Bruxelles. On voit même que dans la ville d'Anvers, la proportion de jeunes (18 ans et moins) qui sont BIM est plus élevée (40%) que celle observée à Bruxelles (37%).

Pour Liège et Charleroi, cette même proportion s'élève à, respectivement, 34% et 35%. Pour la tranche des 66 ans et plus, la proportion de BIM est de 31% à Liège, fort proche de celle observée à Bruxelles (32%). Cette proportion est moins élevée à Charleroi (30%) et Anvers (28%).

On peut mettre ceci en parallèle avec le revenu moyen par habitant dans ces différentes villes. À l'échelle de la Belgique, le revenu moyen par habitant est de 19.671 euros en 2020. Pour les habitants de la ville d'Anvers, il est inférieur de 12% (17.212 euros). Idem pour les habitants de Liège (15.882 euros, soit 19% de moins que la moyenne nationale), de la région Bruxelloise (15.444 euros, soit 21% de moins que la moyenne nationale), de Charleroi (14.140 euros, soit 28% de moins que la moyenne nationale). Par contre, les habitants de la ville de Gand ont un revenu moyen de 20.266 euros, soit 3% de plus que la moyenne nationale (Statbel, 2022d). Autre élément explicatif, surtout pour les 'jeunes' : le taux d'emploi (pour les 20 à 64 ans). À Bruxelles, en 2020, il est de l'ordre de 59%. Pour les quatre autres grandes villes « les taux d'emploi sont tous inférieurs au taux d'emploi de leur région ; le taux d'emploi de Gand (72,5%) est cependant relativement proche de celui de la Flandre (75%) ; la ville d'Anvers (67%) a un taux d'emploi proche du taux d'emploi de la Wallonie (66%) » (Defeyt, 2022).

**Figure 5 : Proportion de membres MC qui ont droit à l'intervention majorée en juin 2022, par zone géographique et par âge (Source : Données MC)**

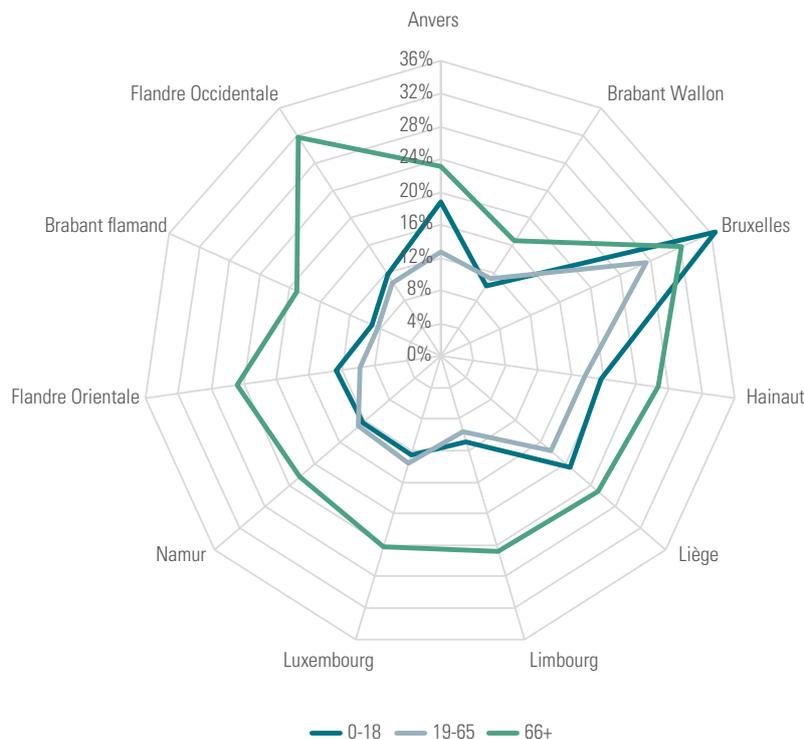
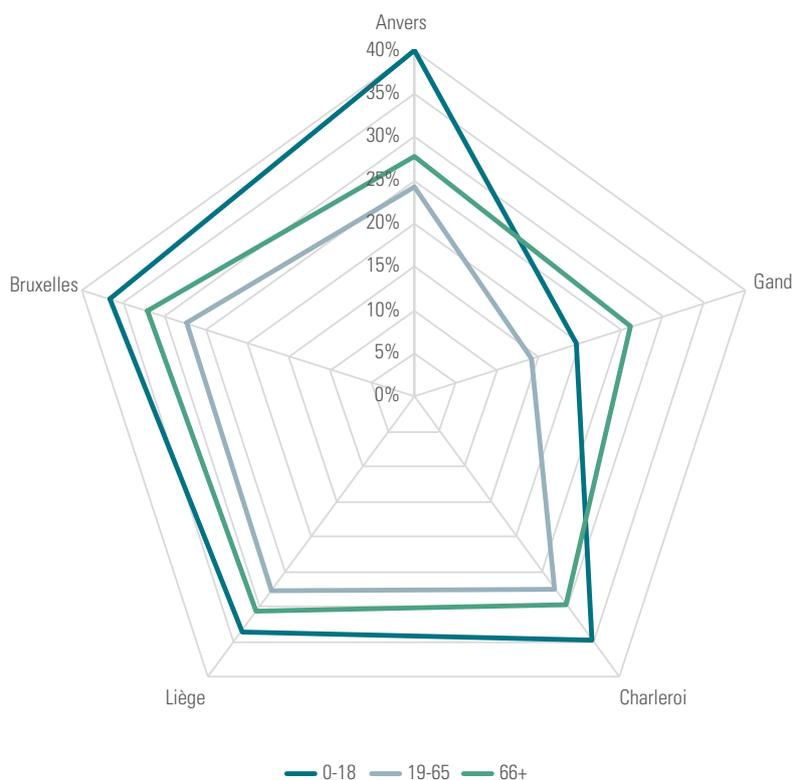


Figure 6 : Proportion de membres MC qui ont droit à l'intervention majorée en juin 2022, par âge et pour 5 grandes villes (Source : Données MC)



## 5.4. Nationalité

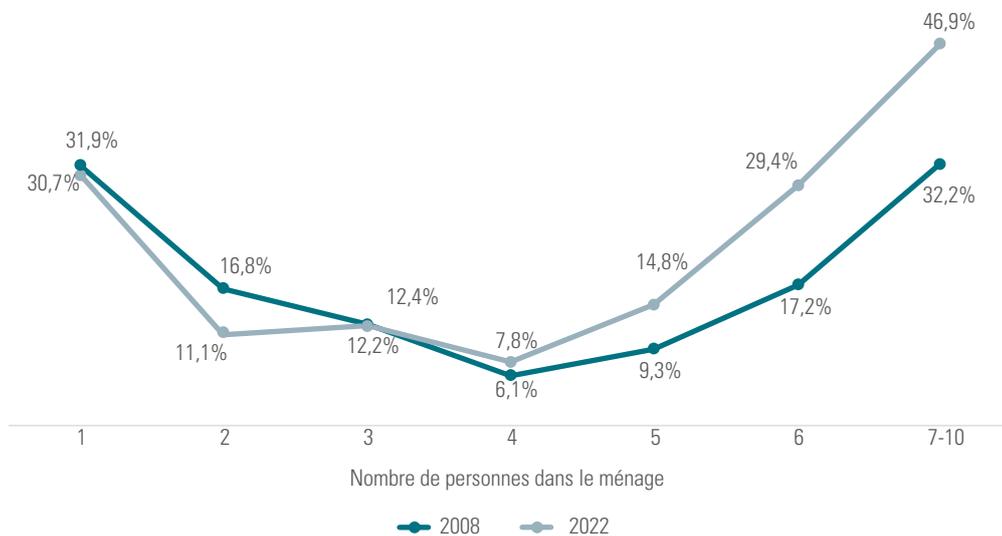
On ne voit pas de différence entre les proportions de BIM selon qu'on examine la population de nationalité belge ou ayant une nationalité provenant d'un pays d'Europe occidentale (pays membres de l'Union européenne, Suisse, Norvège, Islande et Royaume-Uni). Par exemple, pour 2022, la proportion de BIM est de 14,3% pour nos membres de nationalité belge, 15,5% pour nos membres d'une nationalité d'un autre pays d'Europe occidentale. En revanche, pour les membres issus d'autres pays, la proportion de BIM est de 51,7%, soit une proportion **3,6** fois plus élevée que celle observée auprès des membres de la MC de nationalité belge.

Que ces personnes n'ayant ni la nationalité belge ni celle d'un pays d'Europe occidentale bénéficient plus fréquemment de l'intervention majorée peut s'expliquer, en partie, par le fait que l'accès à l'emploi leur est plus difficile. En effet, en 2021, le taux d'emploi (20 à 64 ans) des 'ressortissants hors Union européenne' est de 43,3%, alors qu'il s'élève à 71,9% pour les personnes de nationalité belge (BnB, 2023).

## 5.5. Nombre de personnes dans le ménage

Comme on peut le voir à la figure 7, la proportion de ménages où au moins une personne est BIM forme un courbe en U selon le nombre de personnes formant ce ménage, peu importe le statut de ces personnes (titulaires ou personnes à charge). Pour les ménages d'une personne, la proportion de BIM est très élevée : **32%** en 2022. Puis cette proportion diminue au fur et à mesure que la taille du ménage augmente. Mais à partir des ménages de 5 personnes, la proportion augmente à nouveau. La proportion la plus élevée est observée pour les ménages de 7 à 10 personnes : en 2022, **47%** d'entre eux sont des ménages BIM. On remarque également que la proportion de ménages qui sont BIM diminue légèrement de 2008 à 2022 lorsque le nombre de personnes ne dépasse pas 3. Par contre, à partir de 4 personnes, la proportion de ménages qui sont BIM a tendance à augmenter au cours du temps. Cette augmentation est très importante pour les grands ménages : pour les ménages de 6 personnes, la proportion de ménages BIM passe de 17% en 2008 à 29% en 2022 ; pour les ménages composés de 7 à 10 personnes, la proportion de ces ménages qui sont BIM augmente de 32% en 2008 à 47% en 2022.

Figure 7 : Proportion de ménages où au moins une personne est BIM, 2008 et 2022, situation en juin, selon le nombre de personnes formant le ménage (Source : Données MC)

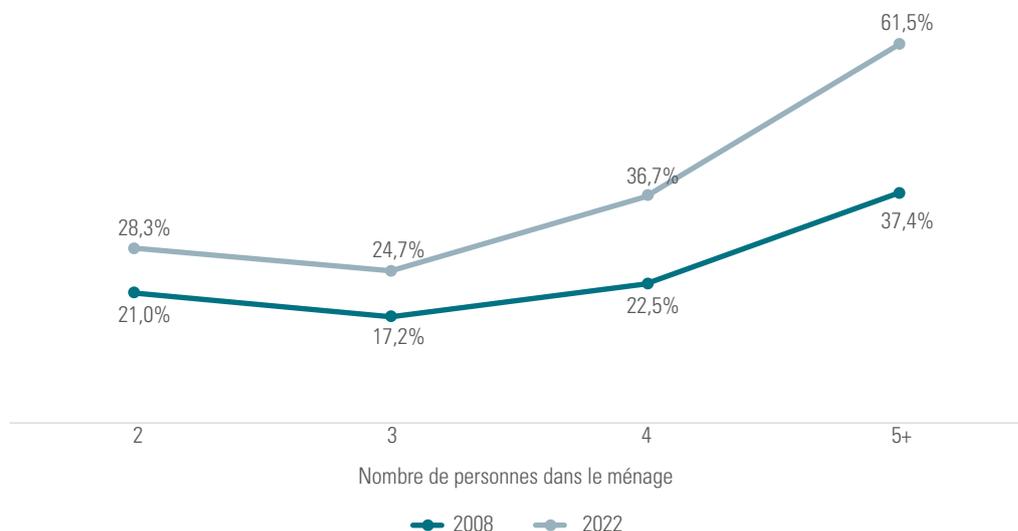


Si on examine la structure des ménages BIM en fonction du nombre de personnes composant le ménage, on s'aperçoit que la majorité d'entre eux sont des ménages d'une personne (55% en 2008, 61% en 2022). Le second groupe de ménages BIM en importance est composé de deux personnes (27% en 2008, 19% en 2022). Au total, parmi les ménages BIM, la proportion de ces deux types de ménage est très stable au cours du temps (de l'ordre de 80%).

Une catégorie de ménage est bien plus fréquemment bénéficiaire de l'intervention majorée : les familles monoparentales. On observe, ici, une augmentation importante de la proportion de ces ménages où au moins une personne est BIM : on passe de **20%** en 2008 à **28%** en 2022. À titre de comparaison, considérons les 'autres familles', soit les ménages où il y a plusieurs adultes titulaires, avec un ou plusieurs enfants à leur charge. La proportion de ces ménages où au moins une personne est BIM est bien plus faible : 4,6% en 2008, 6,1% en 2022. Le fait qu'il y ait plusieurs titulaires dans le ménage est donc un facteur protecteur. C'est normal, un ménage avec plusieurs titulaires a aussi plusieurs sources de revenus.

A la figure 8, on examine la proportion de familles monoparentales où au moins une personne est BIM en fonction du nombre de personnes au sein du ménage (où, par définition, il y a toujours un-e titulaire, les autres personnes étant ses enfants à charge). On voit que la proportion de familles monoparentales BIM diminue un peu quand on passe de 2 à 3 personnes mais augmente très rapidement à partir de 3 personnes : en 2022, cette proportion est de 25% quand on considère les familles monoparentales de trois personnes, 37% quand il y a 4 personnes, 62% quand il y a 5 personnes et plus (ce dernier type de famille monoparentale est toutefois moins fréquent). De 2008 à 2022, les proportions de familles monoparentales BIM augmentent, surtout pour les familles monoparentales composées de 4 personnes au moins.

Figure 8 : Proportion de familles monoparentales où au moins une personne est BIM, 2008 et 2022, situation en juin, selon le nombre de personnes formant le ménage (Source : Données MC)



## 5.6. Statut social des titulaires

On considère, ici, uniquement la population des **titulaires** de la MC, c'est-à-dire les personnes qui ouvrent des droits en AO pour elles-mêmes et pour leurs éventuelles personnes à charge (ces dernières bénéficient alors de droits dérivés du fait de leur lien de parenté ou de leur cohabitation avec le-la titulaire). Tous les types de titulaires étant pris en compte, on voit que la proportion de BIM au sein des titulaires du régime des indépendant-es a tendance à diminuer (on passe de 15,4% en 2008 à 9,3% en 2022). Par contre, dans le régime général (qui couvre les salarié-es), la proportion de titulaires BIM est en augmentation (de 13,7% en 2008 à 15,2% en 2022).

Il est intéressant d'examiner ces proportions selon le type de titulaire (voir Tableau 3) :

- Les **titulaires actif-ves** (TA, soit les titulaires en situation d'emploi ou à la recherche d'un emploi) sont les moins susceptibles de bénéficier de l'intervention majorée : la proportion de BIM parmi les TA est de l'ordre de 3,7% à 5,6% dans le régime général, de 1% à 2,5% dans le régime des indépendant-es.
- Au sein du régime général, on voit que la proportion de BIM parmi les titulaires actifs n'est pas identique selon le type de travailleur-euse. Ainsi, parmi les **agents statutaires de la fonction publique**, la proportion de BIM est la plus faible (<1%). Elle est en revanche plus élevée pour les **employé-es** (de 3% à 5%) et elle l'est encore davantage pour les **ouvrier-ères** et en augmentation sensible : de 8,8% en 2008 à 14,0% en 2022. Que les ouvrier-ères aient davantage de risque d'être BIM provient du fait que leurs salaires sont inférieurs à ceux salarié-es et progressent moins vite. En effet, d'après les données de Stabel, le salaire brut moyen d'un ouvrier-ère à temps plein passe de 2.492 euros en 2008 à 3.023 euros en 2020 (soit une augmentation de 531 euros ou de 21%). Sur la même période, le salaire brut moyen d'un-e employé-e à temps plein passe de 3.312 euros à 4.314 euros (soit une augmentation de 30%, représentant près d'un millier d'euros). L'écart salarial tend à s'accroître : en 2008, il y avait 25% d'écart entre le salaire brut moyen d'un ouvrier-ère et d'un-e employé-e. En 2020, cet écart est de 30% (Statbel, 2022e) ;
- Toujours au sein des titulaires actifs-ves du régime général, le fait d'être au **chômage**, ainsi que le nombre de jours de chômage au cours de l'année en cause, sont

des facteurs qui augmentent le risque de bénéficier de l'intervention majorée. En 2021, parmi les titulaires actives qui ont au moins 6 mois de chômage au cours de l'année, 30% d'entre eux sont BIM (voir Figure 9). Cette proportion est de 6% si la durée de chômage n'excède pas 3 mois. On remarque également que les proportions de BIM parmi les chômeur-euses augmentent de 2008 à 2021, surtout pour ceux et celles qui ont minimum 6 mois de chômage au cours de l'année. Dans cette dernière catégorie, on va trouver aussi ceux qui ont été au chômage toute l'année, donc des personnes ayant des revenus limités. De plus, il faut tenir compte du fait qu'en 2012, la dégressivité des allocations de chômage a été mise en place, ce qui a eu un impact sur les allocations reçues (Segaert & Nuyts, 2022). Enfin, rappelons que les allocations minimales de chômage sont inférieures au seuil de pauvreté (SPF Sécurité sociale, 2021) ;

- Dans les deux régimes, pour les titulaires **pensionné-es** et **les veuf-ves**, on observe une diminution de la proportion de BIM (ce qui est en phase avec le point 5.2.). Mais c'est bien dans le régime des travailleur-euses indépendant-es que les proportions de titulaires BIM sont plus élevées ;

- Quand les titulaires sont en **invalidité**, c'est-à-dire en incapacité de travail depuis plus d'un an, la proportion d'entre eux-elles qui sont BIM est plus élevée dans le régime général (autour de 42%) que dans le régime des travailleur-euses indépendant-es (où on passe de 34% en 2008 à 27% en 2022) ;
- Il y a deux catégories de titulaire qu'on ne trouve que dans le régime général : les **personnes handicapées** qui sont quasi toutes BIM, les **résident-es**. Pour ce dernier type de titulaire, la proportion de titulaires BIM est très élevée et en augmentation : 70,6% en 2008, 88,4% en 2022. Derrière cette qualité de résident-e, on trouve en effet souvent des personnes en situation précaire (par exemple, des réfugiés, des bénéficiaires du RIS).

Quel est le profil des titulaires qui sont bénéficiaires de l'intervention majorée ? La très grande majorité de ces titulaires BIM sont couvert-es par le régime général. Cela dit, on constate une évolution notable : la proportion de titulaires BIM couvert-es par le régime des indépendant-es est en diminution : en 2008, 11,5% des titulaires BIM étaient des indépendant-es ; en 2022, ce pourcentage diminue à 6,3%.

Figure 9 : Proportion de BIM parmi les titulaires actives du régime général, 2008 et 2021, situation en décembre, selon le nombre de jours de chômage au cours de l'année (Source : Données MC)

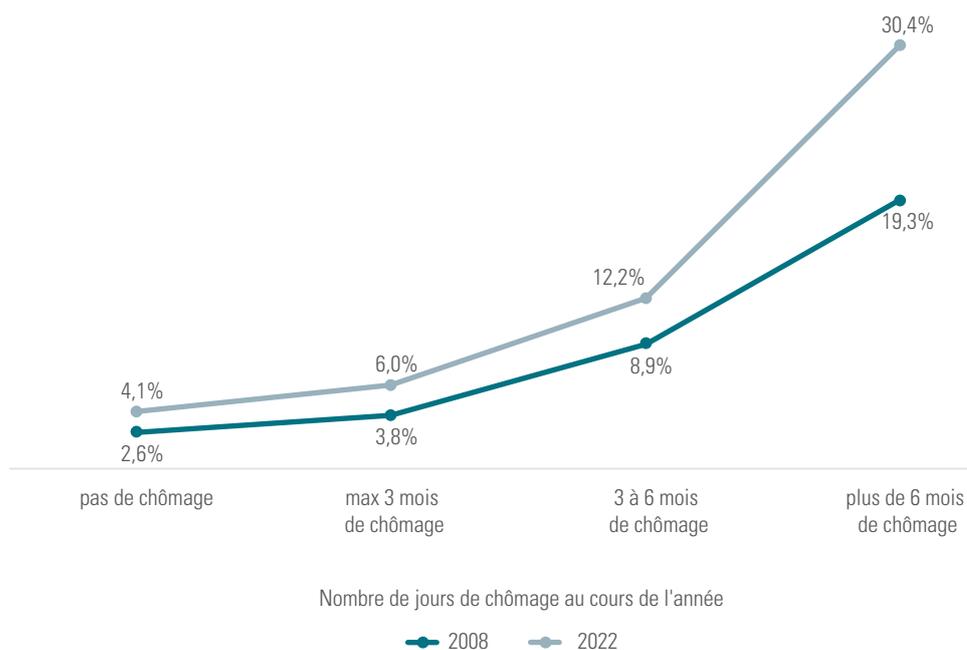
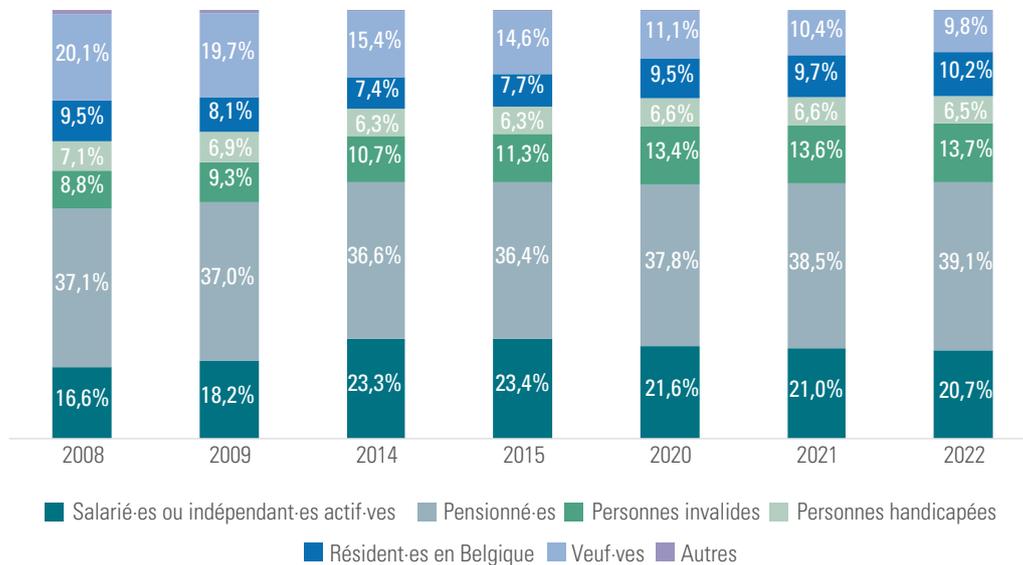


Figure 10 : Structure des titulaires BIM, selon leur statut social, régime général et des indépendants ensemble, 2008-2022  
(Source : Données MC)



A la figure 10, les deux régimes étant considéré ensemble, on voit que le groupe le plus important de titulaires BIM est constitué par des personnes pensionnées (37% à 39%). Les titulaires BIM actifs (c'est-à-dire en situation d'emploi ou à la recherche d'un emploi) représentent près 17% des titulaires BIM en 2008, 21% en 2022. Le pourcentage de titulaires BIM en situation d'invalidité (en incapacité de travail de longue durée) est en augmentation : on passe de 9% en 2008 à 14% en 2020. Par contre, le groupe des titulaires BIM en situation de handicap est en légère régression : de 7% en 2008 à 6,5% en 2022. Enfin, parmi les titulaires BIM, la part de ces dernier-es ayant la qualité de veuf-ve est en diminution : de 20% en 2008 à 10% en 2022.

## 6. Croissance des BIM en Belgique : essai d'explication

Comme présenté tout au long de cet article, le pourcentage de personnes ayant le statut BIM est en augmentation. Au niveau belge entre 2007 et 2022, l'augmentation est de 50% ou presque. Aujourd'hui, près de 20% de la population ont

ce statut, une personne sur cinq. Nous sommes intrigués par cette croissance mais devons-nous nous étonner ?

Du point de vue administratif, nous l'avons vu, le statut BIM a connu une extension du nombre de situations pouvant prétendre au statut BIM, en particulier sur le volet revenu. Nous sommes passés d'une situation où *grosso modo* seul-es les veufs-ves, orphelin-es, etc. (VIPO) pouvaient l'obtenir, à une situation où de surcroît toute personne justifiant d'un revenu en dessous d'un certain plafond peut en bénéficier. Cela explique certainement la croissance connue les années suivant l'introduction, en juillet 2007, du nouveau statut OMNIO. De plus, les mutuelles ont maintenant le flux proactif pour lutter contre le *non-take-up*, même si cet outil a ses limites, et le droit est alloué automatiquement à 45% des BIM. Tous ces facteurs administratifs ont certainement contribué à la croissance du nombre de BIM.

D'un point de vue population ciblée, il apparaît que la croissance du nombre de BIM est également due à un certain nombre de facteurs de risque en augmentation, comme le chômage des jeunes, l'accès à l'emploi plus difficile pour les personnes étrangères issues d'un pays hors de l'UE

(BnB, 2023). De plus, certaines populations particulièrement à risque d'être BIM sont en augmentation :

- Au sein de la population belge entre 18 et 64 ans, le taux de bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale ou d'une aide financière équivalente passe de 1,5% en 2008 à 2,3% en 2021 (IWEPS, 2022) ;
- Le nombre de bénéficiaires d'une allocation pour les personnes handicapées (allocation d'intégration, allocation de remplacement de revenus) passe de 143.000 en 2008 à 217.299 en 2021, soit une augmentation au rythme de 3% par an (SPF Sécurité sociale, 2022) ;
- Le nombre de personnes en invalidité, c'est-à-dire en incapacité de travail de longue durée, passe de 251.000 en 2008 à 471.000 en 2020 (Vancorenland, et al., 2021 ; INAMI, 2021) ;
- Enfin, notons encore l'augmentation des familles unipersonnelles/monoparentales. En Belgique, elles représentent 45% des familles en 2019, contre 39% en 1999 (Stabel, 2020).

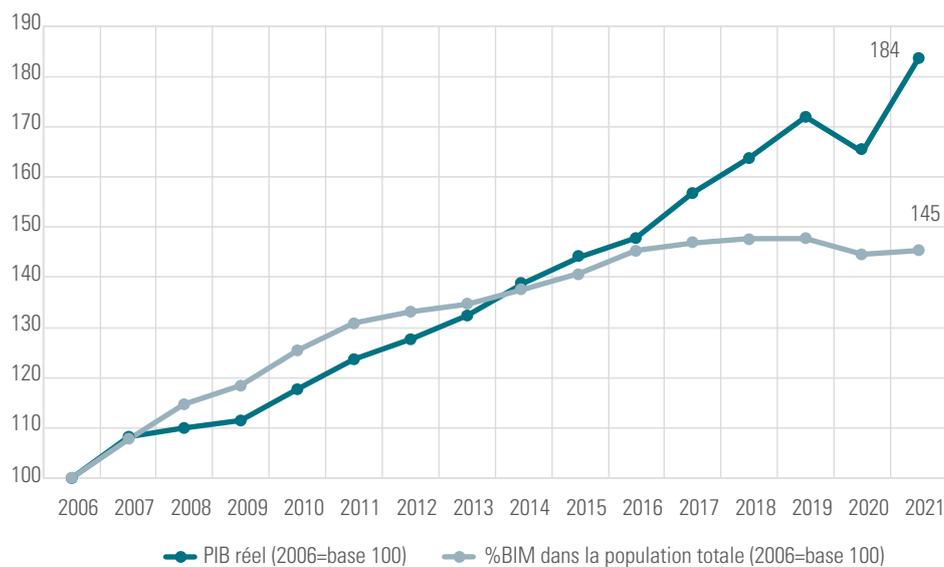
Tous ces facteurs administratifs et sociaux ont certainement contribué à la croissance de la proportion des BIM au sein de la population. C'est ce que souligne également le KCE : la croissance des BIM « s'explique d'une part par

la modification des conditions et les actions déployées afin d'amener la population à faire usage de ce droit, et d'autre part par la proportion croissante de personnes à bas revenus (exposées au risque de pauvreté ou dans la classe moyenne inférieure) dans la population » (Bouckaert, et al., 2020, p.18). De ces points de vue, ce n'est donc absolument pas une "surprise" si le statut BIM est obtenu par un nombre de plus en plus grand de personnes dans notre population.

D'un point de vue **macroéconomique**, l'augmentation du pourcentage de BIM est plus difficilement explicable. Alors que le PIB global et par habitant n'a cessé de croître depuis 15 ans (sauf 2009 et 2020, du fait des crises liées aux 'subprimes' et à la COVID-19), ayant presque doublé au niveau nominal et au niveau réel, comment est-ce possible que la proportion de BIM au sein de la population suive, sauf les dernières années, le même chemin ?

La figure 11 présente l'évolution du PIB réel (hors inflation) et le pourcentage de BIM dans la population totale belge (2006=base 100). Nous voyons que le PIB réel a augmenté de plus de 80% en 15 ans et que le pourcentage de BIM a augmenté d'environ 45%. Entre 2006 et 2016, les courbes

Figure 11 : Évolution du PIB réel et de la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée au sein de la population de la Belgique (Sources : OCDE et AIM)



suivent le même chemin puis ensuite se séparent. Le ralentissement de la croissance de BIM, jusqu'à la presque stagnation, qu'on observe de 2016 à 2019 peut quant à lui être expliqué par le fait que le flux proactif a peut-être atteint l'essentiel de son potentiel, que moins de personnes viennent se manifester d'elles-mêmes pour obtenir le statut BIM (par rapport à 2007-2008, période où le statut OMNIO a été instauré). Enfin, le pourcentage de BIM diminue en 2020 et 2021. Mais ceci est assez 'artificiel' et peut être attribué à la crise COVID-19 durant laquelle l'administration "en présentiel" a tourné au ralenti (cette diminution s'efface d'ailleurs en 2022 presque en totalité).

En tout cas, sur 15 années, le PIB réel ne cesse d'augmenter et nous n'observons pas de diminution du nombre de BIM. Les études portant sur la performance des pays occidentaux par rapport à divers indicateurs sociaux et de bien-être montrent que ce n'est pas tant le montant absolu de richesses qui importe que la façon dont cette richesse est répartie. En effet, ce sont les pays où la répartition des revenus est plus égalitaire qui ont, globalement, de meilleurs indicateurs sociaux et de santé (Wilkinson & Pickett, 2010). La proportion élevée de BIM, stable ces dernières années, tend à indiquer que nous avons un problème au niveau de la répartition de cette richesse additionnelle produite.

## 7. Recommandations

Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée est indubitablement un dispositif protecteur pour les personnes ayant de faibles revenus, leur permettant d'accéder à des soins de santé et de les payer moins chers. Une faiblesse de ce dispositif est son aspect 'binaire' : on a le statut ou pas. Or, « les personnes dont le revenu se situant juste au-dessus du plafond pour bénéficier du BIM n'ont droit à aucun avantage. Ils peuvent toutefois être confrontés à davantage de difficultés financières pour accéder aux soins que les personnes ayant le statut BIM, notamment lorsqu'ils ont des frais élevés de santé ou lorsqu'ils doivent être hospitalisés pour une période longue » (Cès & Baeten, 2020, p. 24). Peut-on envisager une réforme ambitieuse où on reviendrait sur cette binarité en intégrant de la progressivité dans la prise en compte des revenus ? Cela impliquerait de revoir fondamentalement le *design* du statut BIM.

Dans l'immédiat et dans le cadre du *design* actuel, les propositions d'amélioration portent sur l'octroi du statut BIM. Plusieurs mécanismes pourraient être activés afin de

faciliter l'octroi et réduire le *non-take up*. L'ensemble des organismes assureurs ont ainsi élaboré une proposition concrète afin d'aller vers davantage d'automatisme dans certaines situations sociales bien précises de façon à éviter aux personnes concernées à faire des démarches supplémentaires (RIZIV, 2022). Cette proposition est en cours de discussion à l'INAMI. Nous l'expliquons plus avant dans ce qui suit.

Il y a des situations où les mutualités disposent ou peuvent disposer d'informations plus récentes que celles du flux proactif sur les revenus de leurs membres. C'est le cas pour :

- les **personnes en incapacité de travail** (incapacité primaire ou invalidité), car ce sont les mutuelles qui calculent les indemnités ;
- le **chômage**, car l'information sur les revenus peut être obtenue via des bases de données déjà existantes au niveau de la BCSS ;
- et les **personnes pensionnées**, car le montant de leur pension est repris au niveau du cadastre des pensions (également accessible via la BCSS).

Dans ces deux derniers cas de figure (chômage et pension), il faudrait une base légale pour que les mutuelles puissent accéder à ces informations sur les revenus dans le cadre de l'intervention majorée. De plus, pour avoir une vision plus complète de tous les revenus, il faudrait également avoir l'autorisation d'accéder aux bases de données existantes reprenant les revenus cadastraux.

Une fois les mutuelles habilitées à accéder à toutes ces informations de revenu dans le cadre de l'intervention majorée, pourquoi ne pas les utiliser au mieux ? Là où on est sûr que les revenus sont bien inférieurs au plafond, il est alors préconisé d'**ouvrir « d'office »** le droit à l'intervention majorée sans que les personnes concernées en fassent la demande. La proposition concrète est la suivante : adapter la législation actuelle afin que les mutuelles puissent ouvrir « d'office » le droit au statut BIM :

- pour **les personnes isolées et les familles monoparentales** (de sorte qu'il n'y a pas d'autres revenus à prendre en considération que celui du/de la titulaire),
- qui ont une des indications suivantes :
  - être, minimum trois mois sans interruption, en incapacité de travail et/ou au chômage ;
  - **en invalidité** ;
  - **pensionné**.

La proposition peut être affinée de façon à bien rester dans le public-cible des personnes ayant de faibles revenus.

Pour ce faire, certaines situations précises peuvent alors être exclues, comme par exemple :

- Pour les personnes au chômage, on ne tiendrait pas compte de celles bénéficiant du régime de chômage avec complément d'entreprise (RCC, anciennement dénommé 'prépension'). En effet, la personne en RCC reçoit un complément de revenus de la part de son entreprise (dont le montant est fixé par une convention collective de travail) mais que la mutuelle ne connaît pas ;
- Pour les personnes en incapacité de travail, on peut cibler davantage et viser d'abord les personnes qui n'exercent pas une activité autorisée. Car en cas de reprise partielle de travail, autorisée par le-la médecin-conseil, la mutuelle ne connaît pas les revenus que cette activité autorisée génère.

Attention, avec cette proposition, les mutuelles continuent, bien sûr, à suivre l'évolution de la situation familiale de ces personnes, ainsi que leurs revenus, via les contrôles intermédiaires et systématiques (les mêmes que ceux qu'on applique à ceux et celles qui ont obtenu le statut BIM sur base d'une enquête sur les revenus). C'est pourquoi il faut parler, ici, d'une ouverture « d'office » du droit à l'intervention majorée plutôt qu'« automatique ». En effet, dans le cadre du droit automatique, de tels contrôles sur les revenus n'ont pas lieu (voir point 2.2.1).

Peut-on progresser également du côté du droit automatique ? En même temps que la proposition esquissée ci-dessus, les organismes assureurs proposent d'ouvrir automatiquement le droit à l'intervention majorée aux familles surendettées qui font l'objet d'un règlement collectif de dettes, c'est-à-dire d'une procédure judiciaire de médiation de dettes qui a pour but, outre l'assainissement de la situation financière du débiteur, de lui garantir ainsi qu'à sa famille de pouvoir continuer à mener une vie conforme à la dignité humaine. Pour ce faire, un « pécule de médiation » est déterminé par un médiateur judiciaire. Le montant de ce pécule correspond aux moyens disponibles avec lesquels la personne surendettée et sa famille doivent vivre (le reste des revenus disponibles étant consacré à l'apurement des dettes selon un plan de remboursement) et faire face aux charges courantes de la vie quotidienne, y compris les dépenses de santé. Ce pécule doit au moins être égal au revenu d'intégration sociale, plus les éventuelles allocations familiales (Centre d'Appui-Médiation de Dettes, 2019). Pour ces familles surendettées, dont les moyens disponibles sont très limités, bénéficier automatiquement de l'intervention majorée, sans devoir en faire la demande, les aiderait alors à accéder aux soins, conformément à l'objectif de pouvoir continuer à mener une vie

digne. Pour ce faire, il faudrait que les mutuelles puissent avoir accès aux informations permettant de détecter ces familles et de leur ouvrir automatiquement le droit à l'intervention majorée. En attendant, on peut envisager l'octroi de l'intervention majorée sur base d'un document papier de preuve.

## 8. Conclusion

Le droit à l'intervention majorée est aussi vieux que l'assurance obligatoire soins de santé. Il a connu bien des changements de sorte que la population des ayants droit s'est élargie au cours de temps. C'est un droit social important et pertinent : avec d'autres dispositifs de l'AO, il améliore l'accessibilité financière aux soins de santé pour des familles ayant des revenus limités. De plus, bénéficier de ce droit permet d'accéder à d'autres interventions en dehors des soins de santé. Par exemple, pour aider les personnes ayant de faibles revenus à faire face à l'inflation des prix de l'énergie, le droit au tarif social a été ouvert à l'ensemble des BIM de février 2021 à juin 2023.

La proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée au sein de la population belge a augmenté de façon considérable : de 13,2% en 2002 à 18,9% en 2021. Derrière cette croissance, il y a l'évolution de la législation, ainsi que la mise en place de processus administratifs de plus en plus efficaces : droit automatique pour certaines catégories sociales, détection automatique dans le cadre du flux proactif. Un autre moteur de cette croissance provient du fait que certaines populations à risque d'être BIM sont en augmentation, comme les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, les personnes handicapées, les invalides, les familles unipersonnelles ou monoparentales. Au cours du temps, on constate aussi un certain rajeunissement des ayants droit au BIM : les tranches d'âge supérieures voient leur poids diminuer tandis que les tranches d'âge jeunes augmentent en importance.

L'enjeu principal autour du BIM reste la lutte contre le *non-take-up*. Grâce à l'utilisation intelligente des bases de données administratives, des progrès considérables ont été réalisés. Ainsi, pour près de 45% de nos membres BIM, le droit leur a été ouvert automatiquement, sans avoir dû faire des démarches supplémentaires. De plus, grâce aux informations provenant du flux proactif, les mutuelles détectent les ayants droit potentiels, prennent contact avec eux et les invitent à introduire une demande. Cela ne résout

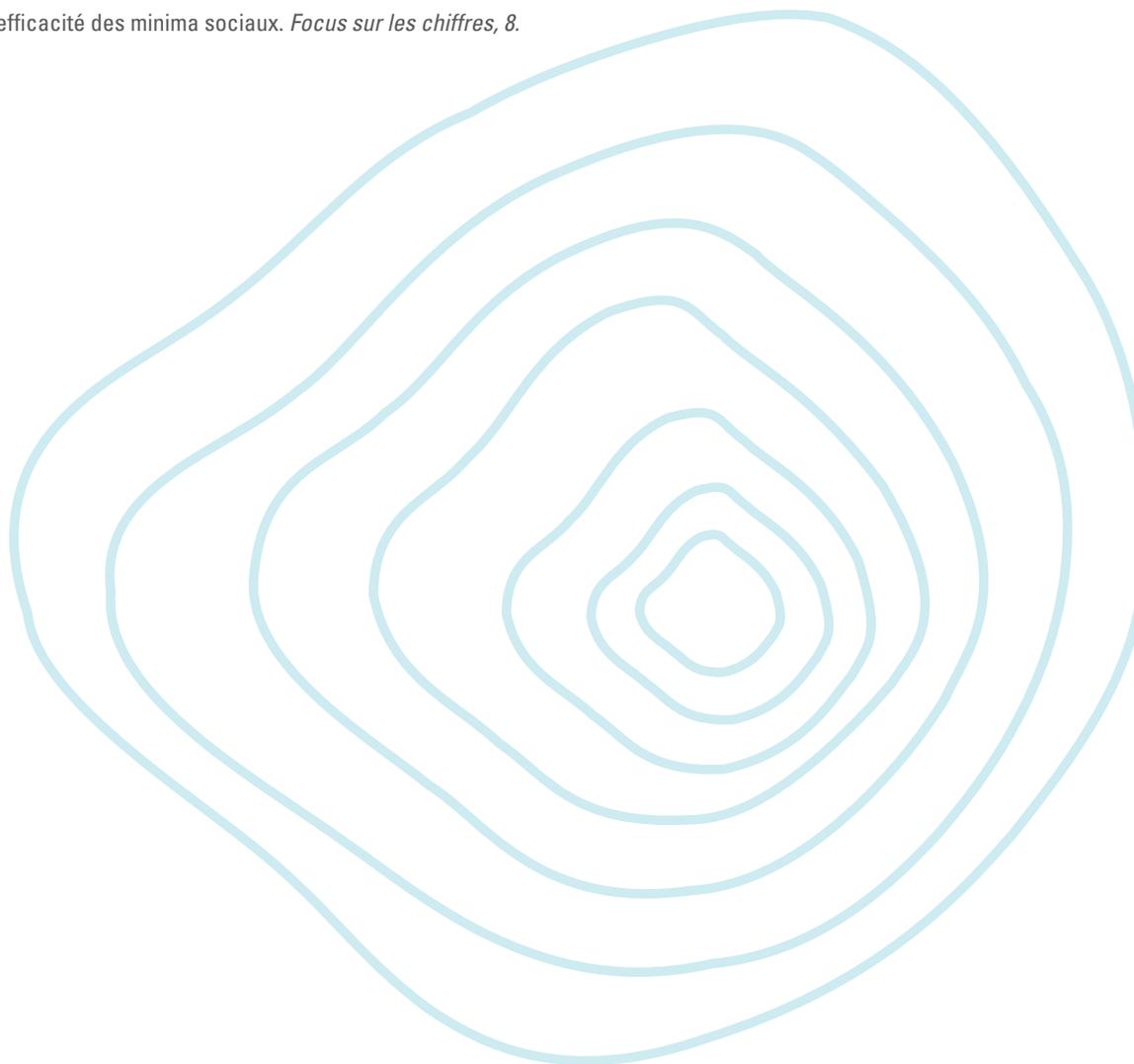
pas entièrement le problème du *non-take-up*, le nombre de personnes restant sans réaction après contact étant important. Néanmoins, le flux proactif organisé de 2015 à 2017, à titre expérimental, a donné lieu à de nombreuses ouvertures supplémentaires de droit à l'intervention majorée, ce qui a été jugé positivement. Le flux proactif est maintenant bien ancré et organisé annuellement.

Pour éviter le *non-take-up*, la meilleure stratégie est d'éviter aux personnes éligibles de faire des démarches parfois complexes. Les organismes assureurs font des propositions précises en la matière : ouverture automatique du droit au statut BIM en faveur des familles surendettées en règlement collectif de dettes, ouverture « d'office » pour les personnes isolées, les familles monoparentales qui ont une des indications suivantes : être en incapacité de travail et/ou au chômage (minimum 3 mois), en invalidité, pensionné. Ces propositions impliquent que les mutuelles soient habilitées légalement, dans le cadre de l'intervention majorée, à accéder aux bases de données adéquates, utilisables, déjà existantes ou à créer.

## Bibliographie

- Agence Intermutualiste. (2023). *Atlas de l'Agence Intermutualiste*. Consulté le 13-01-2023, sur aim-ima.be : <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 6-30.
- Bellens, S. (2022, 05 11). *Factcheck: het armoederisico voor jongeren stijgt*. Consulté le 27-09-2022, sur Visie.net : <https://visie.net/artikel/factcheck-het-armoederisico-voor-jongeren-stijgt>
- BELMOD. (2022). *Le non-recours à l'aide sociale en Belgique : propositions politiques. Rapport final du projet BELMOD*. Bruxelles : SPF Sécurité sociale.
- BnB. (2023). *Marché du travail*. (Banque nationale de Belgique) Consulté le 13-01-2023, sur nbb.be : <https://www.nbb.be/fr/publications-et-recherche/evolutions-statistiques-de-emploi/marche-du-travail>
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). KCE Reports 334B. D/2020/10.273/30. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Bouckaert, N., & Schokkaert, E. (2011). *A first computation of non-take-up behaviour in the 'leefloon'*. Flemsi Discussion Papers 6.
- Bureau fédéral du Plan. (2022a). *Taux d'emploi*. Consulté le 09-01-2023, sur indicators.be : [https://indicators.be/fr/i/G08\\_EMP/Taux\\_d%27emploi](https://indicators.be/fr/i/G08_EMP/Taux_d%27emploi)
- Bureau fédéral du Plan. (2022b). *Personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale*. Consulté le 24-11-2022, sur indicators.be : [https://indicators.be/fr/i/G01\\_GMI/Personnes\\_b%C3%A9n%C3%A9ficiant\\_d%27un\\_revenu\\_d%27int%C3%A9gration\\_sociale\\_%28i04%29](https://indicators.be/fr/i/G01_GMI/Personnes_b%C3%A9n%C3%A9ficiant_d%27un_revenu_d%27int%C3%A9gration_sociale_%28i04%29)
- Centre d'Appui-Médiation de Dettes. (2019). *Le règlement collectif de dettes en 10 questions*. Bruxelles : ASBL Centre d'Appui-Médiation de Dettes.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique – Rapport de synthèse*. Bruxelles : Observatoire social européen (OSE).
- CKK. (2022). *Das Pflegegeld benachteiligt schutzbedürftige Senioren*. Consulté le 12-01-2023, sur ckk-mc.be : <https://www.ckk-mc.be/infos-aktuelles/pressemitteilungen/2022/pflegegeld>
- CSC. (2022). *L'écart de pension entre femmes et hommes reste beaucoup plus important que l'écart salarial!* Consulté le 19-01-2023, sur lacsc.be : <https://www.lacsc.be/page-dactualites/2022/03/04/ecart-de-pension-entre-femmes-et-hommes-reste-plus-important-que-l-ecart-salarial>.
- Defeyt, .P. (2022). *Le taux d'emploi des 4 grandes villes belges fin 2020*. Notes de l'IDD – 12-12-2022. Namur : IDD (Institut pour un Développement Durable).
- De Spiegeleer, T., Lemkens, R., & Claes, M. (2013). L'intervention majorée à partir de 2014. *MC-Information*, 254, (FICHE D'INFO).

- Eurofound. (2015). *Access to social benefits: Reducing non-take-up*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Goedemé, T., Van Gestel, R., Janssens, J., & Lefevère, E. (2017). Le flux proactif : une méthode fructueuse pour améliorer l'octroi de l'intervention majorée. *MC-Informations*, 270, 19-25.
- Goedemé, T., Janssens, J., Bolland, M., Corselis, A., Derboven, J., Linchet, S., ..., Vergauwen, J. (2022a). De omvang en kenmerken van de niet-opname van het leefloon, de verhoogde tegemoetkoming en de verwarmingssteun onder 18- tot 64-jarigen in België. In: Coene, J., Ghys, T., ..., & Van Praag, L. (Eds.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2022* (pp. 139-159). Leuven: Acco.
- Goedemé, T., Bolland, M., Janssens, J., et al. (2022b). *TAKE: The size and characteristics of non-take-up of social benefits in Belgium*. Conférence finale du projet BELMOD et TAKE : 23 juin 2022, Bruxelles.
- INAMI. (2019). *Rapport d'évaluation du flux I.M. proactif*. Symposium intervention majorée 18/06/2019. Bruxelles.
- INAMI. (2021). *Suivi mensuel du budget - 2021 et suivi des dossiers d'incapacité de travail*. Note CID 2021/41. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2022). *Rapport statistique sur le flux proactif de l'intervention majorée (année du flux 2020)*. Commission technique du Service du contrôle administratif, Note CT 2022/2. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2023). *Intervention majorée : plafonds des revenus*. Consulté le 12-01-2023, sur inami.fgov.be : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-plafonds-revenus.aspx>
- INSEE. (2012). *La mesure de la pauvreté*. Consulté le 13-01-2023, sur insee.fr : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2416930/insee-en-bref-pauvrete.pdf>
- IWEPS. (2022). *Part de bénéficiaires du revenu d'intégration chez les 18-64 ans*. Consulté le 24-11-2022, sur iweps.be : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/part-de-revenus-dintegration-chez-18-64-ans/>
- Lefevère, E., Goedemé, T., De Wilde, M., & De Spiegeleer, T. (2019). Non-recours à l'intervention majorée et octroi automatique de droits : aperçu et étude de cas. *Revue belge de sécurité sociale*, 2, 251-284.
- MC. (2022). *L'intervention majorée : meilleur remboursement des frais médicaux et autres avantages financiers*. Consulté le 06-01-2023, sur MC.be : <https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/intervention-majoree>
- RIZIV. (2022). *Hervorming verhoogde tegemoetkoming-Werkdocument NIC : een reflectie over ambtshalve toekenning van verhoogde tegemoetkoming*. Werkgroep Verzekerbaarheid, Nota WGV 2022/51. Brussel: RIZIV.
- Segaert, M., & Nuyts, N. (2022). *Dix ans de dégressivité renforcée des allocations de chômage*. Direction statistiques, budget, études, Bruxelles : ONEM.
- SPF Sécurité sociale. (2021). L'efficacité des minima sociaux. *Focus sur les chiffres*, 8.



SPF Sécurité sociale. (2022). *Nombre de bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus et/ou d'une allocation d'intégration (1988-2021)*. Consulté le 24-11-2022 sur [socialsecurity.belgium.be](https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/informations-securite-sociale/handicap/1-1-nombre-de-beneficiaires-arr-et-ai-par-sexe-evolution.xlsx) : <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/informations-securite-sociale/handicap/1-1-nombre-de-beneficiaires-arr-et-ai-par-sexe-evolution.xlsx>

SPP Intégration sociale. (2022). *Baromètre de l'intégration sociale*. Consulté le 22-09-2022, sur [mi-is.be](https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/barometre-de-lintegration-sociale) : <https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/barometre-de-lintegration-sociale>

Statbel. (2020). *Les personnes seules et les familles monoparentales représentent 45% des ménages belges*. Consulté le 09-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-personnes-seules-et-les-familles-monoparentales-representent-45-des-menages-belges>

Statbel. (2022a). *Indice des prix à la consommation*. Consulté le 06-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/prix-la-consommation/indice-des-prix-la-consommation>

Statbel. (2022b). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Consulté le 06-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>

Statbel. (2022c). *L'écart salarial entre homme et femme s'élève à 5,3% en 2020*. Consulté le 09-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/salaires-et-cout-de-la-main-doeuvre/ecart-salarial#news>

Statbel. (2022d). *Revenus fiscaux*. Consulté le 09-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#panel-12>

Statbel. (2022e). *Salaires mensuels bruts moyens*. Consulté le 09-01-2023, sur [statbel.fgov.be](https://statbel.fgov.be) : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/salaires-et-cout-de-la-main-doeuvre/salaires-mensuels-bruts-moyens#news>

Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert L. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Informations*, 284, 56-66.

Van den Bosch, K., & De Vil, G., (2013). *De evolutie van de armoede bij ouderen nader bekeken*. Working Paper 6-13. Brussel: Federaal Planbureau.

Van Gestel, R., Goedemé, T., De Graeve, D., & Avalosse, H. (2019). L'impact du flux proactif et de l'intervention majorée sur les dépenses de soins de santé. *MC-Informations*, 277, 37-43.

Van Mechelen, N., & Van Der Heyden, M. (2017). *La lutte contre le non-take-up : un inventaire des mesures de politiques et réflexion à la lumière de la littérature scientifique et des expériences de politique au Royaume-Uni et en Suède*. TAKE Policy Brief n° 1/2017. Antwerp : Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.

Vinck, J., Lebeer, J., & Van Lancker, W. (2018). *Non-take-up of supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: a mixed-method approach*. Working Paper n°18/06. Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.



# Les inégalités de santé commencent dès la naissance

Analyse quantitative des facteurs influençant le risque de réadmission des nouveau-nés à l'hôpital

Jesse Berwouts, Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse — Service d'études

Remerciements à Sophie Cès

## Résumé

Dans notre étude précédente, nous avons analysé le lien entre la politique de réduction du séjour en maternité et le risque de réadmission à l'hôpital des femmes et leurs nouveau-nés (Vandeleene & Avalosse, 2021c). Il en est ressorti que ce type de décision politique devrait tenir compte du fait que plusieurs facteurs peuvent influencer le risque de retourner à l'hôpital des nouveau-nés. Dans la présente étude, nous évaluons lesquels parmi ces facteurs ont une influence significative sur le risque de réadmission des nouveau-nés. Pour cela nous construisons un modèle de régression logistique multiniveau, afin d'identifier les effets de facteurs tels que le statut de Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM) et la durée du séjour en maternité, entre autres. Grâce à cette analyse, nous montrons que le risque de réadmission est en premier lieu déterminé socialement : les nouveau-nés BIM sont plus à risque d'être réadmis, indépendamment des autres facteurs de risque. Si avant l'introduction de la politique de raccourcissement de la durée de séjour en maternité, un court séjour était associé à un risque plus élevé de réadmission, après la réforme en 2015, ce n'est plus le cas, en raison de la prise en charge plus systématique par un suivi postnatal. Nous constatons également que les différences de risque de réadmission entre les hôpitaux sont négligeables. Les hôpitaux et les séjours écourtés en maternité ne semblent donc pas les principaux responsables des réadmissions, mais bien les inégalités sociales. Nous insistons sur le fait que pour les familles qui présentent un

risque de précarité économique, il est important de s'assurer que la famille sera en mesure d'avoir des suivis prénatals et postnatals suffisants, grâce à, entre autres, un trajet de soins standardisé.

Mots clés : Séjour en maternité, santé néonatale, réadmission, inégalités sociales de santé, risque de santé, étude quantitative

## 1. Introduction

Dans des articles précédents, nous avons décrit les soins reçus par les femmes enceintes et leur(s) nouveau-né(s), avant et après l'accouchement, en nous basant sur l'analyse d'un échantillon de 400.000 accouchements sur dix années (Vandeleene & Avalosse, 2021a, 2021b, 2021c). Le but de ces études était d'objectiver les conséquences éventuelles de la politique de réduction accélérée de la durée de séjour en maternité, décidée en 2014 sous la direction de Mme Maggie De Block et qui a conduit à diminuer d'environ une journée l'ensemble des séjours en maternité. Le point le plus original de ces études fut l'analyse des réadmissions des femmes et des nouveau-nés après leur séjour en maternité. Notre analyse a présenté deux périodes, avant et après, la réduction du séjour à la maternité (2010-2014 et 2015-2019). Celle-ci avait présenté les facteurs qui sont corrélés avec un risque de réadmission plus élevé, pour les femmes ou les nouveau-nés, sans interaction avec les autres variables :

- Le fait d'être **socio-économiquement défavorisé** a un effet positif sur le risque de réadmission, que cela soit pour les nouveau-nés ou femmes après leur accouchement, mais aussi en général pour tout type d'hospitalisation (Braet, 2016). Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), utilisé comme proxy pour la précarité, est un statut donné par les mutuelles à des personnes qui ont soit un statut précaire (handicap, bénéficiaire du revenu d'insertion sociale ou du revenu garanti aux personnes âgées, mineur non accompagné ou orphelins) ou qui font preuve de revenus plus bas qu'un certain montant (23.301 euros brut par an pour une personne isolée en 2023).
- Le fait d'avoir eu une **grossesse potentiellement à risque**, c'est-à-dire présenter l'une des caractéristiques suivantes : l'âge de la femme (moins de 18 ans, plus de 40 ans), la présence de comorbidités préexistantes (diabète, hypertension, maladie de Crohn, etc.), le fait que les femmes ont bénéficié de séances de sage-femme dédiées à la grossesse à risque ou de la présence d'un pédiatre lors de l'accouchement en raison d'une grossesse à risque. La littérature montre unanimement que ce facteur est associé positivement au risque de réadmission pour les mamans, mais ce n'est pas clair pour les enfants (Oddie, et al., 2005).
- Le fait d'avoir eu un **suivi postnatal** : contrairement à notre intuition où un suivi postnatal « important » préviendrait les réadmissions, le nombre de contacts postnatals est positivement corrélé avec le risque de réadmission,

probablement car le fait d'avoir été suivi de manière importante reste, dans notre pays, un marqueur de problèmes de santé. La littérature va quant à elle plutôt dans le sens du suivi postnatal comme alternative efficace (et moins chère) au séjour prolongé (Petrou, et al., 2004).

- Le **type d'accouchement** (voie basse ou césarienne) : si la littérature n'est pas claire sur l'influence de cette variable sur les réadmissions (Martens, et al., 2004), nos analyses descriptives montrent tout de même des différences.
- Et, enfin, **la durée de séjour** : par rapport aux séjours moyens, il n'est pas clair que les courts séjours (1 ou 2 nuits pour les accouchements pas voie basse, 1 à 3 pour les césariennes) sont corrélés positivement avec le risque de réadmission (d'où notre exploration additionnelle) ; par contre il est clair que les longs séjours (respectivement plus de 5 ou 6 nuits pour les accouchements par voie basse et césarienne) sont corrélés positivement avec le risque de réadmission, probablement à cause de la détection d'un problème de santé. Nos analyses vont dans le sens de la littérature qui n'est malheureusement pas unanime sur le fait que la durée de séjour (raccourcie) ait un effet sur le risque de réadmission (Harron, et al., 2017).

Pour cette dernière, nous avons constaté que tandis qu'entre 2010 et 2014, une durée de séjour courte est corrélée à un risque de réadmission clairement plus élevé par rapport aux séjours de durée moyenne, entre 2015 et 2019, cette différence de risque de réadmission (entre séjours de durée courte et moyenne) est plus faible. Par contre, les longs séjours sont sans équivoque corrélés à un risque plus élevé de réadmission entre 2015 et 2019, alors que c'est peu ou pas marqué durant la période précédente. Bien que nous ne connaissions pas les raisons médicales à cela, nous pensons que les longs séjours, à cause de la diminution continue de la durée de séjour, sont devenus le marqueur d'un problème de santé ayant nécessité des soins complémentaires et donc une durée de séjour élevée, par rapport aux situations où il n'y aurait pas eu la détection de problème de santé chez la femme ou le nouveau-né.

Nous voulions affiner ces résultats en tenant compte des effets croisés de ces facteurs sur le risque de réadmission. En particulier, être BIM est un facteur de risque de réadmission. Or, la proportion de BIM dans la population étudiée croît au cours du temps et les BIM sont susceptibles d'être en moins bonne santé. De plus, nous observons que les femmes BIM ont une propension plus grande à avoir un court séjour par rapport aux femmes non-BIM. Par ail-

leurs, la proportion de grossesses à risque croît également d'une année à l'autre. Or, c'est également un facteur de risque de réadmission. Ainsi, en même temps que la durée de séjour en maternité se raccourcit, d'autres facteurs de risque jouent également un rôle. Dès lors, pour aller plus loin dans l'analyse, il nous faut étudier les effets croisés de ces facteurs : peut-être n'est-ce pas tant le court séjour en soi qui affecte la réadmission, que d'autres facteurs de risque qui s'y associent.

Contrairement aux analyses précédentes, nous abordons également le cas des nouveau-nés issus d'un premier accouchement. La littérature indique qu'en effet, cette variable pourrait être associée à un risque plus élevé de réadmission (Paul et al., 2006).

Dès lors, notre question de recherche dans le présent article est la suivante : **parmi les facteurs susceptibles d'influencer la réadmission des nouveau-nés, quels sont ceux qui influencent significativement ce risque ?** Les facteurs sélectionnés dans le cadre de nos études sur la réadmission proviennent de la littérature, dans la mesure où nous pouvons les mesurer à travers nos données de facturation de soins de santé. Les facteurs liés à des diagnostics médicaux ne sont pas disponibles dans les bases de données mutuellistes. C'est le cas par exemple pour la jaunisse, cause importante de réadmission pour les nouveau-nés, mais indétectable dans les données de facturation.

Nos études descriptives précédentes mettaient en avant les tendances suivantes quant aux effets des facteurs de risque sélectionnés :

- le risque de réadmission est influencé par la durée de séjour : par rapport aux courts et moyens séjours, les longs séjours sont corrélés positivement avec la réadmission ;
- le risque de réadmission est influencé négativement par le statut BIM, dans le sens où un nouveau-né BIM a plus de chance d'être réadmis ;
- le risque de réadmission est influencé négativement par le nombre de contacts postnatals, dans le sens où plus le nombre de contacts postnatals est élevé, plus le risque d'être réadmis est grand ;
- le risque de réadmission est influencé par le fait d'avoir eu une grossesse à risque, dans le sens où les nouveau-nés issus d'une grossesse à risque sont plus souvent réadmis.

Nos études descriptives précédentes montraient également des corrélations entre plusieurs facteurs de risque, par exemple :

- corrélation entre le statut BIM et les contacts postnatals : les BIM ont moins de contacts postnatals ;
- corrélation entre le statut BIM et la durée de séjour : les BIM ont une propension plus importante à avoir de courts séjours.

De plus, nous nous attendons aux corrélations suivantes, entre autres :

- corrélation entre durée de séjour et suivi postnatal : il est attendu qu'une durée de séjour plus courte induise un suivi postnatal plus important ;
- corrélation entre grossesse à risque et suivi postnatal : il est attendu qu'une grossesse à risque induise un suivi postnatal plus important ;
- corrélation entre grossesse à risque et durée de séjour : il est attendu qu'une grossesse à risque induise une durée de séjour plus importante.

Ces corrélations, théoriques ou factuelles, induisent un besoin de neutralisation des interactions potentielles entre les facteurs de risque sélectionnés. C'est ce que nous faisons au travers de régressions logistiques multivariées et multiniveaux, voir méthodologie.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Échantillon et variables

Comme annoncé plus haut, nous nous basons sur les données de la Mutualité chrétienne présentées dans un article précédent (voir chapitre 3 de Vandeleene & Avalosse, 2021c), mais en réduisant notre échantillon pour les raisons suivantes :

- Nous nous concentrons sur la période 2015-2019 pour avoir une certaine homogénéité dans la législation sur la durée de séjour. L'échantillon final utilisé pour cette analyse multivariée est donc de 179.055 nouveau-nés.
- Vu le faible pourcentage de réadmissions des femmes et la relative stabilité sur la décennie, nous choisissons de nous concentrer uniquement sur **la réadmission des nouveau-nés**.
- Comme pour l'article précédent, nous excluons ce que nous appelons les 'admissions'. En bref, nous avons supprimé de l'échantillon tous les nouveau-nés qui ont été admis à l'hôpital avant la sortie de leur mère, ou le jour de la sortie de leur mère, et tous les nouveau-nés dont la mère a été transférée dans un autre service du même hôpital, ou d'un autre hôpital, le même jour de sa sor-

tie, afin de garder uniquement les hospitalisations sans signe de problèmes de santé identifiés déjà dès la fin du séjour en maternité.

Les variables et leurs définitions restent également identiques aux études précédentes, voir chapitre 3 de Vandeleene & Avalosse (2021c) :

- Le type d'accouchement : par césarienne ou par voie basse.
- Nombre de contacts en suivi postnatal : dans les 30 jours qui suivent la fin du séjour en maternité, nous détectons les contacts qu'on eut les femmes et les nouveau-nés avec les prestataires pour des soins postnatals (pédiatres et sage-femmes), exprimés en trois variables : 'sans suivi', 'suivi 1 à 2 contacts', 'suivi de 3 contacts et plus'.
- La durée de séjour postpartum, définie en trois types de durée (court-moyen-long), dépendante du type d'accouchement, respectivement de 1 à 2 jours, 3 à 4 jours, 5 jours et plus pour les courts, moyens et longs séjours pour les accouchements par voie basse, et 1 à 3 jours, 3 à 5 jours et 6 jours et plus pour les courts, moyens et longs séjours pour les césariennes.
- Le fait pour le nouveau-né d'avoir été réadmis ou non (variable binaire, 0 ou 1) dans les 30 jours à partir du lendemain de leur sortie effective de l'hôpital, peu importe le service de réadmission.
- Le fait d'avoir eu une grossesse à risque (variable binaire, 0 ou 1).
- Le fait d'avoir le statut BIM (variable binaire, 0 ou 1).

## 2.2. Analyses multiniveaux

Pour identifier les facteurs de risque de réadmission, nous utilisons une analyse de régression. Cela nous permet d'avoir une image plus nuancée de l'impact d'un court séjour sur la probabilité de réadmission en tenant compte à la fois des différences entre les hôpitaux et des explications alternatives d'une probabilité accrue de réadmission chez les nouveau-nés. Pour ces raisons, notre modèle de régression doit saisir les différences de réadmission à deux niveaux : les différences entre les hôpitaux et les différences entre les nourrissons au sein des hôpitaux. Pour réaliser une analyse à ces deux niveaux simultanément, un modèle «multiniveau» est estimé, qui examine d'abord les facteurs qui diffèrent entre les nourrissons, tels que la durée du séjour et le statut BIM, mais qui estime en même temps sa propre «probabilité de réadmission» pour chaque hôpital.

Comme la variable de résultat est binaire (un nouveau-né est soit réadmis, soit non réadmis), nous construisons un modèle de régression logistique à plusieurs niveaux qui tente d'expliquer la probabilité de réadmission en fonction des variables indépendantes discutées ci-dessus. L'ensemble de données que nous considérons est exactement le même que celui discuté plus haut.

Les modèles de régression logistique multiniveau ont été construits comme suit : tout d'abord, un modèle de base a été construit pour examiner la relation entre la durée du séjour et la probabilité de réadmission sans tenir compte des autres variables. Dans l'étape suivante, les variables de contrôle «nombre de contacts postnatals», «césarienne», «statut BIM» et «grossesse à risque» sont ajoutées pour évaluer l'impact d'un court séjour pour les nouveau-nés qui ont des scores similaires sur ces variables de contrôle. Cela nous permettra d'évaluer s'il existe des effets indésirables d'un court séjour qui ne peuvent pas être attribués au contact postnatal, à la césarienne, au statut BIM ou à la grossesse à risque. Si certaines de ces variables de contrôle ne s'avèrent pas être significativement associées au risque de réadmission, elles seront supprimées des modèles suivants.

Avec les variables retenues, nous examinons ensuite si les effets du court séjour sont les mêmes pour tous les nouveau-nés, ou s'ils peuvent différer selon le statut BIM ou le nombre de contacts postnatals. Un modèle qui permet à une association avec la variable dépendante de différer selon la valeur d'une autre variable (par exemple, statut BIM ou pas de statut BIM) contient un effet d'interaction. Nous considérerons donc les effets d'interaction entre la durée du séjour et le statut BIM, et entre la durée du séjour et le nombre de contacts postnatals. Les effets d'interaction alourdissant un modèle, les deux interactions seront considérées dans des modèles séparés.

## 3. Résultats

### 3.1. Réadmission des nouveau-nés en fonction des différents facteurs

Comme présenté dans les articles précédents, les réadmissions des nouveau-nés ont augmenté entre les périodes 'avant' (2010-2014) et 'après' (2015-2019) l'introduction de la politique de diminution du séjour à la maternité. Nous passons de 4,8% à 5,9% des nouveau-nés à l'hôpital

qui ont été réadmis dans les 30 jours à compter du jour de leur sortie. Si l'augmentation n'est pas dramatique, elle est néanmoins préoccupante, surtout en regardant plus en détail, de manière purement descriptive, les chiffres des réadmissions selon certaines variables.

Si l'on prend la durée de séjour, force est de constater que dans notre échantillon pour 2015-2019, les nouveau-nés ayant eu un **court ou long séjour** ont plus de chances d'être réadmis que les moyens séjours (respectivement 6,39%, 7,42% et 5,72%) (voir Tableau 1). Les différences observées sont significatives, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas liées à la variabilité de l'échantillon : les différences seraient aussi observées dans la population, comme l'indique le test Chi-Square. Bien sûr, les cohortes sont fort différentes car bien que les courts séjours deviennent 'courants', ils restent marginaux pour le moment comparé aux séjours moyens par exemple (31.638 contre 142.162).

Lorsqu'on regarde les réadmissions en fonction du statut BIM, on constate que les **nouveau-nés BIM** ont un taux de réadmission significativement bien plus élevé (de l'ordre de 30%), puisqu'on passe de 5,7% à 7,7% (voir Tableau 2). Le nombre de nouveau-nés BIM est faible mais ces derniers représentent tout de même 11% de la cohorte des nouveau-nés nés entre 2015 et 2019, ce qui est loin d'être négligeable.

Comme nous l'avions dit dans un article précédent (Vandeleene & Avalosse, 2021b), si d'aucuns craignent une augmentation des réadmissions en raison de la tendance au raccourcissement de la durée de séjour en maternité, c'est d'autant plus inquiétant, a priori, que les femmes BIM ont une propension plus importante à avoir de courts séjours par rapport aux femmes non BIM. C'est très marqué sur la période 2015-2019 : 31% des nouveau-nés BIM ont eu un court séjour lors de leur naissance à l'hôpital, contre 16% des nouveau-nés non-BIM (voir Tableau 3).

**Tableau 1 : Réadmission des nouveau-nés en fonction de la durée du séjour en maternité, 2015-2019 (Source : Donnée MC)**

Durée du séjour en maternité	Les accouchements sans réadmission	Réadmissions	Nombre total d'accouchements
<b>Court</b>	29.617 (93,61%)	2.021 (6,39%)	31.638 (100%)
<b>Moyen</b>	134.030 (94,28%)	8.132 (5,72%)	142.162 (100%)
<b>Long</b>	4.865 (92,58%)	390 (7,42%)	5.255 (100%)
<b>Total</b>	168.512 (94,11%)	10.543 (5,89%)	179.055 (100%)

**Tableau 2 : Réadmission des nouveau-nés en fonction du statut BIM, 2015-2019 (Source : Donnée MC)**

Statut BIM	Les accouchements sans réadmission	Réadmissions	Nombre total d'accouchements
<b>Sans</b>	149.776 (94,35%)	8.971 (5,65%)	158.747 (100%)
<b>Avec</b>	18.736 (92,26%)	1.572 (7,74%)	20.308 (100%)
<b>Total</b>	168.512 (94,11%)	10.543 (5,89%)	179.055 (100%)

**Tableau 3 : Durée de séjour en maternité et statut BIM 2015-2019 (Source : Donnée MC)**

Statut BIM	Durée du séjour en maternité			Nombre total d'accouchements
	Court	Moyen	Long	
<b>Sans</b>	25.416 (16,01%)	128.799 (81,13%)	4.532 (2,85%)	158.747 (100%)
<b>Avec</b>	6.222 (30,64%)	13.363 (65,80%)	723 (3,56%)	20.308 (100%)
<b>Total</b>	31.638 (17,67%)	142.162 (79,40%)	5.255 (2,93%)	179.055 (100%)

## 3.2. Interactions entre différents facteurs

### 3.2.1. Modèles

Nous construisons trois modèles :

- **Modèle 1** : probabilité de réadmission du nouveau-né en régressant sur la durée du séjour, le suivi postnatal, le statut BIM et la grossesse à risque ;
- **Modèle 2** : probabilité de réadmission du nouveau-né en régressant sur la durée du séjour, le suivi postnatal, le statut BIM, la grossesse à risque et l'interaction entre la durée du séjour et le statut BIM ;
- **Modèle 3** : régression de la probabilité de réadmission du nouveau-né sur la durée du séjour, le suivi postnatal, le statut BIM, la grossesse à risque, une variable muette indiquant s'il s'agit du premier accouchement de la mère et l'interaction entre durée du séjour et premier accouchement.

Dans ce type de modèle, il y a toujours un point de référence pour chaque variable, sorte de base pour chaque variable (voir mention 'ref.' dans les tableaux) : pour la durée de séjour, c'est le séjour moyen ; pour le suivi postnatal, c'est l'absence de suivi ; pour le type d'accouchement, l'accouchement pas voie basse ; pour le statut BIM, c'est l'absence de ce statut ; pour la grossesse à risque, c'est l'absence de grosse à risque. Lorsque nous parlons de risque plus élevé de réadmission pour un groupe de nouveau-nés, c'est toujours par rapport au point de référence.

Dans le modèle 1 (voir Tableau 4), comme dans les analyses bivariées, nous avons constaté que la probabilité de réadmission était significativement plus élevée après un court séjour par rapport à un séjour moyen lorsque nous ne tenions pas compte des autres variables (odds ratio<sup>1</sup> = 1,12,  $p < 0,0001$ ). Cependant, lorsque nous maintenons constants le nombre de contacts postnatals, la césarienne, le statut BIM et la grossesse à risque, nous ne trouvons plus de différence significative entre un séjour court et un séjour moyen (odds ratio = 1,01,  $p = 0,653$ ). Cette élimination de la différence significative implique que la différence entre un court et un moyen séjour est plus probablement due à d'autres explications. Par exemple, nous savons que les nouveau-nés issus de familles ayant le statut de BIM sont plus susceptibles de faire de courts séjours à la maternité, et dans ce modèle, les nouveau-nés issus de familles BIM ont une probabilité significativement plus élevée de réadmission (odds ratio = 1,49,  $p < 0,0001$ ).

On constate également que la probabilité de réadmission est plus élevée pour 1 à 2 contacts postnatals (odds ratio = 2,66,  $p < 0,0001$ ) et plus de 2 contacts postnatals (odds ratio = 4,12 ;  $p < 0,0001$ ), et que la probabilité de réadmission est également plus élevée après des grossesses à haut risque (odds ratio = 1,13 ;  $p < 0,0001$ ) et des séjours longs (odds ratio = 1,29 ;  $p < 0,0001$ ). Comme la césarienne ne semble pas du tout associée à la probabilité de réadmission du nourrisson (odds ratio = 1,00 ;  $p = 0,940$ ), cette variable ne sera plus considérée dans les modèles ultérieurs.

Tableau 4 : Résultats du modèle 1 (à partir de 2015) (Source : Donnée MC)

Effet	Odds ratio ajustés	P-valeur	Intervalle de confiance à 95%	
<b>Durée de séjour</b> (ref. moyen)				
Court	1,01	0,653	[0,960 ; 1,067]	
Long	1,29	<0,0001	[1,163 ; 1,441]	
<b>Suivi postnatal</b> (ref. pas de contacts)				
1-2 contacts	2,66	<0,0001	[2,373 ; 2,984]	
3 contacts et plus	4,12	<0,0001	[3,695 ; 4,593]	
<b>Césarienne</b> (ref. non) :	oui	1,00	0,940	[0,954 ; 1,053]
<b>Statut BIM</b> (ref. non) :	oui	1,49	<0,0001	[1,400 ; 1,576]
<b>Grossesse à risque</b> (ref. non) :	oui	1,13	<0,0001	[1,080 ; 1,187]

1 L'odds est le rapport de chance, c'est-à-dire la probabilité qu'un nouveau-né soit réadmis divisée par la probabilité que ce nouveau-né ne soit pas réadmis. Un odds de 2 signifie que le nouveau-né est 2 fois plus susceptible d'être réadmis que de ne pas être réadmis, ce qui équivaut à 67% de chances de réadmission. L'odds ratio est le rapport des odds de deux groupes. Un odds ratio supérieur à 1 signifie donc que les chances de réadmission sont plus élevées dans le groupe en question, de même que la probabilité.

Dans le modèle 2 (voir Tableau 5), ayant contrôlé pour l'effet d'interaction durée de séjour et statut BIM, nous trouvons une différence marginalement significative (mais très faible) parmi les membres sans statut BIM (odds ratio = 1,05 ; p = 0,076), le risque de réadmission est légèrement plus élevé chez les membres non-BIM lors d'un court séjour (toujours par rapport au point de référence, le séjour moyen). D'après l'effet d'interaction significatif, nous pouvons déduire que cette différence entre court et moyen semble différente parmi les membres ayant le statut BIM (odds ratio = 0,82 ; p = 0,003). Lorsque nous combinons cet effet d'interaction avec l'effet principal d'un court séjour, nous arrivons à un odds ratio de  $1,05 \times 0,82 = 0,86$  pour les nouveau-nés issus de familles BIM, ce qui suggère que les nouveau-nés ayant le statut BIM auraient une probabilité plus faible de réadmission après un court séjour qu'après un séjour moyen, alors que cette différence fonctionnerait (faiblement) en sens inverse pour les nouveau-nés issus d'autres familles, ce qui est une surprise. Les relations avec le long séjour, le suivi postnatal, le statut BIM et les grossesses à risque sont analogues au modèle précédent.

Les odds ratios étant très abstraits, nous résumons à nouveau l'interaction entre la durée du séjour et le statut BIM dans la figure 1 sur la base des probabilités estimées à partir du modèle avec des intervalles de confiance à 95%. Sur cette figure, on constate que la probabilité de réadmission est plus élevée pour les nouveau-nés issus de familles

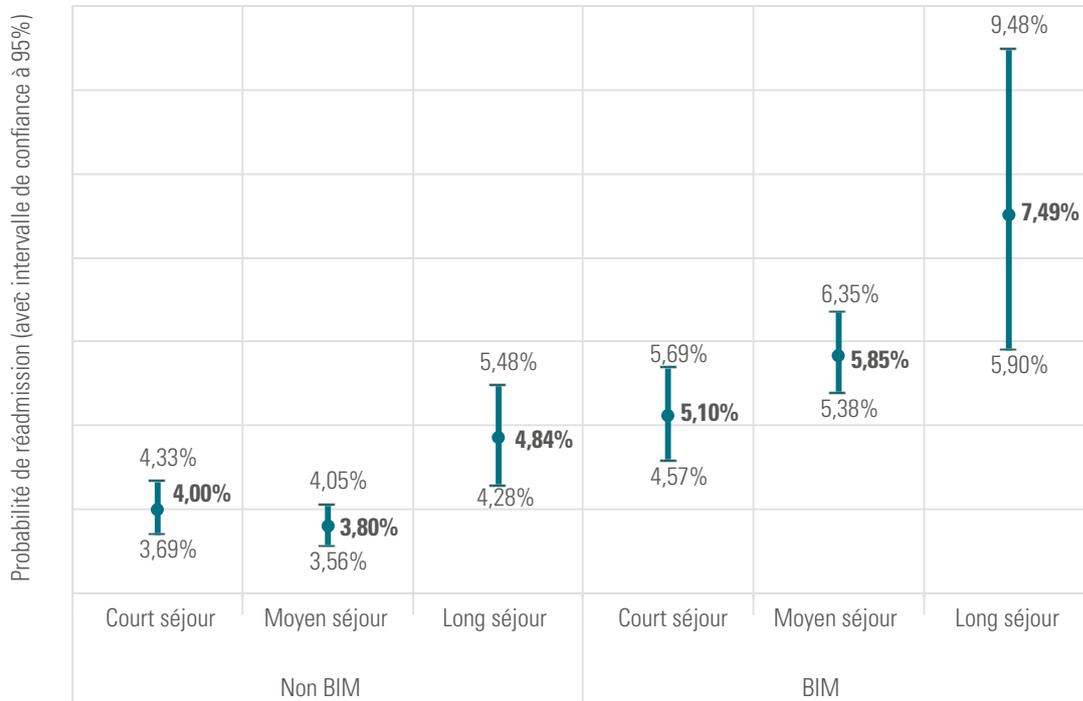
BIM, quelle que soit la durée du séjour. Après un séjour de durée moyenne, un nouveau-né avec un statut BIM aurait 5,85% de chances d'être réadmis, alors que pour un nouveau-né sans statut BIM, ce chiffre n'est que de 3,80%. Cependant, il est à noter qu'après un court séjour, la probabilité d'un nouveau-né non BIM augmente légèrement pour atteindre 4% tandis que la probabilité d'un nouveau-né BIM diminue pour atteindre 5,10%.

Ainsi, un séjour court semble être associé négativement aux nouveau-nés issus de familles non BIM et légèrement positivement aux nouveau-nés issus de familles BIM. Pourtant, ces résultats ne sont pas particulièrement convaincants ou spectaculaires : pour les nouveau-nés avec et sans statut BIM, les intervalles de confiance de la probabilité de réadmission après un séjour court et moyen se chevauchent, de sorte que nous ne devons pas vraiment conclure qu'il existe une différence entre ces durées de séjour. De plus, l'effet d'interaction significatif ne signifie pas nécessairement grand-chose : dans un échantillon de plus de 170.000 nouveau-nés, les coefficients de régression seront très vite significatifs, même s'ils n'ont pas vraiment d'importance. Étant donné que les différences de pourcentage sont minimes et que les différences les plus importantes sont dues au statut BIM lui-même, nous pouvons conclure de ce modèle que, une fois de plus, les inégalités sociales semblent être la seule variable explicative.

**Tableau 5 : Résultats du modèle 2 (à partir de 2015) (Source : Donnée MC)**

Effet	Odds ratio ajustés	P-valeur	Intervalle de confiance à 95%
<b>Durée de séjour</b> (ref. moyen)			
Court	1,05	0,076	[0,995 ; 1,118]
Long	1,29	<0,0001	[1,145 ; 1,449]
<b>Suivi postnatal</b> (ref. pas de contacts)			
1-2 contacts	2,67	<0,0001	[2,380 ; 2,994]
3 contacts et plus	4,14	<0,0001	[3,709 ; 4,611]
<b>Statut BIM</b> (ref. non) :			
oui	1,57	<0,0001	[1,465 ; 1,687]
<b>Grossesse à risque</b> (ref. non) :			
oui	1,13	<0,0001	[1,080 ; 1,187]
<b>Interaction durée de séjour*Statut BIM</b> (ref. moyen*BIM)			
Court*Statut BIM	0,82	0,003	[0,722 ; 0,933]
Long*Statut BIM	1,01	0,932	[0,763 ; 1,343]

Figure 1 : Probabilité de réadmission des nouveau-nés en fonction de l'interaction entre la durée de séjour et le statut BIM, 2015-2019, ajusté pour les autres variables



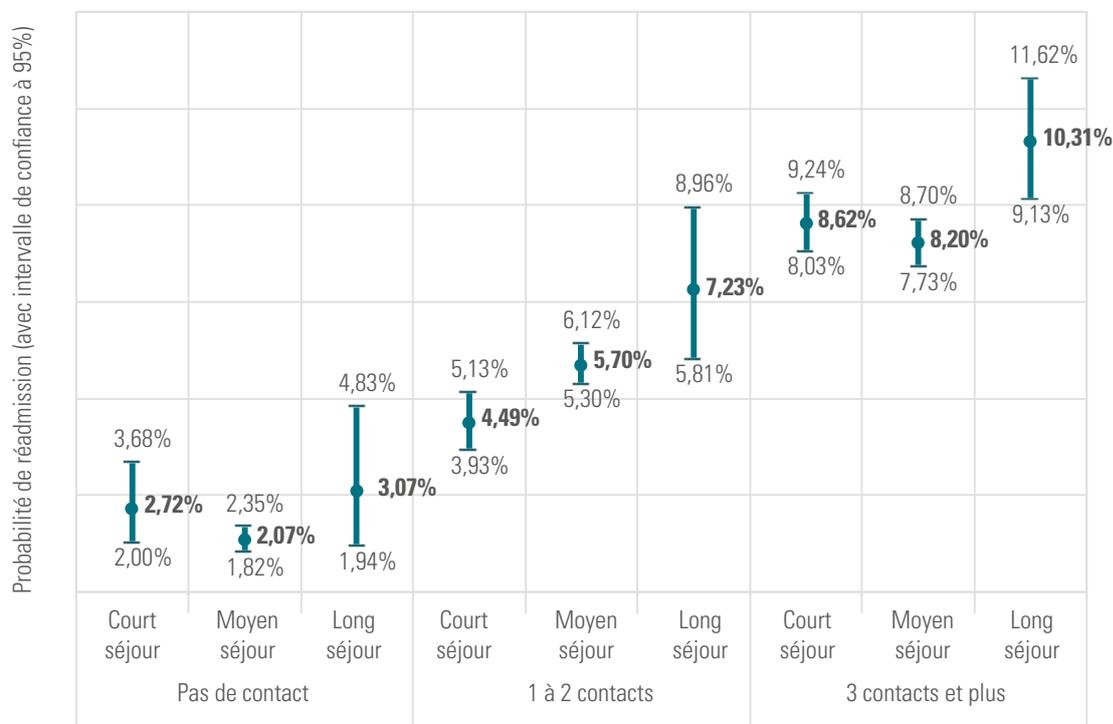
Enfin, nous avons également cherché à savoir si les contacts postnatals constituent un tampon contre les effets potentiellement négatifs d'un court séjour. Dans la mesure où, dans un premier temps, aucun effet négatif réel n'a pu être constaté à la suite d'un court séjour après 2015 et où la majorité des familles ont opté pour un suivi postnatal pendant cette période, ce modèle n'a pas offert de valeur ajoutée convaincante par rapport aux modèles déjà considérés. Sur la figure 2, on voit seulement que pour un à deux contacts postnatals, la probabilité de réadmission après un court séjour est significativement plus faible qu'après un séjour moyen (car les intervalles ne se chevauchent pas), mais tant pour aucun que pour trois contacts et plus, cette probabilité est non significativement plus élevée après un court séjour. En tout état de cause, il ne faut pas conclure que le suivi postnatal constituerait un tampon cohérent contre les conséquences d'un court séjour.

### 3.2.2. Effet constant

Dans les modèles 1 et 2, la différence hautement significative entre les nouveau-nés avec et sans statut BIM se reflète systématiquement : quelles que soient les interactions considérées, les nouveau-nés issus de familles BIM semblent être désavantagés en termes de santé, ce que nous avons également observé dans nos recherches précédentes. Nous avons bien vu qu'un court séjour semblait légèrement plus favorable pour les nouveau-nés BIM qu'un moyen séjour après 2015, même si ce résultat n'était pas particulièrement concluant.

Dans les analyses bivariées, comme c'est le cas pour les longs séjours ou un suivi postnatal important, qui sont probablement des marqueurs d'un problème de santé, nous avons constaté que les nouveau-nés des familles BIM étaient plus susceptibles de passer un court séjour à la maternité, de sorte qu'un écart par rapport à cette tendance pourrait peut-être indiquer une comorbidité sous-jacente qui pourrait nécessiter une réadmission ultérieure.

Figure 2 : Probabilité de réadmission des nouveau-nés en fonction de l'interaction entre la durée du séjour et le suivi postnatal, 2015-2019, ajusté pour les autres variables



Si c'est le cas, nous pourrions en effet affirmer qu'un court séjour semble réduire la probabilité de réadmission chez les nouveau-nés issus d'une famille BIM, car cela peut être un signe rassurant que le nouveau-né n'a aucune raison de rester plus longtemps et qu'il n'aura donc pas besoin d'être réadmis pour des raisons de santé. Nous avons trouvé une autre différence cohérente entre les grossesses qui ont été ou non évaluées comme étant à risque : pour les grossesses à risque, la probabilité de réadmission semblait être légèrement plus élevée dans chaque modèle, bien que cette différence soit plus faible dans chaque modèle que pour le statut BIM.

### 3.2.3. Différence entre hôpitaux

Ce qu'il est important de mentionner ici, cependant, ce sont les différences minimales inexplicables entre les hôpitaux en termes de probabilité de réadmission, en d'autres termes : dans quelle mesure pourrait-on attribuer le niveau de réadmission aux différences entre les hôpitaux. Dans nos modèles, nous avons l'information sur l'hôpital concer-

né et nous avons suffisamment de preuves qu'une certaine variabilité inexplicée dans la probabilité de réadmission peut être attribuée à des différences entre les hôpitaux.

En utilisant les méthodes décrites par Goldstein, Browne & Rasbash (2002), nous pouvons reconstruire la proportion approximative de toute la variabilité inexplicée qui pourrait être attribuée aux différences entre les hôpitaux. Parmi leurs méthodes, nous avons choisi celle qui utilise la probabilité de réadmission du nouveau-né pour calculer le coefficient de corrélation intraclasse, qui reflète la proportion de la variabilité inexplicée des réadmissions attribuable aux différences entre les hôpitaux. Ce coefficient de corrélation intraclasse suggère que seulement 0,33% de toute la variabilité inexplicée des réadmissions peut être attribuée aux différences entre les hôpitaux. Il semble donc peu judicieux de commencer à blâmer des hôpitaux spécifiques pour leur taux de réadmission.

C'est un résultat important qui permettra, le cas échéant, d'orienter l'action politique plutôt vers l'accompagnement

des familles plutôt que dans les soins apportés par les hôpitaux, puisque toute chose étant égale par ailleurs (le statut socio-économique, le risque de santé ou la durée de séjour et le reste des variables utilisées), peu (ou rien) de ce que notre modèle n'explique pas peut l'être en pointant du doigt l'hôpital dans lequel l'accouchement a eu lieu.

### 3.2.4. Autres résultats

Dans le cadre d'une analyse complémentaire, nous avons considéré une variable supplémentaire, dans le modèle 3, indiquant si le nouveau-né était ou non le premier accouchement de la mère. Les informations sur les éventuelles naissances antérieures n'étant pas disponibles pour tous les membres (par exemple, parce que les membres ont changé de mutualité), nous n'avons retenu que 105.245 des 179.055 nouveau-nés nés à partir de 2015 (59%). En effet, vu qu'une personne peut changer de mutuelle quand elle le souhaite, il n'est pas toujours possible de prendre en compte cette variable puisque nous risquons de ne pas avoir l'historique complet des femmes membres de la MC ayant accouché. Notre échantillon pour cette partie s'en voit donc considérablement réduit.

Par conséquent, nous devons tenir compte du fait que l'analyse sera non seulement moins fiable, mais aussi que les nouveau-nés pour lesquels une valeur est disponible pour la première naissance de la mère peuvent ne pas être représentatifs de tous les nouveau-nés nés à partir de 2015. Lorsque nous ajoutons au modèle de base la variable muette pour le premier accouchement de la mère et l'interaction avec la durée du séjour, nous trouvons des différences similaires selon les contacts postnatals, le statut BIM et la grossesse à risque (voir Tableau 6).

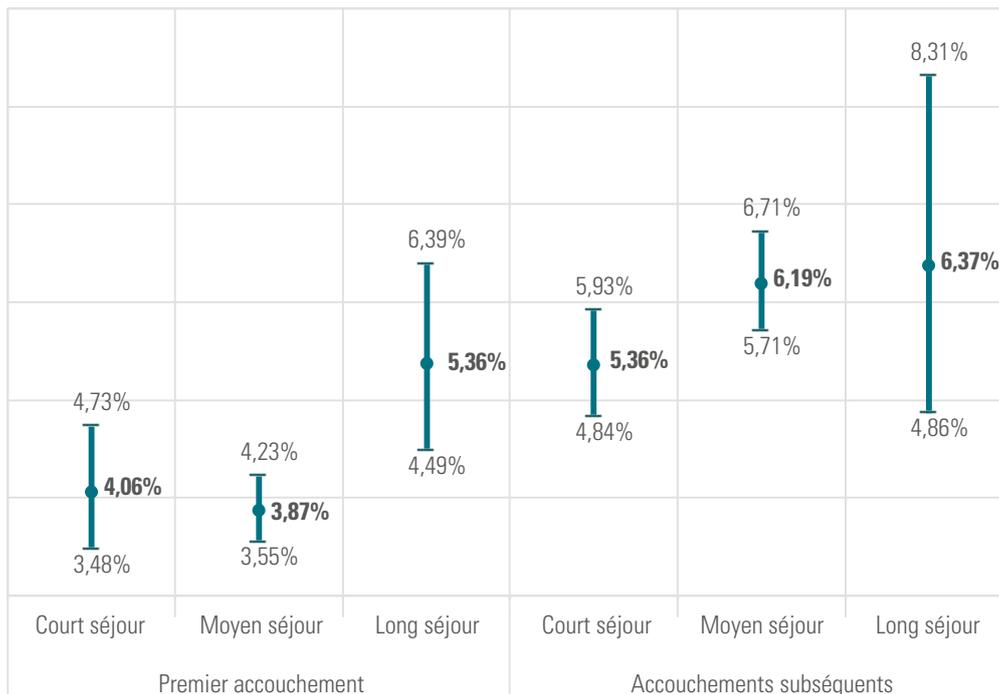
S'il s'agit du premier accouchement de la mère, la probabilité de réadmission du nouveau-né est plus faible (odds ratio = 0,61,  $p < 0,0001$ ). Le risque de réadmission est moins important pour un court séjour qu'un moyen séjour si la mère a déjà vécu un précédent accouchement (odds ratio = 0,86 ;  $p = 0,0001$ ), mais le court séjour devient légèrement défavorable s'il s'agit du premier accouchement (odds ratio interaction = 1,23 ;  $p = 0,018$  ; odds ratio court séjour au premier accouchement =  $0,86 * 1,23 = 1,06$ ). Il est intéressant de noter que le long séjour n'est ni significatif en tant qu'effet principal (odds ratio = 1,03 ;  $p = 0,828$ ) ni lorsque l'interaction avec le premier accouchement est prise en compte (odds ratio = 1,36 ;  $p = 0,066$ ). Ainsi, dans ce modèle, avec la variable «premier accouchement», on ne trouve pas de différence significative entre les durées de séjour longues et moyennes, pour des raisons qu'il faudrait explorer sur le terrain.

A partir des probabilités prédites, figurant à la figure 3, bien que les probabilités de réadmission lors de séjours courts et moyens soient significativement plus faibles pour les nouveau-nés dont la mère a accouché pour la première fois, les intervalles de confiance pour les séjours courts et moyens se chevauchent. Donc, encore une fois, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur l'impact des courts séjours sur les réadmissions, que cela soit pour le premier accouchement ou les accouchements subséquents.

Tableau 6 : Résultats du modèle 3 (après 2015) (Source : Donnée MC)

Effet	Odds ratio ajustés	P-valeur	Intervalle de confiance à 95%
<b>Durée de séjour</b> (ref. moyen)			
Court	0,86	0,001	[0,786 ; 0,935]
Long	1,03	0,828	[0,779 ; 1,365]
<b>Suivi postnatal</b> (ref. pas de contacts)			
1-2 contacts	2,49	<0,0001	[2,135 ; 2,910]
3 contacts et plus	4,18	<0,0001	[3,609 ; 4,849]
<b>Statut BIM</b> (ref. non) :			
oui	1,75	<0,0001	[1,596 ; 1,929]
<b>Grossesse à risque</b> (ref. non) :			
oui	1,11	0,002	[1,038 ; 1,178]
<b>Premier accouchement</b> (ref. non) :			
oui	0,61	<0,0001	[0,576 ; 0,648]
<b>Interaction séjour*premier accouchement:</b>			
Court*premier accouchement	1,23	0,018	[1,035 ; 1,450]
Long* premier accouchement	1,36	0,066	[0,980 ; 1,894]

Figure 3 : Probabilité de réadmission des nouveau-nés en fonction de l'interaction entre la durée de séjour et le nombre d'accouchements, 2015-2019, ajusté pour les autres variables



## 4. Discussion

### 4.1. L'impact de la durée du séjour

Après la mesure de mise en œuvre de séjours plus courts dans les maternités, nous n'avons trouvé que des traces non systématiques à la fois de l'hypothétique impact négatif d'un court séjour sur le risque de réadmission et de l'effet tampon du suivi postnatal. Cela ne devrait pas non plus être surprenant : les analyses bivariées montrent qu'après 2015, le suivi postnatal est devenu beaucoup plus la norme et n'a été que rarement omis - vraisemblablement aussi lorsque tout semblait aller parfaitement bien pour le nouveau-né, d'où le risque beaucoup plus faible de réadmission.

Sur la base de nos analyses, nous pourrions donc avancer que le problème visible avant 2015 s'est en partie résolu après la mesure : un suivi postnatal suffisant pourrait servir à compenser un séjour suffisamment long à la maternité, qui a donc été introduit après la mesure. Ainsi, les sé-

jours plus courts depuis 2015 ne semblent pas forcément préjudiciables quant à la probabilité de réadmission du nouveau-né, même s'il est important de donner à chacun le même accès au suivi postnatal, quel que soit son profil socio-économique. Un bon suivi du nouveau-né au cours des premières semaines semble en tout cas essentiel, même si la manière de le faire semble également flexible.

Si le court séjour n'est pas forcément lié à un risque de réadmission plus élevé, il est certain que d'autres aspects peuvent être impactés par le raccourcissement de la durée de séjour en maternité. Ces aspects n'ont pas été abordés dans cette étude qui se concentrait sur le risque de réadmission mais nous pouvons raisonnablement supposer qu'une sage-femme est essentielle pour un bon départ, et peut donc fournir un soutien optimal pour par exemple l'allaitement, en particulier lors d'un séjour de maternité plus long. D'autres aspects comme le bien-être général des parents, leur stress ou la bonne récupération de la femme qui reprendrait plus vite les charges domestiques à la maison, au détriment de son bon repos, méritent d'être pris en compte quand on décide ou non de faire rentrer

une patiente chez elle. Notons que dans un rapport sur les projets pilotes de séjour écourté à la maternité, en Belgique, les femmes participantes déclarent à 90% être satisfaites de la dispensation des soins, le rapport concluant qu'il n'y a aucune indication comme quoi le séjour écourté aurait une influence négative sur la santé de l'enfant ou de la femme (SPF Santé Publique, 2019). Il ne faudrait cependant pas oublier les 10% pour qui ce type de séjour ne fut pas satisfaisant. C'est probablement là où se trouvent les femmes qui profiteraient le plus d'un séjour plus long.

Enfin, étant donné le rôle crucial du suivi postnatal des nouveau-nés, il est important de fournir les capacités nécessaires à ce suivi, en le rendant attractif pour les prestataires de soins et accessible pour les patientes (entre autres financièrement).

## 4.2. L'impact des inégalités sociales différences sociales (BIM versus non-BIM) prépondérantes

Dans nos modèles, nous avons vu que la corrélation entre le court séjour et la réadmission différait légèrement pour les nouveau-nés issus de familles BIM, et que le court séjour semblait même être légèrement associé à une probabilité de réadmission plus faible qu'un séjour moyen pour les nouveau-nés BIM (les différences associées entre les groupes sont néanmoins faibles et non significatives). Bien que nous ne puissions pas en tirer de conclusions définitives, nous avons également constaté dans les analyses bivariées qu'un court séjour était plus fréquent chez les nouveau-nés issus de familles BIM. Ainsi, un séjour court semble plus susceptible d'être la «norme» chez les nouveau-nés BIM, et donc un séjour moyen serait plus susceptible d'être un signe que quelque chose pourrait se passer. Or, il s'avère qu'il sera essentiel de suivre le principe de l'universalisme proportionné et de veiller à ce que les groupes les plus vulnérables aient accès à tous les soins nécessaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital afin de lutter au mieux contre leur risque accru de réadmission.

D'une façon générale, nous devrions tendre vers une situation où tout le monde a un nombre minimum de contacts postnatals (avec le-la prestataire le-la plus adéquat-e, selon les besoins, gynécologue, sage-femme, pédiatre, kinésithérapeute, généraliste ou autres), peu importe la durée du séjour en maternité. D'où l'importance d'un trajet de suivi coordonné et systématique. Pour cela, il faudra réfléchir aux problèmes d'accessibilité aux soins au sens large : sensibilité (le fait de se savoir malade ou de détecter les

signes d'une détérioration de son état de santé ou celui de l'enfant sans l'aide d'un-e professionnel-le), disponibilité de l'offre (le fait d'avoir -e prestataire à même de se déplacer au domicile de la patiente, le fait d'avoir le temps de participer aux consultations), information, compréhension, utilisation des langues le cas échéant, sans oublier le problème de l'accessibilité financière de certains prestataires non-conventionnés, tout particulièrement la gynécologie, où plus de 70% de l'activité de consultation en ambulatoire est réalisée par des prestataires non-conventionnés (Cès 2021 ; De Wolf et al., 2020).

Il semble évident que les femmes BIM ont besoin d'être soutenues dans leur périnatalité, mais ce n'est pas sans défis et nécessitera bien des efforts de la part des autorités et des prestataires de soins. C'est pourquoi nous insistons sur l'importance d'avoir un trajet de soins standard, probablement coordonné et autour de la sage-femme, avec une adaptation aux risques et besoins (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Il nous semble également intéressant que dans les soins prénatals il y ait une sensibilisation aux soins postnatals, et que cela soit la même personne/équipe (si ce n'est déjà le cas) qui suive la femme avant et après l'accouchement.

Nous insistons à nouveau sur le fait que le statut BIM est un facteur significatif et important, toutes choses étant égales par ailleurs, en ce compris le fait d'avoir eu une grossesse à risque. Cela veut dire que même sans problèmes de santé (c'est-à-dire sans grossesse à risque dans notre modèle), les BIM ont une plus grande chance d'avoir une réadmission ; que ce statut est le marqueur d'un désavantage en soi, même sans indication de telle ou telle pathologie, ce qui est à la fois très fort et très inquiétant comme constatation.

## 4.3. L'impact des autres variables et la prévention en général

Nous avons insisté, légitimement vu l'ampleur des effets présentés dans cet article, sur le statut BIM et la nécessité de faire rentrer ce statut dans l'arsenal des variables à prendre en compte lorsqu'on décide de faire sortir ou non le nouveau-né de la maternité. Afin de prévenir les éventuelles réadmissions, beaucoup devrait être fait identifier les familles à risque de problèmes de santé ou d'une autre nature, qu'elles soient BIM ou non. En effet, d'autres variables ont des effets positifs et significatifs sur le risque de réadmission. Le fait pour la femme d'avoir eu une grossesse à risque a un effet positif le risque de réadmission du nouveau-né.

En termes de risque social, nous avons vu que le fait pour la femme d'avoir déjà eu un enfant est un facteur augmentant le risque de réadmission du nouveau-né (par rapport au premier accouchement). Cela veut dire qu'il ne faudrait pas renvoyer trop vite une femme dont le retour à la maison serait préjudiciable à sa bonne récupération (et celle de son enfant), en particulier lorsqu'il y a déjà d'autres enfants dans le ménage. En bref, nous conseillons aux hôpitaux de ne pas être trop rigides et ne pas faire sortir une femme qui exprime le besoin d'un séjour plus long (ou qui le requiert sans l'exprimer), pour quelque raison que ce soit. Quant au suivi postnatal, vu l'impact positif qu'il a sur la découverte des problèmes de santé induisant parfois une réadmission, notre message reste le même : qu'il soit généralisé et standardisé (Vandeleene & Avalosse, 2021a).

## 5. Limites de la méthodologie

Premièrement, la MC a une population de membre distribuée non-uniformément dans le pays puisque près de 80% de ses membres habitent en Flandre, ce qui pourrait influencer les résultats.

Deuxièmement, nos analyses sont basées sur des données administratives, liées à la facturation des soins de santé, plutôt que cliniques ou diagnostiques. C'est pourquoi elles restent descriptives et ne permettent pas de dégager de relations causales. En effet, les bases de données mutualistes ne nous permettent pas de nous faire une idée de l'état de santé des femmes et leurs enfants et donc de connaître la cause à l'origine d'une réadmission. C'est pourquoi nous limitons nos analyses à l'étude des facteurs corrélés aux réadmissions et à l'évaluation de leur impact.

Troisièmement, nous avons limité l'analyse à l'influence des variables à notre disposition sur le risque de réadmission. Il est clair que d'autres variables pourraient être prises en compte dans de prochaines études pour regarder les effets potentiellement négatifs que les courts séjours ont sur, par exemple, le bien-être de certains parents, la récupération de certaines femmes, le taux d'allaitement, entre autres.

Comme nous l'avons vu avec les effets apparemment renforcés d'un suivi postnatal plus important et de séjours plus longs, nous aurions besoin d'accéder aux données diagnostiques pour tenir compte des comorbidités qui sont sans doute à l'origine du besoin d'un suivi plus important,

de séjours plus longs et d'un risque accru de réadmission. En effet, la réalité causale derrière la réadmission à l'hôpital est plus complexe que les données auxquelles nous avons accès, de sorte que les analyses discutées dans cet article ne restent que des approximations des véritables mécanismes qui la sous-tendent.

## 6. Conclusion

À l'aune de nos analyses, nous ne pouvons pas conclure *a priori* que la diminution de la durée de séjour en maternité soit corrélée à une diminution de la qualité des soins. Si l'on restreint le débat aux courts séjours (une ou deux nuits à l'hôpital), nous ne constatons pas de lien significatif avec une hausse de risque de réadmission du nouveau-né, toute chose étant égale par ailleurs. Néanmoins, passer moins de temps en maternité n'a pas le même impact sur tout le monde : les inégalités sociales sont un facteur déterminant. Nos analyses montrent que les personnes dans une situation financière moins favorable ont plus de risque de voir la santé de leurs enfants se dégrader rapidement après la sortie de la maternité au point de nécessiter une nouvelle admission à l'hôpital. Le statut BIM est associé à une plus grande probabilité de réadmission, toutes choses étant égales par ailleurs, aussi en tenant des risques de santé. Comme remarqué dans nos précédents articles (Vandeleene & Avalosse, 2021a, 2021b, 2021c), la santé des nouveau-nés semble être influencée par le niveau socio-économique de leurs parents. Les inégalités de santé se manifestent donc très précocement.

Vu les résultats des articles précédents et ceux présentés dans le présent article, il semble important de rappeler notre souhait d'être plus attentif à la situation sociale des familles, au sens large. Les soins pré- et postnataux doivent être accessibles à tout le monde. Il faut être attentif en général à la situation sociale de la famille, de leur entourage, à leur environnement de vie, à leurs connaissances des soins de santé, à leur compréhension des conseils de l'équipe médicale. Il faut également s'enquérir de leur capacité à atteindre ou être atteintes par les services de soins.

Une leçon intéressante de notre analyse est que très peu des différences entre les niveaux de réadmission entre hôpitaux peuvent être expliquées uniquement par l'hôpital lui-même. En d'autres termes, il semble que ce ne sont pas les hôpitaux qui seraient à l'origine des potentiels niveaux

différents de réadmission. Pourquoi ne pas dès lors imaginer un indicateur de qualité sur les réadmissions après un séjour à la maternité, comme cela peut être le cas pour les réadmissions non planifiées en général ? Cela pousserait, entre autres, peut-être les hôpitaux à inviter de manière plus systématique les dernières femmes n'ayant pas un suivi complet à en avoir un.

Des questions importantes restent toutefois en suspens. Notamment comment expliquer le fait que les femmes BIM restent toujours moins longtemps en maternité que les femmes non-BIM, peu importe le type d'accouchement ou le type de chambre ? S'agit-il de facteurs inhérents ou externes au système de soins de santé ? Nous espérons y revenir dans le futur via une enquête auprès des usagères des services de maternité.

Dans une perspective plus large, notre étude vient mettre en lumière un point saillant (et manquant) des politiques publiques (en soins de santé ou autres) : leur évaluation systématique à posteriori. Il semble problématique, voire potentiellement dangereux, que ces analyses ne soient jamais produites. Vu les débats parfois durs qui ont entouré la politique de diminution de la durée de séjour en maternité, une analyse globale des effets de cette politique aurait été bienvenue. Notre analyse vient combler partiellement ce manque, mais nous encourageons les autorités à fermer la boucle de leurs décisions en examinant l'impact réel qu'elles ont suscité, non seulement sur le risque de réadmission des nouveau-nés, mais également sur toutes les variables liées au bien-être et à la santé des nouveau-nés et de leurs parents (par exemple, bien-être subjectif, récupération de la femme, taux d'allaitement, etc.).



## Bibliographie

Braet, A. (2016). *Unplanned readmissions in Belgian hospitals: importance of quality of in-hospital care and quality of care transitions*. Phd Thesis. KULeuven.

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.

De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Bruxelles: Agence Intermutualiste (AIM).

Goldstein, H., Browne, W. & Rasbash, J. (2002). Partitioning variation in multilevel models. *Understanding Statistics*, 1, 223-231.

Harron, K., Gilbert, R., Cromwell, D., Oddie, S., & van der Meulen, J. (2017). Newborn length of stay and risk of readmission. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 31(3), 221-232.

Martens, P. J., Derksen, S., & Gupta, S. (2004). Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics*, 114(3), 708-713.

Oddie, S. J., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124.

Paul, I. M., Lehman, E. B., Hollenbeak, C. S., & Maisels, M. J. (2006). Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics*, 118(6), 2349-2358.

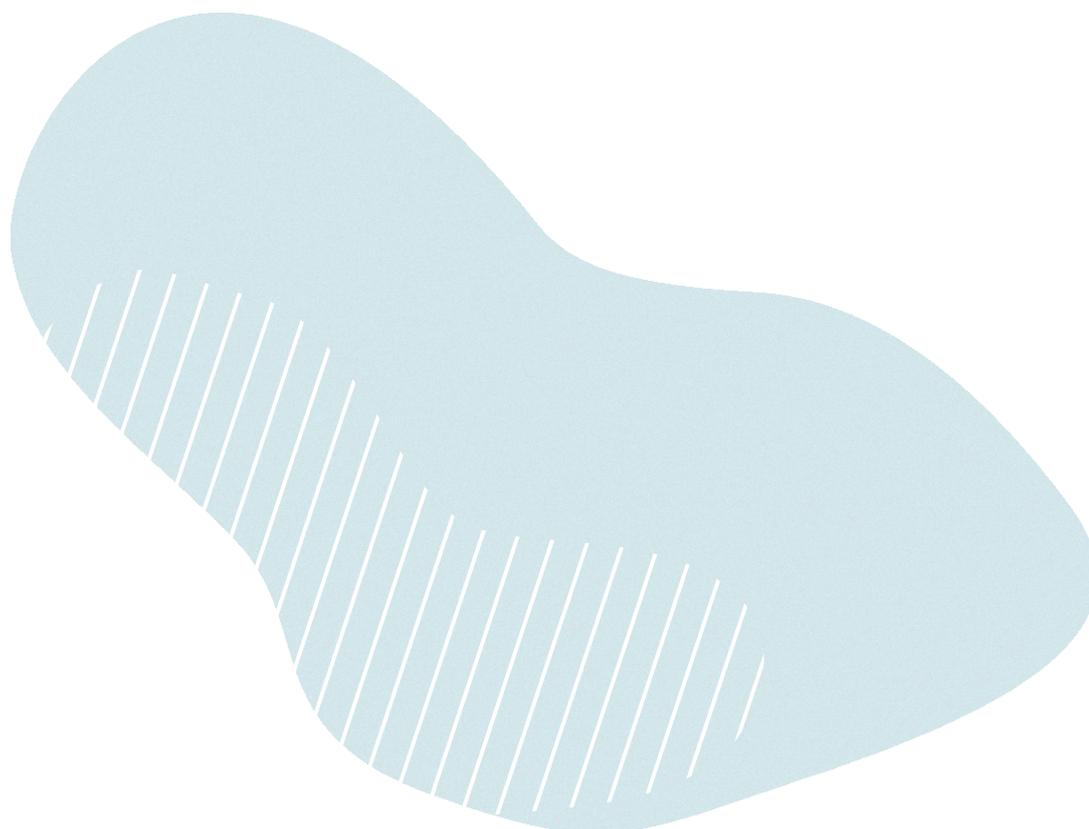
Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 800-806.

SPF Santé Publique (2019). *Projets pilotes « Accouchement avec séjour hospitalier écourté »*. Disponible sur : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/rapport\\_pp\\_accouchement\\_avec\\_sejour\\_ecourte\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_ecourte_fr.pdf)

Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s). *MC-Informations*, 283, 23-41.

Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours. *MC-Informations*, 284, 21-38.

Vandeleene, G. & Avalosse, H. (2021c). Réadmission après un séjour en maternité : un risque croissant ?. *MC-Informations*, 286, 46-69.



# Mise en œuvre du BelRAI

Pas à pas vers une nouvelle échelle d'évaluation uniforme pour nos soins

Koenraad Pauwelyn — Service Politique santé, bien-être et participation

## Résumé

Fin des années 1980, début des années 1990, une nouvelle échelle d'évaluation des besoins en soins a été développée aux États-Unis dans le cadre des soins aux personnes âgées : le « Resident Assessment Instrument », en abrégé, le RAI. Depuis son introduction dans les années 1990, de nombreux pays dans le monde entier l'ont adoptée. Un instrument permettant d'identifier au mieux les besoins des personnes nécessitant des soins est souvent considéré comme essentiel en politique des soins pour pouvoir optimiser leur qualité. En Belgique, on a également choisi d'utiliser le RAI, qu'on appellera par la suite le BelRAI. Dans cet article, nous revenons sur le chemin parcouru et les difficultés rencontrées. On y envisage également l'utilisation de l'outil dans divers secteurs et ce qu'on peut en attendre.

Mots-clés : BelRAI, InterRAI, qualité des soins, planification des soins, soins aux personnes âgées, soins à domicile, analyse

## 1. Introduction

Aujourd'hui, le nom « BelRAI » est familier à toute personne impliquée de près ou de loin dans le secteur des soins de santé. Cependant, malgré le nombre d'années depuis lequel on en parle ou l'évoque dans les textes politiques, cette échelle reste pour beaucoup un concept abstrait en plein développement et suscitant encore de nombreux points d'interrogation. Plusieurs instruments d'évaluation sont utilisés actuellement en Belgique, comme l'échelle de Katz, l'échelle médico-sociale ou l'échelle de profil BEL. Le BelRAI doit mettre un terme à cette fragmentation et devenir l'instrument standard d'évaluation des besoins en soins en Belgique.

Mais le BelRAI vise plus que d'être le énième instrument d'évaluation. Il doit améliorer la qualité de la planification des soins et des soins eux-mêmes. En proposant un langage commun, cet outil peut favoriser la collaboration entre les différents acteurs et actrices des soins et l'émergence de soins intégrés. Par ailleurs, l'instrument pourra à terme être utilisé pour le financement des secteurs concernés. Nous examinerons, ici, s'il peut remplir ce rôle et où nous en sommes aujourd'hui dans ce processus. Mais tout d'abord, retraçons l'histoire de cette nouvelle échelle et le chemin parcouru.

## 2. Origine du projet

### 2.1. Un instrument d'évaluation uniforme et univoque

BelRAI est le nom donné à la variante belge de la série d'instruments d'évaluation InterRAI, développés internationalement pour évaluer les besoins en soins de personnes dans différents domaines. RAI est l'acronyme de *Resident Assessment Instrument*, un instrument conçu aux États-Unis à la fin des années 1980 et début des années 1990 en réponse à une des recommandations de l'Académie nationale des Sciences des États-Unis. Celle-ci avait réalisé une recherche à la demande du Congrès pour optimiser et améliorer la qualité des soins et de la vie dans les centres de soins résidentiels. L'élaboration d'un instrument unique, uniforme, d'évaluation, pour toutes les résident-es était considérée comme une condition essentielle de l'amélioration de la qualité des soins. L'instrument devait servir de base à la planification de soins adaptés

aux besoins spécifiques de chaque résident-e pour optimiser leurs capacités physiques dans le quotidien et leur qualité de vie (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995).

Le Congrès a suivi les recommandations de l'Académie et mis sur pied une équipe appelée « *RAI-development-team* » pour créer cette échelle. Plusieurs objectifs étaient visés (Hawes, et al., 1997) :

- l'instrument devait pouvoir évaluer la personne dans sa globalité (capacités mentales et physiques) ;
- il devait servir de base pour la planification des soins et de la revalidation ;
- il devait faciliter et optimiser les échanges et la collaboration entre les différent-es acteur-trices ;
- Il devait être utilisable par le personnel des centres de soins résidentiels ;
- il devait être fiable et donner un résultat cohérent, quel-les qu'aient été les utilisateur-trices.

Ainsi, le RAI allait pouvoir se distinguer des autres échelles d'évaluation existantes, qui se concentraient sur des aspects limités, et mettre fin à la fragmentation. Plus de 80 échelles utilisées dans les soins gériatriques ont été étudiées et comparées. En s'appuyant sur leurs atouts et lacunes, les domaines sur lesquels allait se concentrer le nouvel instrument pour répondre aux objectifs ont été sélectionnés. C'est ainsi qu'a été établi le « *Minimum Data Set (MDS)* », un inventaire des données nécessaires pour former un tableau clair des possibilités fonctionnelles d'un-e résident-e. Le MDS a ensuite été complété par des « *Resident Assessment Protocols (RAP)* », des questionnaires plus approfondis utilisés lorsqu'une information du MDS indiquait qu'un-e résident-e rencontrait des problèmes. En se fondant sur les constats issus des RAP, les besoins concrets en soins étaient identifiés et un plan de soin établi.

### 2.2. Premiers résultats et évaluation du RAI

La nouvelle réglementation relative à l'utilisation du RAI en tant qu'outil d'évaluation est entrée en vigueur aux États-Unis au printemps 1991. Les centres de soins résidentiels ont été obligés de procéder à une évaluation des besoins de tout-e nouveau-elle résident-e à l'aide du RAI pour établir son plan de soins. Une réévaluation est effectuée chaque année ou lors de tout événement ayant un impact important sur la situation du-de la résident-e. Quelques années après son introduction, l'administration américaine de financement des soins de santé (*Health Care Finan-*

cing Administration) a demandé une évaluation du nouvel instrument. Différentes recherches ont montré que des améliorations étaient intervenues à plusieurs niveaux par rapport à la période avant l'utilisation du RAI (Hawes, et al., 1997) :

- les informations consignées dans les dossiers médicaux des résident-es étaient plus claires et plus correctes ;
- la planification des soins était plus claire et ceux-ci répondaient mieux aux besoins réels des résident-es ;
- amélioration générale de divers processus influençant la qualité des soins et la vie des résident-es, comme une plus grande implication des résident-es et de leur famille dans le plan de soins, plus de participation aux activités, baisse du nombre d'interventions de soins infirmiers ;
- forte diminution de la régression des fonctions en jeu dans les *Activities of Daily Living* (ADL ou AVQ pour activités de la vie quotidienne) ;
- forte diminution du nombre d'admissions hospitalières des résident-es, sans augmentation des chiffres de mortalité.

Ces résultats ont été ultérieurement confirmés dans d'autres pays où cette échelle avait également été introduite. Ainsi, aux Pays-Bas, une recherche de grande envergure a été réalisée de 2006 à 2007 sur les effets des soins intégrés basés sur le RAI par rapport aux soins habituels. 30 des 32 indicateurs de qualité utilisés ont obtenu un meilleur score, et 11 d'entre eux un score significativement plus élevé. L'amélioration de la qualité des soins a été principalement attribuée à la formation et à l'utilisation du RAI par le personnel soignant ainsi qu'à la surveillance effectuée sur la base du RAI (Boorsma, et al., 2011).

Les études se fondant sur la comparaison entre un groupe expérimental et un groupe contrôle pour mesurer de manière objective l'impact d'une mesure sont dans ce contexte assez difficiles à organiser. L'étude néerlandaise s'est déroulée dans 10 centres de soins résidentiels, avec 340 participant-es. Les personnes faisant partie du groupe cible de cette étude sont très vulnérables et ont des fonctions cognitives souvent limitées. En partie pour cette raison, la durée de l'étude a été assez limitée, à savoir six mois. L'importance d'instruments bien conçus pour l'évaluation de la qualité des soins est toutefois généralement reconnue et les acteur-trices concerné-es conviennent toujours des répercussions positives du RAI.

## 2.3. Du RAI à l'InterRAI

La diffusion du RAI aux États-Unis a rapidement attiré l'attention de professionnel-les des soins et d'universitaires d'autres pays. Les pays européens ne firent pas exception et rapidement, professionnel-les des soins et universitaires européens se réunirent au sein d'un groupement international, InterRAI. Parmi les premiers à y adhérer, on trouve la Suède, l'Italie, le Danemark, les Pays-Bas, la France, l'Espagne, l'Allemagne, la Norvège, la Finlande et la Tchéquie (Hawes, et al., 1997). La Belgique ne les rejoindrait que plus tard (voir ci-dessous).

Outre l'élargissement du nombre de pays participants, de nouveaux secteurs s'y intéressèrent également. Conçu pour les soins résidentiels aux personnes âgées, l'instrument connut plusieurs adaptations pour pouvoir être utilisé dans d'autres contextes, comme les soins à domicile, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, etc. À partir de 2005, une série InterRAI intégrée fut élaborée pour optimiser le partage des données entre les différents instruments et acteur-trices.

À l'heure actuelle, 35 pays sont membres d'InterRAI. Cette organisation non lucrative est dirigée par un Conseil de directeurs (*Board of Directors*), issus de différents pays et dans lequel siège pour la Belgique la Prof. Dr. Anja Declercq. Il existe par ailleurs des réseaux et des comités qui gèrent les différents instruments d'InterRAI et les tâches à accomplir au sein de l'organisation. Les personnes qui ont pour activité l'introduction à un niveau national d'InterRAI peuvent s'affilier en tant que *Fellow*<sup>1</sup>.

## 3. Introduction en Belgique

### 3.1. Études comparatives des instruments d'évaluation

#### 3.1.1. Projet Interface

Dans les années 1990, plusieurs pays européens s'affilièrent à InterRAI. La Belgique n'en faisait pas encore partie. Au début des années 2000, le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique lança une étude sur « l'organisation et le financement d'une offre de soins tran-

1 Pour plus d'informations, se rendre sur le site <https://interrai.org/>.

sinstitutionnelle dans le secteur des soins aux personnes âgées », intitulée « Le projet Interface ». L'étude avait trois objectifs (Buntinx, et al., 2003) :

- sélectionner des instruments permettant de mesurer les besoins en soins des personnes âgées et de les enregistrer ;
- contrôler l'efficacité des instruments sélectionnés quant à la mesure de ces besoins ;
- tester dans quelle mesure il est envisageable de les utiliser dans la pratique quotidienne des soins à domicile, des maisons de repos, des centres de soins de jour et services gériatriques des hôpitaux généraux.

L'étude fut menée par la KU Leuven et l'ULB et se clôture par un rapport final en 2003. Ses conclusions générales n'indiquent pas quelle direction prendre. En raison de quelques difficultés durant l'exécution de la recherche, trop peu de personnes y participèrent, surtout en Flandre, pour pouvoir tirer des conclusions définitives.

Cependant, quand on examine les observations faites à propos des instruments sélectionnés, on retrouve pour le RAI les mêmes expériences positives que celles mises en évidence lors des recherches internationales antérieures (voir ci-dessus). Certaines constatations sont quasiment identiques à celles résultant des premières évaluations effectuées aux États-Unis. Parmi les nombreux avantages apportés, on cite le caractère étendu des aspects évalués, la prise en compte de problèmes non détectés auparavant, la meilleure compréhension du/de la patient-e, la meilleure organisation des soins, l'interaction entre les soignant-es, les résident-es et la famille, etc. Côté négatif, c'est surtout le temps nécessaire pour procéder à l'évaluation qui est évoqué. Cet inconvénient fut toutefois relativisé et imputé surtout au manque de connaissances et de familiarité avec l'utilisation du RAI à cette époque. Une fois l'outil maîtrisé, le temps supplémentaire nécessaire pour effectuer l'évaluation est compensé par les informations complémentaires qu'il permet de récolter.

Outre le RAI, l'instrument français d'évaluation PAS (*Pathos, Aggir, Socios*) a obtenu dans cette étude un feedback positif similaire. Il a été considéré sur la base des observations des utilisateur-trices comme environ aussi complet que le RAI. C'est notamment pourquoi le RAI ne fut pas encore choisi à l'époque en Belgique.

### 3.1.2. Qualidem I et II

L'étude Interface s'est en partie appuyée sur la recherche Qualidem I sur la démence et s'est déroulée parallèlement à l'étude qui y a fait suite, Qualidem II. Le 11 septembre 1998, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a lancé dans le *Moniteur belge* un appel d'offres pour la réalisation d'une recherche sur la démence. Pour y répondre, l'Université de Liège et la KU Leuven ont uni leurs forces dans une association de fait, Qualidem, et se sont vu attribuer l'étude (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, 2002). Les grandes lignes de l'étude se résument ainsi :

- inventaire des informations existantes, notamment via une étude de la littérature ;
- formulation de recommandations pour des soins de qualité ;
- test des instruments et des procédures sélectionnés dans une recherche de terrain.

Le rapport final comportait douze chapitres et des centaines de pages. Un des chapitres était spécifiquement consacré aux besoins en soins et aux instruments d'évaluation existants. Les conclusions de l'étude sont toutefois essentiellement descriptives, et ne proposent pas de choix explicite entre les différents instruments. Le RAI est décrit comme un instrument en mesure d'identifier un nombre important de problématiques de soins, tant pour les soins à domicile que pour les soins résidentiels et contribuant ainsi significativement à l'amélioration de la qualité des soins fournis.

La recherche qui y a fait suite, Qualidem II, fournit quant à elle des résultats beaucoup plus clairs. Elle décrit le RAI comme l'instrument le plus adapté et le seul qui apporte une nette plus-value pour la planification des soins individuels dès l'instant où des informations détaillées sont nécessaires (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, 2005). Les conclusions du rapport sont donc de manière générale très positives et parlent d'une meilleure compréhension de la demande de soins, de l'importante valeur ajoutée de la réunion d'équipe, du fait d'éviter les angles morts, d'inciter les soignant-es à une réflexion plus approfondie à propos des résident-es, etc. Sa plus-value la plus importante par rapport à l'échelle d'évaluation des besoins en soins, l'échelle de Katz, se manifeste dans les situations plus complexes<sup>2</sup>.

2 L'échelle de KATZ est depuis les années 1960 l'instrument standard d'évaluation des fonctions de base des « activités de la vie quotidienne » dans de nombreux pays. Elle a été élaborée par le chercheur américain Sidney Katz. Ce dernier a également participé à la formulation de recommandations pour la loi de 1987, la « *Nursing Home Reform Act* », qui a servi de base au développement du RAI.

Ainsi, alors que les rapports Qualidem I et Interface étaient plutôt prudents dans leurs recommandations quant au choix d'un nouvel instrument d'évaluation plus approfondi, en 2005, le rapport Qualidem II n'exprime plus aucune réserve pour le choix du RAI comme futur outil d'évaluation.

## 3.2. Lancement du BelRAI

### 3.2.1. Projets d'implantation

Après la clôture du travail de recherche en 2005, le Service public fédéral (SPF) Santé publique lança les premiers projets d'implantation du BelRAI. Dans la première phase, ces projets se sont concentrés sur l'adaptation des instruments d'InterRAI au contexte belge et aux langues nationales, au développement d'une application web permettant de tester les instruments dans la pratique et à la mise sur pied de trajets de formation (Declercq, et al., 2008).

Les rapides progrès des premiers projets d'implantation relatifs au développement de l'application web et des outils BelRAI ne se sont pas traduits dans les années qui ont suivi par la mise en œuvre pratique de l'un de ces outils. Plusieurs facteurs ont joué un rôle à cet égard. Par exemple, toutes les institutions n'étaient pas encore pourvues d'ordinateurs avec une connexion internet. Aussi, les questions sur les frais liés au BelRAI n'avaient pas reçu de réponses concrètes. Au niveau politique, la question du coût supplémentaire qu'entraîne l'utilisation du BelRAI avait en effet été soulevée. Aucune réponse n'avait cependant été donnée, non seulement en raison de difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre des projets mais aussi car la réponse n'allait pas être univoque. Les expériences du Canada et des États-Unis avaient en effet déjà montré que l'utilisation du RAI entraînait des coûts mais aussi des économies du fait que certaines tâches disparaissaient grâce à l'efficacité de la planification des soins.

Il s'avérait donc que l'objectif des projets d'implantation était double. D'une part, des actions avaient été rapidement entreprises pour introduire l'échelle, avec le développement des instruments et l'organisation de formations. D'autre part, l'accent était également mis sur la faisabilité budgétaire et la plus-value dans des secteurs tels que les soins à domicile. Les questions sur ces sujets sont restées en grande partie sans réponse. Sur le plan politique, cela a créé une tension et l'engagement politique nécessaire pour implanter effectivement le BelRAI a fait défaut.

### 3.2.2. Sixième réforme de l'État

La fin des projets d'implantation a plus ou moins coïncidé avec le début d'une nouvelle réalité politique dans le paysage belge des soins. En automne 2011, après 540 jours de négociations, un accord a été trouvé sur une sixième réforme de l'État, surnommé « l'accord papillon ». Il a eu d'importantes implications pour le trajet BelRAI, puisque la compétence relative à plusieurs des secteurs concernés a été transférée de l'État fédéral aux Communautés, comme le financement des centres de soins résidentiels, la revalidation de longue durée et les soins de santé mentale (Hannes, 2014).

La coordination fédérale est devenue de ce fait nettement moins évidente et la charge relative au développement du BelRAI a été en grande partie déplacée vers les Communautés, certainement pour les choix politiques concernant l'introduction de l'instrument dans les secteurs des soins. Le rythme de l'implantation de l'outil allait ainsi rapidement varier selon les Communautés, comme on va le voir ci-dessous.

### 3.2.3. Vers une utilisation échelonnée du BelRAI avec le Screener BelRAI

Après les projets d'implantation, il était temps de mettre en place, sur base des résultats, le trajet de suivi. Sur le plan politique, l'intérêt du BelRAI a été confirmé à tous les niveaux. Son implantation a constitué un des vingt points du plan d'action e-santé 2013-2018 approuvé par la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique (FOD Volksgezondheid, 2013). La note de politique générale *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2013-2014* (Bien-être, Santé publique et Famille) reprenait le choix du Gouvernement flamand d'utiliser le BelRAI comme unique outil d'évaluation pour tous les acteurs et actrices des soins résidentiels et pour l'assurance dépendance flamande de l'époque, la « *Vlaamse Zorgverzekering* » (Vandeuren, 2013).

Une des principales observations faites suite aux projets d'implantation est le fait que pour de nombreuses personnes nécessitant peu de soins, une évaluation complète de leurs besoins avec le BelRAI n'était souvent pas nécessaire et prenait beaucoup de temps. Ce bilan a joué un rôle important, principalement dans le secteur des soins à domicile. Pour les centres de soins résidentiels, l'intérêt de faire l'évaluation complète n'a pas été remis en question et le bilan de l'utilisation du BelRAI a généralement été jugé équilibré. Il fallait donc trouver un équilibre entre le temps d'investissement nécessaire pour procéder à une

évaluation complète avec le BelRAI et la plus-value finale pour l'utilisateur-trice des soins, l'organisation et les pouvoirs publics (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

En conséquence, la poursuite de l'introduction du BelRAI est devenue dépendante du développement d'un «  *Screener* », un instrument moins long qui peut déterminer s'il est nécessaire de procéder à une évaluation complète avec le BelRAI. Par ailleurs, le  *Screener* allait également servir pour l'attribution de droits dans le cadre du budget de soins flamand (*Vlaamse zorgbudget*). Le rapport final sur le développement du  *Screener* comprenait déjà des propositions sur les seuils qui pourraient ouvrir le droit à l'assurance dépendance de l'époque (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

### 3.2.4. Accords interfédéraux

Comme susmentionné, la sixième réforme de l'État a remélangé les cartes pour l'implantation du BelRAI. Les rapports entre le niveau politique fédéral et les entités fédérées ont fortement changé et ont engendré la recherche d'une nouvelle manière de coopérer afin de redéfinir et fixer le rôle de chaque acteur-trice.

Cette recherche s'est concrétisée par un protocole d'accord BelRAI conclu entre les ministres compétents de toutes les régions le 26 mars 2018 (Protocolakkoord BelRAI, 2018). Cet accord soulignait également l'importance du BelRAI pour la qualité des soins dans notre pays et toutes les régions s'engagèrent à poursuivre le travail de recherche pour l'implantation de l'outil dans chacun de leurs domaines de compétence. Cet accord confirme en outre le maintien de la base de données centrale fédérale et le rôle de l'État belge en tant que partenaire contractuel dans la relation avec le réseau InterRAI.

Les initiatives concrètes que souhaite prendre dans le cadre du BelRAI chaque région dans ses domaines de compétence sont encore énumérées en fin de document. Mais, bien que chaque partie confirme son intention d'introduire le BelRAI dans ses domaines de compétence, l'état de la situation décrit ici et là montre déjà que cela se fera à un rythme différent pour chaque région.

## 3.3. Où en sommes-nous aujourd'hui ?

### 3.3.1. Le Screener BelRAI est utilisé depuis 2021

Le  *Screener* BelRAI est le premier instrument du RAI qui a été activement utilisé en Belgique. Il est utilisé depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021 en Flandre comme échelle d'évaluation pour l'attribution du droit à un budget de soins pour les personnes fortement dépendantes (l'ancienne assurance dépendance). Bien que cela constitue une étape importante dans le processus d'implantation de l'instrument et qu'on se soit donc attendu à un accueil positif, dans la pratique, il en a été autrement. L'introduction du  *Screener* BelRAI a provoqué rapidement la déception de bénéficiaires de soins car le nombre de refus était beaucoup plus élevé qu'auparavant.

Le mécontentement sur le terrain a marqué le début de mois de discussions parlementaires sur le seuil d'attribution et sur les conséquences pour les usager-es qui voyaient leurs budgets de soins perdus ou refusés suite à l'utilisation du nouvel outil<sup>3</sup>. Après quelques mois de recherches complémentaires, d'auditions et d'autres délibérations, le seuil a finalement été ajusté en avril 2022 ce qui a permis à davantage de personnes d'obtenir une aide. Les personnes qui avaient perdu de manière injustifiée leur droit entre juin 2021 et avril 2022 ont bénéficié de mesures compensatoires<sup>4</sup>.

Le pénible démarrage du  *Screener* donna pour beaucoup de gens une connotation négative au BelRAI alors que la problématique n'avait en soi aucun rapport avec la valeur de ses instruments. La détermination d'un seuil pour l'accès au droit est un choix purement politique qui ne découle pas de l'instrument lui-même. Lorsqu'un ancien instrument d'évaluation, ici l'échelle de profil BEL, est remplacé par un instrument complètement neuf, il n'est pas évident de fixer le seuil exactement au même niveau. Évaluation et ajustement *a posteriori* sont donc difficiles à exclure. Dans le cas du  *Screener* BelRAI, le seuil avait été placé un peu trop haut, ce qui a nécessité un ajustement.

### 3.3.2. BelRAI LTCF et BelRAI HC à partir de 2023

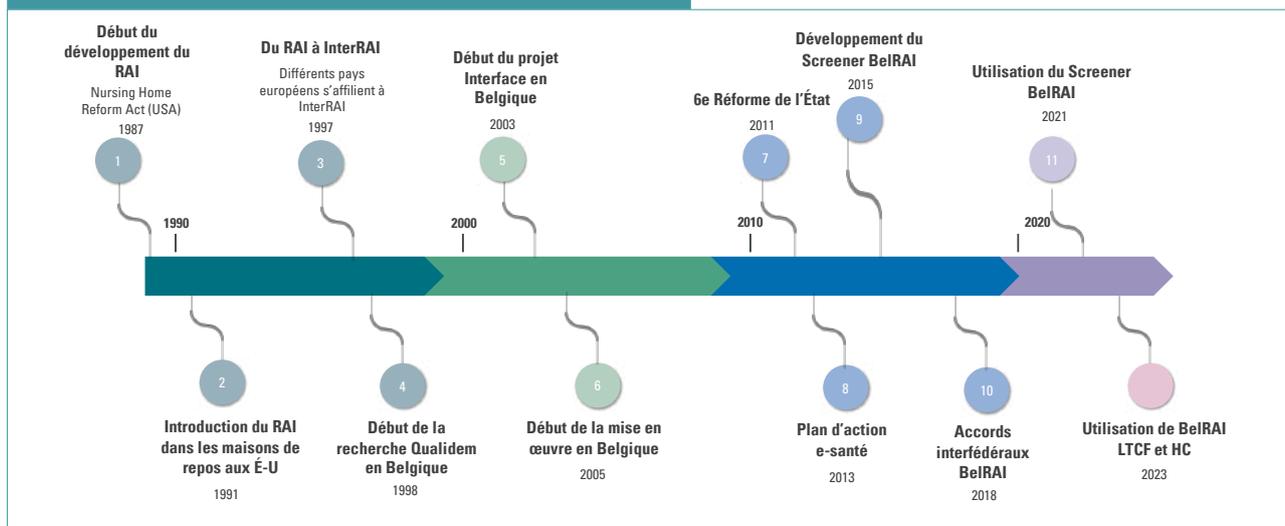
#### **BelRAI Long Term Care Facilities pour les centres de soins résidentiels**

Le  *Screener* BelRAI a pour seule ambition de fournir un instrument convivial dans le cadre de l'octroi de droits et

3 Questions et réponses, Parlement flamand. 2021-2022, Question n° 19, 1<sup>er</sup> octobre 2021 (C. ROUSSEAU).

4 Rapport Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2021-2022, 2428.

Figure 1 : Historique du développement de (Bel)RAI



d'indiquer s'il est utile de procéder à une évaluation complète avec le BelRAI, ce qui ne permet pas de le considérer comme un outil à part entière. Les instruments BelRAI se sont vu octroyer un rôle central dans le nouveau décret flamand sur les soins résidentiels (*Vlaamse Woonzorgdecreet*) et les arrêtés d'application. La Flandre veut rendre obligatoire l'utilisation du BelRAI *Long Term Care Facilities* (BelRAI LTCF) dans les centres de soins résidentiels<sup>5</sup> (*woonzorgcentra*) à partir du 1<sup>er</sup> juin 2023, ce qui en fait le premier instrument complet du BelRAI qui sera utilisé en Belgique. C'est la version actuelle de l'échelle RAI originelle qui avait été développée pour les résident-es des centres de soins résidentiels. L'instrument sera utilisé pour la planification des soins et le soutien d'une politique de qualité grâce à des indicateurs de qualité.

### **BelRAI Home Care pour les soins à domicile**

Pour les soins à domicile, un instrument spécifique sera prochainement utilisé, le BelRAI *Home Care* (BelRAI HC). Un projet pilote est déjà mis en œuvre en Flandre et l'introduction du BelRAI HC est prévue, comme pour le BelRAI LTCF, le 1<sup>er</sup> juin 2023<sup>6</sup>. Sa fonction première est aussi la planification des soins et le contrôle de la qualité.

### 3.3.3. Entrée en vigueur du BelRAI dans d'autres secteurs

La série d'instruments InterRAI comprend actuellement un éventail d'instruments destinés à divers secteurs, comme les soins palliatifs, les soins de santé mentale ou la réhabilitation, pour n'en citer que quelques-uns (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Aperçu des instruments BelRAI par secteur (source : [www.belrai-kennisportaal.be](http://www.belrai-kennisportaal.be))

Secteur	Instrument BelRAI
Soins à domicile	Screener BelRAI
	BelRAI Home Care
Enfance, aide à la jeunesse ( <i>jeugd zorg</i> )	Screener BelRAI pour enfants
Soins résidentiels aux personnes âgées	BelRAI LTCF
Soins de santé mentale	BelRAI Mental Health
	BelRAI Community Mental Health
Revalidation	BelRAI Revalidation (en développement)
Soins palliatifs	Screener BelRAI Palliative
	BelRAI Palliative Care
Hôpitaux	BelRAI Acute Care

5 <https://belrai-kennisportaal.be/belrai-long-term-care-facilities>.

6 <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai>.

Une grande partie de ces instruments a déjà été traduite et adaptée au contexte belge. Le développement d'un instrument et son déploiement dans un secteur sont cependant deux choses différentes. Après le développement d'un instrument, on met généralement d'abord des projets pilotes sur pied et on effectue d'autres travaux préparatoires avant d'utiliser réellement l'outil. Seuls les trois outils susmentionnés sont actuellement utilisés en Flandre ou connaissent déjà leur date d'introduction.

## 4. Regard sur le trajet parcouru : opportunités manquées ?

### 4.1. Recherche nationale versus études existantes et expériences pratiques

Fin des années 1980, on a fait le constat aux États-Unis que les échelles comme celle de KATZ ne suffisaient plus pour pouvoir évaluer les besoins en soins complexes. Le même constat s'est retrouvé dans les résultats de la recherche Qualidem en Belgique. L'appel d'offres de l'INAMI ayant donné lieu à la recherche Qualidem date du 11 septembre 1998 et vient sept ans après la première utilisation du RAI aux États-Unis et à un moment où plusieurs pays européens, limitrophes et autres, commençaient déjà à accorder du crédit au concept d'InterRAI. Les premières évaluations de l'échelle RAI avaient déjà eu lieu aux États-Unis et leurs résultats positifs ont commencé à se diffuser à l'étranger dans les milieux médicaux et universitaires. La différence entre les constatations qui ont été faites aux États-Unis et en Belgique réside dans la suite qui leur a été donnée. Aux États-Unis, on avait lancé un trajet de recherche spécifique qui allait mener au développement du RAI. En Belgique, la recherche d'un nouvel instrument d'évaluation est restée dans une première phase un mailon de l'étude sur la démence (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2002).

Avec le projet Interface début des années 2000 en Belgique, un trajet de recherche indépendant a cependant vu le jour, mettant l'accent sur l'évaluation des besoins en soins des personnes âgées. Autant Qualidem qu'Interface ont été des recherches très approfondies. Elles ont formé des professionnel·les à l'utilisation des différents outils afin de pouvoir les tester dans la pratique. Cependant, malgré les efforts fournis, Qualidem I et Interface ne sont pas allés au-delà d'une inventarisation approfondie des instruments, sans porter de choix définitif sur un instrument particulier.

Le rapport final de Qualidem II en 2005 a finalement tranché et désigné le RAI comme instrument le plus approprié. Les résultats de ce rapport, comme les résultats positifs des études précédentes, sont tout à fait conformes aux résultats des études d'évaluation du RAI aux États-Unis au milieu des années 1990. On peut donc se demander si en Belgique nous devons refaire cette recherche quasiment depuis le début, ou si nous aurions pu nous fier aux données internationales. Aux États-Unis, on estime que trois millions d'évaluations ont été réalisées avec le RAI chaque année dans les centres de soins résidentiels (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995). On disposait donc déjà de nombreuses connaissances et expériences qui, malgré la différence de contexte, pouvaient être utilisées pour faire des choix politiques en Belgique.

### 4.2. Mesure du besoin en soins, planification des soins, qualité des soins et financement

Dans les années 1990, on a constaté en Belgique que les échelles traditionnelles, comme celle de Katz, étaient trop superficielles pour évaluer les situations de soins plus complexes. Aussi a-t-on cherché en première instance à remplacer l'échelle de Katz par un nouvel instrument. La recherche d'un instrument apportant une plus-value dans les situations de soins complexes a été à l'origine de l'intérêt pour le RAI. Ce qu'on retrouve dans toutes les études et expériences du RAI, c'est la plus-value qu'il apporte dans les centres de soins résidentiels, les situations de soins qui y sont rencontrées étant en effet quasiment toujours complexes. Cependant, bien que le RAI ait démontré sa plus-value intrinsèque, il n'a pas été si simple de remplacer l'échelle de Katz. Cette échelle est en effet – encore aujourd'hui – utilisée comme base pour le financement des centres de soins résidentiels. Le remplacement de l'échelle de Katz par le BelRAI implique la révision complète du financement et la recherche de la manière dont le (Bel)RAI peut être utilisé à cet effet.

En Flandre, le BelRAI LTCF sera utilisé dans les centres de soins résidentiels à partir de juin 2023. Cet instrument sera utilisé parallèlement à l'échelle de Katz et n'aura pas d'impact sur le financement. Le BelRAI LTCF ne sera donc utilisé dans une première phase que pour la planification et la qualité des soins et ce n'est que dans un second temps que le financement y sera lié. Le découplage entre la planification et qualité des soins et le financement permet une mise en œuvre beaucoup plus rapide de l'outil, de sorte que les résident·es, les familles, le personnel soignant, les

établissements et les décideurs peuvent ainsi déjà bénéficier des avantages que le BelRAI LTCF offre. En principe, il est possible de procéder aux évaluations avec l'échelle de KATZ et avec le BelRAI LTCF en même temps et cela n'entraîne donc pas nécessairement une duplication des efforts.

Il est dommage que ce même raisonnement n'ait pas été fait à la fin des années 1990, début 2000. La demande d'un instrument plus approfondi existait, en effet, depuis un certain temps et les avantages du RAI sur le plan de la planification et la qualité des soins étaient déjà bien connus. L'introduction d'un nouvel instrument, sans pour autant recevoir directement le financement, aurait permis de travailler bien plus tôt avec le RAI dans les soins aux personnes âgées.

### 4.3. Sixième réforme de l'État : immobilisme et avancées

La sixième réforme de l'État et les longues négociations gouvernementales qui l'ont précédée ont retardé le processus d'implantation de l'outil. La phase de négociation et le transfert ultérieur des diverses compétences ont entraîné un temps d'immobilisation au niveau politique durant lequel peu ou aucune ambition n'a été exprimée quant au sort du BelRAI au sein des secteurs concernés. Le vide ainsi créé autour de l'implantation de l'instrument a perduré jusqu'en 2013, qui a vu la renaissance d'ambitions sous la forme du plan d'action e-santé et de notes de politique générale, qui ont marqué le début du développement du Screener BelRAI (voir ci-dessus).

Simultanément, le réarrangement des compétences a donné l'opportunité aux régions de donner corps à leurs propres ambitions et priorités, ce qu'elles ont fait assez rapidement. Le revers de la médaille, cependant, c'est que toutes les régions n'ont pas les mêmes ambitions ni le même rythme de travail. Dans ce sens, on peut regretter que l'implantation de l'outil dans certains secteurs n'ait pas pu se réaliser avant la réforme de l'État, certainement en ce qui concerne les soins résidentiels aux personnes âgées. Chaque région aurait alors pu partir de la même base et poursuivre le travail.

### 4.4. Un institut de connaissance du BelRAI

Une des recommandations du rapport final de Qualidem II était la fondation d'un centre d'expertise et d'analyse pour

la collecte et le traitement des données, la formation, les développements ultérieurs, etc. (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2005). D'autres pays où le RAI est utilisé, comme le Canada, travaillent avec un institut de connaissance pour le développement et l'utilisation des instruments.

En Belgique, on a fait pendant longtemps appel en première instance au monde universitaire, d'abord pour choisir un nouvel instrument, ensuite pour le développement des instruments BelRAI. De nombreux travaux d'étude approfondis en sont issus mais les recommandations de Qualidem II montrent que le travail d'étude s'arrête à un moment et que de très nombreuses tâches peuvent également être accomplies en dehors des universités. Un institut de connaissance compétent aurait déjà pu dans la phase de démarrage apporter un soutien à des projets pilotes, au développement et à la mise sur pied de formations, et donner des conseils pour l'établissement d'une politique d'introduction de l'instrument et sa mise en œuvre opérationnelle. Dans une phase ultérieure, les tâches auraient alors pu être intégrées de manière structurelle. Il n'était certainement pas nécessaire de procéder à grande échelle et le travail pouvait être réalisé par les agences ou les services publics existants. En Flandre, ce rôle a été entretemps confié au *Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek* (KCD, Centre de qualité pour le diagnostic) chargé notamment aujourd'hui des formations et du soutien à la mise en œuvre dans les secteurs de la Protection sociale flamande (*Vlaamse sociale bescherming*). Au niveau fédéral, le SPF Santé publique joue encore actuellement un rôle dans la mise en œuvre.

## 5. Plus-value des instruments BelRAI

### 5.1. Pourquoi pouvons-nous toujours nous réjouir de l'implantation du BelRAI ?

À partir de 2023, deux instruments exhaustifs BelRAI seront utilisés en Flandre : le BelRAI LTCF dans les centres de soins résidentiels et le BelRAI HC pour les soins à domicile. Malgré le long chemin parcouru pour y parvenir, il y a toujours lieu de s'en réjouir. Le RAI a été développé pour créer une plus-value par rapport aux échelles traditionnelles d'évaluation des besoins en soins et pouvoir mieux répondre aux demandes de soins de personnes vivant des situations de soins complexes. Cette plus-value a ensuite été confirmée et reconnue par de nombreuses études et

expériences nationales et internationales. BelRAI inventorie de manière plus complète les besoins en soins des personnes pour ensuite identifier les situations problématiques via des protocoles d'évaluation clinique (*Clinical Assessment Protocols - CAP*) qui peuvent servir de base à l'élaboration d'un plan de soins. L'identification des besoins en soins et le soutien à la préparation d'un plan de soins sont deux domaines où (Bel)RAI obtient des résultats élevés dans toutes les études. En outre, les instruments (Bel)RAI comprennent également des indicateurs qui permettent de contrôler la qualité des soins en vérifiant si les réponses offertes aux demandes de soins conduisent effectivement aux résultats souhaités.

Les avancées que nous faisons avec le BelRAI en matière d'identification des besoins de soins, de planification des soins et de qualité des soins peuvent apporter d'importantes améliorations pour tous les acteurs et les actrices concernées. Le personnel soignant acquerra une meilleure compréhension de la situation vécue par l'utilisateur·trice de soins et pourra lui apporter exactement les soins nécessaires. La famille et les aidants proches peuvent être impliqués dans la planification des soins sur la base du BelRAI et des CAP. Les institutions et les pouvoirs publics pourront suivre les résultats des soins administrés à l'aide des indicateurs de qualité. Les soins intégrés deviendront beaucoup plus réalisables dans la pratique si les informations disponibles sont partagées et que les différent·es acteur·trices parlent un langage commun. Et, *last but not least*, les utilisateur·trices de soins recevront des soins plus adaptés, certainement lorsqu'ils seront ciblés.

## 5.2. Scénarios d'évolution, basés sur *Big Data*

L'utilisation des instruments BelRAI offre aussi de nouvelles perspectives pour l'avenir. La banque de données d'InterRAI contient des millions de données anonymisées. Celles-ci peuvent être utilisées de plusieurs manières pour mieux évaluer les situations de soins. Il y a ainsi des projets qui testent les similitudes : après l'évaluation, le profil de l'utilisateur·trice est comparé à la situation de personnes ayant le même profil dans la banque de données<sup>7</sup>. On peut ainsi prendre pour l'utilisateur·trice une décision plus éclairée concernant la forme appropriée des soins. Par exemple, si dans une situation de soins à domicile, il s'avère que 80% des personnes ayant un profil similaire

ont été admises dans un centre de soins résidentiel après six mois, cela peut donner à l'utilisateur·trice et à sa famille le temps d'y réfléchir et de préparer cette étape. Cela offre aussi aux pouvoirs publics la possibilité de faire une meilleure planification, par exemple pour les places d'accueil.

Les données permettent aussi de tirer des enseignements. Les situations de soins similaires peuvent être comparées afin de voir quels ont été les résultats en fonction des traitements qui ont été choisis. On peut ainsi voir quelles sont les réponses données aux demandes de soins qui ont généré les meilleurs résultats (Dash, et al., 2018), bien qu'il reste extrêmement important de toujours s'adapter à la situation particulière de la personne en besoin de soins et de ne voir dans les *big data* qu'une aide.

## 6. Conclusion

À la veille de l'utilisation des premiers instruments BelRAI exhaustifs dans notre pays, nous revenons sur le long chemin, parfois difficile, parcouru par le BelRAI. Il ne faut pas non plus s'étonner de ce trajet, étant donné l'impact et le rôle central des instruments d'évaluation des besoins en soins dans le financement et la pratique quotidienne dans le secteur des soins en Belgique.

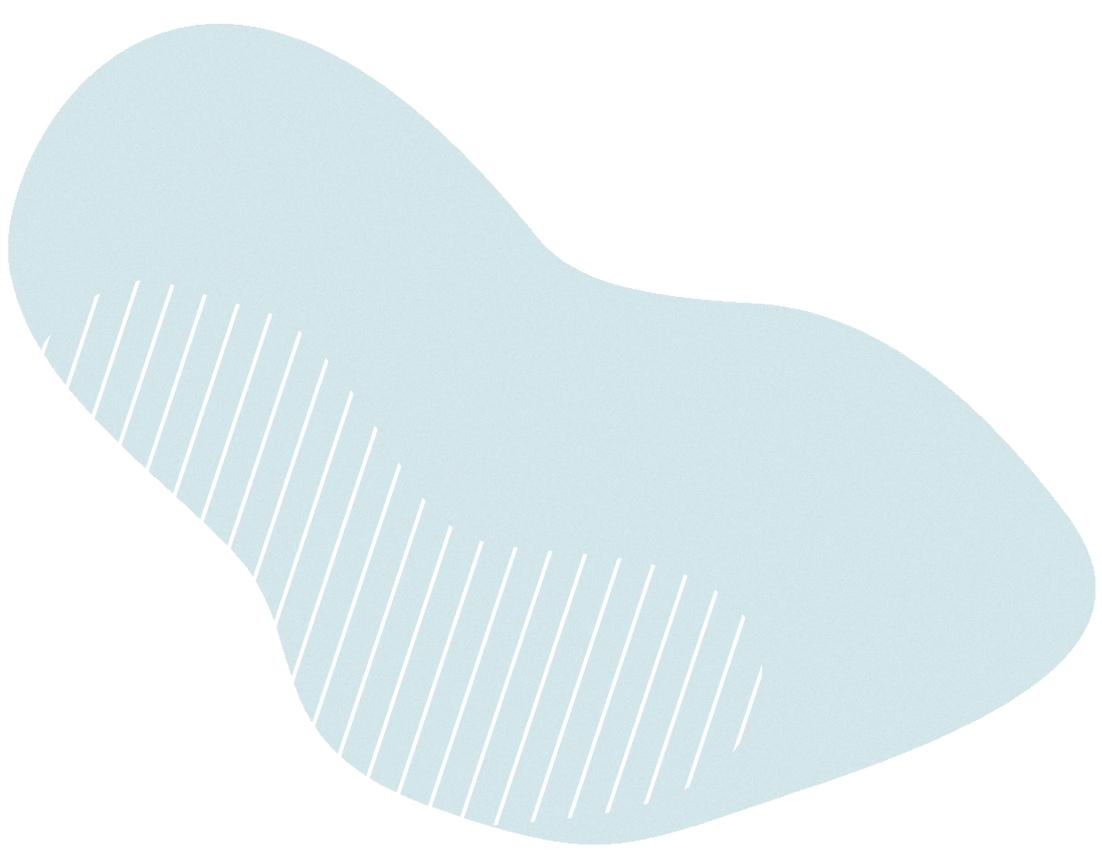
Il est cependant dommage, surtout pour les soins résidentiels aux personnes âgées, que le choix du (Bel)RAI n'ait pas été fait plus tôt. Le RAI a été élaboré sur mesure pour ce secteur. La plus-value qu'il apporte n'a été remise en question dans aucune étude et il a reçu peu après son introduction aux États-Unis un accueil international favorable. Le choix plus rapide du RAI dans les centres de soins résidentiels aurait permis qu'il soit mis en œuvre encore avant la sixième réforme de l'État. On aurait pu ainsi aujourd'hui travailler avec cet outil dans les centres de soins résidentiels de toutes les régions. Cela nous aurait apporté une grande connaissance et expérience pour le développement et le déploiement de l'outil dans d'autres secteurs et cela aurait amélioré la qualité des soins pour toutes les résident·es des centres de soins résidentiels belges. Un institut de connaissance fédéral aurait pu rassembler toutes les connaissances et les expériences relatives à cet instrument et aider les régions à l'implanter dans d'autres secteurs. Aujourd'hui, les régions sont en

7 <https://www.nedrai.org/interrai-community-2/>.

première instance autonomes, ce qui entraîne une situation fragmentée.

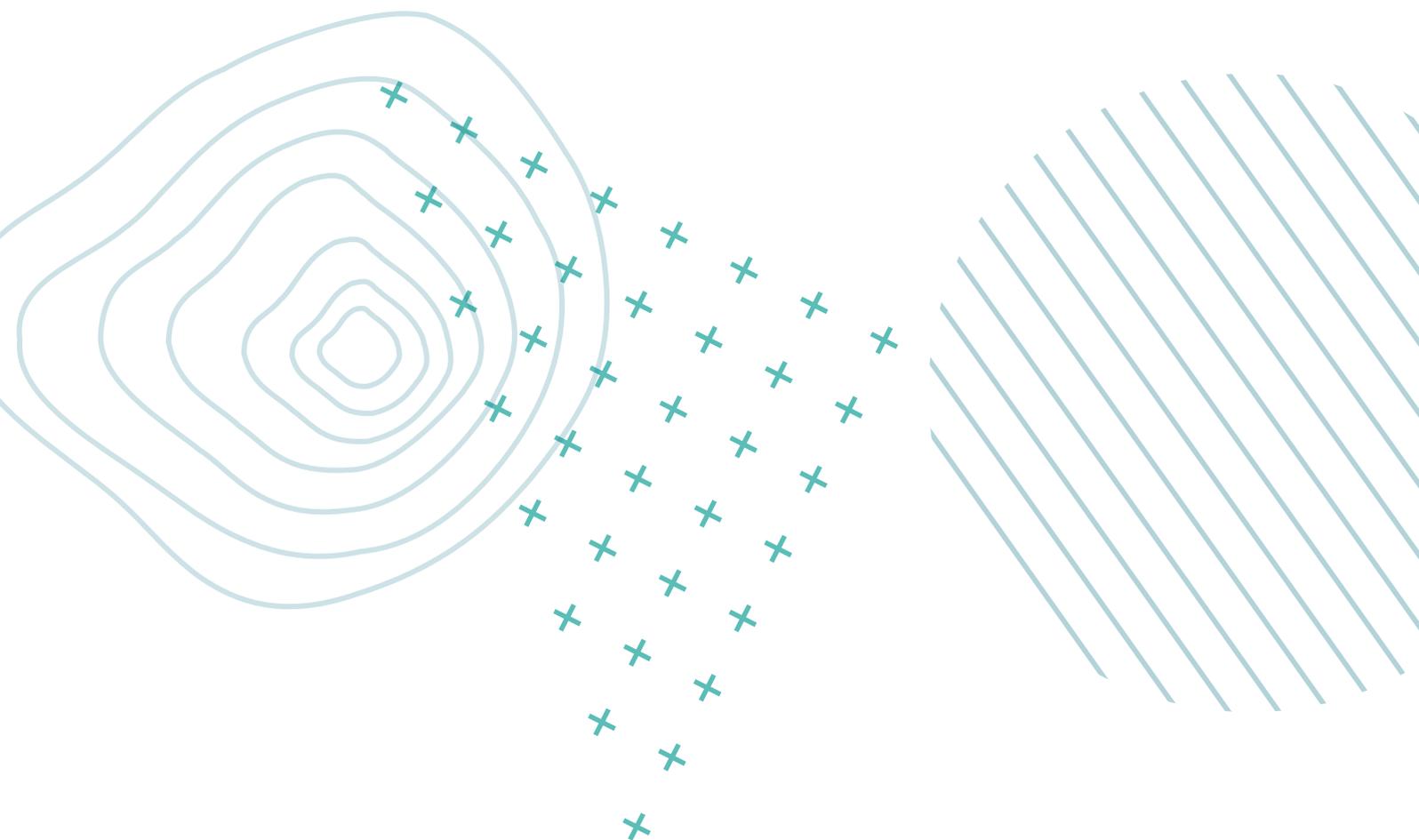
Cela n'empêche que nous pouvons être fiers de la situation à laquelle nous sommes parvenus aujourd'hui. De très nombreuses personnes et organisations ont fourni énormément de travail pour arriver à ce point et, à court et moyen terme, plusieurs instruments seront mis en œuvre.

Il reste à voir quelle sera l'influence d'autres problématiques telles que le manque de personnel et l'augmentation du coût du logement et de la vie sur cette mise en œuvre. L'avenir nous dira, d'ici quelques années, si nous pourrions nous réjouir d'une mise en œuvre sans heurts et d'expériences positives pour les professionnel·les de la santé, les organisations et les personnes ayant des besoins de soins complexes. Nous l'espérons vivement.



## Bibliographie

- Boorsma, M., Frijters, D., Knol, D., Ribbe, M., Nijpels, G., & van Hout, H. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 183(11), 1-9.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2002). *Qualidem I Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2005). *Qualidem II: Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem.
- Buntinx, F., Falez, F., Swine, C., Ylief, M., Closon, M.-C., & De Lepeleire, J. (2003). *Interface: Rapport 2003*. Leuven - Brussel: Interface.
- Dash, D., Heckman, G., Boscart, M., Costa, A., Killingbeck, J., & d'Avernas, J. (2018). Using powerful data from the interRAI MDS to support care and a learning health system: a case study from long-term care. *Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives*, 31(4), 153-159.
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E., . . . e.a. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de RAI-Methode in België*. Leuven: Actieproject BelRAI II.
- FOD Volksgezondheid. (2013). *Het actieplan e-gezondheid 2013-2018*. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
- Hannes, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidssector. *CM-Informatie*, 255, 28-38.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26, 19-25.
- Murphy, K., Morris, J., Fries, B., & Zimmerman, D. (1995). The Resident Assessment Instrument: Implications for Quality, Reimbursement, and Research. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 19(4), 43-46.
- Protocolakkoord BelRAI. (2018, maart 26). Brussel: Interministeriële conferentie Volksgezondheid.
- Vandeuren, J. (2013). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Beleidsprioriteiten 2013-2014*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vermeulen, B., Van Eeno, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: KU Leuven Lucas.



# Budget des soins de santé 2023

## Soutien des prestataires de soins et des patient·es

Saskia Mahieu — Direction Politique  
Sophie Cès — Service d'études

### Résumé

La préparation du budget 2023 a été marquée par l'impact budgétaire de la pandémie de COVID-19, la pénurie croissante de personnel soignant, la forte inflation et la hausse des prix de l'énergie. Dans certaines disciplines, les prestataires de soins se déconventionnent massivement compromettant ainsi la sécurité tarifaire pour le·la patient·e. Les discussions budgétaires pour l'attribution du budget des soins de santé en 2023 ont donc fortement été influencées par le contexte dans lequel les prestataires de soins travaillent aujourd'hui.

Finalement, le Conseil général aura approuvé à l'unanimité un budget pour les soins de santé en 2023 observant la proposition du Comité de l'assurance. 35,3 milliards d'euros seront mis à disposition des soins de santé. La marge budgétaire a été allouée en priorité pour soutenir les prestataires et les établissements de soins de santé ainsi que pour assurer l'accessibilité financière des soins aux patient·es.

Mots-clés : Budget, soins de santé, nouvelles initiatives, COVID-19, réformes, objectifs des soins de santé, gouvernance, analyse

## 1. Contexte du processus budgétaire

Le but de chaque trajectoire budgétaire est d'accroître la contribution du système de soins de santé à la santé et la qualité de vie. Le débat sur le budget de 2023 présente également le défi de rechercher la meilleure santé publique possible dans un contexte économique particulièrement tendu.

L'objectif de l'article est de présenter le contexte politique et économique ainsi que le résultat des négociations budgétaires 2023<sup>1</sup>. L'année 2024 a déjà aussi été abordée par le gouvernement fédéral qui a dessiné une stratégie budgétaire pour 2024 lors de son conclave budgétaire début octobre 2022.

### 1.1. Historique de la croissance du budget des soins de santé

En Belgique, le budget des soins de santé évolue selon différents paramètres, la norme de croissance légale fixée par le gouvernement, la masse d'indexation et quelques dépenses spécifiques. La norme de croissance légale détermine l'ampleur de la marge budgétaire disponible, qui peut être utilisée pour financer de nouvelles initiatives. Depuis dix ans, cette norme a chuté progressivement pour passer de 4,5% jusqu'en 2012 à un niveau faible de 1,5% à partir de 2015. En réalité, la croissance effective réelle des dépenses de soins de santé n'a été que de 1,5% entre 2012 et 2015 et de 0,9% entre 2015 et 2019 (Lambert L., 2020) en raison notamment de la décision de ne pas octroyer la totalité de la norme de croissance. Or, selon le Bureau fédéral du Plan, l'évolution des besoins structurels en soins (correspondant à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux progrès médicaux, à l'évolution de la pratique médicale et aux facteurs socio-économiques) conduisait théoriquement à 2,2% d'augmentation moyenne annuelle réelle des dépenses de soins de santé (projection à politique inchangée sur la période 2017-2022) (Bureau fédéral du Plan, 2017). Cette contraction importante des moyens budgétaires au regard des besoins de financement au cours de la décennie passée a des implications majeures pour le développement des soins de santé à moyen terme,

à commencer par l'impossibilité de financer suffisamment les avancées médicales, à soutenir des rémunérations justes pour les prestataires dans le cadre du conventionnement et à améliorer l'accessibilité des soins. Les analyses de la performance du système de soins de santé récentes montrent en effet que des problèmes d'accès aux soins importants persistent (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; Cès & Baeten, 2020; Maertens de Noordhout, et al., 2022). La décennie de sous-investissement structurel suivie de la crise sanitaire et économique représente un contexte exceptionnellement tendu pour garantir un système de soins de santé performant.

### 1.2. Contexte économique actuel pour la préparation du budget 2023

Déjà en juin 2022, le Comité de monitoring mettait en garde contre l'accroissement du déficit budgétaire public. Lors du conclave budgétaire de début octobre, le gouvernement fédéral a dû trouver un équilibre entre l'effort budgétaire à fournir pour réduire le déficit public et les dépenses supplémentaires à consentir pour maintenir le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises.

Dans le secteur des soins de santé, le principal défi a été de trouver des réponses budgétaires adaptées aux difficultés rencontrées par les prestataires et les patient-es alors même que les moyens budgétaires étaient très limités. En effet, dans certaines disciplines, le nombre de prestataires de soins conventionnés est trop faible pour garantir un accès rapide aux soins au tarif conventionné (De Wolf, et al., 2020). Le modèle doit être réformé, comme mentionné dans la note du Conseil général du 17 octobre 2022 : l'accessibilité c'est aussi « Faire en sorte de disposer de suffisamment de prestataires de soins qui respectent les tarifs » (RIZIV-INAMI, 2022a). Les difficultés économiques liées à l'inflation importante n'épargnent pas le secteur des soins de santé, en particulier parce que les mécanismes d'indexation existant au sein de l'assurance maladie sont actuellement trop lents, ce qui fait peser une charge financière considérable sur les prestataires et les établissements de soins. Ce problème combiné à la pénurie croissante de personnel soignant accroît le risque de dégradation de l'accessibilité des soins de santé, compromettant ainsi la viabilité du système de soins de santé.

1 « Le travail de négociation se fait dans un premier temps au sein des Commissions de conventions et d'accords (commission par secteur de soins rassemblant les mutualités et prestataires de soins concernés) lorsqu'elles déterminent chacune leurs priorités budgétaires. Ensuite, au sein du Comité de l'assurance, lorsque les représentants tant des prestataires de soins que des mutualités formulent une première proposition budgétaire globale, début octobre » (Lambert L., 2020). Le Conseil général de l'INAMI approuve ensuite la proposition.

Finalement, le Comité de l'assurance a été obligé de transmettre une proposition de budget pour les soins de santé 2023 au Conseil général sans connaître les résultats du conclave budgétaire.

### 1.3. Réforme de la gouvernance du système de soins de santé

En février 2022, un groupe de travail, « Quintuple Aim », institué dans le cadre du Comité de l'assurance et un Comité scientifique indépendant ont livré un rapport comprenant les orientations pour adapter la gouvernance du processus budgétaire (INAMI-RIZIV, 2022b). Les mutualités se sont demandé quel rôle leur serait attribué en septembre. Comme les adaptations n'étaient pas encore mises en œuvre en 2022, les mutualités ont continué à assumer le même rôle que dans les années précédentes et ont coordonné les discussions budgétaires en vue de la proposition du Comité de l'assurance au Conseil général.

En juillet 2022, les membres du Comité de l'assurance et du Conseil général ont reçu une note du gouvernement contenant les principes d'adaptation de la gouvernance. Cette note respecte les travaux du groupe de travail *Quintuple Aim* et du Comité scientifique. Le raisonnement repose sur le principe que l'amélioration de la performance du système de santé dans un contexte de ressources limitées nécessite une nouvelle façon de travailler ensemble en mobilisant mieux la réflexion collective, au-delà des considérations en silo par secteur et sur la base d'éclairages scientifiques. Cette nouvelle approche collective pour résoudre les problèmes devrait stimuler les propositions innovantes, mieux à même de répondre aux nombreux défis de santé publique.

## Étapes d'élaboration des programmes d'action

La complexité des soins de santé nécessite de réunir toutes les parties prenantes concernées pour réfléchir ensemble aux actions à mettre en œuvre. L'objectif à atteindre dans cet exercice doit être une meilleure santé et une meilleure qualité de vie pour tous. La gouvernance future du système des soins de santé devrait ainsi permettre d'asseoir un cadre favorable à la co-construction, qui soit à la fois bien formalisé et structurant tout en restant suffisamment souple et adaptatif pour guider les transformations dans les domaines jugés prioritaires. La co-construction se définit comme la collaboration entre différents acteur·rices (prestataires de soins, organisations de soins, associations de patient·es, expert·es, mutualités) autour de questions complexes liées à la santé de la population et à la performance du système des soins de santé, afin de proposer des programmes d'action pour atteindre des objectifs prioritaires partagés et d'en évaluer les effets (Cès, 2022). Il s'agit avant tout de se doter d'une vision stratégique du système des soins de santé avec un cadre de valeurs, des domaines prioritaires, avec des objectifs de santé globaux et des objectifs de soins de santé SMART<sup>2</sup> (lorsque c'est possible) et partagés (qui sont déterminés de manière participative). Comme les objectifs de santé sont majoritairement des objectifs à long terme, il est aussi essentiel de disposer d'objectifs opérationnels (processus, structure, organisation) afin de vérifier à court et moyen terme si les améliorations apportées au système des soins de santé ont effectivement été mises en œuvre.

2 Spécifique (défini), Mesurable, Atteignable (compte tenu des actions possibles), Réaliste (compte tenu de l'échelle de temps), Temporellement défini. Ces types d'objectifs ne sont pas un outil de contrôle. Ils sont indispensables pour évaluer l'amélioration de la performance du système des soins de santé.

La co-construction concerne un cycle d'amélioration itératif (voir Figure 1) :

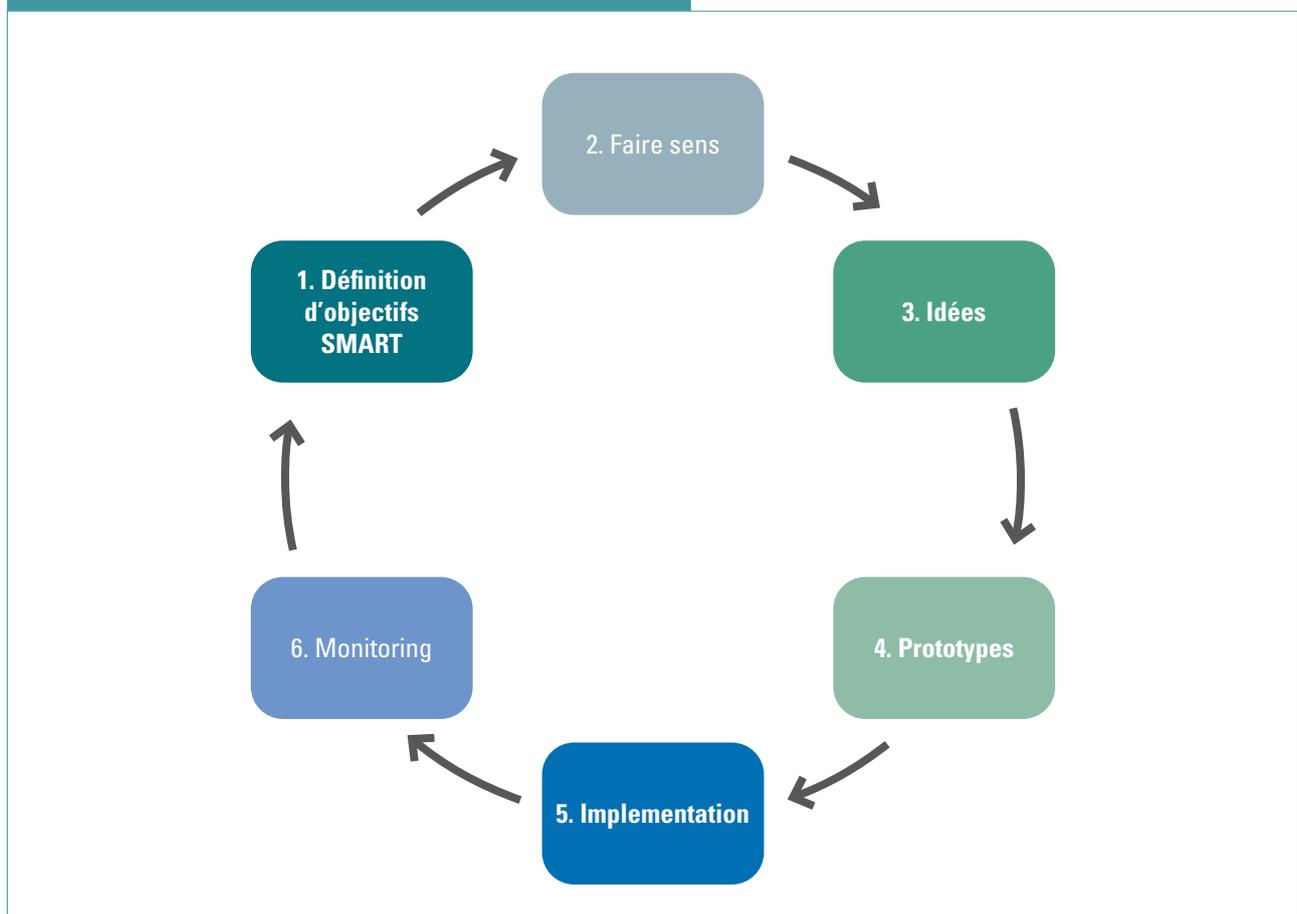
1. le problème à traiter est choisi et défini, formulation d'objectif SMART;
2. le problème étant complexe, il est essentiel de commencer à acquérir une connaissance commune du problème;
3. des options alternatives, des modèles et des actions possibles sont proposés, les plus pertinents sont sélectionnés;
4. la valeur des actions proposées est évaluée en les confrontant à la perspective des patient-es et des prestataires de soins, au contexte local et à d'autres facteurs externes ou à des projets existants, etc.;
5. les actions prioritaires ayant passé l'épreuve sont opérationnalisées et des estimations budgétaires sont faites pour planifier sur plusieurs années leur mise en œuvre.

Avec la décision relative au budget des soins de santé 2022, une nouvelle ligne transversale a été introduite : « Objectifs des soins de santé et *appropriate care* ». Le but est de coconstruire avec l'ensemble des parties concer-

nées pour résoudre des problèmes complexes de santé publique et de performance du système des soins de santé. Concrètement, il s'agit de développer des programmes d'action afin de réaliser des objectifs de soins de santé communs dans un cadre budgétaire pluriannuel. En 2022, dans les domaines de la prévention secondaire et tertiaire, sept problématiques de santé prioritaires ont été sélectionnées pour élaborer des trajets de soins transversaux, des itinéraires de soins et des soins intégrés :

- pré-trajet pour le patient ayant un risque de diabète et suivi des patients diabétiques ;
- trajet de soins pour l'obésité infantile ;
- trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré- et postnatal) pour les femmes vulnérables ;
- trajet de soins autour du patient avant et après une transplantation abdominale ;
- prise en charge des troubles alimentaires pour chez les jeunes ayant des problèmes psychiatriques ;
- réduire les réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) par le déploiement d'une meilleure rééducation pulmonaire et l'augmentation de la qualité de vie des patients concernés via l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles ;

Figure 1 : Cycle d'amélioration itératif



- divers projets dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire dans la 1<sup>ère</sup> ligne : notamment le projet post-COVID.

En 2022, l’amorce de cette nouvelle gouvernance a été lancée. On espère qu’en 2023, les ressources supplémentaires nécessaires pourront être fournies en fonction des conclusions des groupes de travail.

## 2. L'objectif budgétaire et les estimations techniques pour 2023

### 2.1. Objectif budgétaire global 2023

Le calcul de l’objectif budgétaire global est fixé par la loi. Chaque année le calcul se base sur l’objectif budgétaire global de l’année en cours. Celui-ci est majoré par la norme de croissance légale que chaque gouvernement fixe par la loi en début de législature, la masse d’indice basée sur l’indice santé<sup>3</sup> (8,14%) et l’indice pivot, ainsi que certaines dépenses spécifiques (voir Tableau 1).

### 2.2. Estimations techniques pour 2023

Les estimations techniques permettent d’estimer, à politique constante, les dépenses de santé en 2023 à 33,351 milliards d’euros (sans indexation) (INAMI-RIZIV, 2022c) (voir Tableau 2).

Les membres du Comité de l’assurance et du Conseil général reçoivent de la part des services de l’INAMI à la mi-septembre les estimations techniques révisées, soit les dépenses prévues pour l’année suivante sur la base des chiffres disponibles et à politique constante. Les estimations techniques 2022 – 2023 sont, en principe, basées sur l’évolution du trend des dépenses et des cas prestés pour la période 2015 – 2019, sans tenir compte des dépenses et des cas prestés des années 2020 et 2021 ou de l’évolution corrigée du trend des dépenses et cas comptabilisés pour la période 2017 – 2021. En ne tenant pas compte des années comptables 2020 et 2021 ou en corrigeant celles-ci, l’impact du COVID-19 est neutralisé dans l’extrapolation du trend, de sorte que les résultats ne sont pas affectés par les moindres dépenses en 2020 et 2021 dues au COVID-19.

**Tableau 1 : Résumé du calcul de l’objectif budgétaire global 2023**  
(Source : INAMI-RIZIV, 2022c)

	en 000 d’euros
Objectif budgétaire global 2022	32.126.154
Montant compensation recettes totales art.111/81-2022	-1.280.272
Interventions financières supplémentaires pour les prestataires de soins	-207.000
<b>Norme stricte 2022</b>	<b>30.638.882</b>
Norme de croissance réelle 2,5%	765.972
<b>Sous-total</b>	<b>31.404.854</b>
Indice santé (8,14%)	1.475.727
Masse indice pivot 2022 (surcoût en 2023 par rapport à l’objectif 2022)	673.170
Masse indice pivot 2023	282.743
<b>Sous-total</b>	<b>33.836.494</b>
Montant compensation recettes totales art.111/81-2023	1.429.348
Réforme détenus	19.453
<b>Proposition objectif budgétaire pour 2023</b>	<b>35.285.295</b>

3 Indice santé : « La valeur actuelle de cet indice est obtenue par la soustraction de certains produits du panier de l’indice des prix à la consommation, à savoir les boissons alcoolisées (achetées en magasin ou consommées dans un café), le tabac et les carburants, à l’exception du LPG » | Statbel (fgov.be). Pour les salariés, c’est l’indice pivot qui s’applique (appliqué le 1er mois après dépassement de 2%).

**Tableau 2 : Résumé du calcul de la marge budgétaire 2023**  
(Source : INAMI-RIZIV, 2022c)

En milliers d'euros (septembre)	Simulation de l'objectif budgétaire 2023	ITR 2023 (septembre 2022)	Différence
<b>Résultat (en p 2022*)</b>		<b>33.351.797</b>	
<b>Masse d'index</b>			
Indice santé		1.475.727	
Indice pivot 2023		282.743	
<b>Résultat (en p 2023)</b>	<b>35.285.295</b>	<b>35.110.267</b>	<b>175.028</b>

\* Exclusivement le financement complémentaire des prestataires de soins au 1<sup>er</sup> juin 2022

La marge budgétaire correspond à l'objectif budgétaire 2023 (voir Tableau 1) moins les estimations techniques (et les montants d'indexation estimés pour 2023) (voir Tableau 2). En 2023, le solde est positif et correspond à une différence de 175,028 millions d'euros par rapport à l'objectif budgétaire normatif. Cette marge positive permet de financer de nouvelles initiatives.

### 3. Proposition de budget du Comité de l'assurance et décision du Conseil général

#### 3.1. La proposition de budget du Comité de l'assurance : allocation de la marge budgétaire

Le Comité de l'assurance se fonde sur le *Quintuple Aim* pour orienter les politiques d'investissement (INAMI-RIZIV, 2022a; INAMI-RIZIV, 2022b) :

- la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance;
- la santé de la population ;
- le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ;
- l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité ;
- le bien-être des professionnel-les de la santé.

L'objectif de la recherche d'une meilleure efficacité du système de santé trouve une concrétisation en 2023 dans l'*appropriate care*. La formule *appropriate care* exprime l'intention de mieux utiliser les moyens disponibles, en d'autres mots de réaliser des gains d'efficacité<sup>4</sup>. La réflexion est centrée sur les possibilités de dégager des gains financiers nets, c'est-à-dire en finançant des actions qui peuvent non seulement être rentabilisées mais qui génèrent aussi un gain financier net par rapport à ce qui est investi. Le but est de pouvoir réinvestir ces gains pour financer d'autres besoins<sup>5</sup>. L'*Appropriate care* doit être explicité. Il faut éviter que ce concept soit réduit à une volonté d'éviter le gaspillage et donc de simplement faire disparaître l'*inappropriate care*. L'objectif est de passer, avec le budget existant, de moins à plus de soins appropriés. « L'*Appropriate care* a pour objectif de créer une *health value* additionnelle et se base sur des principes tels que 'les bons soins prodigués au bon endroit'. Ceci implique le désinvestissement des *inappropriate care*, la réduction des variations de pratique, le recyclage des moyens résultant de la surutilisation et le réinvestissement dans la sous-utilisation » (INAMI-RIZIV, 2022b).

Différents types de gains d'efficacité sont alors envisageables pour réaliser l'*appropriate care* :

- d'un côté, il est possible de mener la réflexion autour de la réduction du coût des soins, qui doit passer, d'une part, par la réduction de certaines activités qui apportent peu de valeur ajoutée et, d'autre part, par une moindre utilisation de ressources en quantité ou avec des ressources moins coûteuses pour la même efficacité ;
- d'un autre côté, il est aussi indispensable de lutter contre la morbidité évitable qui implique des coûts de prise en charge importants, à commencer par l'amélioration de

4 Le rapport entre ce qui est investi dans le système et les résultats obtenus ([www.gezondbelgie.be](http://www.gezondbelgie.be)).

5 Il est également possible de réaliser des gains d'efficacité sans libérer directement des moyens financiers, c'est-à-dire en investissant davantage pour obtenir des gains de santé plus importants. Toutefois, cette possibilité ne concerne pas l'*appropriate care* car il s'agit d'obtenir un gain financier net à court terme.

la sécurité des soins pour réduire les coûts supplémentaires de prise en charge (par exemple, lutte contre les complications de plaies, les infections nosocomiales, les réhospitalisations évitables, etc.) (Devos, et al., 2019). L'amélioration de l'accès aux soins est aussi un moyen de prévenir les complications évitables, par exemple, par un dépistage précoce, par l'amélioration de la continuité des soins, en particulier à la sortie de l'hôpital ou encore par un meilleur accès aux soins essentiels pour les malades chroniques.

Dans cette optique de meilleure gestion de l'assurance maladie, il est proposé d'investir 80 millions d'euros en *appropriate care* en régime de croisière en 2024 et de rendre cette enveloppe effective dès le 1<sup>er</sup> octobre 2023 afin que

20 millions d'euros puissent déjà être réinvestis dans de nouvelles initiatives en 2023. La marge budgétaire totale disponible pour 2023 s'élève donc à 195,028 millions d'euros, ce qui représente 0,55% du budget total de 2023. Celle-ci vise à financer les nouvelles initiatives qui sont présentées dans les tableaux 3, 4 et 5 ci-dessous.

Dans un contexte économique particulièrement difficile, la priorité est donnée aux mesures en faveur du bien-être des prestataires de soins (cf. « *Quintuple Aim* »). Cet effort représente 70% de la marge budgétaire. L'amélioration de l'accessibilité financière et physique des soins a aussi été une priorité budgétaire, représentant 22% de la marge budgétaire.

## ✕ Nouvelles initiatives prises dans le cadre de l'objectif budgétaire 2023 (allocation de la marge budgétaire de 195 millions d'euros)

**Tableau 3 : Mesures d'accessibilité financière pour les patient-es (sur base annuelle, 14% de la marge budgétaire)**

Mesures	En euros
Verres de lunettes et autres aides : adaptation de la nomenclature et abaissement des seuils, notamment réduction de 7,75 à 6 dioptries pour le groupe cible 18-65 ans	3.354.000
Soins bucco-dentaires : extension des codes d'âge enfants (sans ticket modérateur) jusqu'au 19e anniversaire	3.527.000
Extension de la limite d'âge pour un examen parodontal jusqu'au 60e anniversaire	445.000
Suppression de limite d'âge pour l'examen buccal annuel	1.500.000
Intégration des tarifs maximum (étape supplémentaire)	1.500.000
Extension du remboursement des capteurs pour le diabète de typell (par étapes pour obtenir une tarification correcte)	7.000.000
Oncofreezing (élargissement des indications)	1.500.000
Transport interhospitalier	6.493.930
Augmentation du forfait nutrition entérale à domicile	2.200.000
<b>Total</b>	<b>27.519.930</b>

**Tableau 4 : Mesures d'accessibilité physique pour les patient-es (sur base annuelle, 8% de la marge budgétaire)**

Mesures	En euros
Transidentité : création de centres satellite en raison de listes d'attente de plus de 700 personnes	470.912
Affections rares : financement de la fonction de coordination des soins pour 4 maladies pilotes	675.000
Soins de santé mentale : honoraires des médecins pour des soins somatiques dans des hôpitaux psychiatriques (première étape)	6.443.999
Continuité domicile/hôpital — première phase : financement des séjours de revalidation / unités de revalidation après concertation avec les régions, avec une deuxième phase comprenant l'extension à des lits SP et aux soins à domicile	8.389.532
<b>Total</b>	<b>15.979.443</b>

**Tableau 5 : Mesures en faveur du bien-être du prestataire de soins (sur base annuelle, 70% de la marge budgétaire)**

Mesures	En euros
Mesure structurelle supplémentaire pour les prestataires de soins conventionnés (compensation de l'augmentation des coûts de fonctionnement)	100.000.000
Instauration d'un statut social pour les sage-femmes (cf. les infirmier-ère-s à domicile)	1.036.146
Revalorisation des soins de kinésithérapie sur la base de la masse d'index, de la marge budgétaire et de l'indexation (voir ci-dessous) : 17,29 millions d'euros au 1/1/2023 et 11,162 millions d'euros à partir du 1/7/2023 pour laisser le temps de rédiger des mesures appropriate care, bien que cette description n'empêche pas la réalisation de la revalorisation au 1/7/2023	25.000.000
La réévaluation des codes de week-end pour les soins post-natals au 5ème jour	492.480
Statut social des spécialistes et des généralistes en formation	5.000.000
Soutien aux frais de transport des infirmiers à domicile salariés	5.000.000
<b>Total</b>	<b>136.528.626</b>

Le risque accru de cyberattaques requiert un budget supplémentaire de 15 millions (8% de la marge budgétaire). Il s'agit d'une mesure exceptionnelle étant donné que les frais d'ICT ne sont en principe pas financés avec le budget des soins de santé. Mais les expériences concrètes ont montré que la continuité des soins pouvait être gravement compromise par les cyberattaques et que le financement par le budget des soins de santé était dans ce cas exceptionnellement justifié.

### 3.2. Décision du Conseil général

Le gouvernement confirme les nouvelles initiatives envisagées dans la proposition de budget du Comité de l'assurance et souligne les mesures suivantes dans le cadre de l'accessibilité financière pour les patient-es. Ces mesures sont prises en dehors de l'objectif budgétaire.

Concernant l'amélioration de l'accès financier, les plafonds des tickets modérateurs du maximum à facturer (MAF) ne sont pas indexés cette année. Le MAF est une mesure de protection financière qui vise à éviter les dépenses de santé excessives pour les ménages. Au-delà d'un certain plafond, les tickets modérateurs accumulés sur une année ne sont plus socialement acceptables parce qu'ils deviennent une charge financière trop importante. Lorsque le plafond (dépendant des revenus familiaux nets imposables) est dépassé, les tickets modérateurs et autres frais prévus à la charge du patient sont remboursés. Cela signifie que la limite prévue au-delà de laquelle les patient-es bénéficient de la prise en charge de leurs tickets modérateurs et autres frais par l'assurance maladie n'est pas augmentée

cette année. Une autre mesure en faveur de l'accès financier est l'octroi automatique de l'intervention majorée aux chômeur-ses de longue durée et aux personnes en incapacité de travail parce qu'ils se situeraient sous le plafond de revenus.

Certains glissements budgétaires ont également été décidés. Un montant résiduel de 7,635 millions d'euros de la ligne budgétaire transversale est alloué à une convention « coordinateur de soins spécialisés et consultation multidisciplinaire concernant la sclérose en plaques ». Sur la base de l'accord national médico-mutualiste, 4 millions d'euros sont prévus pour l'ajustement des honoraires des neurologues, des psychiatres et gériatres auprès des résident-es des maisons de repos pour personnes âgées afin d'améliorer l'accès à ces soins. 1,036 million d'euros est débloqué pour la création de banques de lait maternel dans les hôpitaux car le budget nécessaire à l'instauration du statut social des sage-femmes a pu finalement être trouvé dans un autre poste de dépenses « administratives ». Dans le cadre de la politique intégrée en matière de drogue, les services A de 20 réseaux de soins de santé mentale sont

renforcés et un soutien supplémentaire aux projets art. 56 concernés (avec chaque fois une suite en 2024) est prévu.

Pour cette année seulement, un montant unique de 80 millions d'euros est prévu pour compenser la hausse des frais énergétiques du premier semestre 2023 dans les hôpitaux. Une évaluation aura lieu d'ici le 30 juin 2023 pour voir si des moyens supplémentaires doivent être dégagés pour ce poste. Le coût supplémentaire pour 2023 des mesures contre le COVID-19 a été estimé en septembre à 296,693 millions d'euros. Ce montant dépend de l'évolution de la

pandémie et plus encore de la stratégie de dépistage prévue (INAMI-RIZIV, 2022c). En raison de l'ajustement, après le conclave budgétaire, de cette stratégie de dépistage, le coût supplémentaire a finalement été réévalué pour 2023 à 100 millions d'euros. Ce coût supplémentaire n'est pas inclus dans l'objectif budgétaire global. Ce n'est qu'en 2024 que les mesures structurelles de lutte contre le COVID-19 nécessaires seront incluses dans l'objectif budgétaire global et ne devront donc plus être financées en dehors de la norme de croissance budgétaire.

## Impact du COVID-19 sur les dépenses de santé

Le coût supplémentaire des mesures spécifiques pour le COVID-19 hors objectif budgétaire global s'élevait en 2020 à 897,170 millions d'euros (dont environ 200 millions pour le dépistage) et en 2021 à 1,123 milliard d'euros (dont environ 640 millions pour le dépistage) (INAMI-RIZIV, 2022c). La réduction totale des dépenses liées à l'utilisation des soins de santé est estimée à 1,47 milliard d'euros pour l'année 2020 (INAMI, 2021) et à beaucoup moins pour l'année 2021.

Les dépenses, autant dans les secteurs ambulatoires que dans les hôpitaux, sont considérablement plus élevées en 2021 qu'en 2020 :

- dans les secteurs ambulatoires hors hôpitaux, les dépenses ont augmenté en 2021 de 9,7% par rapport à 2020;
- dans les hôpitaux, les dépenses ont augmenté en 2021 de 10,3% par rapport à 2020.

Il faut noter qu'en 2021, dans tous les secteurs, il y a eu 10,7 millions au total de prestations à distance. Elles représentent une dépense de 224 millions d'euros. La majeure partie de ces prestations sont faites par des médecins (représentant 218 millions d'euros pour 10,5 millions de prestations).

L'industrie pharmaceutique doit mettre en œuvre la trajectoire d'économies décidée dans l'accord de gouvernement pour les années 2022-2024 : au terme de l'accord de gouvernement, le gouvernement a décidé de demander à l'industrie pharmaceutique les efforts suivants à titre de contribution à l'équilibre budgétaire du gouvernement fédéral (non cumulatifs) : 150 millions en 2021, 180 millions en 2022, 210 millions en 2023 et 250 millions en 2024. De plus, le gouvernement a décidé lors de son conclave budgétaire que le secteur des soins de santé ne pourra pas employer 120 millions d'euros en 2023 afin de réduire le déficit budgétaire du gouvernement fédéral. Ce montant correspond à 80 millions d'euros pour des corrections techniques apportées aux estimations de l'INAMI et 40 millions d'euros pour de nouvelles initiatives politiques qui ne pourront pas être mises en œuvre en 2023, mais sont réservées pour 2024.

Enfin, le gouvernement a déjà pris quelques décisions qui limiteront fortement les discussions budgétaires pour

le budget des soins santé 2024 et dès lors les réponses qui pourraient être apportées aux besoins en soins de la population et aux besoins de financement des prestataires de soins. La norme de croissance passe exceptionnellement de 2,5% à 2% en 2024, ce qui équivaut à une diminution de 169 millions d'euros de budget et rend improbable la possibilité de marge budgétaire pour investir dans les soins de santé. Les 2% d'accroissement réel des dépenses seront largement absorbés par l'augmentation structurelle des besoins en soins de la population à politique constante (cf. partie 1). En effet, pour la période 2020-2024, le Bureau fédéral du Plan estimait une croissance réelle moyenne de 2,5% par an à politique constante (Bureau fédéral du Plan, 2019). À cette réduction drastique du budget 2024 devront s'ajouter les coûts supplémentaires dus aux mesures contre le COVID-19 (voir ci-dessus). Enfin, il est également prévu que 125 millions d'euros ne pourront pas être utilisés en 2024, mais seront en principe réservés à 2025.

## 4. Conclusion

La proposition du budget pour l'année 2023 a été votée par les membres du Comité de l'assurance à la majorité des deux tiers<sup>6</sup> et approuvée à l'unanimité par le Conseil général. La décision prend les mesures nécessaires pour soutenir l'accès aux soins et prendre en compte les difficultés financières des prestataires et des établissements de soins malgré la situation économique difficile. Comme c'est précisément en raison de cette situation difficile que l'on peut s'attendre à ce que davantage de personnes reportent leurs soins, ou peut-être même y renoncent, nous apprécions cette décision du gouvernement. Cependant, les séquelles de la pandémie, conjuguées à la pénurie croissante de personnel, au vieillissement de la population, à la hausse des prix de l'énergie et au retard des indexations, soumettent les prestataires de soins de santé à une forte pression. À juste titre, une grande partie de la marge budgétaire leur a été attribuée, ainsi qu'à des mesures favorisant l'accessibilité financière des soins en faveur des patient-e-s.

En 2022, l'augmentation des coûts de fonctionnement et les retards dans les mécanismes d'indexation ont soumis le modèle de convention à une pression intense. Le conventionnement et un nombre suffisant de prestataires de soins de santé qui y adhèrent sont néanmoins essentiels pour maintenir l'accessibilité financière pour chaque patient-e (sous réserve de tarifs de conventionnement raisonnables). Il n'y a pas non plus de solution évidente pour le conventionnement. Les 100 millions d'euros destinés à la compensation structurelle de la hausse des coûts de fonctionnement au profit des prestataires de soins entièrement conventionnés devraient donner à tous les acteur-rices le temps de procéder à une adaptation de fond du modèle de conventionnement. L'objectif est que la population de chaque région dispose d'une offre suffisante de soins à un tarif conventionné. Ces réformes devront être élaborées en 2023, en même temps que la réforme de la nomenclature médicale et que les élections médicales, ce qui ne sera pas facile.

Le succès des politiques de soins de santé dépendra de la capacité des processus de gouvernance à intégrer l'ensemble des perspectives multiples dans une dyna-

mique d'amélioration continue du système de soins de santé. Pour permettre la réalisation de cette dynamique, la co-construction des politiques de soins de santé, visant à transformer le système de santé de façon participative et itérative, est une nouvelle mission, par ailleurs en cours de formalisation pour l'ensemble des parties prenantes. À l'heure actuelle, aucun objectif interfédéral de santé n'a été formulé et aucun objectif SMART pour les soins de santé n'a été fixé lors des décisions budgétaires pour 2023; de même, la gouvernance pour un processus budgétaire adapté n'a pas encore été opérationnalisée et aucune méthodologie participative permettant aux prestataires de soins, aux mutualités et aux expert-es d'apprendre à co-construire n'a encore été mise sur pied.

L'introduction de la nouvelle méthodologie des objectifs (de soins) de santé, des programmes d'action et de la planification pluriannuelle nécessite du temps et des moyens pour développer des méthodes de travail et une gouvernance adaptées. En même temps, il est indispensable d'établir une confiance dans la nouvelle méthode de travail. Les mutualités avaient espéré un rythme de progression plus soutenu dans ce domaine, notamment dans les sept groupes de travail transversaux suite à la décision budgétaire pour 2022 (voir ci-dessus). C'est pourquoi il a été décidé de ne pas lancer de nouveaux groupes de travail (la ligne budgétaire transversale n'a provisoirement pas encore été complétée). Il est désormais urgent de mettre en place une gouvernance capable de mobiliser toutes les parties prenantes autour des nombreux défis à long terme auxquels le système de santé sera confronté. De nouvelles méthodes de travail devront être élaborées pour arriver à coupler aux objectifs des soins de santé des programmes d'action basés sur l' *appropriate care* , ainsi que pour apprendre la planification pluriannuelle. Toutefois, la préservation du système des soins de santé ne pourra pas être garantie sans une politique d'investissement forte pour rencontrer les besoins croissants en soins de la population dans les années à venir, c'est-à-dire en commençant par le relèvement de la norme de croissance légale. En effet, les choix budgétaires doivent non seulement répondre aux besoins actuels, mais aussi permettre d'anticiper les besoins futurs. Compte tenu de l'évolution rapide des besoins, la préservation d'un modèle de soins de santé basé sur la solidarité dépendra très fortement des choix budgétaires qui seront posés dans les années à venir.

6 Le Comité de l'assurance a recommandé la proposition avec une majorité des deux tiers : 100% sur le banc des mutualités (22 voix sur 22 pour) et 73% sur le banc des prestataires de soins de santé (6 absents parce qu'il n'a été signalé que très tard que la réunion aurait lieu en présentiel et non en ligne, 5 abstentions, 8 voix pour et 3 contre).

## Bibliographie

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? KCE Reports 334D/2020/10.273/30*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Bureau Fédéral du Plan. (2017). *Perspectives économiques régionales 2017-2022*. Bruxelles: BFP.
- Bureau Fédéral du Plan. (2019). *Perspectives économiques 2019-2024*. Bruxelles: BFP.
- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Mutualité Chrétienne, Santé & Société*, 2, 20-39.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique. Rapport de synthèse*. Bruxelles: Observatoire Social Européen.
- De Wolf, F., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., Rygaert, X., & Willaert, D. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Bruxelles: Agence intermutualiste AIM-IMA.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge. Rapport 2019. KCE Reports 313B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- INAMI-RIZIV. (2021). *Monitoring COVID-19. L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé. Rapport 2020*. Bruxelles: INAMI-RIZIV.
- INAMI-RIZIV. (2022a). Nota ARGV\_2022/064. Brussel: RIZIV-INAMI.
- INAMI-RIZIV. (2022b). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024*. Brussel: RIZIV-INAMI
- INAMI-RIZIV. (2022c). Nota CGV\_2022/262. Brussel: RIZIV-INAMI.
- Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-informations*, 281, 4-22.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adriaenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. KCE Reports 352B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).



# Indicateurs pour le développement des soins palliatifs dans le monde

Discussion d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Michèle Morel — Service d'études

## Résumé

En 2021, l'OMS a proposé un nouvel ensemble d'indicateurs pour évaluer le système de soins palliatifs d'un pays au niveau macro. Il comprend 18 indicateurs dans 6 domaines qui ont été déterminés par consensus par des experts internationaux. Chaque pays peut utiliser les indicateurs en fonction du stade de développement des soins palliatifs et des données disponibles.

Pour ce faire, l'OMS propose un processus en cinq étapes pour mettre en œuvre les indicateurs. Les informations obtenues à partir de ces indicateurs permettent, d'une part, de guider les choix politiques et stratégiques pour favoriser le développement des soins palliatifs à l'échelle d'un pays. D'autre part, cela permet de comparer, au niveau international, le niveau de développement des soins palliatifs entre les pays.

Mots-clés : soins palliatifs, Organisation mondiale de la santé, indicateurs, évaluation, lu pour vous

# 1. Évaluation des soins palliatifs au niveau macro

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que les soins palliatifs sont une « responsabilité éthique des systèmes de santé » (World Health Organisation, 2014, p. 2). Les soins palliatifs sont des soins qui visent à améliorer la qualité de vie et le bien-être psychosocial, spirituel et existentiel des patient·es et de leur famille lorsqu'ils sont confrontés à une maladie mortelle. On estime que plus de 56,8 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs, dont 78% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Connor S., 2020, p. 20 en 23). Bien que le besoin soit grand, les soins palliatifs ne sont toujours pas accessibles aujourd'hui à la grande majorité des personnes qui en ont besoin, y compris les enfants.

Dans de nombreux pays, la maturité des services de soins palliatifs est mesurée à l'aune de l'utilisation d'analgésiques contenant des opiacés. Bien que ces analgésiques soient indispensables pour la gestion de la douleur, ils ne sont qu'un élément parmi d'autres nécessaires au développement d'un système de soins palliatifs solide. Ces dernières années, des initiatives ont été prises pour définir un ensemble d'indicateurs permettant une évaluation plus complète et à part entière des systèmes de soins palliatifs (Arias, Garralda, & De Lima, 2018 ; Arias-Casais, et al., 2019). S'appuyant sur ces efforts, l'OMS a élaboré un ensemble d'indicateurs applicables au niveau mondial pour aider les pays à évaluer et à monitorer leurs systèmes de soins palliatifs (World Health Organisation, 2021). Il s'agit de 18 indicateurs répartis sur six domaines qui sont considérés comme les composantes essentielles du développement des soins palliatifs.

Dans un article précédent de *Santé & Société*, nous avons abordé une autre série d'indicateurs pour les soins palliatifs : les indicateurs dans le cadre des mesures de qualité effectuées par les équipes spécialisées en soins palliatifs en Flandre (Morel, 2021). Ces indicateurs de qualité (indicateurs de processus d'une part et indicateurs de résultats d'autre part)<sup>1</sup> sont principalement destinés à un

usage interne au sein d'un établissement de santé. Ils permettent d'identifier les aspects des soins qui peuvent être améliorés. Les indicateurs de l'OMS auxquels il est fait référence dans le présent article (indicateurs de structure<sup>2</sup> et indicateurs de processus) doivent être considérés à un niveau différent, à savoir le niveau (macro) de la politique et de la stratégie. Dans quelle mesure effectue-t-on des recherches sur les soins palliatifs ? Quelle place ont les soins palliatifs dans les formations ? Existe-t-il un plan stratégique national pour les soins palliatifs ? Les pays peuvent s'inspirer des indicateurs proposés par l'OMS pour définir leurs propres indicateurs (sub)nationaux adaptés au contexte national. Les informations obtenues par un pays après l'application des indicateurs définis peuvent ensuite contribuer à façonner la prise de décision politique (par exemple pour la fixation des priorités ou l'allocation des ressources). C'est également un instrument puissant pour le plaidoyer des différentes parties prenantes, par exemple pour mobiliser des moyens pour les soins palliatifs. Au niveau international, l'harmonisation des données donne une image plus claire des besoins et des défis existants dans le monde en matière de soins palliatifs. Elle permet également aux pays d'apprendre les uns des autres en découvrant de bons exemples.

Les indicateurs de l'OMS ont été sélectionnés par le biais d'un processus de recherche de consensus. Les choix ont été faits à partir d'une longue liste d'indicateurs existants et validés, utilisés dans divers contextes à travers le monde. Le consensus a été obtenu au sein d'un groupe d'experts internationaux représentant toutes les régions de l'OMS, par le biais d'une série de concertations, de travaux de groupe et d'un processus Delphi à deux tours (une méthode de recherche permettant de parvenir à une décision de groupe et dans laquelle les experts sont interrogés de manière indépendante). Nous pouvons dire que les indicateurs définis sont le résultat d'une grande variété d'expériences pratiques et d'expertise, d'enseignements tirés dans le monde entier et d'une réflexion approfondie sur la pertinence et la faisabilité. Il intègre des approches innovantes et se concentre sur l'implication des personnes et des communautés, ce qu'on accueille favorablement.

1 Les indicateurs de processus décrivent les procédures/actions clés qui contribuent à la réalisation des objectifs. Ils mesurent par exemple si les activités prévues (telles que les conférences scientifiques sur les soins palliatifs) ont eu lieu. Les indicateurs de résultats se concentrent sur les résultats, les effets d'un système ou d'une action. Ils mesurent par exemple la mesure avec laquelle les patients sont soulagés d'une douleur modérée à sévère.

2 Les indicateurs de structure fournissent des informations sur les conditions périphériques organisationnelles dans lesquelles les objectifs peuvent être atteints. Ils mesurent par exemple l'existence d'un plan stratégique (sub)national en matière de soins palliatifs.

## 2. Les 18 indicateurs de l'OMS répartis en six domaines

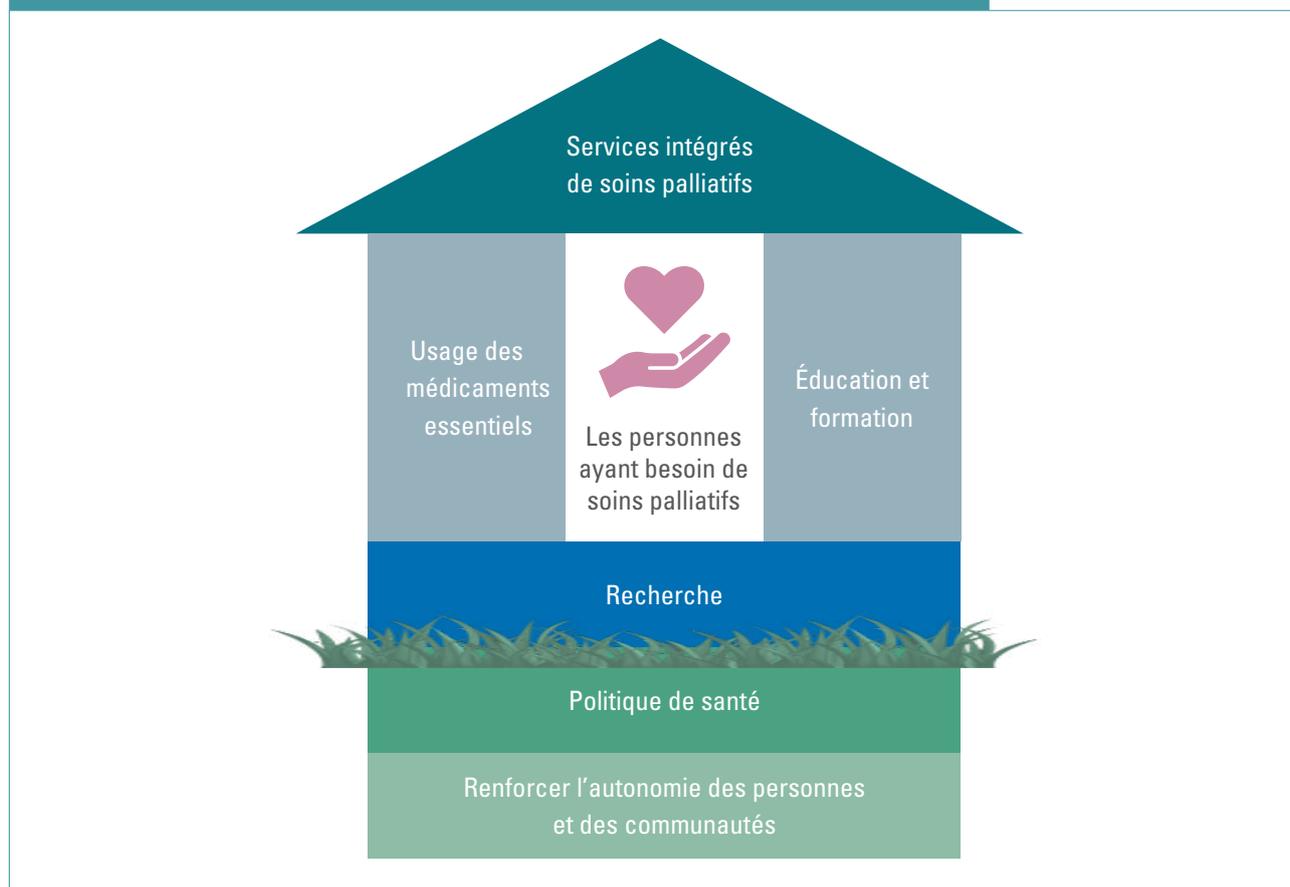
Avant d'aborder les indicateurs eux-mêmes, le concept de « développement des soins palliatifs » a été examiné. Quelles sont les dimensions associées à un système de soins palliatifs solide ? Un modèle conceptuel a été présenté, contenant six composantes essentielles pour des soins palliatifs optimaux (voir Figure 1).

Au cœur de ce modèle conceptuel se trouvent les personnes ayant besoin de soins palliatifs : c'est l'axe central du modèle. Pour ces personnes, l'objectif ultime du modèle est qu'il existe une offre solide de soins palliatifs intégrée dans le système global de soins (le toit de la maison). Pour une prestation optimale de soins palliatifs, deux autres composantes sont très importantes (les murs de la maison, qui soutiennent le toit) : d'une part, la disponibilité et l'utilisation de médicaments essentiels pour éviter ou soulager la douleur et autres souffrances à tous les niveaux de soins ; d'autre part, la formation de base et spécialisée de tous les prestataires de soins impliqués dans les soins palliatifs, nécessaires pour garantir la qualité et la sûreté

des soins. Ces deux composantes sont étroitement liées à deux autres composantes fondamentales (les fondations de la maison) : une politique de santé « favorable » qui régit les questions mentionnées ci-dessus, et l'*empowerment* des personnes et des communautés. Entre les murs et les fondations de la maison, nous trouvons le dernier élément : la recherche sur les soins palliatifs, comme le sol de la maison sur lequel les prestataires de soins marchent en tenant compte des besoins des patient-es. La recherche est la base de la médecine de pointe. L'objectif ici est de créer des *preuves* scientifiques fortes sur les soins palliatifs, tant au niveau des soins individuels qu'au niveau de l'organisation des soins. En résumé, voici les six composantes essentielles d'un système de soins palliatifs solide :

- 1) Services intégrés de soins palliatifs
- 2) Usage des médicaments palliatifs essentiels
- 3) Éducation et formation des professionnels de la santé et des bénévoles en matière de soins palliatifs
- 4) Une politique efficace en matière de soins palliatifs
- 5) *Empowerment* (autonomisation) des personnes et des communautés
- 6) Recherche sur les soins palliatifs

Figure 1 : Modèle conceptuel du développement des soins palliatifs (Source : Organisation mondiale de la santé, 2021, p. 14)



Sur la base de ce modèle conceptuel, 18 indicateurs ont été définis (voir Tableau 1).

**Tableau 1 : Indicateurs de l'OMS pour l'évaluation des systèmes de soins palliatifs (Source : Organisation mondiale de la santé, 2021, p. 16)**

<b>Dimensions et indicateurs</b>
<b>Services intégrés de soins palliatifs</b>
Nombre de programmes de soins palliatifs spécialisés dans le pays par population
Nombre de programmes de soins palliatifs spécialisés pour les enfants dans le pays par population
Disponibilité de systèmes de suivi pour évaluer la qualité des programmes de soins palliatifs
Estimation du nombre de patients recevant des soins palliatifs spécialisés au niveau national
<b>Politique de santé</b>
Existence d'un plan, d'un programme, d'une politique ou d'une stratégie nationale de soins palliatifs avec un cadre de mise en œuvre établi
Existence d'un cadre juridique sur l'accès aux soins palliatifs et leur réglementation
Inclusion des soins palliatifs dans la liste des services de soins de santé primaires du système national de santé
Existence de normes et de standards nationaux pour la prestation de services de soins palliatifs
Existence d'une autorité nationale de coordination des soins palliatifs au sein des services du ministre de la santé/des soins de santé
<b>Usage des médicaments essentiels</b>
Consommation annuelle d'opioïdes déclarée par habitant
Disponibilité des médicaments essentiels pour la douleur et les soins palliatifs à tous les niveaux de soins
Disponibilité globale de la morphine orale à libération immédiate au niveau de la première ligne
<b>Éducation et formation</b>
Proportion d'écoles de médecine et d'infirmières offrant une formation officielle en soins palliatifs dans les programmes de premier cycle
Spécialisation en médecine palliative pour les médecins
<b>Renforcer l'autonomie des personnes et des communautés</b>
Existence d'une politique ou d'une directive sur la planification anticipée des soins
Existence de groupes dédiés à la promotion des droits des patients en soins palliatifs et de leurs familles, soignants et proches
<b>Recherche</b>
Existence de conférences ou d'événements de consultation scientifique au niveau national, concernant spécifiquement les soins palliatifs
Recherche sur les soins palliatifs dans le pays en question, recensée à partir d'articles évalués par les pairs

Au sein de cet ensemble d'indicateurs, deux autres sous-ensembles d'indicateurs ont été établis : un ensemble de 10 indicateurs fondamentaux (considérés comme des indicateurs clés pour l'évaluation des systèmes de soins palliatifs ainsi que pour l'évaluation comparative entre les pays) et un ensemble de neuf indicateurs stratégiques spécifiquement destinés aux pays où le développement des soins palliatifs débute seulement.

Chaque pays a son propre contexte spécifique et peut donc utiliser les indicateurs (Tableau 1) en fonction de ses besoins, du stade de développement des soins palliatifs et des systèmes de collecte de données existants. L'archi-

tecture de la maison de soins palliatifs (modèle conceptuel, Figure 1) reflétera également ce contexte particulier : chaque pays construit cette maison, pour ainsi dire, avec les matériaux dont il dispose et son style spécifique.

### 3. Processus de mise en œuvre

Bien que la série d'indicateurs élaborée par l'OMS soit considérée comme applicable au niveau mondial, il est important qu'une analyse de la faisabilité et de la pertinence

des indicateurs proposés dans la pratique soit effectuée dans chaque pays. En effet, plusieurs facteurs peuvent compliquer la mise en œuvre des indicateurs, par exemple la disponibilité limitée des données, l'hétérogénéité des systèmes d'enregistrement et/ou des unités de mesure et l'acceptabilité des indicateurs (World Health Organisation, 2021, p. xii).

L'OMS propose dès lors un processus de mise en œuvre en cinq étapes. Tout d'abord, on identifie les indicateurs les plus appropriés (indicateurs fondamentaux ou stratégiques) (1). On identifie ensuite les sources de données disponibles au sein du système d'information sanitaire du pays (2). Sur cette base, le choix des indicateurs sera adapté si nécessaire. Les diverses parties prenantes (décideurs, chercheurs, prestataires de soins, organisations de la société civile, etc.) sont les mieux placées pour participer à ces étapes (3). La collecte et la production de données commencent alors (4), après quoi ces données sont utilisées pour formuler des priorités politiques et des actions d'amélioration (5).

## 4. Quelques réflexions sur la série d'indicateurs de l'OMS

Les indicateurs permettent de suivre et de comparer dans le temps le niveau de développement des soins palliatifs dans un pays, et donc d'identifier les améliorations (ou les détériorations) par indicateur par rapport à une période précédente. En outre, ils permettent de comparer les pays entre eux en fonction du stade de développement de leurs systèmes de soins palliatifs.

En revanche, ce qui n'est pas possible, c'est de vérifier les résultats d'un pays par indicateur (sous la forme d'un pourcentage, d'une valeur absolue, etc.) par rapport à des scores fixes par indicateur qui correspondent à ce qui est considéré comme de « bons résultats » et donc à des normes cibles. En effet, l'OMS n'a pas fixé de telles normes cibles. L'établissement d'un cadre de référence n'est peut-être ni évident ni souhaitable, étant donné les grandes différences socio-économiques entre les pays et donc dans le niveau de développement de leurs systèmes de santé. Les différences culturelles jouent également un rôle. Pour les pays, il est donc préférable de se concentrer sur un résultat « aussi bon que possible » et sur l'amélioration au fil du temps dans le pays.

L'ensemble d'indicateurs de l'OMS comprend uniquement des indicateurs de structure et de processus. L'intégration d'indicateurs de résultats serait pourtant souhaitable, car ils fourniraient des informations complémentaires importantes sur le développement et la qualité de ses soins palliatifs. Toutefois, l'intégration de tels indicateurs pourrait représenter un défi majeur. En effet, la construction d'indicateurs de résultats nécessite à la fois des données beaucoup plus détaillées sur les soins palliatifs et des systèmes d'enregistrement qualitatifs, ce qui n'est pas encore disponible dans de nombreux pays (Connor, et al., 2020).

Il appartient maintenant aux pays de mettre en œuvre les indicateurs de l'OMS et de prendre des mesures pour améliorer leurs systèmes de soins palliatifs en fonction des résultats.

## Bibliographie

Arias, N., Garralda, E., & De Lima, J. (2019). Global palliative care and cross national comparison: how is palliative care development assessed? *Journal of palliative medicine*, 22(5), 580-590.

Arias-Casais, N., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Lima, L., Rhee, J., & Centeno, C. (2019). *Brief manual health indicators monitoring global palliative care development*. Houston: IAHPC Press.

Connor, S. (2020). Global Atlas of Palliative Care 2nd Ed. Opgehaald van <http://www.thezhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Connor, S., De Lima, L., Downing, J., Ling, J., Quilliam, P., & Radbruch, L. (2020). The Berlin Declaration: a collaborative roadmap to advance global hospice and palliative care. *Journal of palliative medicine*, 23(1), 22-23.

Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, L., & Mistiaen, P. (2021). *Somatische zorg in een psychiatrische setting - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Morel, M. (2021). Comment mesurer la qualité des soins palliatifs? Une expérience flamande. *MC Information*, 285, 39-44.

World Health Organisation. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 67th World Health Assembly, Agenda item 15.5*. WHO. Opgehaald van [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)

World Health Organisation. (2021). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organisation. Opgehaald van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.

World Health Organization. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Geneva: World Health Organisation.

# État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale

Résumé du rapport de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale

Ann Morissens — Service d'études

## Résumé

Le rapport de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (OSS) identifie les principaux défis de l'impact environnemental sur la santé pour la Région de Bruxelles-Capitale. La pollution de l'air et le bruit environnemental sont les principaux facteurs environnementaux ayant des conséquences sur la santé à Bruxelles. L'exposition à la pollution est inégalement répartie dans la région et certains quartiers, souvent plus défavorisés sur le plan socio-économique, souffrent davantage de la pollution de l'air et du bruit. Les espaces verts, qui ont des effets positifs sur la santé, sont également répartis de manière inégale. Non seulement l'accès aux espaces verts est plus difficile, mais leur qualité est également moindre dans les quartiers socio-économiquement plus défavorisés. La dernière décennie a vu une augmentation du nombre de piétons et de cyclistes à Bruxelles. D'autres progrès peuvent être réalisés en réaménageant la ville, en investissant dans les transports publics, en verdissant les espaces publics et en améliorant les infrastructures pour les cyclistes et les piétons afin de les rendre sûres et attrayantes. En effet, le rapport montre que la politique peut jouer un rôle important dans la réduction de la pollution et des nuisances en ville, avec un impact positif sur la santé.

Mots clés : environnement, santé, pollution de l'air, bruit environnemental, espaces verts, lu pour vous

## 1. Introduction

Vivre et habiter dans une ville présente des avantages, mais aussi des inconvénients. L'un de ces inconvénients est l'exposition (accrue) à diverses formes de pollution et les risques qu'elle comporte. La pollution de l'air est l'une d'entre elles. Elle est en grande partie causée par le trafic routier et a un impact négatif sur la santé. Cet impact, ainsi que celui d'autres formes de pollution sur la santé, a été scientifiquement documenté. Le rapport de l'Observatoire vise à identifier, pour la Région de Bruxelles-Capitale, les défis liés à l'impact des facteurs environnementaux sur la santé des habitants (Andrieux, Eggen, & Bouland, 2021). Le rapport ne se prétend cependant pas exhaustif. L'accent est mis principalement sur les facteurs environnementaux qui ont le plus d'impact négatif sur la santé. La disponibilité des données a également joué un rôle dans le choix des thèmes couverts. Le rapport peut être considéré comme un document informatif qui peut aider les décideurs politiques à mettre en œuvre certaines mesures susceptibles d'améliorer la situation. Dans ce résumé, nous abordons la pollution de l'air, le bruit environnemental, les espaces verts et l'activité physique mais n'incluons pas les multi-expositions et les autres polluants car aucune donnée n'est disponible pour Bruxelles.

## 2. Les principaux effets de l'exposition aux facteurs environnementaux sur la santé

Dans un premier chapitre, le rapport passe en revue les connaissances déjà accumulées sur les effets de l'exposition à des facteurs environnementaux sur la santé. Ces effets peuvent être à la fois positifs et négatifs. L'impact négatif se manifeste entre autres par un risque accru de maladies respiratoires et cardiovasculaires, de cancers, de problèmes de fertilité, ainsi que de problèmes de santé mentale. L'étendue du problème et les paramètres environnementaux qui y contribuent sont examinés pour les différents effets néfastes sur la santé. Un inventaire des connaissances scientifiques est réalisé à cet effet, en précisant qu'il s'agit d'un exercice complexe que de solidifier les liens entre les expositions aux facteurs environnementaux et les problèmes de santé. L'impact négatif sur la santé est généralement exprimé en termes de chiffres de morbidité ou de mortalité. Bien que l'espérance de vie ait tendance à augmenter dans les pays de l'OCDE, l'ex-

position à certaines formes de pollution peut raccourcir l'espérance de vie ou réduire le nombre d'années de vie en bonne santé. Dans les points suivants, nous abordons d'abord les effets négatifs de la pollution atmosphérique et du bruit environnemental sur la santé, puis nous examinons les effets positifs des quartiers verts et de l'exercice physique sur la santé, ainsi que la manière dont les politiques peuvent les promouvoir.

## 3. La pollution de l'air, rendre l'invisible visible

La pollution de l'air est définie dans le rapport comme : « la présence d'une ou de plusieurs substances dans l'air à une concentration ou pendant une durée supérieure à leurs niveaux naturels, et qui a le potentiel de produire un effet nocif ». À l'échelle mondiale, la pollution de l'air est le principal facteur environnemental ayant des effets négatifs sur la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les principaux polluants d'intérêt pour notre santé sont les matières particulaires, le dioxyde d'azote, l'ozone troposphérique, le monoxyde de carbone et le dioxyde de soufre. Les principaux polluants d'intérêt à Bruxelles, compte tenu de leurs niveaux de concentration actuels et de leurs impacts sur la santé, sont les particules fines, le dioxyde d'azote et l'ozone.

Le rapport aborde ensuite les effets de la pollution de l'air sur la santé. Ces effets peuvent varier considérablement et aller d'éternuements à la mort prématurée. Les effets négatifs sur la santé ne se limitent pas à un risque accru de maladies cardiovasculaires ou respiratoires. Pendant la grossesse, il peut également y avoir des conséquences pour l'enfant à naître : par exemple, l'exposition aux particules peut entraîner un faible poids à la naissance ou une prééclampsie. Mais même avant la conception, il peut y avoir des problèmes dus à une qualité réduite du sperme. Les effets neurologiques de l'exposition aux particules ont également déjà été démontrés. Le risque d'accidents vasculaires cérébraux est également accru.

À Bruxelles, les principales sources de pollution de l'air extérieur sont le trafic routier, le chauffage des bâtiments, la production d'énergie et la gestion des déchets. Le chauffage et la production d'énergie sont responsables d'une part importante des émissions de particules fines. Les émissions de dioxyde d'azote sont quant à elles principalement dues au trafic routier.

### 3.1. Niveaux de concentration en polluants de l'air

Les concentrations moyennes de particules fines et de dioxyde d'azote à Bruxelles dépassent les valeurs guides de l'OMS. Toutefois, les moyennes restent inférieures aux valeurs guides de l'UE, qui sont moins strictes que celles de l'OMS. Ces valeurs annuelles moyennes doivent cependant être interprétées avec précaution. Car il ne s'agit que de moyennes annuelles (sur le long terme) pour l'ensemble du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Il se peut donc que certains quartiers soient exposés à des concentrations plus élevées ou qu'il y ait des périodes de pic à certains moments où les concentrations auxquelles les gens sont exposés sont plus élevées.

Des concentrations inférieures aux valeurs guides ne garantissent cependant pas l'absence d'effets néfastes. Les valeurs guides indiquent ce qui constitue un risque acceptable et évoluent également dans le temps. Il n'est donc pas non plus très utile de juger les politiques en fonction de leur conformité ou non aux valeurs guides. Il est préférable de procéder à une évaluation des risques pour la santé. Cette approche permet d'examiner l'impact d'un facteur polluant sur la santé. Cette méthodologie est expliquée ci-dessous (point 3.2).

### 3.2. Évaluation du risque pour la santé lié à la pollution de l'air

L'évaluation du risque pour la santé est un moyen scientifique qui vise à estimer l'impact sur la santé d'expositions passées, actuelles ou futures sur une population. Une évaluation comprend trois étapes. La première étape consiste à déterminer l'exposition de la population aux polluants considérés. La deuxième étape consiste à estimer le risque pour la santé de l'exposition de la population aux différents niveaux de pollution de l'air grâce à l'utilisation de données démographiques et de santé ainsi que d'une relation dose-réponse préexistante. Les relations dose-réponse sont établies par des études épidémiologiques. La troisième étape consiste à exprimer les incertitudes liées au processus d'évaluation du risque pour la santé.

L'évaluation des risques pour la santé est donc un exercice utile car elle permet de déterminer quelles mesures auront un impact et d'identifier et de communiquer le rapport coût-bénéfice de certaines mesures.

Les éléments suivants ont été utilisés afin d'analyser la situation à Bruxelles dans ce rapport : les moyennes annuelles de concentrations en polluants de l'air en Région de Bruxelles-Capitale, les données démographiques issues de l'Office Belge de Statistique et les données de mortalité issues des bulletins de décès provenant de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (OSS). La méthodologie suivie se base en partie sur celle utilisée par l'Agence européenne de l'environnement pour son évaluation annuelle de l'impact de la pollution de l'air au niveau européen.

L'évaluation vise à déterminer l'impact actuel de la pollution de l'air sur la santé, le nombre d'années de vie perdues qui peuvent être récupérées si la qualité de l'air s'améliore, et comment les ressources budgétaires peuvent être utilisées efficacement pour améliorer la qualité de l'air.

L'étude a été réalisée à l'aide du logiciel AirQ+ mis à disposition par l'OMS. Il a permis d'examiner l'impact de la pollution de l'air sur la mortalité générale pour l'azote et les particules fines et sur la mortalité spécifique pour les particules fines.

### 3.3. Niveaux de concentration en polluants de l'air en Région de Bruxelles-Capitale et conséquences

Globalement, les niveaux de concentration en polluants de l'air n'ont cessé de baisser depuis vingt ans à Bruxelles. Cette diminution est en partie liée à la suppression de différentes sources de polluants telles que les incinérateurs, l'usage du chauffage au gaz naturel au lieu du pétrole et l'amélioration du parc automobile. Cependant, même si la situation s'est améliorée, les niveaux de concentration en polluants dans l'air demeurent préoccupants par rapport à leurs impacts potentiels sur la santé. La carte de la pollution atmosphérique par secteur statistique montre des concentrations plus faibles dans la partie sud-est de la région et des concentrations plus élevées autour des principaux axes routiers et du pentagone (centre) et de la partie nord-est de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les résultats de l'évaluation des risques pour la santé indiquent l'impact de l'exposition sur la mortalité globale. Le rapport estime que 6,5% de l'ensemble des décès survenus en 2015 à Bruxelles étaient attribuables à la pollution aux particules. Cela représente 542 décès. La pollution au dioxyde d'azote représente quant à elle 4,7% de l'ensemble des décès à Bruxelles. Toutefois, ces chiffres ne

disent rien de la réduction de l'espérance de vie due à la pollution. Par conséquent, l'exercice a également consisté à calculer les *years of life lost*. Les *years of life lost* peuvent être définies comme la perte d'années de vie potentielles liées à l'exposition à un facteur de risque particulier. Les impacts cumulés de l'exposition à la pollution aux particules et au dioxyde d'azote représentent une perte, à scénario inchangé, de plus de 40 000 *years of life lost*. Ces années de vie perdues représentent un coût considérable estimé à près d'1,4 milliard d'euros. Si l'on suppose un scénario dans lequel l'exposition à ce polluant diminuerait de 5% par an, sur une période de 10 ans, cela se traduirait par un gain de 7000 années de vie en bonne santé, représentant 250 millions d'euros.

#### 4. Le bruit environnemental : méconnu

Bien que nous en entendions moins parler, le bruit environnemental est également un facteur qui peut avoir un impact important sur la santé. Ses effets ont longtemps été sous-estimés. Pourtant, le bruit environnemental est le deuxième facteur de risque environnemental au niveau européen. 125 millions de personnes sont exposées à des bruits environnementaux qui ont des effets néfastes sur la santé en Europe. L'OMS définit le bruit ambiant comme le bruit provenant de toutes sources, à l'exception du bruit émis en milieu de travail. En Région bruxelloise, le bruit constitue la première cause de déménagement et la première source de plaintes auprès de Bruxelles Environnement.

Les effets du bruit sur la santé peuvent être classés en effets auditifs et non-auditifs. Les effets auditifs ont un impact sur l'audition (perte d'audition, acouphènes) qui peut être lié à l'exposition à des niveaux de bruit élevés, par exemple lors de concerts. Les effets non-auditifs du bruit ont fait l'objet d'une attention grandissante ces dernières années. Il peut s'agir de troubles du sommeil, mais également de problèmes cardiovasculaires et de troubles cognitifs chez les enfants qui peuvent avoir pour cause l'exposition au bruit. La qualité de vie et la santé mentale peuvent également souffrir à cause du bruit.

On estime qu'en 2015, 228 000 habitants de la Région de Bruxelles-Capitale ont été fortement gênés par le bruit du transport routier qui a également entraîné une perturbation du sommeil pour plus de 79 000 habitants. Cela représente

10 103 années de vie en bonne santé perdues. D'un point de vue économique, cela représente 363 millions d'euros par an.

L'impact de l'exposition au bruit lié au transport routier diffère fortement selon les quartiers envisagés, et nous constatons à nouveau que les groupes socio-économiquement plus défavorisés vivent dans des quartiers où le bruit est plus important. Ainsi, à l'instar de la pollution de l'air, le bruit est également réparti de manière inégale à Bruxelles.

#### 5. Les espaces verts : poumons de la capitale

Les espaces verts présentent de nombreux bénéfices pour la santé des citoyens. Les espaces verts peuvent contrer les effets délétères de la pollution de l'air, du bruit et des îlots de chaleur urbains. Leur présence en nombre important dans une ville est associée à une meilleure santé des habitants ainsi qu'à un plus grand sentiment de bien-être. Bruxelles possède des espaces verts relativement importants, puisque les parcs, jardins et bois accessibles au public représentent environ 18% de sa superficie.

La littérature scientifique montre les effets positifs des espaces verts sur la santé : ils ont par exemple un impact positif sur les processus cognitifs tels que l'attention, ils réduisent le stress et contribuent également à promouvoir la cohésion sociale. La présence d'espaces verts encourage également la marche récréative. La présence de végétation et de verdure dans les rues peut encourager les gens à marcher ou à faire du vélo. Il y a encore beaucoup de choses qui restent inexplorées en la matière. Par exemple, nous ne savons pas encore grand-chose des effets positifs des espaces verts sur l'enfant à naître, le risque de cancer et la santé cardiovasculaire.

La présence d'espaces verts a également une incidence indirecte sur la santé. Plus la surface est grande, plus l'effet de réduction de la chaleur est important. C'est une bonne chose car la chaleur entraîne un taux de mortalité plus élevé, en particulier chez les personnes âgées ou celles qui présentent des pathologies préexistantes.

Le rapport cartographie, à l'aide de plusieurs cartes, la présence et la proximité des espaces verts ainsi que leur qualité. Cet exercice montre que l'accessibilité aux espaces verts est très inégalement répartie entre les diffé-

rents quartiers. Par exemple, la distance aux espaces verts est beaucoup plus faible pour les habitants des quartiers situés à la périphérie de la région que pour ceux qui vivent le long du canal. Cette inégalité correspond aux inégalités socio-économiques géographiques.

En ce qui concerne la qualité des espaces verts, le centre de Bruxelles se caractérise par une faible qualité, tandis que la qualité est beaucoup plus élevée dans la périphérie de la région. La qualité est déterminée par la proximité, la taille et la présence de biodiversité. Deux tiers de la population bruxelloise n'ont pas accès à un espace vert de qualité dans leur quartier.

## 6. L'activité physique : bouger dans sa ville

L'activité physique est importante pour la santé. La sédentarité est à l'origine de nombreuses maladies et constitue un défi de santé publique. L'exercice physique réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de diabète et de cancer. L'activité physique contribue également positivement à l'état osseux. L'exercice physique permet de prévenir l'obésité. Les personnes qui marchent régulièrement ont également tendance à avoir une meilleure capacité cardiovasculaire et musculaire. La marche et le vélo sont également associés à une réduction de la mortalité. Les personnes âgées représentent la population qui bénéficierait le plus de la transition vers un mode de déplacement actif au niveau de leur santé.

Remplacer la voiture par la marche ou le vélo permet également de réduire les émissions, ce qui a un effet bénéfique sur la qualité de l'air. Les villes peuvent avoir un impact bénéfique sur la santé de leurs habitants en les incitant à bouger davantage et en encourageant l'exercice physique. L'infrastructure présente dans une ville est un outil important à cet égard. Par exemple, de larges trottoirs et des pistes cyclables sûres peuvent avoir un impact favorable sur la décision des résidents de se déplacer à pied ou à vélo. Les décideurs politiques ont donc un rôle important à jouer pour concevoir la ville de manière à ce que les habitants ne se déplacent plus en voiture et fassent davantage d'activité physique.

La section suivante examine comment l'aménagement urbain peut encourager l'activité physique. Le niveau d'activité physique des résidents de la région et la manière dont

ils se rendent au travail, ainsi que les modes de transport les plus populaires dans la région y sont examinés.

### 6.1. Organisation de la ville, activité physique et modes de transport chez les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale

Pour inciter davantage de résidents à faire du vélo ou à marcher, l'aménagement est important, mais un système de transports publics bien développé joue également un rôle. En outre, la présence de centres d'intérêts et d'une diversité d'occupations dans les quartiers contribue positivement à l'activité physique. La présence d'espaces verts est également un stimulant important pour encourager les résidents à faire de l'exercice. La densité résidentielle joue également un rôle, car une densité résidentielle élevée est importante pour favoriser les modes de déplacements actifs.

Le temps consacré à l'activité physique par les Bruxellois varie d'un âge à l'autre. En moyenne, les Bruxellois les plus jeunes (15-24 ans) font plus d'exercice que les personnes âgées. À partir de 55 ans, le nombre de minutes (en moyenne) d'activité physique par semaine diminue. Les hommes sont plus actifs que les femmes. Pour la plupart des groupes d'âge, les recommandations de l'OMS de 150 minutes d'exercice actif par semaine sont respectées, à l'exception du groupe des 65 ans et plus.

Cependant, si l'on considère les enfants et les adolescents (10-22 ans), on constate qu'ils font moins d'exercice que ce qui est recommandé, soit 60 minutes par jour. Un groupe plus important de filles que de garçons n'atteint pas cette recommandation et les élèves du secondaire atteignent moins souvent la recommandation que les enfants du primaire. Cela signifie que les enfants commencent à moins bouger en grandissant par rapport à leurs camarades plus jeunes.

Les travailleurs vivant dans le centre-ville se déplacent principalement en transports publics. Les déplacements en voiture viennent en deuxième position. Dans la périphérie de la Région de Bruxelles-Capitale, l'utilisation de la voiture est en moyenne plus élevée, bien qu'il y ait quelques communes où les gens se rendent plus souvent au travail à pied ou à vélo. 4,4% des Bruxellois utilisent le vélo pour se rendre au travail.

Le nombre de cyclistes est en augmentation depuis 2010 à Bruxelles, avec un taux de croissance annuel moyen de

13% depuis 2010. Le nombre de marcheurs a également augmenté. Si la marche et le vélo ont des effets positifs sur la santé, on peut également se demander ici quels sont les effets de l'exposition à la pollution de l'air pour les cyclistes et les marcheurs. Les bénéfices de ces activités pour la santé continuent tout de même de l'emporter sur les inconvénients. Les cyclistes pourraient par exemple pédaler pendant plus de 14 heures par jour avant que les bénéfices liés à l'activité physique ne se retrouvent annulés par l'exposition aux particules fines présentes dans l'air. Les conducteurs de voitures et leurs passagers sont également exposés à la pollution de l'air et même à un degré plus élevé.

## 7. Conclusion et recommandations

La pollution de l'air est l'un des polluants les plus importants et les plus préoccupants, avec des risques et des impacts majeurs sur notre santé. Les concentrations de particules à Bruxelles sont préoccupantes pour la santé, même si ces valeurs restent - en moyenne - inférieures aux valeurs guides. L'aménagement de la ville est important pour lutter contre la pollution de l'air. Les villes dotées d'un réseau de transports publics étendu et d'aménagements cyclables et pédestres de qualité peuvent réduire le trafic automobile, et donc la pollution de l'air causée par ce dernier. L'état et la manière dont le patrimoine bâti est chauffé jouent également un rôle dans la qualité de l'air. Malgré la présence d'un grand nombre d'espaces verts, l'organisation urbaine de la Région de Bruxelles-Capitale est encore insuffisante pour capter et absorber les émissions provenant du trafic et du chauffage. La pollution de l'air, mais aussi le bruit ambiant, ont une incidence sur le nombre d'années de vie en bonne santé. Les deux formes de pollution ont un certain nombre de causes communes, dont le transport (routier).

Bruxelles dispose de beaucoup d'espaces verts, mais ils sont très inégalement répartis et se situent principalement dans les quartiers dans lesquels résident les groupes so-

cio-économiquement plus favorisés. Malgré l'augmentation du nombre de cyclistes ces dernières années, il y a certainement place à l'amélioration en termes d'infrastructures cyclistes. Ces dernières contribuent également à inciter à l'exercice physique, qui a des effets bénéfiques sur la santé à long terme et réduit en même temps les émissions.

Des mesures politiques s'imposent pour réduire l'impact des polluants environnementaux sur la santé. Une politique qui encourage l'utilisation de modes de transport actifs est l'un des moyens les plus efficaces d'y parvenir. Il en résulte en effet une meilleure qualité de l'air et une population plus active. Ces mesures devraient être complétées par des mesures de lutte contre la pollution à la source, car ce sont les plus efficaces. Le coût des mesures de lutte contre la pollution à la source serait de 250 millions d'euros. Ce montant représente le coût pour la santé qui pourrait être évité en luttant contre la pollution de l'air. Grâce à ces mesures, la pollution pourrait être réduite de 5% par an pendant 10 ans. Une meilleure qualité de l'air réduira également les effets négatifs sur la santé à plus long terme.

La santé doit être au centre de la prise de décision politique et cela s'applique également à Bruxelles. La prise en compte de la santé dans la planification urbaine est un exemple de *health in all policies*. La Région de Bruxelles-Capitale ne sera pas la seule à devoir prendre des mesures, mais cela devra également être le cas à tous les autres niveaux de compétences, car une grande partie des émissions et de la pollution provient de l'extérieur. La réduction du nombre de voitures, l'encouragement de la marche et du vélo, un réseau de transports publics étendu et de qualité et le développement de maillage bleu-vert (il s'agit de mesures visant à apporter plus de verdure et d'eau dans la ville) et/ou à protéger la verdure existante peuvent apporter une contribution positive. L'amélioration de la performance énergétique des bâtiments sera également nécessaire pour offrir un environnement plus sain. En outre, toutes ces mesures ont également un impact positif sur le climat, ce qui signifie aussi beaucoup pour l'avenir des générations futures.

## Bibliographie

Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2021). *État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale* : Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles.



*Santé & Société* est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

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

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

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

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

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

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études

Mieke Hofman  
Chaussée de Haecht 579  
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à [SanteEtSociete@mc.be](mailto:SanteEtSociete@mc.be).

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

# Sommaire

Édito: Protéger les plus vulnérables 02

Étude: Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée 06

Étude: Les inégalités de santé commencent dès la naissance 34

Analyse: Mise en œuvre du BelRAI 50

Analyse: Budget des soins de santé 2023 62

Lu pour vous: Indicateurs pour le développement des soins palliatifs dans le monde (OMS) 74

Lu pour vous: État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale 80

## Colophon

**Editeur responsable**

**Rédactrice en chef**

**Rédaction finale**

**Comité de rédaction**

**Mise en page**

**Impression**

**Adresse de retour**

**Copyright**

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, PB 40, 1031 Bruxelles

Élise Derroitte

Astrid Luybaert, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Astrid Luybaert,

Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova,

Rebekka Verniest

Gevaert Graphics

Albe De Coker

MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,

PB 40, 1031 Bruxelles

Les études de Santé & Société sont publiées sous

Licence Creative Commons "by/nc/nd"

