

### Budget soins de santé

Le mécanisme de concertation sociale pour l'élaboration du budget des soins de santé est un dispositif complexe sensé permettre d'intégrer les dimensions tant économiques que sociales de la politique de santé, intégrant le point de vue de l'Etat, des prestataires de soin, des gestionnaires d'institution de santé, des mutualités et des syndicats. Cette année encore, cet exercice d'équilibre entre le maintien de la norme de croissance et l'investissement en une vision d'avenir pour les soins de santé n'a pas été facile.

### L'engagement social et la santé

Dans l'étude, beaucoup d'éléments convergent pour suggérer que l'engagement social est positif, non seulement pour la société, mais également pour la santé et le bien-être de l'individu qui s'engage. Cette étude montre l'importance du volontariat.

### Politique de lutte contre la pauvreté

Ce qui est positif, c'est que ce sujet reste à l'agenda politique et dans les médias. Mais parler de pauvreté ne suffit pas. Il faut surtout agir et pour cela les autorités compétentes ont une grande responsabilité: leur politique doit faire la différence pour chaque personne qui se trouve dans les classes plus défavorisées de la société.

### La consommation d'alcool des jeunes

Les chiffres AIM nous apprennent que toujours trop de jeunes sont admis aux urgences avec une suspicion d'intoxication alcoolique.

Tableau 1 : Évolution du nombre de jeunes entre 12 et 17 ans avec une intoxication alcoolique (proxy)  
(Source : données AIM 2008-2018)

Année	Total	Nombre pour 10.000
2008	2.083	28
2009	2.141	29
2010	2.153	30
2011	2.140	30
2012	2.189	30
2013	2.263	31
2014	2.290	32
2015	2.202	31
2016	2.160	30
2017	2.334	32
2018	2.234	30

### Baromètre hospitalier

Lors d'une admission en chambre individuelle, les honoraires et les suppléments de chambre représentent ensemble, en moyenne, 80 à 90% de la facture du patient. L'accessibilité financière des chambres individuelles est soumise à une telle pression pour les citoyens sans assurance hospitalisation et/ou pour ceux qui ont un profil socio-économique vulnérable qu'elle est devenue un exemple de soins de santé à deux vitesses.



Le mécanisme de concertation sociale pour l'élaboration du budget des soins de santé est un dispositif complexe sensé permettre d'intégrer les dimensions tant économiques que sociales de la politique de santé, intégrant le point de vue de l'Etat, des prestataires de soin, des gestionnaires d'institution de santé, des mutualités et des syndicats. Cette année encore, cet exercice d'équilibre entre le maintien de la norme de croissance et l'investissement en une vision d'avenir pour les soins de santé n'a pas été facile. Le Comité de l'assurance a proposé un budget 2020 de 27,6 milliards d'euros selon les dispositions légales alliant économies dans le secteur pharmaceutique et excluant certaines dépenses ponctuelles afin de dégager des ressources pour des projets d'avenir notamment pour les patients les plus vulnérables (visant l'amélioration de la continuité des soins, les soins dentaires, les aides auditives, la lutte contre l'obésité). Ce budget n'a toutefois pas été approuvé par le Conseil général de l'INAMI. C'est finalement le Conseil des ministres qui a tranché fin novembre sur base de la proposition du Comité de l'assurance, sans toutefois dégager des ressources supplémentaires pour les nouvelles initiatives. Depuis plusieurs années, le budget des soins de santé est sous pression, les dépenses pharmaceutiques, notamment, continuent d'augmenter de manière structurelle, nous le montrons encore dans notre étude. Cette pression sur le budget a des impacts sur les coûts, la qualité et l'accessibilité des soins pour les patients, produisant, par exemple, une augmentation du nombre de prestataires non conventionnés. Nous pensons qu'il faut maintenant intégrer dans le travail budgétaire une vision à plus long terme pour répondre aux défis des soins de santé. Le Comité de l'assurance demande la création d'un groupe de travail sur les spécialités pharmaceutiques mandaté par le Conseil général ainsi qu'une planification pluriannuelle des dépenses permettant l'investissement dans de nouveaux projets.

Le secteur hospitalier n'est pas épargné par cette question du financement structurel. Les chiffres de l'OCDE montrent que les dépenses de soins hospitaliers pour le patient sont particulièrement élevés en Belgique par rapport à d'autres pays européens. Le baromètre hospitalier MC constate que les suppléments d'honoraires ont continué à augmenter en 2018 (4,7% dans les admissions classiques, 5,2% en hospitalisation chirurgicale de jour et 3,7% en hospitalisation de jour non chirurgicale, en plus de l'inflation). L'hospitalisation en chambre individuelle est souvent associée à des suppléments importants. Un tel choix n'est hélas pas uniquement un choix de confort. Nous estimons que la qualité de l'équipement peut varier en fonction du type de chambre choisie (repos, récu-

pération, « confort de la chambre »). Plus encore, il est des situations dans lesquelles le choix d'une chambre à deux lits n'est pas la garantie d'éviter les suppléments comme par exemple en cas de réduction mammaire. Les pratiques en la matière sont extrêmement hétéroclites. Nous préconisons la suppression des suppléments d'honoraires avec transfert des fonds vers l'assurance obligatoire et une répartition de ces fonds transférés entre les hôpitaux et les médecins spécialistes sur la base de clés d'allocation transparentes, objectivement fondées et équitables.

Cette année, notre baromètre explore également les interventions en ambulatoire. Là encore, les écarts sont importants. Pour nous, la transparence doit être vraiment améliorée dans ces matières. Le patient doit pouvoir anticiper les coûts qui lui seront facturés et ne doit pas se voir privé d'un soin de qualité pour des raisons financières.

Si les soins de santé sont un aspect important de la vie en bonne santé, ils sont loin de déterminer la santé des personnes. Comme mutualité santé, nous attachons une attention particulière à tous les déterminants de la santé, en ce compris ceux liés aux modes de vie. Pour cette raison, nous constatons que les chiffres du nombre d'intoxication alcoolique chez les jeunes ne décroissent pas malgré les campagnes de prévention entreprises depuis dix ans. Cette pratique du « binge drinking », si elle reste socialement très bien tolérée, n'en est pas suffisamment analysée du point de vue de ses effets délétères sur le long terme. Outre le fait que le développement du cerveau de l'adolescent, exposé à une intoxication alcoolique répétée, peut être perturbé par cette dernière (avec des effets sur la mémoire, les capacités intellectuelles, voire le développement de troubles du comportement). L'étude menée avec l'agence intermutualiste compare la prévalence de la surconsommation alcoolique sur une région et la répartition des cancers et les maladies du foie. Par rapport à nos voisins, la Belgique reste parmi les pays qui a une consommation élevée et dans lequel les règles sont plus permissives que pour 20 autres pays européens. Nous pensons qu'il faut progresser vers une transformation des mentalités et des politiques face à la tolérance vis-à-vis de l'intoxication alcoolique chez les jeunes.

Beaucoup de comportements préventifs peuvent être adoptés pour modifier son état de santé durablement. Si l'amélioration de la santé liée à une meilleure hygiène de vie est de plus en plus étudiée, d'autres comportements peuvent aussi avoir un impact vertueux sur la santé. L'engagement social en fait partie. L'isolement est le premier déterminant d'une réduction de la durée de vie, avant la

consommation de tabac ou la pratique de l'exercice physique<sup>1</sup>. Notre étude montre que le degré de participation à la vie associative a une influence significative sur l'ensemble des processus psychosociaux (intensité des liens sociaux, sentiment de fusion avec la société, diminution du sentiment de solitude, soutien social perçu, épanouissement, estime de soi). Si une causalité est toujours difficile à démontrer dans ce type d'étude, force est de constater la grande convergence dans tous les indicateurs que nous avons analysés entre participation active à la vie sociale via une activité volontaire et amélioration de la santé.

Enfin, nous l'avons dit, l'état de santé est aussi le résultat de l'effet combiné et cumulé de nombreux facteurs (les déterminants socio-économiques de la santé). Les populations en situation de pauvreté peuvent accumuler tant de difficultés d'accès au logement, aux soins, à l'enseignement, à la participation à la vie culturelle. Le projet du Decenniumdoelen avait l'ambition de réduire la pauvreté de moitié en dix ans. Son 12<sup>ème</sup> baromètre de la pauvreté

montre, non seulement que la pauvreté ne diminue pas, mais qu'elle a tendance à augmenter pour des populations particulièrement vulnérables telles que les femmes célibataires avec enfants, les personnes porteuses de handicap ou ayant un parcours migratoire qui les a exclues d'une protection sociale adéquate. Le baromètre ne montre pas seulement la stagnation de la pauvreté en Flandre et en Belgique mais surtout le fait que, selon Decenniumdoelen, elle ne pourra reculer sans une politique volontariste de redistribution. La campagne « KomAf Met Armoede » de Decenniumdoelen propose un plan d'action basé sur des mesures concrètes de réduction de la pauvreté tels que l'interdiction que les niveaux de revenus de remplacements se situent sous le seuil de pauvreté, l'augmentation de l'accès au logement ou la lutte contre la pauvreté infantile.

*Elise Derroitte*

*Directrice Service d'études*

1. Cette corrélation a été largement étudiée. Voir notamment cette méta-analyse qui combine plusieurs recherches sur la question : Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: a Meta-analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.

# Budget des soins de santé

## Budget 2020 : prestataires de soins, établissements de soins, mutualités et syndicats demandent un budget construit sur un projet et permettant de nouvelles initiatives

*Saskia Mahieu (MC, économiste de la santé)*

### Synthèse

*Les prestataires de soins, les établissements de soins et les mutualités ont approuvé quasiment à l'unanimité (deux abstentions) une proposition de budget pour les soins de santé en 2020 durant le Comité de l'Assurance du 7 octobre 2019. Ils ont unanimement choisi un message fort, c'est-à-dire un budget qui ouvre des perspectives en se fondant sur une vision à long terme et qui se base sur des moyens suffisants. En excluant les dépenses ponctuelles et en envisageant des mesures d'économie dans le secteur des médicaments, le Comité de l'Assurance propose un budget de 27,6 milliards d'euros, conforme aux dispositions légales, et dégage une marge de 101 millions d'euros pour de nouvelles initiatives. Le Comité de l'Assurance souhaite élaborer une vision à long terme, un plan financier stable sur plusieurs années et une réponse intégrée aux besoins du patient. Un budget suffisant doit être libéré pour les soins aux patients vulnérables et leur être effectivement consacré.*

*Le Conseil général du 21 octobre n'a cependant pas approuvé la proposition du Comité de l'Assurance : les syndicats et les mutualités y étaient favorables, le gouvernement s'est abstenu et les employeurs s'y sont opposés. Le gouvernement n'apporte pas d'autre proposition. Étant donné que le gouvernement doit approuver une proposition de budget pour qu'un budget pour les soins de santé puisse être fixé, les membres du Conseil général quittent la réunion les mains vides. Les patients, les prestataires de soins et les établissements de soins sont placés dans une situation d'extrême insécurité. Sans budget, aucun accord avec les prestataires de soins ne peut être conclu et le patient ne bénéficie d'aucune sécurité tarifaire.*

*Enfin, le conseil des ministres du 22 novembre a décidé, sur proposition du ministre, d'un budget pour les soins de santé en 2020. La proposition est dans la ligne de celle du Comité de l'Assurance, mais ne prévoit pas de moyens supplémentaires pour de nouvelles initiatives ou pour un meilleur remboursement de certains prestataires de soins.*

*Cet article décrit l'élaboration du budget des soins de santé et la vision des mutualités et des prestataires de soins sur l'avenir des soins de santé belges.*

*Mots-clés : Budget des soins de santé, budget, économies, nouvelles initiatives, concertation, restitution, clawback*

## 1. Objectif budgétaire global 2020

Le mode de 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. Cet objectif est multiplié par la norme de croissance déterminée par la loi (1,5% depuis 2015), la masse d'indexation sur la base des index santé et pivot et de quelques dépenses spécifiques, spécialement celles s'intégrant dans le cadre de l'accord social et de l'article 81/111, soit les contrats du ministre avec l'industrie pharmaceutique.<sup>1</sup>

Le tableau 1 résume le calcul de l'objectif budgétaire global, également appelé calcul strict de la norme, pour 2020.

En principe, un **budget de 27,6 milliards d'euros** peut être consacré en **2020** en Belgique aux soins de santé.

**Tableau 1 : Calcul strict de la norme du budget 2020 (en milliers d'euros).**

Calcul strict de la norme	2020 (en 1.000 d'euros)
Objectif budgétaire global 2019	26.518.320
Norme de croissance réelle 1,5%	397.775
Sous-total	26.916.095
Indice santé (1,95%)	307.559
Masse indice pivot (surcoût 2019)	90.620
Sous-total	27.314.274
Accord social	25.000
Adaptation art.81/111	254.374
Calcul strict de la norme	27.593.648

Le gouvernement fédéral a décidé en 2014 de ne pas dépenser entièrement le budget prévu par la loi et d'en bloquer une partie. Ce blocage structurel se montait fin 2019 à 69 millions d'euros.

L'encadré 1 reprend la procédure d'établissement du budget des soins de santé.

### ENCADRÉ 1 : Procédure d'élaboration du budget pour les soins de santé

En 2017, la réglementation sur la procédure budgétaire pour les soins de santé a été adaptée pour faire concorder le calendrier budgétaire belge avec le calendrier européen.<sup>2</sup>

Le tableau ci-dessous expose la procédure de l'élaboration annuelle du budget des soins de santé.

Quand?	Quoi?	Qui?
31 mai	Premières estimations techniques	Services de l'INAMI
30 juin	Rapport Audit	Services de l'INAMI
A partir du 1 juin	Eléments 1) du cadre budgétaire général et du trajet pluriannuel et 2) des priorités stratégiques	Comité de l'Assurance et Conseil Général
1 <sup>er</sup> septembre	Déterminer le financement des priorités modifiées et des mesures compensatoires	Commissions de Conventions, d'Accords
15 septembre	Estimations techniques révisées	Services de l'INAMI
Le huitième jour ouvrable suivant le 15 septembre	Rapport Commission de Contrôle Budgétaire (CCB)	Commission de Contrôle Budgétaire
1 <sup>er</sup> lundi d'octobre	Vote final au Comité de l'Assurance (CA) de la proposition budget soins de santé, globale et partielle	Comité de l'Assurance
Mercredi après le vote au CA	Analyse par la CCB de la conformité de la proposition budgétaire du Comité de l'Assurance au niveau budgétaire	Commission de Contrôle Budgétaire
3 <sup>ème</sup> lundi d'octobre	Vote au Conseil Général, en tenant compte de l'avis du CCB	Conseil Général

1. On se réfère ici aux articles 111 et suivants (auparavant art. 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018 sur la base duquel l'État rembourse des médicaments qui sont en général très chers et dont l'action thérapeutique est encore incertaine, de telle sorte que ces médicaments puissent très rapidement être mis à la disposition du patient. Voir aussi éventuellement l'article « Budget 2019 : élaboration, risques et conclusions » dans le MC-Informations 275 de mars 2019.
2. Voir également « Budget fédéral 2017 des Soins de santé - Économies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale ? » dans CM-Informations 267 de mars 2017.

À présent, la procédure relative au planning des premières estimations techniques (à savoir les estimations des dépenses à politique inchangée) s'est améliorée. Comme ces estimations sont désormais disponibles un mois plus tôt qu'auparavant, les Commissions de conventions et d'accords peuvent en tenir compte lorsqu'elles déterminent leurs priorités. La procédure a comme inconvénient de fournir en continu de nouvelles informations. Il reste dès lors finalement peu de temps pour une large concertation entre les organismes assureurs et les représentants des prestataires de soins. Quand un budget ne peut pas être établi sur la base d'une concertation, il est directement fixé par le conseil des ministres. Cette façon de procéder devrait être exceptionnelle car elle est en contradiction avec l'esprit de la réglementation d'origine, c'est-à-dire qu'« il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du conclave budgétaire gouvernemental » et qu'« il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne »

## 2. Estimations techniques 2020

Fin mai, les membres du Comité de l'Assurance reçoivent des services de l'INAMI les premières estimations techniques des dépenses escomptées l'année suivante à politique constante. Ils reçoivent le 15 septembre les estimations techniques révisées qui tiennent compte des chiffres traités des cinq premiers mois de l'année en cours.

Les premières estimations techniques pour 2020 montrent une forte augmentation des dépenses escomptées à politique constante, à savoir un peu plus d'1 milliard d'euros en plus qu'en 2019. Les estimations techniques révisées pour 2020 confirment les chiffres fournis précédemment. Les **dépenses pour 2020** sont estimées à **27,9 milliards d'euros**.

En tenant compte du contexte financier du gouvernement, le **déficit budgétaire** est évalué à **369 millions** d'euros (soit 27.593 milliards d'euros moins 27,893 milliards d'euros plus les 69 millions du blocage structurel).

Le tableau 2 montre le calcul du déficit budgétaire sur la base des estimations de l'INAMI des dépenses escomptées en 2020 à politique constante.

**Tableau 2 : Déficit budgétaire sur la base des premières estimations (en milliers d'euros)**

En 1.000 euros	Calcul strict de la norme 2020 et blocage structurel	ET 2020 (septembre 2019)	Différence
ETR 2020 en p 2019	27.593.648	27.495.459	
Blocage structurel	-69.016		
Masse index		307.559	
Indice santé			
Surcoût Indice pivot		90.620	
ETR 2020 en p 2020	27.524.459	27.893.638	-369.006

## 3. Tendances des cinq dernières années

Plusieurs points de la politique de la santé de la période 2015-2019 exercent une contrainte sur le futur budget des soins de santé. La tendance principale est discutée ci-dessous.

### 3.1. De nombreuses mesures d'économie

Le tableau 3 donne un aperçu des mesures d'économie des années passées.<sup>3</sup>

3. Source : INAMI

**Tableau 3 : Aperçu des mesures d'économies prises sur la période 2015-2019 (en milliers d'euros)**

Objectif 2015	355.109
Objectif 2016	182.700
Objectif 2017	894.181
Objectif 2018	237.876
Objectif 2019	477.372

Les économies réalisées entre 2015 et 2020 ont influencé le modèle d'accords et de conventions et compromettent de ce fait la sécurité tarifaire pour le patient. Nous nous référons par exemple à l'augmentation inquiétante du nombre de dentistes et de kinésithérapeutes non conventionnés et de sa conséquence, en particulier les suppléments d'honoraires facturés au patient. D'autres économies pèsent sur le personnel soignant au service du patient et peuvent donc jouer sur la qualité des soins.

En raison des économies réalisées, le budget de l'assurance maladie a augmenté ces dernières années de moins de 1,5%. Certains besoins de la population en matière de santé n'ont pas été rencontrés, ou pas suffisamment.

Les économies ne sont justifiables que lorsqu'on parvient au même résultat avec moins de ressources. Elles ne le sont pas lorsqu'elles se font au détriment de l'accessibilité, d'un coût abordable ou de la qualité des soins.

### 3.2. Dépassement permanent dans le secteur des spécialités pharmaceutiques

Le tableau 4 montre le dépassement du budget dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ou des médicaments.

**Tableau 4 : Aperçu des dépassements du budget des spécialités pharmaceutiques 2013-2020 (en milliers d'euros)**

Spécialités pharmaceutiques (en 1.000 euros)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (prognose)	2020 (ET prognose)
Objectif budgétaire (2013-2016 brut/à partir de 2017 net)	3.984.102 €	4.112.556 €	4.028.677 €	4.111.009 €	4.053.775 €	4.140.348 €	4.460.585 €	4.799.107 €
Dépenses nettes spécialités pharmaceutiques	3.984.459 €	3.992.130 €	4.223.189 €	4.254.615 €	4.321.435 €	4.532.243 €	4.637.549 €	4.913.974 €
Dépassement objectif budgétaire (si négatif)	-357 €	120.426	-194.512 €	-143.606 €	-267.660 €	-391.895 €	-176.964 €	-114.867 €

La responsabilisation dans le secteur des médicaments est différente de celle dans les autres secteurs de soins :

- pour les médicaments art. 81/111 (à savoir les médicaments innovants qui sont remboursés provisoirement sur la base d'une convention avec l'INAMI), un contrat est conclu entre la firme pharmaceutique concernée et l'INAMI/le ministre. Pour ces médicaments, une sorte de réduction est octroyée, qui est ensuite reversée à l'INAMI, la dénommée « restitution ». Les prix officiels de ces médicaments ne correspondent donc pas au coût réel pour l'assurance maladie.
- la cotisation indemnitaire est une mesure de remboursement d'un certain montant par l'industrie pharmaceutique aux pouvoirs publics en cas de dépassement partiel de l'objectif budgétaire, c'est le « clawback ». Le montant du clawback est cependant plafonné. Ces dernières années, le montant du dépassement était supérieur à ce plafond, ce qui signifie que l'industrie du médicament n'a pas été entièrement responsabilisée.

Ces dernières années, le dépassement dans le domaine des médicaments innovants dans le cadre du budget global des soins de santé a été compensé en pratique par une sous-exploitation du budget dans d'autres secteurs de soins. La maîtrise du budget et une évaluation correcte des besoins en moyens financiers sont également nécessaires dans le secteur des spécialités pharmaceutiques pour éviter que le patient ne paie le prix fort à un moment donné.

## ENCADRÉ 2 : Dépassements dans le secteur des médicaments

Le tableau ci-dessous montre les dépenses escomptées et réelles ainsi que les rentrées dans le secteur pharmaceutique.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (ET nov)
<b>OBJECTIF BUDGETAIRE</b>						
Objectif budgétaire brut	4.112.556 €	4.028.677 €	4.111.009 €	4.291.775 €	4.443.946 €	4.903.259 €
Art. 81 recettes (prévision)				238.000 €	303.598 €	442.674 €
Objectif budgétaire net				4.053.775 €	4.140.348 €	4.460.585 €
<b>DEPENSES</b>						
Dépenses brutes spécialités pharmaceutiques	4.033.476 €	4.277.705 €	4.378.171 €	4.594.786 €	4.891.838 €	5.253.767 €
Recettes art. 81	41.346 €	54.516 €	123.556 €	273.351 €	359.595 €	616.218 €
Dépenses nettes spécialités pharmaceutiques	3.992.130 €	4.223.189 €	4.254.615 €	4.321.435 €	4.532.243 €	4.637.549 €
<b>DEPASSEMENT</b>						
Dépassement de l'objectif budgétaire (= dépenses nettes)	120.426 €	-194.512 €	-143.606 €	-267.660 €	-391.895 €	-176.964 €
<b>AUTRES RECETTES</b>						
Correction pour Claw back				101.345 €	103.509 €	111.515 €
Correction pour mesures non réalisées				49.715 €	139.708 €	20.603 €

ET est l'acronyme d'Estimations Techniques de l'INAMI.

Jusqu'en 2019 inclus, le dépassement n'a été que partiellement compensé. Les dépenses augmentent chaque année d'un pourcentage significativement supérieur à la croissance du produit intérieur brut et à l'inflation.

Tables de données – Taux de croissance des objectifs budgétaires et dépenses

	2015	2016	2017	2018	2019 (ET nov)
Objectif budgétaire brut	-2%	2%	4%	4%	10%
Objectif budgétaire net				2%	8%
Dépenses brutes	6%	2%	5%	6%	7%
Médicaments Article 81	44,8%	17,5%	35,2%	29,6%	
Autres médicaments	0,7%	-0,5%	-1,9%	-0,8%	
Dépenses nettes	6%	1%	2%	5%	2%

ET est l'acronyme d'Estimations Techniques de l'INAMI.

L'évolution de l'objectif budgétaire montre une hausse probable des dépenses pour les médicaments, surtout pour les médicaments art. 81/111. Leur part dans le budget total des médicaments a augmenté de 11,8% en 2014 à 29,1% en 2018. Cette augmentation s'observe principalement dans les pharmacies hospitalières, principalement pour les médicaments délivrés en ambulatoire (une part de 22% en 2014 pour 54% en 2018) et bien moins lors d'une hospitalisation (4% en 2014, 13% en 2018) ou dans les pharmacies de référence (part en hausse de 9% en 2014 et de 13% en 2018).

### 3.3. Report de l'impact budgétaire de certaines décisions

Le gouvernement a pris plusieurs décisions qui, pour différentes raisons, n'ont pas été exécutées directement :

- IFIC (Institut de Classification de Fonction),
- montants de rattrapage du passé dans le Budget des Moyens financiers (BMF) dans le secteur des hôpitaux,
- dispositions relatives aux procédures judiciaires dans le

secteur hospitalier,

- mesures d'économies dans le secteur des médicaments,
- introduction de l'e-attestation en dentisterie.

De par leur accumulation, les impacts financiers des différentes décisions exercent une pression sur le futur budget des soins de santé.

Cela signifie qu'un suivi transparent du budget structurel conforme à la politique, ainsi que des éléments exceptionnels du budget 2020 et des années suivantes s'impose.

## 4. La proposition de budget du Comité de l'Assurance

### 4.1. Un message fort

Le Comité de l'Assurance demande que les choix budgétaires et la politique de la santé soient désormais déterminés par une vision à long terme.

L'année passée, une délégation du Comité de l'Assurance, à laquelle des experts étaient joints et qui était accompagnée par TomorrowLab, a ébauché cette vision. Leur projet devrait être prochainement discuté afin d'aboutir à une vision à long terme qui soit soutenue.

Une fois la vision 2030 connue, elle pourra être traduite en objectifs globaux et en objectifs de santé concrets. Ensuite, l'impact des actions qui seront entreprises pour réaliser ces objectifs devra être évalué afin d'ajuster, si nécessaire, ces actions.

La vision à long terme est, en d'autres termes, essentielle pour donner une direction à la politique de santé et pour effectuer les bons choix en matière d'allocation des maigres ressources. On pense généralement que les gains les plus significatifs en matière de santé se réalisent via des investissements dans les soins multidisciplinaires et une politique transversale.

Un plan financier pluriannuel stable est également nécessaire pour créer un cadre de confiance propice à l'adoption des mesures nécessaires.

Un plan financier pluriannuel stable et flexible présente plusieurs avantages :

- le plan pluriannuel permet de concrétiser une vision stratégique lorsque différentes mesures sont prises sans pouvoir être appliquées en même temps. S'il faut par exemple mesurer les revenus générés par une mesure avant d'en prendre une seconde, il est nécessaire de disposer de plus d'une année pour introduire les deux mesures et un cadre financier stable est dès lors souhaitable ;
- avec comme fondement des objectifs de santé et leur suivi dans un budget établi pour plusieurs années, l'assurance maladie peut évoluer grâce à une vision claire et en toute transparence vers des soins plus accessibles, plus abordables et de meilleure qualité pour toutes les personnes qui en ont besoin.
- une telle façon de procéder permet d'anticiper l'impact budgétaire des réformes structurelles. On a ainsi le temps, le cas échéant, de réserver des moyens afin de compen-

ser l'impact budgétaire escompté lors de la deuxième année.

### 4.2. Maîtrise du budget des spécialités pharmaceutiques

Le Comité de l'Assurance demande, à la requête du Conseil général, la fondation d'un groupe de travail relatif aux spécialités pharmaceutiques. L'objectif de ce groupe de travail concerne la révision des mécanismes de gestion au sein du secteur des spécialités pharmaceutiques. Le Comité de l'Assurance souhaite garder sous contrôle les dépenses pour les médicaments dans les soins de santé :

- c'est possible en se focalisant sur les besoins médicaux réels des patients et sur les priorités en soins de santé, en optimisant la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) de l'INAMI et en responsabilisant plus strictement le secteur pharmaceutique ;
- le secteur pharmaceutique est un secteur international par excellence. Il est important de renforcer la collaboration aux niveaux européen et international pour augmenter la transparence concernant les coûts réels des médicaments et pour élaborer à plus long terme des modèles économiques alternatifs pour l'industrie pharmaceutique ;
- la consommation de médicaments en Belgique peut être optimisée en stimulant leur utilisation rationnelle et correcte. Concrètement, nous voulons miser sur un contrôle régulier de la médication par le pharmacien, en concertation avec le médecin et le patient, sur une prescription plus conforme aux directives, sur la prévention et une utilisation plus importante de médicaments bon marché comme les biosimilaires et ceux qui ne sont pas sous brevet.

### 4.3. 101 millions pour de nouvelles initiatives

En excluant les frais exceptionnels et en imposant des mesures d'économie au secteur pharmaceutique, le Comité de l'Assurance peut proposer d'investir 101 millions dans de nouvelles initiatives au profit du patient.

Les frais exceptionnels de la proposition se rapportent aux :

- 61 millions d'euros pour l'introduction de l'e-attestation en dentisterie et pour la transition de la facturation trimestrielle à la facturation mensuelle par les hôpitaux psychiatriques,
- 121 millions pour les provisions relatives aux procédures judiciaires dans le secteur hospitalier.

Le Comité de Monitoring et le SPF Santé publique ont confirmé le caractère ponctuel de ces dépenses. Il faut certes trouver d'autres sources de financement pour pouvoir faire face à ces dépenses en-dehors de l'objectif budgétaire global.

Les économies dans le secteur des médicaments innovants correspondent au dépassement de l'objectif budgétaire de ce secteur en 2019.

Une économie supplémentaire devra être envisagée dans le secteur hospitalier si les décisions des pouvoirs publics dans le cadre des procédures judiciaires seraient négatives. Dans ce cas, les autorités devront reprendre leur processus de décision afin que la décision politique prise alors puisse être mise en œuvre pour le moment.

Les tableaux 5 et 6 présentent la proposition de budget du Comité de l'Assurance. Cette proposition n'a finalement pas été retenue.

**Tableau 5 : L'objectif budgétaire 2020 des soins de santé, tenant compte des dépenses exceptionnelles qui peuvent être financées, comme le prévoit la loi, hors de l'objectif budgétaire (en milliers d'euros)**

<b>Norme stricte 2020</b>	<b>27.593.648</b>
e-attestation dentisterie	25.000
Facturation mensuelle des hôpitaux psychiatriques	36.000
Provisions procédures judiciaires hôpitaux	121.236
<b>Objectif budgétaire 2020 avec des moyens exogènes</b>	<b>27.775.884</b>

**Tableau 6 : Les mesures d'économie qui ont libéré un solde de 101 millions d'euros pour de nouvelles initiatives (en milliers d'euros)**

<b>Estimations techniques (ET) révisées 2020 (p2020)</b>	<b>27.893.638</b>
Frais exceptionnels	-182.236
Économies médicaments	-162.060
Compensation possible secteur hospitalier	-57.084
<b>ET 2020 avec les économies</b>	<b>27.492.258</b>
<b>BD 2020</b>	<b>27.593.648</b>
<b>Marge disponible pour de nouvelles initiatives</b>	<b>101.390</b>

Les propositions en faveur du patient pour l'utilisation de ces 101 millions concernent entre autres les nouvelles initiatives suivantes :

- accessibilité des soins dentaires (soins préventifs et soins de base),
- meilleur remboursement des appareils auditifs pour les enfants et des aides pour les malvoyants.
- meilleure accessibilité pour les patients souffrant d'épilepsie « réfractaire » et pour ceux nécessitant une transplantation rénale,
- meilleur remboursement de l'alimentation entérale par sonde à domicile,
- continuité des soins pour les enfants souffrant d'obésité ou de problèmes de santé mentale,
- amélioration de la continuité des soins par l'extension des postes de garde médicaux,

- droit à un remboursement prolongé de la logopédie après une revalidation multidisciplinaire,
- case management pour les patients chroniques,
- contrôle de la médication par le pharmacien pour optimiser l'effet du traitement médicamenteux.

## 5. La décision du conseil des ministres

Sur proposition de la ministre De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, le conseil des ministres du 22 novembre a décidé d'un budget soins de santé pour 2020 très semblable à la proposition du Comité de l'Assurance du 7 octobre :

- application de la norme de croissance légale de 1,5%,
- octroi de la masse d'indexation estimée,
- financement de 61 millions d'euros de facteurs exogènes au-delà du budget normatif,
- suppression du blocage structurel,
- pas de mesures d'économies pour les établissements de soins et les prestataires de soins, mais bien dans le secteur des spécialités pharmaceutiques.

La proposition approuvée coûte environ 60 millions d'euros en moins que celle du Comité de l'Assurance. La proposition comprend quelques corrections techniques sur les estimations techniques et des corrections sur les dépenses et revenus de l'INAMI au courant desquelles les organismes assureurs et les représentants des prestataires de soins n'étaient pas à la date décisive de la concertation du Comité de l'Assurance. Le tableau 7 montre les différences entre la proposition du Comité de l'Assurance et la décision du conseil des ministres.

**Tableau 7 : Aperçu des propositions budgétaires du Comité de l'assurance et du conseil des ministres (en milliers d'euros)**

	<b>Organismes assureurs et prestataires de soins</b>	<b>Conseil des ministres</b>
Estimations techniques révisées	27.893.638	27.893.638
Dépenses exceptionnelles	-182.236	-61.000
Mesures d'économie	-219.144	-124.514
Corrections techniques	Pas d'informations	-46.862
Corrections sur les estimations INAMI dépenses et revenus	Pas d'informations	-75.068
Dépenses escomptées	27.492.258	27.586.194
<b>Objectif budgétaire</b>	<b>27.593.648</b>	<b>27.593.648</b>
Marge disponible pour de nouvelles initiatives	101.390	7.454

Le collège intermutualiste suppose qu'une proposition de budget résultant de la concertation aurait pu voir le jour si les informations financières supplémentaires avaient été disponibles à temps. Il déplore cette occasion manquée.

La proposition du conseil des ministres ne comporte qu'un investissement supplémentaire dans l'élargissement du remboursement des contraceptifs pour les jeunes (6,859 millions d'euros) et pour des lits tampons dans les centres de psychiatrie légale en cas de détention provisoire (0,595 million d'euros). Les mesures d'économie dans le secteur des médicaments est avantageuse pour le patient (comme dans la proposition du Comité de l'Assurance). Le budget approuvé manque cependant de moyens supplémentaires pour d'autres initiatives urgentes pour le patient et pour un meilleur remboursement de certains prestataires de services.

## 6. Un avenir prometteur

Les prévisions du Bureau fédéral du Plan ne sont pas très optimistes : « *Les déterminants structurels endogènes des dépenses de soins de santé (prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et progrès technologique médical) conduisent à une croissance moyenne de ces dépenses de 2,5% par an en termes réels, soit nettement au-dessus de la norme de 1,5%.* »<sup>4</sup>

Le Comité de Monitoring estime qu'un maintien de la norme de croissance de 1,5% impliquera des économies supplémentaires de 2,06 milliards d'ici 2024.

Un tel contexte de restrictions dans les soins de santé n'est pas favorable à l'introduction des réformes nécessaires pour

assurer un système durable de soins de santé, alors que ce contexte rend justement ces réformes plus urgentes.

Le Comité de l'Assurance souhaite préparer les réformes nécessaires afin que le patient puisse toujours avoir accès à une solution abordable à ses besoins en matière de soins. Une vision claire des soins de santé futurs et de plus nombreux outils de maîtrise du budget peuvent contribuer à l'établissement de soins de santé durables. La Commission européenne conseille d'investir dans les soins de santé : *"Health expenditure is recognised as growth-friendly expenditure. Cost-effective and efficient health expenditure can increase the quantity and the productivity of labour by increasing healthy life expectancy. However, the relatively large share of healthcare spending in total government expenditure, combined with the need for budgetary consolidation across the EU, requires more efficiency and cost-effectiveness to ensure the sustainability of current health system models. Evidence suggests there is considerable potential for efficiency gains in the healthcare sector."* (Les dépenses de santé sont reconnues comme des dépenses favorables à la croissance. Des dépenses de santé rentables et efficaces peuvent augmenter la quantité et la productivité du travail en augmentant l'espérance de vie en bonne santé. Toutefois, la part relativement importante des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, associée à la nécessité d'un assainissement budgétaire dans toute l'UE, exige une plus grande efficacité et une meilleure rentabilité pour garantir la viabilité des modèles actuels de systèmes de santé. Les données disponibles indiquent qu'une bien plus grande efficacité pourrait être atteinte dans le secteur des soins de santé.)<sup>5</sup> Il est donc bon d'investir dans l'assurance maladie, à condition que des mesures soient prises pour accroître l'efficacité du système et améliorer ainsi la santé avec les mêmes ressources.

La MC est heureuse de participer à la réalisation de soins de santé durables et à l'amélioration de la santé de chacun !

4. Perspectives économiques 2019-2024, Bureau fédéral du Plan, juin 2019.

5. Rapport "Investing in Health", Commission européenne, 2013.

## Baromètre hospitalier MC 2019

Mieke Dolphens (Service d'études), Muriel Wantier (MC Assure), Benoît Rousseau et Elien Ghyselen (Service juridique), Bernard Landtmeters (Direction médicale)

Remerciements à : Koen Cornelis, Hervé Avalosse et Katte Ackaert (Service d'études), Crista Volckaert (Direction médicale), Luc Cobbaert (Département Soins de santé)

### Résumé

En tant que cogestionnaire de l'assurance maladie, stakeholder de la politique de santé et association de patients, nous avons le plaisir de vous présenter la quinzième édition du Baromètre hospitalier MC. Il est basé essentiellement sur les factures hospitalières de nos 4,6 millions de membres.

Les constatations du baromètre hospitalier MC doivent être lues dans le contexte (international) suivant : (1) les dépenses de santé à charge des patients sont élevées en Belgique, (2) la Belgique obtient de mauvais résultats en termes d'inégalités de santé et d'accès aux soins, (3) le report des soins pour des raisons financières est un problème croissant dans notre pays, en particulier dans les groupes de revenus les plus faibles, et (4) en termes de qualité des soins, il y a une marge d'amélioration dans les domaines de l'adéquation, de la sécurité et de la continuité des soins.

Cet article ne reproduit en aucun cas l'étude complète qui peut être consultée via [https://www.mc.be/media/Annexe%206%20barom%C3%A8tre%20Hospita%20MC%202019%20-%20rapport%20complet\\_tcm49-63141.pdf](https://www.mc.be/media/Annexe%206%20barom%C3%A8tre%20Hospita%20MC%202019%20-%20rapport%20complet_tcm49-63141.pdf). Toutefois, cet article fournit un résumé du rapport de recherche, complété par quelques commentaires. Après une brève introduction, nous allons zoomer sur les principales conclusions du baromètre hospitalier MC et sur ce que la MC préconise en tant que mutualité santé orientée vers l'avenir.

Mots-clés : Hôpitaux, patient, transparence, accessibilité financière, égalité d'accès aux soins, suppléments

### 1. Introduction

Pour la quinzième année consécutive, la MC publie son baromètre hospitalier. Cette étude concerne les différents types d'activité des **hôpitaux généraux et universitaires** en Belgique. Les analyses sont basées sur les **factures hospitalières de nos 4,6 millions de membres**.

L'objectif du Baromètre hospitalier MC reste inchangé : d'une part, c'est l'un des outils que nous utilisons pour accompagner nos membres dans le paysage complexe des soins de santé. D'autre part, nous utilisons le baromètre annuel hospitalier pour soutenir les politiques de soins de santé, favoriser une bonne gestion de l'assurance maladie, aider à faire respecter les réglementations et promouvoir des soins de santé efficaces. En tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, nous continuons à assumer avec un grand plaisir ce rôle actif et responsable.

Par rapport aux éditions précédentes du baromètre hospitalier, il y a un certain nombre de nouveautés. Les **principales** sont les suivantes :

- Le baromètre se compose de deux parties, avec un public cible différent : dans la première partie, nous nous adressons à **nos membres, le citoyen** ; dans la deuxième partie, nous nous adressons aux **professionnels de la santé et aux décideurs politiques**.
- Outre les thèmes traditionnellement inclus dans le baromètre hospitalier MC, nous examinons pour la première fois **l'ampleur, la nature et l'évolution des paiements non remboursables facturés par les hôpitaux** (en particulier la série de codes « 960 », y compris les honoraires non remboursables et le confort de chambre).
- Non seulement la **partie hospitalisation** est examinée, mais aussi l'**activité ambulatoire** facturée par les hôpitaux.
- Lorsque cela est utile, nous décrivons également le **contexte plus large** (par exemple, les références à d'autres chiffres disponibles (KCE, OCDE, AIM, UE, ...), les références à la littérature scientifique, les tendances internationales, le cadre juridique, ...).
- La vision **MC et les recommandations politiques** sont exprimées.

## 2. Quelles sont nos principales conclusions ?

Les chiffres de l'OCDE montrent que **les dépenses à charge des patients pour les soins hospitaliers sont particulièrement élevées en Belgique** et que - comparé aux autres pays européens - le pourcentage financé collectivement est faible dans notre pays (figure 1). Les coûts à la charge du patient comprennent les tickets modérateurs, les suppléments (par exemple, les suppléments d'honoraires et de chambre) et les paiements non remboursés.

**En cas d'hospitalisation, la différence de coût à la charge du patient est très importante, selon le choix de chambre de la part du patient.** Si le patient choisit de séjourner en chambre

individuelle pour une admission classique, il paie en moyenne 6 fois plus que dans une chambre double ou commune (figure 2). En hospitalisation de jour, la différence de prix est encore plus prononcée (facteur moyen de 8 à 15 ; figures 3 et 4). **La différence des frais médicaux - sous forme de suppléments d'honoraires - joue ici un rôle majeur.** En 2018, par rapport à 2017, le montant moyen des suppléments d'honoraires par admission en chambre individuelle a de nouveau augmenté de manière significative (+4,7% pour les admissions classiques, +5,2% pour l'hospitalisation de jour chirurgicale et +3,7% pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale, en plus de l'inflation). Le rythme de croissance des suppléments d'honoraires en chambre individuelle, que l'on connaît depuis de nombreuses années, se poursuit donc. De plus, les montants demandés varient fortement et les excès demeurent. Les **suppléments**

Figure 1 : Le financement des soins hospitaliers, par type de financement, 2017<sup>1</sup>

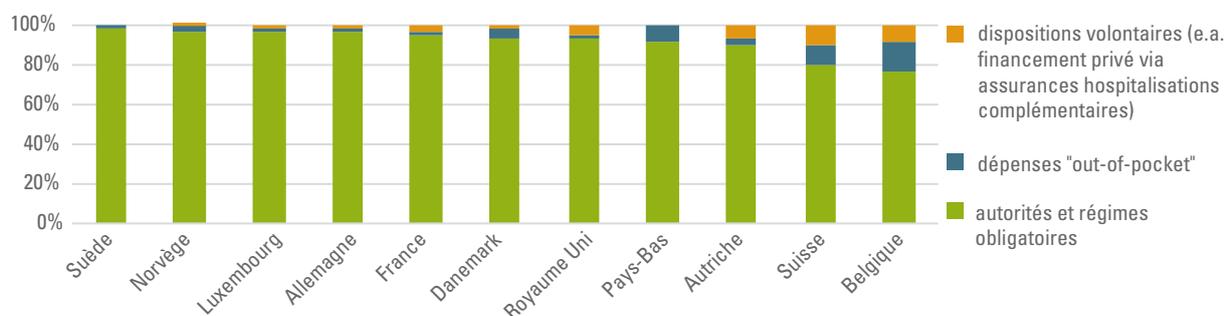
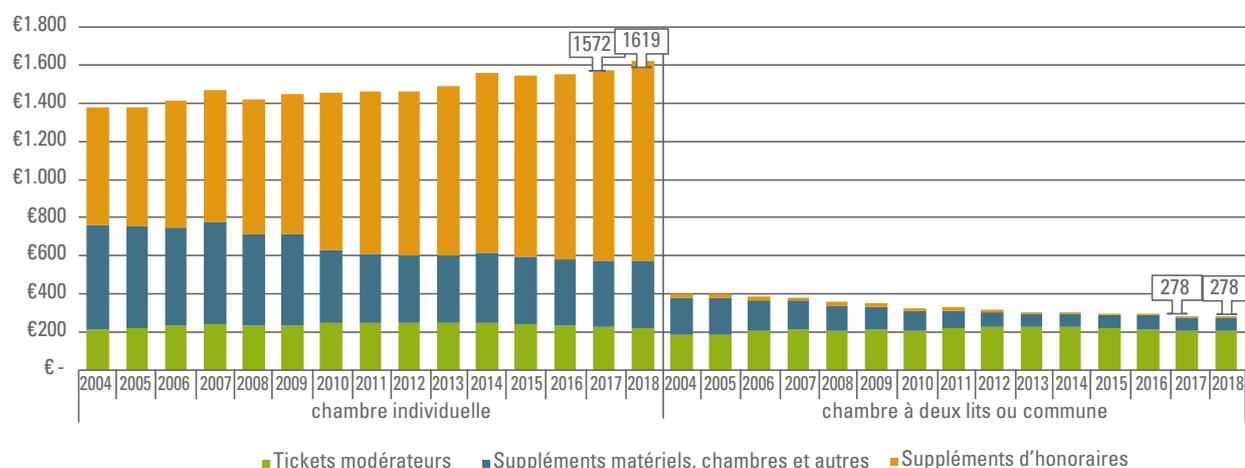
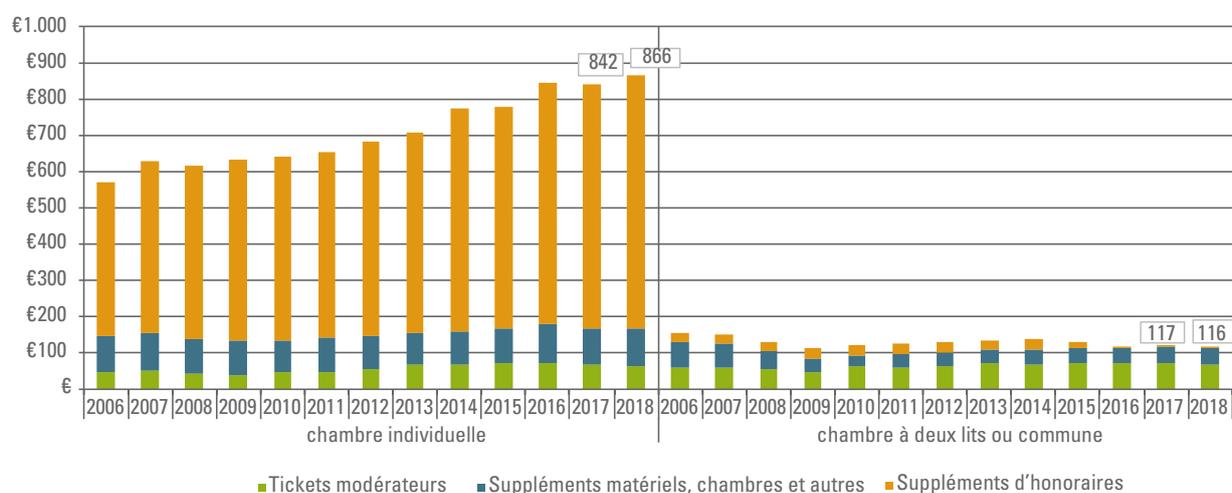


Figure 2 : Évolution du coût moyen à charge du patient pour une admission classique, par type de chambre (données membres MC, 2004-2018, prix 2018)



1. Source : OCDE. Stat. Health expenditure and financing, disponible via [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#); extraction des données le 07-10-2019.

**Figure 3 : Évolution du coût moyen à charge du patient pour une hospitalisation de jour chirurgicale, par type de chambre (données membres MC, 2006-2018, prix 2018)**



**de chambre** peuvent être élevés également (jusqu'à 300 euros par jour en hospitalisation classique et jusqu'à 150 euros en hospitalisation de jour, pour les membres MC en 2018), sans aucune justification. Lors d'une admission en chambre individuelle, les honoraires et les suppléments de chambre représentent ensemble, en moyenne, 80 à 90% de la facture du patient. L'accessibilité financière des chambres individuelles est soumise à une telle pression pour les citoyens sans assurance hospitalisation et/ou pour ceux qui ont un profil socio-économique vulnérable qu'elle est devenue un **exemple de soins de santé à deux vitesses**.

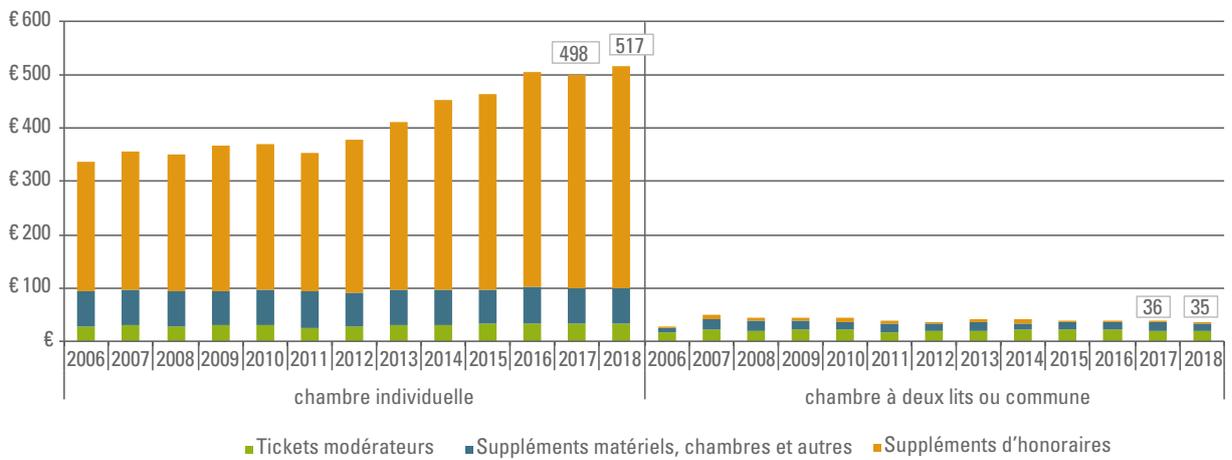
Du point de vue du prestataire de soins (les hôpitaux et les médecins hospitaliers sont considérés ensemble en raison d'un manque de transparence concernant les rétrocessions), les recettes totales des paiements des patients en chambre individuelle sont considérablement plus élevées que celles des chambres doubles et des chambres à plusieurs lits (figure 5). Et ce, malgré le fait que seule une minorité (13%) des hospitalisations se fait en chambre individuelle (membres MC 2018, 22% des admissions classiques et 6% des admissions de jour). **Fondamentalement, la question se pose de savoir dans quelle mesure il est sain que le revenu des hôpitaux et/ou des médecins issu des paiements des patients soit fortement influencé par le type de chambre en cas d'hospitalisation.** Grâce à l'étude AIM « Suppléments d'honoraires attestés

pendant les séjours hospitaliers » (données 2017)<sup>2</sup> nous savons que, **en 2017**, la masse des suppléments d'honoraires facturés pendant les séjours à l'hôpital s'élève à **563 millions** et que - du point de vue du patient - **le risque d'être confronté à des suppléments d'honoraires très élevés a augmenté** au fil du temps. Sur la base des chiffres disponibles, rien n'indique que des suppléments d'honoraires élevés soient associés à la qualité des soins, à la santé financière des hôpitaux ou à la satisfaction des patients.

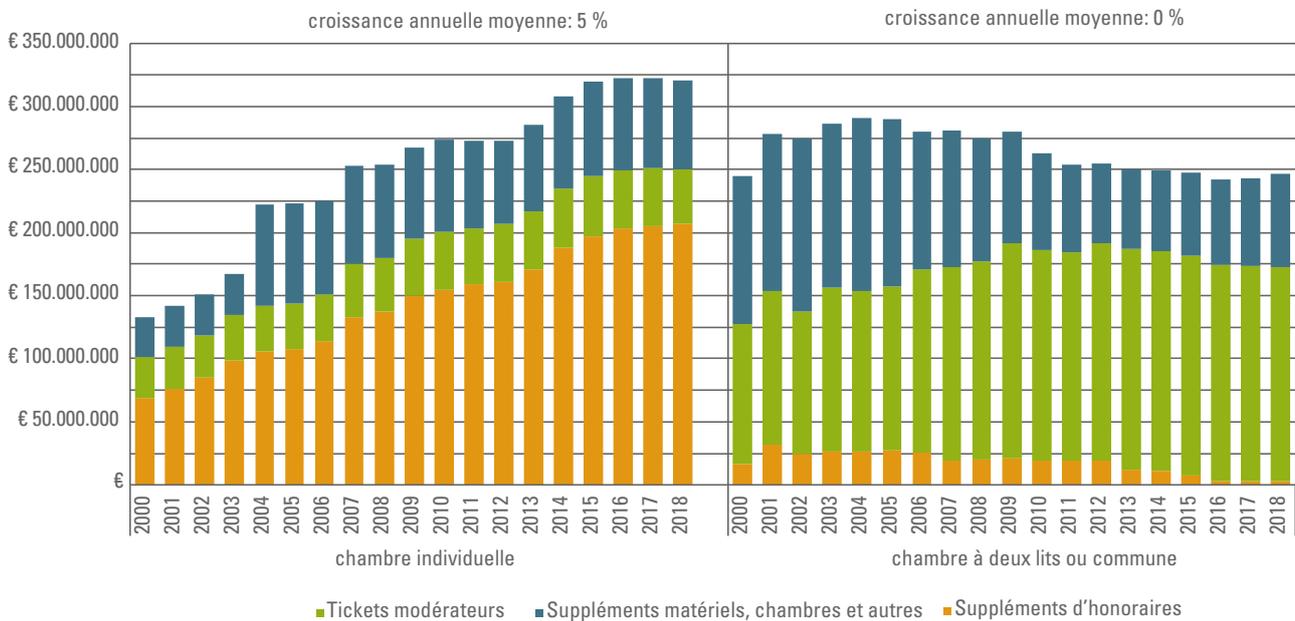
Ce n'est pas seulement dans le cas des admissions en chambre individuelle que les coûts supportés par le patient peuvent être élevés et il existe une grande hétérogénéité dans les pratiques tarifaires. **Des frais supplémentaires élevés sont également possibles pour les admissions en chambre commune et pour les activités ambulatoires**, et ils peuvent, en outre, **varier fortement** d'un prestataire de soins à l'autre. La réalité actuelle du point de vue du patient est claire : (1) le choix d'une chambre commune en cas d'hospitalisation ne garantit pas des soins sans suppléments dans tous les hôpitaux et pour toutes les interventions (par exemple, à la figure 6, réduction mammaire due à une gêne fonctionnelle telle que douleur ou problèmes de peau : dans certains hôpitaux, le coût médian facturé au patient en chambre double ou à plusieurs lits est d'environ 100 euros ; dans d'autres, le coût médian est 27 fois plus important. Même intervention, même type de chambre,

2. Communiqué de presse 05-02-2019 « 563 millions en 2017 : Un montant record de suppléments d'honoraires » ([https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions-d-euros-en-2017-Un-montant-record-pour-les?lang\\_ok=oui](https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions-d-euros-en-2017-Un-montant-record-pour-les?lang_ok=oui)) - rapport de recherche disponible via [https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport\\_aim\\_-\\_supplements\\_d\\_honoraires\\_medicaux\\_sejours\\_hospitaliers\\_-\\_donnees\\_2017.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf).

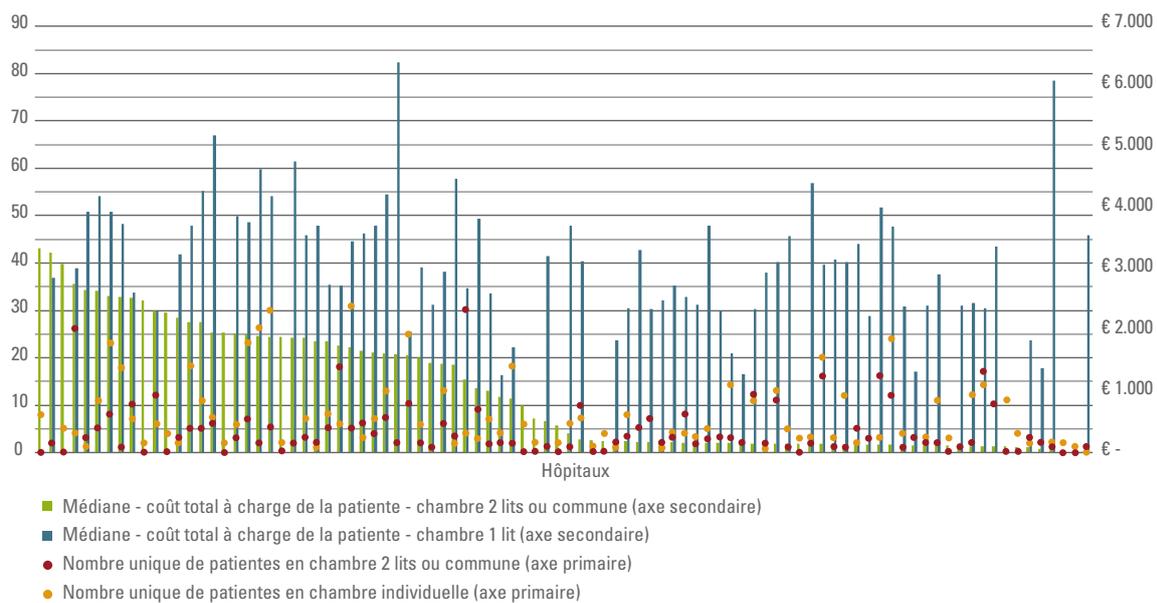
**Figure 4 : Évolution du coût moyen à charge du patient pour une hospitalisation de jour non chirurgicale, par type de chambre (données membres MC, 2006-2018, prix 2018)**



**Figure 5 : Somme de tous les coûts à charge du patient hospitalisé, par type de chambre (données membres MC, tous types d'hospitalisation cumulés, 2000-2018, prix 2018)**



**Figure 6 : Coût total médian par hôpital à la charge du patient par type de chambre, pour les admissions classiques pour réduction mammaire pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624, membres MC, 2018).\***

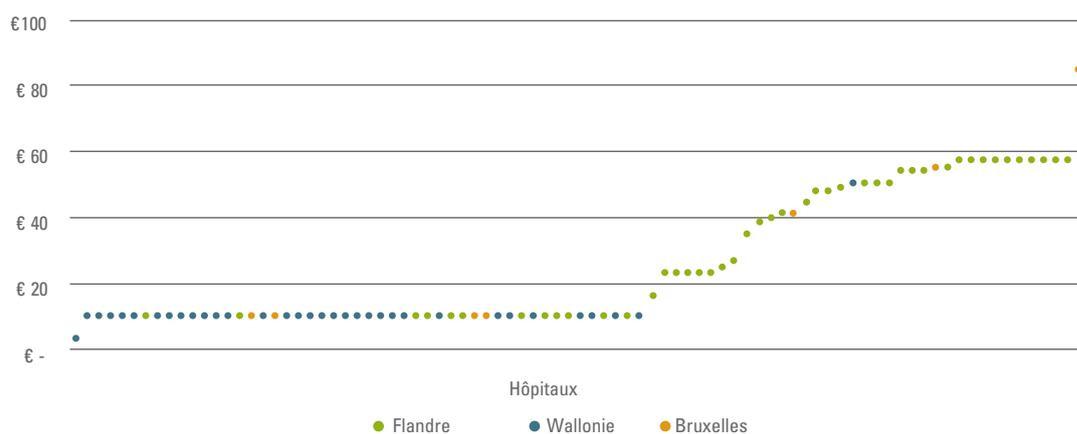


\* Coût y compris les suppléments et les paiements non remboursables  
 Contrairement à la figure 37 du rapport d'enquête approfondi, où seuls les hôpitaux avec au moins cinq membres MC par type de chambre ou au moins 25 membres MC (indépendamment du type de chambre) sont indiqués, tous les hôpitaux où au moins un membre MC a subi une intervention chirurgicale en 2018 sont indiqués dans la figure.

coût clairement différent), et (2) via un mix de suppléments, les interventions (ambulatoires) de routine dans l'hôpital X peuvent coûter un multiple de ce que l'on paie dans l'hôpital

Y (exemple, à la figure 7 : IRM ambulatoire d'un membre). De plus, plusieurs études montrent que les **patients** sont actuellement **encore trop peu informés au préalable des frais qui les attendent**.<sup>3</sup>

**Figure 7 : Coût médian à la charge du patient pour un examen IRM ambulatoire d'un membre, par hôpital.\* (Base : données membres MC 2018).\***



\* Code de nomenclature 459513, y compris les codes 460670, 460795 et 461016 (c'est-à-dire les honoraires de consultation et les honoraires forfaitaires par prescription et par jour) où 459513 apparaît comme une prestation relative et y compris les codes 960050 et 960073 (c'est-à-dire les honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables)

3. Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Action Droits des patients 2018 : Les patients trouvent-ils le chemin de l'information financière en cas d'hospitalisation ? MC Informations, 273, 41-46. Disponible via [https://www.mc.be/media/MC-INFO-FR-273-LR\\_tcm49-53265.pdf](https://www.mc.be/media/MC-INFO-FR-273-LR_tcm49-53265.pdf) ; Résultats enquête sur l'expérience des patients dans les hôpitaux flamands (2018), disponible via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-peiling-pati%C3%ABntervaring-in-vlaamse-ziekenhuizen>.

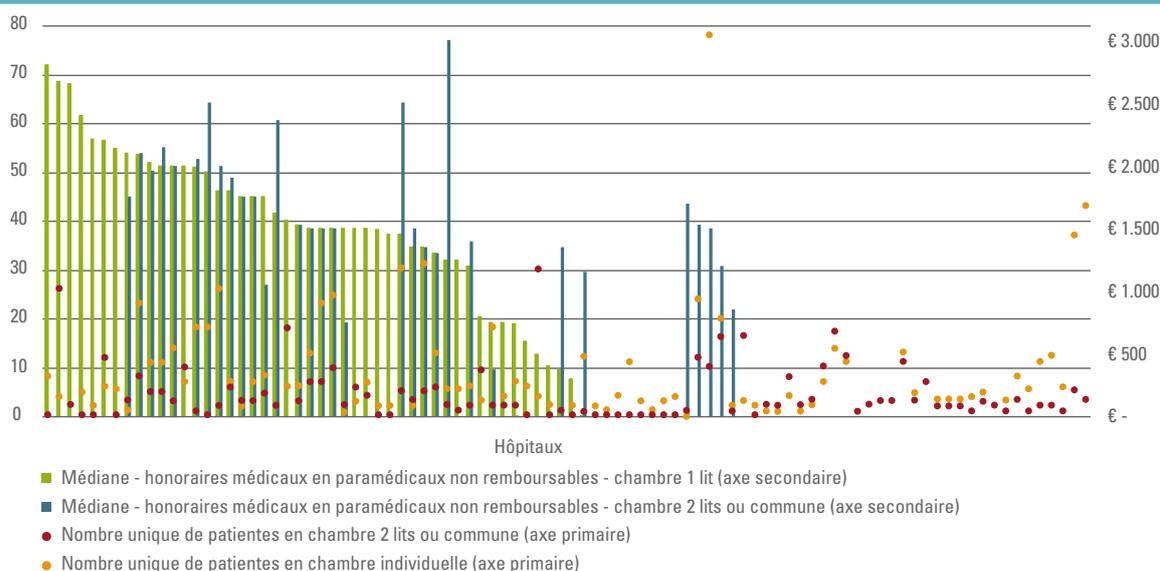
Outre les honoraires et les suppléments de chambre qui ont déjà fait l'objet d'études approfondies, d'autres coûts supplémentaires à la charge du patient peuvent également être élevés. Les produits, prestations ou services non remboursés par l'assurance maladie, repris dans ladite « **série de codes 960** », sont un exemple de ces coûts supplémentaires. En 2018, les hôpitaux ont facturé un montant estimé à **218 millions d'euros** dans cette série de codes 960 (extrapolation basée sur les chiffres MC). Ces paiements non remboursables comprennent les **honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables**. Sur la période 2009-2018, le volume total de ce type d'honoraires a connu un **taux de croissance réel annuel moyen de 5,1%** (+7,7% pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale, +7,0% pour l'hospitalisation de jour chirurgicale, +5,8% pour l'activité ambulatoire en contexte hospitalier et +2,1% pour les admissions classiques). En 2018, les membres MC ont payé 42,7 millions d'euros d'honoraires (para)médicaux non remboursables facturés par les hôpitaux, dont environ 10 millions d'euros en hospitalisation classique, 8 millions d'euros en hospitalisation de jour et 24 millions d'euros en hospitalisation ambulatoire ; le montant total en Belgique peut donc être estimé à **105 millions d'euros**.

Les hôpitaux facturent des honoraires non remboursables principalement dans le contexte ambulatoire. Nous constatons que - sur la base des données de facturation dont nous disposons aujourd'hui - il est souvent impossible de recons-

tituer le contexte dans lequel des honoraires non remboursables ont été attestés dans un contexte ambulatoire. Dans de nombreux cas, ce jour-là, dans cet hôpital avec ce patient, seuls des honoraires non remboursables sont facturés, sans autre précision. Il apparaît également que des honoraires non remboursables sont fréquemment facturés en combinaison avec des médicaments ou des tests de laboratoire. Lorsque nous parvenons, dans un contexte hospitalier ambulatoire, à reconstituer un contexte, il s'agit souvent d'interventions dans lesquelles les frais d'assurance maladie obligatoire sont concentrés sur **l'imagerie médicale** ou **l'ophtalmologie**. Dans le cas d'une hospitalisation de jour et d'une hospitalisation classique, le centre de gravité pour les frais d'assurance maladie obligatoire est souvent plus élevé en **stomatologie** et en **chirurgie plastique**.

Les honoraires (para)médicaux non remboursables peuvent s'élever à **plusieurs centaines ou milliers d'euros** pour le patient (par admission ou intervention ; exemple à la figure 8). Tant en ce qui concerne l'hospitalisation que l'activité ambulatoire, il semble y avoir des différences régionales dans la systématique et l'importance des honoraires (para)médicaux non remboursables facturés par les hôpitaux. Au moins un hôpital a - en suivant le baromètre hospitalier MC et après avoir vérifié la facturation - découvert une erreur dans la facturation, qui sera corrigée. **Nous comptons sur d'autres hôpitaux pour suivre le mouvement et faire le nécessaire en cas de facturations erronées ou injustifiées.**

**Figure 8 : Par hôpital, montant médian d'honoraires non remboursables, par type de chambre, pour les admissions classiques où l'intervention de l'assurance maladie obligatoire est axée sur la réduction mammaire pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624) (données membres MC, 2018).\***



\* Contrairement à la figure 36 du rapport d'enquête approfondi où seuls les hôpitaux comptant au moins 5 membres MC par type de chambre ou au moins 25 membres MC (indépendamment du type de chambre) sont indiqués, tous les hôpitaux où au moins un membre MC a subi une intervention chirurgicale en 2018 sont indiqués ici.

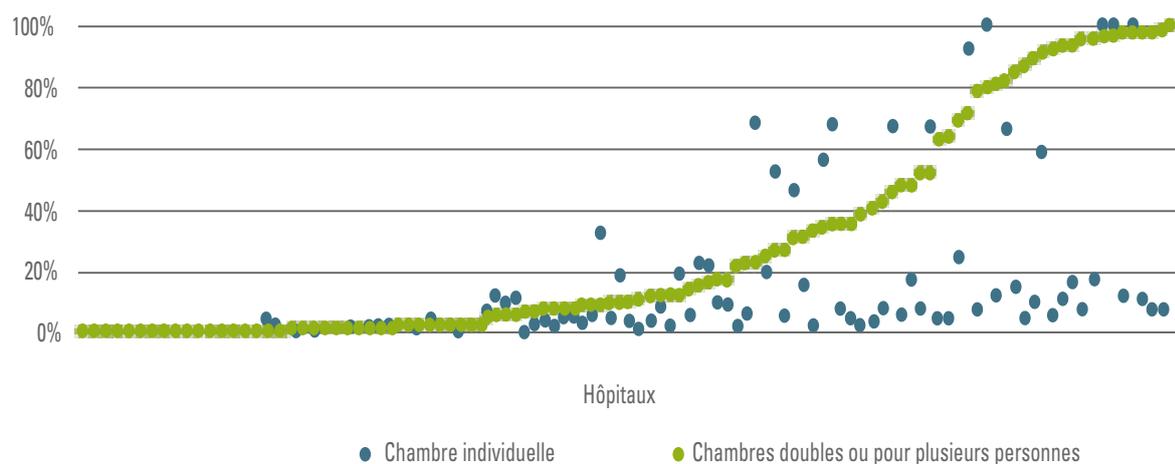
Un autre exemple de coût supplémentaire est ce qu'on appelle le « **confort de chambre** ». En règle générale, le confort de chambre (parfois appelé « forfait d'hébergement » ou « supplément de confort ») concerne une indemnité spécifique à l'hôpital payée par le patient pour les services supplémentaires demandés (par exemple utilisation d'une télévision, d'un réfrigérateur, d'un téléphone, du wifi, ... dans la chambre). Dans la pratique, nous constatons qu'il existe des hôpitaux qui facturent le confort de la chambre au patient sur une base fixe et (presque) systématique. Ce, aussi bien dans les chambres communes (où les suppléments de chambre sont interdits par la loi et où les forfaits d'hébergement systématiquement facturés sont de facto des **suppléments de chambre cachés**) que dans les chambres individuelles (où **des suppléments de chambre** sont déjà facturés) (figure 9). C'est surtout - mais pas exclusivement - pour les admissions plus longues que le montant peut être très élevé pour les services tels que la télévision, le réfrigérateur, le téléphone, le wifi, ... Le montant par jour peut également être élevé (jusqu'à 10 euros par jour). En 2018, les membres hospitalisés de la MC ont payé au total 4,3 millions d'euros pour ces frais de confort ; en Belgique, on estime que ces frais s'élèvent à **environ 11 millions d'euros**.

**Contrairement par exemple aux suppléments d'honoraires et de chambre**, les paiements non remboursables **ne sont souvent pas couverts par les assurances complémentaires** telles que les assurances hospitalisation. Ces coûts sont donc **entièrement à la charge du patient**.

### 3. Que préconise la MC en tant que mutualité santé orientée vers l'avenir ?

- Une **réduction de 6.000 lits hospitaliers d'ici 2025** comme proposé par le KCE<sup>4</sup>, avec davantage de soins transmuraux et basés sur les besoins (chroniques et préventifs).
- **Transparence pour le citoyen/patient** sur
  - le coût prévisible des interventions médicales, y compris les hospitalisations (**estimation des coûts**),
  - la qualité des soins,
  - les flux financiers de notre système de soins de santé.

**Figure 9 : Pourcentage d'admissions classiques où le confort de chambre (code 960492-960503) est facturé, par type de chambre et par hôpital (données membres MC 2018)**



4. Rapport KCE 289AS concernant la capacité hospitalière requise en 2025, disponible via <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/capacite%20hospitaliere-necessaire-en-2025-et-criteres-de-la-ma%20Etrise-de-1%20%99offre-po>

- Suppression des suppléments en cas d'hospitalisation, avec à court terme :
    - **interdiction légale des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés\***,
    - **des honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables réglementés de manière transparente,**
    - des suppléments de chambre et de confort de chambre réglementés de manière transparente, avec une limitation des excès, ainsi qu'une révision des normes architecturales et d'aménagement des chambres d'hôpital.
  - **Chambre individuelle comme standard pour une admission classique**, à condition que les suppléments d'honoraires aient été supprimés. Nous fixons comme objectif un ratio de 80% de chambres individuelles et de 20% de chambres doubles et multiples.
  - **Interdiction des suppléments d'honoraires sur les prestations médico-techniques** telles que l'imagerie médicale, la biologie clinique et l'anatomopathologie.
  - **Transparence pour la mutualité santé à propos :**
    - des flux de financement, y compris - mais pas uniquement - la transparence sur la destination et l'attribution des honoraires et des suppléments,
    - des coûts à supporter par le patient, également dans le cas des prestations ambulatoires et extramurales (y compris les informations sur le prestataire qui atteste, le destinataire, la destination et la justification),
    - de la qualité des soins (y compris le partage des données à des fins de recherche),
    - du coût d'une hospitalisation par rapport au financement reçu par un hôpital.
  - **Suppression du système des assurances hospitalisation et transfert de ces fonds vers l'assurance maladie obligatoire.**
  - Accès aux **soins ambulatoires à un tarif conventionné dans l'enceinte de l'hôpital** pour chaque patient. Ceci dans les mêmes conditions (par exemple, le temps d'attente) et avec la même qualité que les patients qui ne veulent pas être vus à un tarif conventionné.
  - **Financement** correct des hôpitaux et des acteurs des soins promouvant **la santé et la qualité des soins**. Le poids des paiements par prestation/intervention/admission doit être réduit de manière drastique, en faveur de soins de qualité dans lesquels les prestataires de soins fournissent d'excellents soins et collaborent correctement.
  - **Révision des normes de reconnaissance des hôpitaux et des services hospitaliers** (A.R. du 30-01-1989).
- \* Pour la MC, c'est clair : **la suppression contrôlée des suppléments d'honoraires pour le patient hospitalisé** est une étape nécessaire si nous voulons pérenniser une assurance maladie obligatoire vraiment digne de ce nom. **Si les suppléments**

**disparaissent, les assurances hospitalisation deviendront également superflues.** Au fil des ans, un système pervers s'est développé, dans lequel l'existence d'assurances hospitalisation sert d'alibi pour facturer des suppléments toujours plus élevés, lesquels font grimper à leur tour les primes des assurances hospitalisation. C'est cette spirale d'augmentation des coûts que la MC veut briser parce qu'elle touche aux principes fondamentaux des soins de santé et de la « sécurité » sociale.

De manière générale, la **suppression des suppléments d'honoraires pour les hospitalisations** pourrait ressembler à ceci :

- (1) Annonce d'une **interdiction légale des suppléments d'honoraires dans le chef des patients hospitalisés** (tant l'hospitalisation de jour que les admissions classiques).
  - Cela doit conduire à une **réduction sensible des primes d'assurance complémentaire**, tant pour les contrats individuels que pour les contrats collectifs. En 2017, la masse des primes pour les assurances maladie complémentaires en Belgique était de **2 milliards d'euros** (dont 39% via des contrats d'assurance privés collectifs, 35% via des sociétés mutualistes d'assurances (mutualités) et 26% via des contrats d'assurance privés individuels).
- (2) **Transfert des moyens** d'un montant égal à la masse de suppléments d'honoraires actuelle **vers le budget de l'assurance maladie obligatoire**.
  - Une partie de l'argent libéré par tous ceux qui paient aujourd'hui des primes pour une assurance maladie complémentaire est suffisante et devrait être intégrée de manière solidaire dans le budget de l'assurance maladie obligatoire : **650 millions d'euros, à revoir périodiquement**.
  - Vu les frais d'administration plus faibles et la maîtrise des coûts importante en assurance maladie obligatoire, ces moyens seront utilisés plus efficacement dans l'intérêt de tous les assurés sociaux.
  - Méthodes d'intégration des 650 millions d'euros dans l'assurance maladie obligatoire (à discuter avec les partenaires sociaux) :
    - soit par une augmentation des cotisations sociales ;
    - soit via le relèvement de la part de la sécurité sociale dans les sources de financement alternatives ;
    - soit via une hausse des subventions globales de l'État ;
    - soit via une combinaison de ces mesures.
- (3) **Répartition** de ces moyens transférés **entre les hôpitaux et les médecins-spécialistes** sur la base de **clés de répartition transparentes, objectives et équitables**. La MC souligne en effet l'importance d'un financement hospitalier correct et d'une rémunération appropriée pour les médecins spécialistes, avec une équité dans la tension salariale entre les différentes spécialités au sein du corps médical.

## La consommation d'alcool des jeunes Belges est inquiétante

Rebekka Verniest (Service d'études) et Michiel Callens (médecin chercheur AIM)

Remerciements au Prof. Guido Van Hal de l'Université d'Anvers (UA) et au Prof. Dr. Jozef De Dooy de l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA).

### Résumé

L'Agence Intermutualiste (AIM) effectue depuis plusieurs années, en collaboration avec l'Université d'Anvers et l'UZA, une estimation du nombre d'intoxications alcooliques chez les jeunes entre 12 et 17 ans. Cette estimation se fait au moyen d'un indicateur basé sur la nomenclature indiquant le nombre de jeunes qui se présentent par année civile aux urgences ou qui passent une nuit à l'hôpital et subissent un éthylotest le même jour. Selon les médecins traitants (médecins urgentistes, pédiatres), ce test indique, surtout chez les jeunes, presque à chaque fois une intoxication alcoolique.

Les chiffres montrent qu'un total de 2.234 jeunes se sont retrouvés à l'hôpital à la suite d'une surconsommation d'alcool en 2018. Ce chiffre reste à peu près stable depuis 10 ans et ce malgré toutes les campagnes de sensibilisation. Une faible diminution a été constatée en 2013 (2.376) ainsi qu'une faible augmentation en 2008 (2.209). L'intoxication alcoolique se présente plus souvent chez les filles que chez les garçons, ainsi que chez les jeunes ayant droit à l'intervention majorée.

L'intoxication alcoolique chez les jeunes n'est pas un problème anodin. Outre la « gueule de bois », d'autres effets de l'intoxication alcoolique peuvent se manifester à court terme, tels qu'un risque accru d'agressions, de comportements sexuels à risque, d'agressions sexuelles et d'accidents causés par l'abus d'alcool. À long terme, des dommages peuvent être infligés au cerveau, entraînant la perte de capacités intellectuelles et des possibilités scolaires diminuées. Il s'agit d'un problème grave et trop peu connu.

L'AIM, l'Université d'Anvers et l'UZA souhaitent, en publiant ces chiffres, sensibiliser les jeunes et également faire appel au contrôle social des parents, des mouvements de jeunesse et des clubs de sport. Le gouvernement joue également un rôle important. Notons que l'interdiction de consommation d'alcool aux moins de 18 ans, une mesure efficace, existe déjà dans 20 pays de l'Union européenne, mais pas (encore) en Belgique. C'est pour cette raison que le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), le Vlaamse expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) (le Centre d'expertise flamand pour l'alcool et les autres drogues) et la MC plaident pour relever l'âge légal de la consommation d'alcool à 18 ans.

En parallèle, l'AIM, l'Université d'Anvers et l'UZA souhaitent qu'un bon système d'enregistrement soit mis au point pour donner une vue d'ensemble de l'ampleur et de la gravité de la problématique.

**Mots-clés :** Consommation d'alcool, intoxication alcoolique, jeunes, AIM

### 1. La consommation d'alcool des Belges<sup>1</sup>

La consommation d'alcool est socialement bien acceptée dans le monde entier. Elle fait également partie de la culture en Europe, et la Belgique, avec une consommation estimée de 12,1 litres d'al-

cool pur par an et par personne pour la période 2015-2017, ne fait certainement pas figure d'exception<sup>2</sup>. Au contraire, cette quantité est plus élevée que la moyenne des pays de l'OMS/Europe (9,8

1. Source : Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique. Sciensano; Numéro de rapport : D/2019/14.440/56

2. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/bel.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bel.pdf?ua=1)

litres). La Belgique occupe même la 29<sup>ème</sup> place mondiale (sur 194 pays) en matière de consommation d'alcool. La consommation d'alcool est clairement fortement ancrée dans la culture belge.

Depuis 1997, la direction médicale Épidémiologie et Santé publique de Sciensano analyse la consommation d'alcool de la population belge dans le cadre de l'enquête de santé. Les résultats de 2018 sont mitigés.

On constate, d'une part, un certain nombre d'évolutions positives.

- En comparaison avec les enquêtes précédentes, le nombre de consommateurs actuels a significativement diminué, passant de 82% en 2013 à 76,6% en 2018.
- Dans l'année précédant l'enquête, près d'un quart de la population âgée de 15 ans et plus était abstinent. Cette proportion est même plus élevée dans la catégorie d'âge la plus jeune (15-24 ans), avec 28%. De plus, un nombre croissant de Belges sont abstinents toute leur vie.
- Après une augmentation du nombre de consommateurs quotidiens entre 1997 (7,7%) et 2013 (14,2%), on constate en 2018 une forte baisse à 9,7%.
- Le pourcentage de Belges ayant une consommation excessive d'alcool (plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres par semaine pour les hommes) a diminué, tout comme la proportion de Belges consommant plus de 10 verres par semaine (de 16,9% en 2013 à 14% en 2018). Les 10 verres d'alcool sont considérés comme le seuil à ne pas dépasser pour limiter les risques pour la santé.

Il y a cependant aussi des résultats plus inquiétants.

- Dans le groupe des jeunes buvant de l'alcool hebdomadairement, la consommation quotidienne est plus élevée que dans les autres catégories d'âge. La moyenne de presque 11 verres d'alcool par semaine dépasse la moyenne du groupe d'âge 25-64 ans.
- On ne constate pas de diminution significative du phénomène d'« hyper-alcoolisation » : en 2018, 7,6% de la population buvait au moins une fois par semaine 6 verres de boisson alcoolisée au cours d'une même occasion. Pour un Belge sur cinq, cela se produit au moins une fois par mois. Le phénomène est également plus présent dans la catégorie d'âge la plus jeune (hebdomadairement pour 10,4% et mensuellement pour 37,4%). L'épisode d'ivresse ponctuelle mensuelle<sup>3</sup> se présente chez 14,4% des 15-24 ans.
- Le nombre de Belges ayant déjà fait face à une consommation problématique d'alcool est en hausse.
- L'âge moyen auquel un Belge commence à boire a diminué de 18,3 ans en 2013 à 17,7 ans en 2018. La proportion de consommateurs en-dessous de 16 ans a augmenté de 17,1% en 2013 à 22,8% en 2018.

## 2. L'intoxication alcoolique, loin d'être un problème anodin, surtout chez les jeunes

On affirme de plus en plus que la consommation d'alcool, même modérée, a des conséquences négatives. L'alcool exerce de manière générale un effet anesthésique sur le cerveau, ce qui fait que même de petites quantités mènent à une sensation d'euphorie et à une perte d'inhibition. Selon la quantité absorbée, les effets augmentent et la réactivité, le contrôle des mouvements ainsi que la coordination diminuent. La consommation d'alcool comporte donc des risques et peut être liée à un comportement irréflectif, à un risque accru d'agressions, de comportements sexuels à risque, d'agressions sexuelles et toutes sortes d'accidents. En outre, les publications scientifiques établissent de plus en plus un lien direct entre la consommation d'alcool et différentes maladies et traumatismes. Dans son dossier, le VAD fait référence à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui établit un lien entre la consommation d'alcool et plus de 200 maladies (entre autres certaines maladies infectieuses, cancers et maladies cardio-vasculaires) et lésions<sup>4</sup>, ainsi qu'au lien entre l'alcool et l'effet du traitement de maladies. Ces risques ne sont pas uniquement liés à la consommation d'alcool à long terme ou problématique.

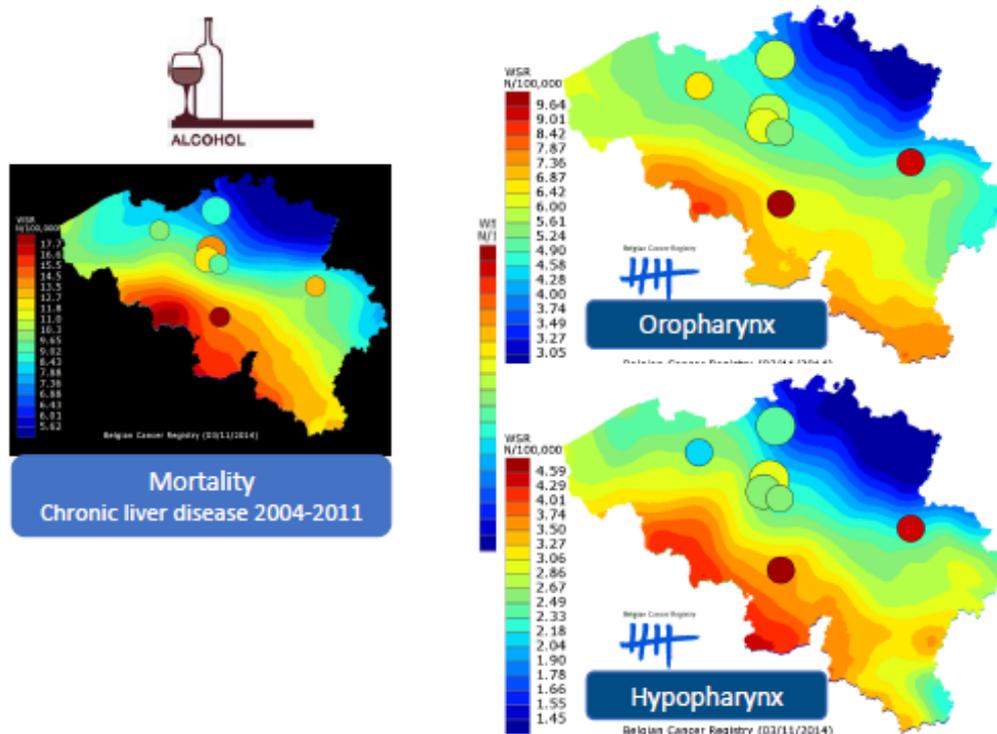
De plus, on considère que les jeunes sont encore plus vulnérables aux effets négatifs de la consommation d'alcool. Ainsi, pour une même quantité d'alcool ingérée, le taux d'alcool dans le sang sera plus élevé chez eux, ce qui les rend plus sujets à certains risques à court terme. Il existe également des dangers spécifiques à long terme. Le cerveau des enfants et des adolescents est encore en plein développement et la consommation excessive et de longue durée d'alcool peut avoir une influence négative sur ce développement avec des risques de dommage permanent. L'exposition excessive du cerveau à l'alcool endommage en effet la substance blanche du cerveau qui est essentielle à la transmission d'informations. Cela peut mener à des problèmes d'apprentissage et de mémoire ou à une baisse de QI permanente suite à laquelle les jeunes peuvent se voir contraints de suivre une formation scolaire de niveau inférieur. Ce qui a, à son tour, des conséquences sur les possibilités d'emploi. Aux Pays-Bas, il a été calculé que le coût de l'intelligence perdue correspond approximativement au montant de la perte des recettes d'accises en cas d'interdiction d'alcool aux jeunes. Le dommage permanent peut également avoir une influence négative à long terme sur le développement de la personnalité.

La littérature montre que plus on commence à boire de l'alcool tôt, plus le risque de consommation problématique d'alcool à un âge plus avancé est élevé, de même que le risque de problèmes d'alcool chez la progéniture. Les provinces présentant

3. On parle, pour l'homme, d'épisode d'ivresse ponctuelle ou de « binge-drinking » en cas de consommation d'au moins 6 verres de boisson alcoolisée en moins de 2 heures. Il s'agit pour la femme d'un minimum de 4 verres en moins de 2 heures.

4. <https://www.vad.be/assets/dossier-alcohol> et <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/alcoholfinal.pdf?ua=1>

Figure 1 : Répartition géographique des maladies hépatiques chroniques et du cancer de l'œsophage en Belgique (source : Registre du Cancer)



le plus grand nombre d'intoxications alcooliques chez les jeunes (voir ci-dessous), ont également le plus grand nombre de cancers liés à l'alcool et de maladies hépatiques (image 1).

De plus, les risques de consommation de tabac et de drogue augmentent, de même que le risque de toutes sortes de problèmes de comportement émotionnel et interpersonnel, de problèmes à l'école et de comportement délinquant.

Il est donc clair que la consommation (problématique) d'alcool a un grand impact, aussi bien sur les individus et leur environnement direct que sur l'ensemble de la société.

### 3. L'intoxication alcoolique chez les jeunes – données de l'Atlas AIM<sup>5</sup>

#### 3.1. Contexte et méthodologie

Il y a plusieurs années, l'Agence Intermutualiste (AIM) a développé un indicateur de suivi de l'abus d'alcool basé sur les

données de facturation de l'assurance maladie obligatoire des sept mutualités belges. Cet indicateur permet de détecter les personnes qui se sont rendues aux urgences avec une intoxication alcoolique présumée. Il s'agit concrètement du nombre d'assurés par 10.000 assurés ayant été admis aux urgences ou ayant passé une nuit à l'hôpital durant une année civile, et dont la concentration d'alcool dans le sang a été contrôlée le même jour. Il s'agit d'un test facturé aux mutualités par membre individuel. Celui-ci fournit une bonne vue d'ensemble de la problématique de l'intoxication alcoolique étant donné que, selon les médecins traitants, ce test indique, surtout chez les jeunes, une intoxication alcoolique dans presque tous les cas. L'AIM, tout comme les mutualités, ne dispose pas des données de diagnostic de l'admission, ni du résultat du contrôle du taux d'alcool dans le sang. Cet indicateur est repris dans l'Atlas AIM (voir cadre).

L'étude de l'AIM se concentre principalement, pour plusieurs raisons, sur le groupe des 12 à 17 ans. Les médecins urgentistes et les pédiatres tirent en premier lieu la sonnette d'alarme face à l'augmentation de la problématique de l'intoxication alcoolique chez les jeunes. Étant donné l'absence de

5. Voir aussi : <https://aim-ima.be/Communique-de-presse-Six-jeunes-par-jour-a-l-hopital-pour-abus-d-alcool-07-12>

contrôle fiable dans les services d'urgences et les hôpitaux, l'AIM a souhaité concrétiser cette constatation grâce à un contrôle étalé sur plusieurs années. En outre, on sait que l'influence nocive de l'alcool sur la santé est plus importante chez les enfants et chez les jeunes, surtout en ce qui concerne le développement du cerveau (voir point 2). Ensuite, la méthode AIM est plus exacte dans ce groupe d'âge. Le contrôle du taux d'alcool dans le sang n'est en effet pas un test de routine. Lorsque des jeunes entre 12 et 17 ans arrivent aux urgences, le médecin effectuera en général un contrôle d'alcoolémie uniquement s'il suspecte une intoxication alcoolique. Cela est moins le cas dans les catégories d'âge plus élevées car ce sont des conducteurs potentiels et que des tests d'alcoolémie sont parfois effectués pour des raisons légales (par ex. lors d'un accident de la circulation).

Les résultats doivent également être interprétés avec la prudence de rigueur. Il y a d'une part une potentielle surestimation, car toutes les personnes s'étant présentées aux urgences (ou ayant été admis une journée) et dont le taux d'alcoolémie a été contrôlé, n'étaient pas intoxiquées à l'alcool. Les pédiatres estiment qu'environ 95% des résultats sont

positifs. Il se peut également qu'il y ait une sous-estimation car toutes les personnes en intoxication alcoolique ne se présentent pas aux urgences.

### 3.2. Résultats

Les données de l'AIM montrent qu'il y a eu en 2018 une moyenne quotidienne de 6 jeunes entre 12 et 17 ans admis à l'hôpital à la suite d'une surconsommation d'alcool. Par rapport à 2017, le nombre de jeunes se retrouvant aux urgences parce qu'ils avaient (beaucoup) trop bu, a quelque peu diminué : il s'agissait en 2018 de 2.234 cas, soit 30 jeunes sur 10.000 dans cette catégorie d'âge, contre 2.334 un an plus tôt. Malgré cette faible baisse, les chiffres restent alarmants et sont supérieurs à ceux d'il y a dix ans (tableau 1). L'ampleur du problème est visible par comparaison avec nos voisins, les Pays-Bas, où chaque année entre 700 et 900 jeunes sont admis à l'hôpital après une surconsommation d'alcool<sup>6</sup>.

Une analyse plus détaillée montre que le nombre d'enfants âgés de 12 et 13 ans arrivés ivres à l'hôpital en 2018 est alarmant. Avec 116 cas, on atteint le chiffre le plus élevé jamais enregistré.

#### Atlas AIM

Chaque mutualité dispose, pour accomplir ses tâches, des données de facturation (par ex. date, lieu et coût des prestations et traitements effectués) ainsi que des données administratives de ses membres (par ex. sexe et âge). Ces données sont transmises de manière codée à l'AIM pour être analysées dans le cadre d'études.

L'AIM met également en permanence un Atlas à disposition. Celui-ci contient des statistiques et des données chiffrées, divisées en six thèmes : démographie et socio-économique, prévention, état de santé, consommation de soins de santé, accès aux soins et organisation des soins de santé. Les chiffres remontent jusqu'à dix ans et sont actualisés annuellement.

L'atlas AIM contient entre autres des données sur l'intervention majorée, le dossier médical global, la prévalence du diabète, la consommation d'antibiotiques et également l'intoxication alcoolique. On peut y consulter et télécharger des chiffres généraux pour la Belgique, pour les régions et les provinces, mais également des données détaillées des communes et arrondissements.

Pour plus d'informations : <https://ima.incijfers.be/base-de-donnees/?lang=fr>

**Tableau 1 : Évolution du nombre de jeunes entre 12 et 17 ans avec une intoxication alcoolique (proxy) (Source : données AIM 2008-2018)**

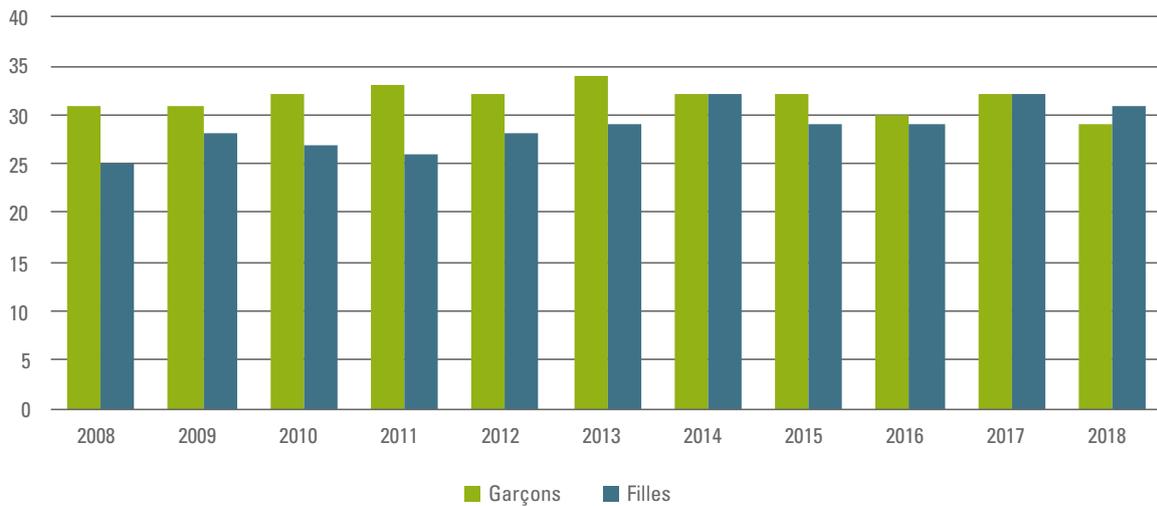
Année	Total	Nombre pour 10.000
2008	2.083	28
2009	2.141	29
2010	2.153	30
2011	2.140	30
2012	2.189	30
2013	2.263	31
2014	2.290	32
2015	2.202	31
2016	2.160	30
2017	2.334	32
2018	2.234	30

Il y a, dans les autres catégories d'âges, beaucoup plus de cas d'intoxication alcoolique présumée chez les hommes que chez les femmes, ce qui n'est pas le cas dans le groupe des 12 à 17 ans (image 2). En 2018, les chiffres pour les filles étaient même plus élevés que pour les garçons. C'est une tendance constatée également dans d'autres pays<sup>7</sup>.

6. Factsheet alcoholopnames en alcoholintoxicaties bij minderjarigen van 2007 tot en met 2015 (<https://www.stap.nl/content/bestanden/factsheet-alcoholintoxicaties-2007---2014.pdf>)

7. Voir entre autres <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics> et <https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e011827>

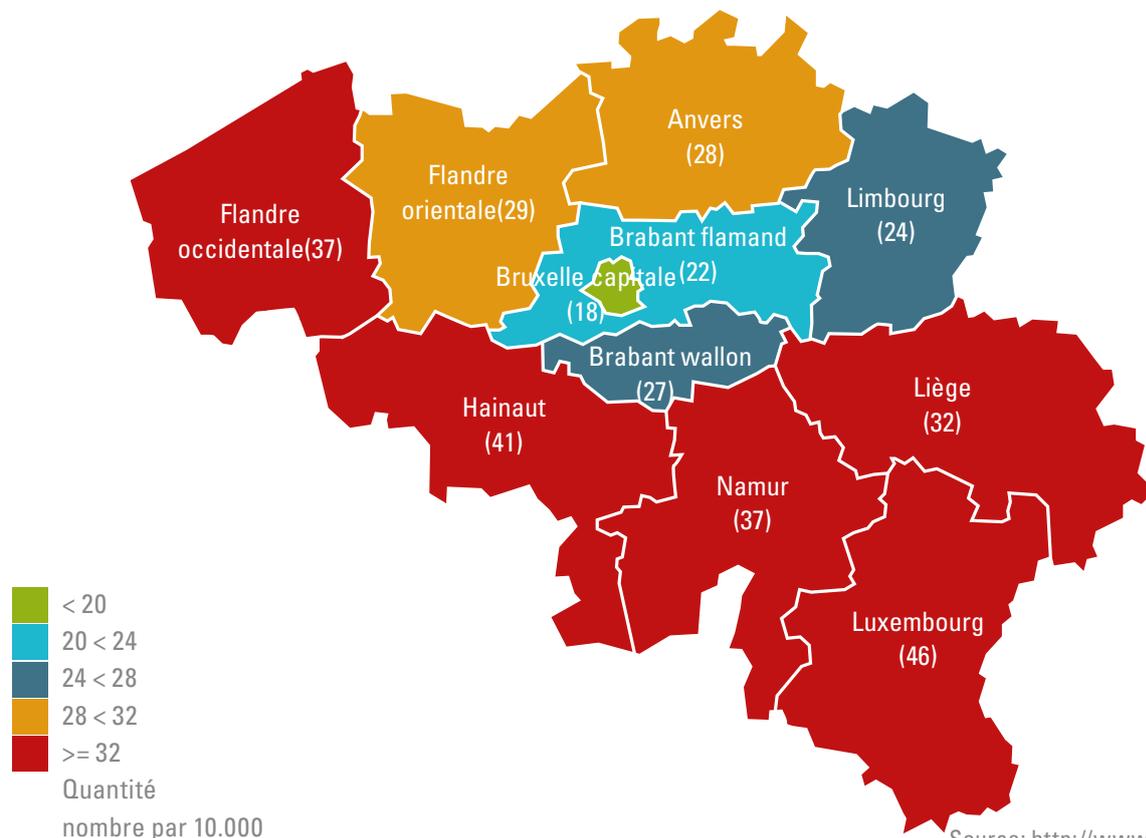
**Figure 2 : Évolution du nombre de jeunes entre 12 et 17 ans avec une intoxication alcoolique (proxy), selon le sexe (Source : données AIM 2008-2018)**



En outre, le problème était également plus grave en 2018 chez les jeunes ayant droit à l'intervention majorée, où en moyenne 38 jeunes pour 10.000 assurés ont été admis aux urgences avec une suspicion d'intoxication alcoolique, comparé à une moyenne de 28 jeunes pour ceux qui n'ont pas droit à ce statut.

Les différences régionales en matière d'intoxication alcooliques chez les jeunes sont également frappantes. Les chiffres les plus bas ont été enregistrés dans la région de Bruxelles-Capitale et dans le Brabant Flamand, et les plus élevés dans les provinces de Luxembourg et du Hainaut où on

**Figure 3 : Nombre de jeunes entre 12 et 17 ans avec une intoxication alcoolique (proxy) (Source : données AIM 2018)**



Source: <http://www.ima-aim.be>

note une moyenne respective de 46 et 41 jeunes pour 10.000 qui sont arrivés aux urgences avec une suspicion d'intoxication à l'alcool.

Les chiffres AIM donnent une bonne indication du problème étant donné qu'ils ont permis de confirmer les impressions subjectives sur le terrain.

#### 4. Conclusion et recommandations

Les chiffres AIM nous apprennent que toujours trop de jeunes sont admis aux urgences avec une suspicion d'intoxication alcoolique. Cela indique, tout comme les données de l'enquête de santé, que le problème de surconsommation d'alcool chez les jeunes reste inquiétant et que nous devons, en tant que société, faire tout notre possible pour limiter l'abus d'alcool.

La MC, en tant que mutualité santé, souhaite également attirer à nouveau l'attention sur ces chiffres dans l'espoir de sensibiliser le groupe-cible des jeunes ainsi que leurs parents sur les conséquences négatives de la consommation d'alcool chez les jeunes. Il s'agit également d'un appel important au contrôle social des parents, mais aussi des associations de jeunes (clubs de sport, mouvements de jeunesse, ...).

Pour la MC, les chiffres constituent également un signal clair que la politique en matière d'alcool doit changer. Il est donc frappant de constater que 20 des 28 pays de l'Union européenne appliquent déjà une interdiction totale de l'alcool aux moins de 18 ans, aussi bien dans l'horeca que pour la vente de boissons (même peu) alcoolisées<sup>8</sup>. La limite d'âge pour les boissons peu alcoolisées (bière, vin et vin mousseux) est toujours à 16 ans en Belgique. Le VAD aussi bien que le Conseil

Supérieur de la Santé (CSS) et la MC plaident pour une hausse de l'âge légal pour la consommation d'alcool à 18 ans. Cette mesure fait partie des « best buys » de l'OMS et a prouvé ses mérites dans d'autres pays. Certains pays vont même déjà plus loin et augmentent l'âge minimal à 21 ans, en raison des lésions permanentes au cerveau encore en développement.

Les directives générales sur la consommation d'alcool peuvent constituer une sous-catégorie d'une politique intégrée bien plus large en matière d'alcool. Cette politique doit être construite par le VAD et le CSS autour de plusieurs stratégies dont l'effet positif a été prouvé<sup>9</sup>. Il s'agit entre autres de mesures liées à la disponibilité, au prix et à la publicité. Certaines mesures présentées impliquent une interdiction totale de la publicité et de la sponsoring d'alcool, des avertissements clairs des risques de santé sur les étiquettes, une politique de prix adaptée avec entre autres l'augmentation du prix et la mise en place d'un prix minimum par unité d'alcool vendue dans le commerce de détail, ainsi qu'une disponibilité et une offre plus limitées de boissons alcoolisées. Il faut également continuer à investir dans des campagnes de prévention et de sensibilisation, notamment en attirant l'attention de la population sur les possibles conséquences négatives de la consommation (excessive) d'alcool. Le rapport d'enquête fait référence à l'enquête de santé et à l'effet potentiellement positif d'initiatives telles que la « tournée minérale » sur la consommation générale d'alcool. Les actions ciblées sont importantes, surtout pour le groupe-cible des jeunes.

Il faut également ajouter que l'indicateur AIM reste une approximation de la réalité. Il est donc conseillé de mettre au point un bon système d'enregistrement tel que c'est notamment le cas aux Pays-Bas. Ce n'est que de cette manière que des chiffres complets et fiables seront disponibles pour soutenir une politique optimale.

8. Source : Status Report Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Copenhagen, WHO Europe, 2013. Eyes on Ages. Luxembourg, European Commission, 2013. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf)).

9. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/css\\_9438\\_avis\\_alcool.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf)

## L'engagement social et la santé

*Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest (Service d'études)*

*Bernard Rimé, Jessica Morton (Faculté de psychologie de l'UCLouvain)*

*Johan Tourné (Samana), Coraline Brodtkom (Altéo), Johan Truyers et Ellen Ophalvens (Okra), Eric Olbregts (Éneo et énéoSport), Benjamin Vandervoort (Kazou), Géraldine Maquet (Ocarina), Johan Swinnen (Intersoc), Jean-Baptiste Dayez (Département socio-éducatif)*

### Résumé

*Une étude à grande échelle de la MC et de ses mouvements, en collaboration avec la Faculté de psychologie de l'UCLouvain, s'est intéressée au lien entre l'engagement social et la santé.*

*Pour ce faire, 7.021 personnes ont répondu à un questionnaire en ligne qui évaluait l'engagement social, les processus psychosociaux (soutien social, solitude ...) et la santé subjective. Les résultats ont été couplés aux données de la MC, dont les informations de remboursement de soins de santé de 2017 et 2018 (contacts avec les médecins traitants et spécialistes, hospitalisations, médicaments) fournissent un indicateur objectif de la santé. Parmi les personnes interrogées, 2.033 étaient des volontaires d'un des mouvements de la MC (Samana, Altéo, Okra, Énéo, énéoSport, Kazou, Ocarina et Intersoc). Les 4.988 autres participants provenaient d'un échantillon représentatif des membres MC. Ils ont été répartis en trois groupes en fonction de leurs réponses : « participation active » (volontaire engagé dans l'organisation d'une association structurée), « participation passive » (personne bénéficiant des activités organisées par une association structurée) et « aucune participation » (personne n'ayant aucun contact avec une organisation structurée).*

*La comparaison de ces quatre groupes a montré un lien important entre l'engagement social et tous les processus psychosociaux évalués. Les personnes participant à la vie sociale structurée ont entre autres davantage l'impression de faire partie de la société, ont des liens sociaux plus forts, se sentent moins seules, ont un plus grand sentiment d'épanouissement et sont moins individualistes que celles qui n'y participent pas. Plus la participation est active, plus les différences sont importantes. Les volontaires des mouvements de la MC se démarquent souvent des autres volontaires (participation active) de manière positive. Ces processus psychosociaux sont associés à la santé subjective. La non-participation à la vie associative est liée négativement à la façon dont on évalue sa propre santé. Par contre, le score de la santé perçue est plus élevé dès que l'on participe à la vie associative (que cette participation soit passive ou active). Et c'est le volontariat dans un des mouvements de la MC qui a le score le plus élevé, traduisant ainsi un lien positif avec la santé subjective.*

*Cette impression de bonne santé influence l'utilisation des soins de santé : plus on se sent bien, moins on a recours aux soins de santé. Les personnes ne participant pas à la vie sociale structurée ont plus de contacts avec le médecin généraliste (+10%) et avec le spécialiste (+17%), en comparaison avec les volontaires de la MC. Ils ont également plus d'hospitalisations de jour (+48%), et consomment plus de médicaments (+17%).*

*Le lien de causalité est difficile à prouver dans ce type d'étude. Mais beaucoup d'éléments convergent pour suggérer que l'engagement social est positif, non seulement pour la société, mais également pour la santé et le bien-être de l'individu qui s'engage. Cette étude montre l'importance du volontariat. C'est pour cette raison que la MC plaide afin que tout soit mis en œuvre pour permettre à chacun de s'engager socialement. Nous devons également veiller à ce que certaines activités qui se font actuellement sur une base volontaire et à partir d'une solidarité mutuelle, ne tombent pas sous l'emprise de la marchandisation.*

Mots-clés : Engagement social, volontariat, santé, enquête.

## 1. Introduction et contexte

Le volontariat est largement répandu dans notre pays. D'après la Fondation Roi Baudouin, près de 1,2 million de Belges font du volontariat au sein d'organisations sans but lucratif. De plus, un volontaire preste « *en moyenne près de 190 heures au cours de l'année écoulée, soit près de 4 heures par semaine.* »<sup>1</sup> Et, comme le montre l'Eurobaromètre 2019<sup>2</sup>, les jeunes belges de 15 à 30 ans sont également fort impliqués dans la vie associative : près de 40% d'entre eux ont participé à des activités volontaires organisées dans les 12 derniers mois. Notons par ailleurs que dans ce classement nous sommes dans le top 4 des pays européens, à égalité avec les Néerlandais, la moyenne européenne étant à 34%.

Précisons quelques notions. Pour ce qui est du volontariat, nous suivons la définition de Borgonovi (2008)<sup>3</sup> : il s'agit d'une « *activité dans laquelle l'individu donne de son temps à des groupes et organisations sans compensation financière en retour.* » Et, par participation à la vie associative, on entend la participation à une activité sociale organisée au sein d'une structure (club, organisation, mouvement). Il s'agit par exemple d'une randonnée organisée par un club de marche, et pas d'une balade avec quelques amis. Cette participation à la vie associative peut être passive ou active. Il est question de participation passive si l'on participe ou bénéficie simplement

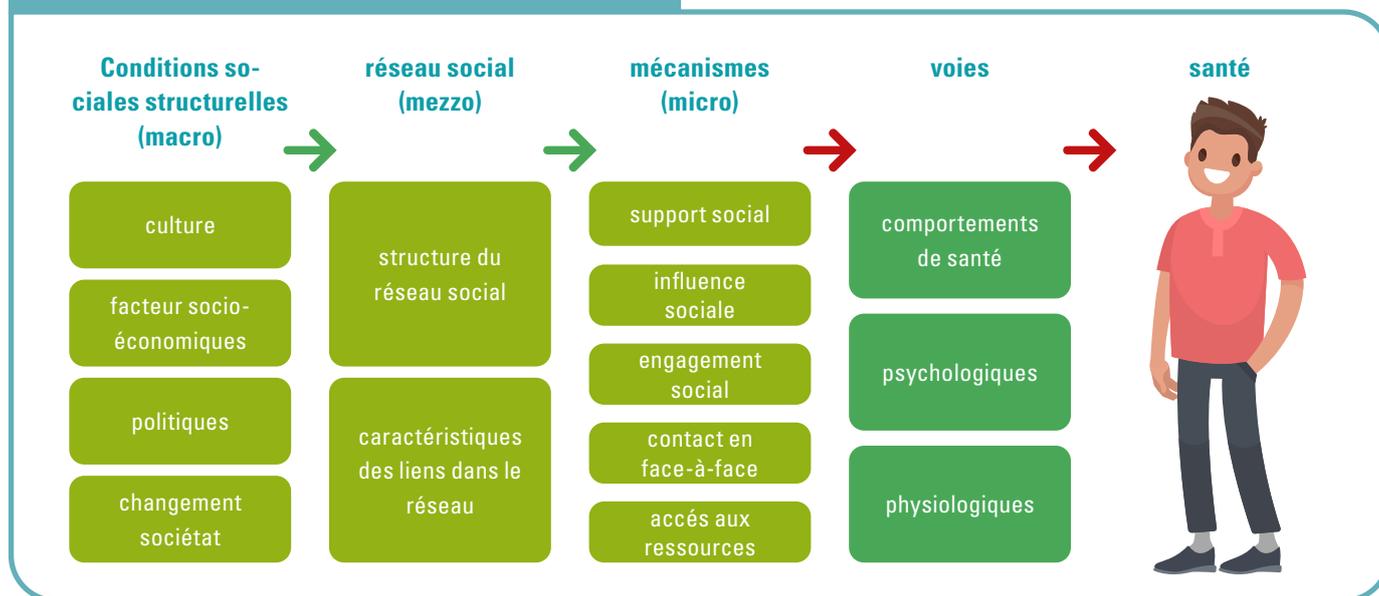
des activités organisées (ex. : aller marcher avec un club de randonnée). En cas de participation active, la personne organise les activités (ex. : elle organise l'activité de randonnée ou l'effectue en tant que volontaire).

Dans notre pays, les possibilités de participer ainsi à la vie associative sont nombreuses : devenir membre d'un club sportif, participer à une fête des voisins, faire partie d'un mouvement de jeunesse, participer à une après-midi jeux organisée par des seniors ... La vie associative couvre un large éventail de domaines : sport, culture, jeunesse, éducation, santé et bien-être, personnes malades, personnes âgées, féminisme, social et politique, religion, pauvreté, folklore, coopération internationale, environnement, vacances, vie de quartier, ... Il y a une activité pour chacun, selon son intérêt.

Mais y a-t-il un lien entre cet engagement dans la vie associative et la santé ? C'est ce que suggère le cadre théorique de Berkman et al. (2000)<sup>4</sup> qui montre comment le réseau social structuré peut avoir une influence sur la santé des individus. Il s'agit d'un enchaînement en cascade à travers trois 'niveaux' successifs (voir schéma 1).

- *Niveau macro* : On fait référence aux conditions sociales très générales (facteurs économiques, sociaux, politiques, culturels), au sein de la société considérée dans son ensemble, dans lesquelles les réseaux sociaux structurés vont prendre racine.

Schéma 1 : Cadre théorique (Berkman, 2000)



1. Marée M, Hustinx L, Xhaufclair V, De Keyser L & Verhaeghe L. 2015. *Le volontariat en Belgique : Chiffres-clés*. Bruxelles. Rapport de la Fondation Roi Baudouin. [https://www.kbs-frb.be/~media/Files/Bib/Publications/PUB\\_3367\\_Volontariat.pdf](https://www.kbs-frb.be/~media/Files/Bib/Publications/PUB_3367_Volontariat.pdf) (p. 25).
2. Flash Eurobarometer 478. 2019. *How Do We Build a Stronger, More United Europe? The Views of Young People*. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/86163>
3. Borgonovi F. (2008). Doing Well by Doing Good. The Relationship between Formal Volunteering and Self-Reported Health and Happiness. *Social Science & Medicine*. 66(11):2321-34.
4. Berkman LF, Glass T, Brissette I & Seeman TE. 2000. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine*. 51(6):843-857.

- *Niveau mezzo* : On vise le fait qu'à l'intérieur de la société, des réseaux sociaux structurés s'organisent, se structurent. Au sein de ces réseaux structurés se tissent et se formalisent les relations entre les individus.
- *Niveau micro* : Au travers de divers mécanismes psychosociaux, les individus vont pouvoir avoir accès aux 'ressources' des réseaux sociaux structurés du niveau précédent. Il s'agit de l'entraide qui est ainsi mise à disposition des personnes faisant partie d'un réseau. Divers mécanismes sont mis en avant comme le soutien social (par exemple : des conseils), mais aussi l'accès aux biens matériels qu'offrent les réseaux sociaux structurés.  
Ces mécanismes psychosociaux vont finalement influencer l'état de santé des individus selon trois voies : les comportements de santé, les différentes facettes du bien-être psychologique et la santé physique.

Au-delà de la théorie, il existe des preuves empiriques d'un lien entre engagement social et santé. Ainsi, une étude britannique<sup>5</sup> montre que *"those who engaged in volunteering regularly appeared to experience higher levels of mental well-being than those who never volunteered"*. Une méta-analyse<sup>6</sup> fait état de cinq études qui mettent en avant le fait que *"After adjusting for important potential socio-demographic and health-related confounders, volunteers had a significantly lower risk of mortality compared to non-volunteers"*. Cette même méta-analyse pointe encore le fait que *"volunteering had favourable effects on depression, life satisfaction, wellbeing."*

## 2. Objectif et méthode de notre étude

Mais qu'en est-il dans notre pays ? Pouvons-nous montrer un lien entre santé et participation à la vie associative ? Pour ce faire, la MC, ses mouvements et l'UCLouvain se sont associés dans une démarche d'étude. Les questions de recherche de notre étude sont les suivantes :

- Est-ce que le fait de participer à la vie associative, en s'intégrant aux réseaux sociaux structurés, a un impact sur la santé physique et mentale ?
- Est-ce que cet impact est d'autant plus bénéfique que cette participation est active ?

Pour permettre une comparaison entre répondants ayant un niveau variable d'engagement social, une participation suffisamment forte des volontaires était importante (ce sont des répondants avec un engagement social élevé). C'est pourquoi

la MC a fait appel à son réseau de mouvements qui collaborent avec des volontaires : Altéo et Samana (mouvements de personnes malades, valides et handicapées), énéo, énéoSport et Okra (mouvements d'aînés), Ocarina - anciennement Jeunesse & Santé - et Kazou (organisations de jeunesse) ainsi qu'Intersoc (service vacances de la MC).

L'enquête a été menée avec deux échantillons et à deux moments :

- Partie 1 : une enquête auprès d'un échantillon<sup>7</sup> représentatif de 225.957 membres MC, allant de début novembre 2017 à début janvier 2018. Des membres néerlandophones, francophones et germanophones de la MC ont été interrogés.
- Partie 2 : une enquête auprès des volontaires des différents mouvements (membres ou non de la MC), entre janvier 2018 et janvier 2019.

L'enquête s'est déroulée en ligne. Le questionnaire a été développé par la MC et l'UCLouvain, en collaboration avec les mouvements et a été testé par quelques-uns de leurs volontaires. Le questionnaire interrogeait le niveau d'engagement social et les relations sociales du répondant, les processus psychologiques (intégration sociale, sentiment de solitude, épanouissement, ...) et il cartographiait la santé subjective, les comportements face à la santé et quelques éléments socio-démographiques.

Pour examiner le lien entre engagement social, processus psychologiques et santé, les résultats de l'enquête en ligne ont été couplés aux bases de données MC. Ces fichiers comportent des informations sur le recours aux soins de santé (contacts avec des médecins généralistes et spécialistes, hospitalisation, médicaments remboursés). Ils constituent dès lors un indicateur objectif de l'état de santé. Ce lien n'a été instauré que pour les répondants qui avaient explicitement donné leur accord en ce sens. Pour l'échantillon des volontaires des différents mouvements, cela n'a été possible que pour les membres de la MC.

## 3. Résultats

### 3.1. Participation à la vie sociale structurée

Dans l'échantillon des volontaires des mouvements, tous étaient participants actifs, puisqu'il s'agissait de volontaires. Cette catégorie est nommée « **volontaires** » plus loin dans les

5. Tabassum F, Mohan J, Smith P. Association of Volunteering with Mental Well-Being: a Lifecourse Analysis of a National Population-Based Longitudinal Study in the UK. *BMJ Open* 2016;6:e011327. doi:10.1136/bmjopen-2016-011327

6. Jenkinson et al. 2013. Is Volunteering a Public Health Intervention? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Health and Survival of Volunteers. *BMC Public Health* 13:773.

7. Cet échantillon était représentatif selon la répartition de la population belge (âge, sexe, province).

Altéo	Enéo	Enéo Sport	Intersoc	Ocarina	Kazou	Okra	Samana	Total
69	39	31	240	93	568	557	436	2.033

résultats. Il est constitué de l'ensemble des volontaires interrogés pour les huit mouvements de la MC.

Dans l'échantillon représentatif des membres MC, les répondants ont été classés en trois catégories, en fonction de leurs réponses aux questions sur la participation (être membre d'une organisation, uniquement participant ou volontaire).

- Participation active (volontaire engagé dans l'organisation d'une association structurée)
- Participation passive (personne bénéficiant des activités organisées par une association structurée)
- Pas de participation (personne n'ayant aucun contact avec une organisation structurée).

Plus loin dans les résultats, ces trois catégories sont qualifiées de « participation active », « participation passive » et de « pas de participation ».

Remarque :

Les catégories « volontaire » et « participation active » incluent des volontaires. Le « volontaire » est un volontaire de l'un des mouvements MC (Altéo, Samana, Enéo, énéoSport, Okra, Ocarina, Kazou et Intersoc). Par « participation active », on entend un volontaire d'une association, club ou organisation sans plus de précision. Le questionnaire ne demandait, en effet, pas le nom de l'organisation.

La catégorie « pas de participation » compte des personnes qui ne font pas partie d'un club, d'une association ou d'une organisation et qui ne participent donc pas à la vie sociale structurée. Ces personnes peuvent toutefois posséder un réseau social de membres de la famille, d'amis, de collègues, ...

Catégorie	N
Volontaires	2.033
Participation active	2.028
Participation passive	1.108
Pas de participation	1.852
<b>TOTAL</b>	<b>7.021</b>

Parmi les 7.021 personnes qui ont accepté le couplage avec les bases de données de la MC, il y a une majorité de femmes (55%). Du point de vue de l'âge, les répondants ont un âge moyen de 57 ans (pour le groupe des « volontaires », cet âge moyen est moins élevé : 52 ans). Mais la palette des âges est très étendue, des jeunes (18 ans, du fait de la présence des organisations de jeunesse comme Kazou et Ocarina) aux plus âgés (jusqu'à 90 ans). On dispose également d'une bonne diversité sociale : toutes les catégories sociales et niveaux de formation sont représentés.

Dans les résultats présentés ci-après, les effets de l'âge et du genre ont été pris en compte, ainsi que le fait de bénéficier de l'intervention majorée (BIM) et le fait de vivre seul. Concrètement, au niveau des indicateurs présentés, les différences observées entre les quatre catégories de répondants ne sont pas dues à des effets provenant de ces quatre variables contrôles (âge, genre, BIM, vivre seul). Par exemple, s'il y a davantage de contacts avec les médecins dans telle catégorie de répondants, on ne pourra pas dire que c'est dû au fait qu'ils seraient plus âgés que les autres répondants. Les effets de ces quatre variables contrôles ayant été neutralisés, les différences mises en lumière reflètent davantage l'influence de la participation à la vie associative sur l'indicateur en cause.

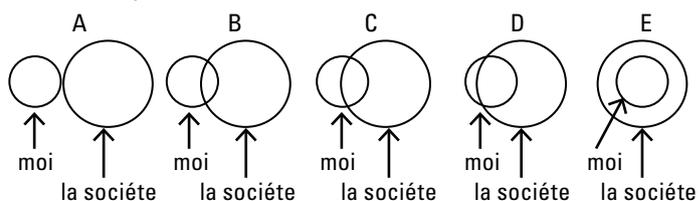
### 3.2. Engagement social et processus psychologiques

Le degré de participation à la vie associative a une influence significative sur l'ensemble des processus psychosociaux (intensité des liens sociaux, sentiment de fusion avec la société, sentiment de solitude, soutien social perçu, épanouissement, estime de soi, sentiment de sens, individualisme / collectivisme, souci empathique / prise de perspective). Ci-après, les résultats pour quatre processus psychosociaux.

Remarque : ces indicateurs ont été mesurés via le questionnaire en ligne de manière auto-rapportée.

#### 3.2.1. Sentiment de fusion avec la société

Score à la question :

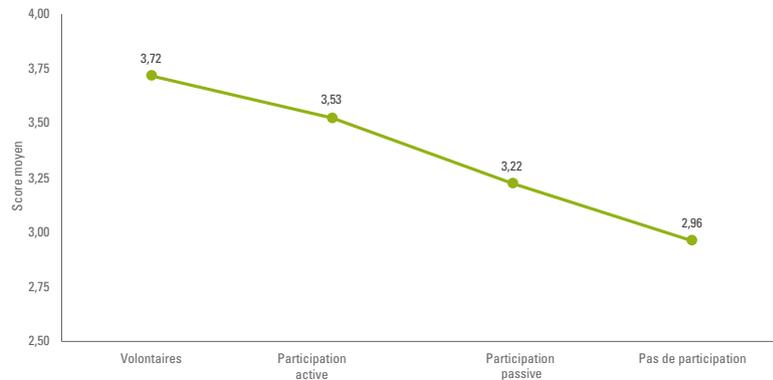


Parmi les schémas ci-dessus, lequel correspond le mieux à la manière dont vous vous situez par rapport à la société ? De A (score 1) = Je me sens à côté de la société à E (score 5) = Je me sens en fusion avec la société.

Interprétation : plus le score est élevé, plus on a le sentiment de faire partie de la société.

Résultat : Les personnes qui ne participent pas à la vie sociale organisée obtiennent un score significativement plus faible que les personnes qui y participent (Figure 1). Les participants actifs ont un score significativement plus élevé que les participants passifs. Enfin, les volontaires des mouvements MC recueillent un score significativement plus élevé que les autres catégories de répondants. Le score du « sentiment de fusion avec la société » augmente avec la participation.

Figure 1 : Sentiment de fusion avec la société



Les personnes qui participent à la vie sociale organisée ont le sentiment d'être davantage un élément de la société. Plus la participation est active, plus ce sentiment se renforce.

### 3.2.2. Sentiment de solitude

Score calculé pour les questions :

- Je sens que je manque de compagnie.
- Je me sens abandonné.
- Je me sens isolé des autres.

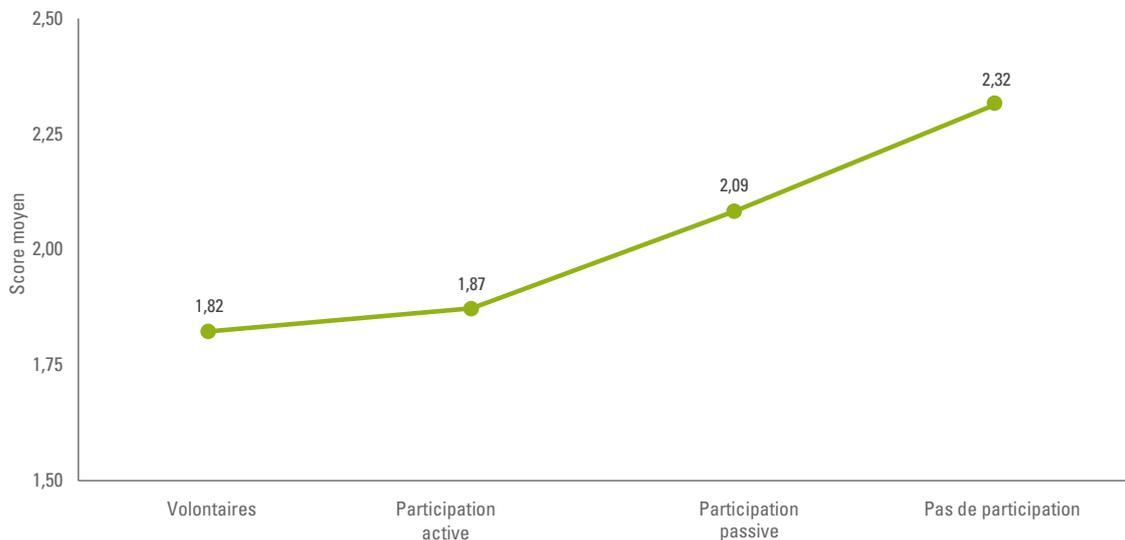
→ Echelle de Likert à 5 points : pas du tout d'accord (score 1), pas trop d'accord (score 2), ni d'accord ni pas d'accord

(score 3), plutôt d'accord (score 4), tout à fait d'accord (score 5)

Interprétation : plus le score est élevé, plus on se sent seul.

Résultat : Les catégories « volontaires » et « participants actifs » obtiennent un score significativement moins élevé que ceux qui participent passivement à la vie sociale structurée (Figure 2). Les participants passifs affichent un score significativement moins élevé que les non-participants. Il n'existe pas de différence significative entre les « volontaires » et les « participants actifs ».

Figure 2 : Sentiment de solitude



Plus l'engagement dans la vie sociale structurée est actif, moins on se sent seul. La simple participation permet déjà de se sentir moins seul que la non-participation. Si l'on s'engage activement dans un rôle de volontaire, ce sentiment de solitude est encore plus faible.

### 3.2.3. Epanouissement

Score calculé pour les questions :

- Je suis très satisfait de ma vie.
- J'ai l'énergie nécessaire pour accomplir mes tâches quotidiennes.
- Je pense que ma vie est utile et valable.
- Je suis satisfait(e) de moi-même.
- Ma vie est pleine d'expériences d'apprentissages et de défis qui me font grandir.
- Je me sens très connecté(e) aux personnes qui m'entourent.
- Je me sens capable de résoudre la majorité de mes problèmes quotidiens.
- Je pense que je peux être moi-même pour les choses importantes.
- Je prends plaisir aux petites choses de tous les jours.
- J'ai beaucoup de mauvais moments dans ma vie quotidienne\*.
- Je pense que je vis dans une société qui me permet de réaliser pleinement mon potentiel.

→ Echelle de Likert à 5 points : pas du tout d'accord (score 1), pas trop d'accord (score 2), ni d'accord ni pas d'accord (score 3), plutôt d'accord (score 4), tout à fait d'accord (score 5)

\* score inversé

Interprétation : plus le score est élevé, plus fort est le sentiment d'épanouissement.

Résultat : Les personnes qui ne participent pas à la vie sociale organisée obtiennent un score significativement plus faible que les

personnes qui participent (Figure 3). Les participants actifs affichent un score significativement plus élevé que les participants passifs. Enfin, les volontaires des mouvements MC recueillent un score significativement plus élevé que les autres groupes. Le score pour l'épanouissement croît avec la participation.

Les personnes qui participent à la vie sociale organisée témoignent d'un sentiment accru d'épanouissement. Plus la participation est active, plus ce sentiment se renforce.

### 3.2.4. Individualisme versus collectivisme

Score calculé pour les questions :

Des questions concernant l'individualisme:

- Je préfère compter sur moi-même plutôt que sur les autres.
- Je me fie à moi-même la plupart du temps, je me fie rarement aux autres.
- Mon identité personnelle, indépendante des autres, est très importante pour moi.
- Je fais souvent « à ma manière »

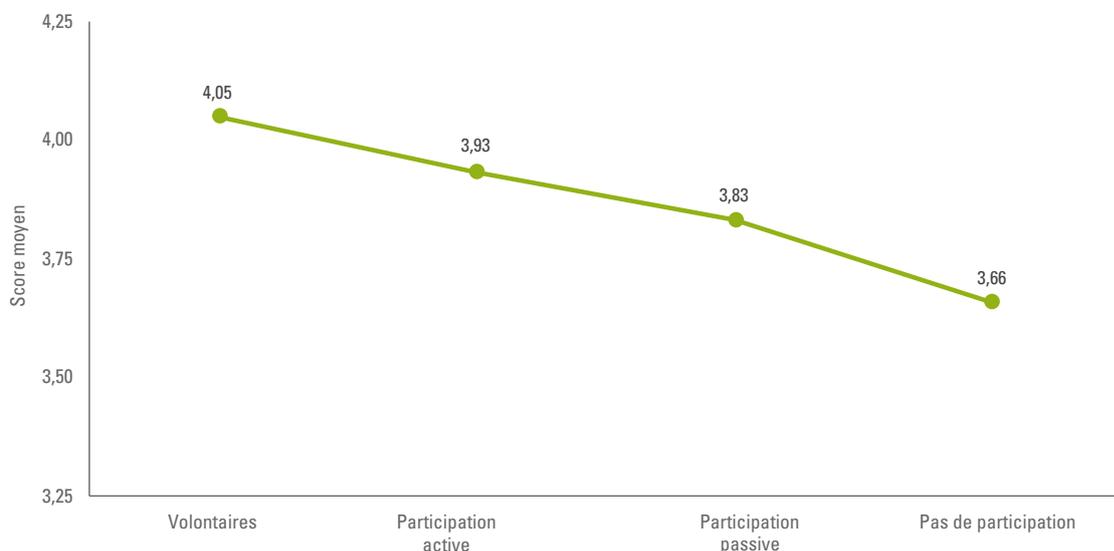
Des questions concernant le collectivisme:

- Le bien-être de mes collègues / camarades d'études / un autre proche est important pour moi.
- Si un(e) collègue de travail / un(e) camarade d'études / un autre proche obtenait une récompense, je serais fier (fière) de lui / elle.
- Pour moi, le plaisir consiste à passer du temps avec les autres.
- Je me sens bien lorsque je coopère avec les autres.

→ Echelle de Likert à 5 points : pas du tout d'accord (score 1), pas trop d'accord (score 2), ni d'accord ni pas d'accord (score 3), plutôt d'accord (score 4), tout à fait d'accord (score 5)

Interprétation : Plus le score pour l'individualisme (collectivisme) est élevé, plus le sentiment d'individualisme (collectivisme) est important.

Figure 3 : Epanouissement



**Résultat :** Les personnes qui ne participent pas à la vie sociale organisée ont un score plus élevé pour l'individualisme que les personnes qui y participent (Figure 4). La « participation active » est associée à un score d'individualisme plus bas que la « participation passive ». De plus, les volontaires de la MC obtiennent de loin les scores d'individualisme les plus bas.

En somme, les personnes participant à la vie sociale structurée sont moins individualistes que les personnes qui n'y participent pas. Plus la participation est active, moins la personne est individualiste.

Les personnes ne participant pas à la vie associative ont le score le plus faible en matière de collectivisme. La « participation active » a un score plus élevé par rapport à la « participation passive ». Et enfin, les « volontaires de la MC » obtiennent un score plus élevé par rapport à la « participation active ».

En somme, les personnes qui participent à la vie associative sont plus 'collectivistes'. Plus la participation est active, plus la personne est 'collectiviste'.

### 3.3. Engagement social et santé subjective

Au-delà des processus psychosociaux, le questionnaire a permis de mettre en lumière comment les répondants évaluent leur état de santé. Sur base de quelques questions, un score factoriel a été calculé, qui reflète ce niveau de santé 'subjective' (car auto-rapportée).

#### 3.3.1. Santé perçue (subjectif = auto-rapporté)

Score calculé (factoriel) pour les questions :

- Quel est votre état de santé en général ? (Très mauvais, Mauvais, Ça va (raisonnable), Bon, Très bon, Pas de réponse)

- Souffrez-vous d'une maladie ou affection de longue durée (problème de santé) ? (Oui, Non)
- Avez-vous, en raison d'un problème de santé, été limité depuis 6 mois ou plus dans des activités de la vie quotidienne ? (Oui, très limité ; Oui, limité ; Non, pas limité du tout)

**Interprétation :**

- Le score 0 représente le degré moyen de la santé perçue pour l'ensemble de l'échantillon.
- Un score positif signifie que le répondant déclare une meilleure santé perçue que la moyenne de l'échantillon.
- Un score négatif signifie que le répondant estime être en moins bonne santé que la moyenne.

**Résultat :** Aussi bien les participants actifs que les participants passifs se sentent dans un état de santé moyen (score proche de 0). Le groupe des « volontaires » se sent clairement en meilleure santé (score positif de 0,21). En revanche, les non-participants rapportent une moins bonne santé perçue (score négatif de -0,27).

Ne pas participer à la vie sociale organisée est négativement associé à la manière dont on évalue sa propre santé. La participation (qu'elle soit passive ou active) est liée à une santé perçue qui se situe dans la bonne moyenne. S'engager comme volontaire dans l'un des mouvements MC entre en relation positive avec la santé perçue (Figure 5).

### 3.4. Engagement social et recours aux soins de santé

Enfin, grâce à l'autorisation donnée par les répondants d'utiliser leurs données de facturation de soins de santé, nous avons pu analyser dans quelle mesure la participation à la vie associative est corrélée avec le recours aux soins. Les indicateurs utilisés sont objectifs et non pas auto-rapportés comme

Figure 4 : Individualisme versus collectivisme

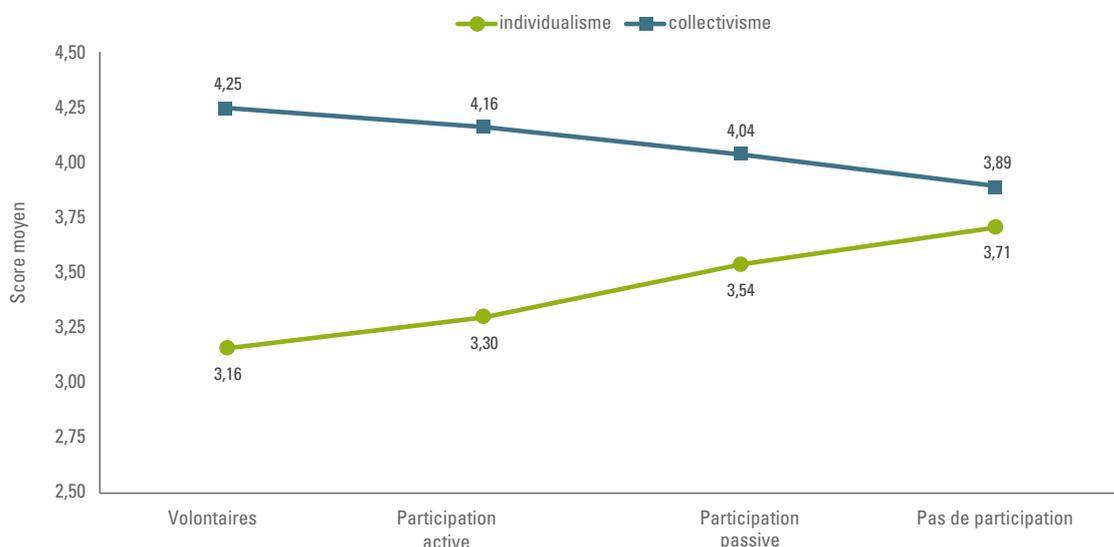
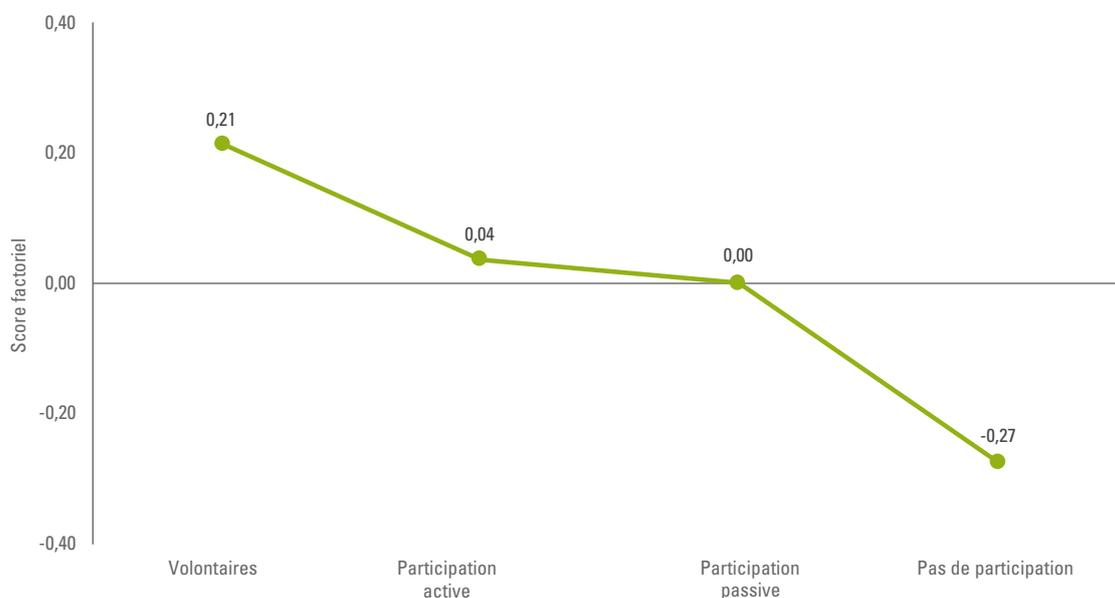


Figure 5 : Santé perçue



dans le questionnaire d'enquête. Attention, les moyennes calculées sont des estimations, compte tenu des quatre variables contrôles (âge, genre, BIM, vivre seul).

Le degré de participation à la vie associative a un impact significatif sur :

- le nombre de contacts avec les médecins généralistes et spécialistes,
- les hospitalisations de jour,
- la consommation de médicaments : globalement et pour les classes ATC<sup>8</sup> suivantes :
  - A - Système digestif et métabolisme
  - H - Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines
  - L - Antinéoplasiques (=anticancéreux) et agents immunomodulateurs
  - M - Système musculosquelettique
  - N - Système nerveux
  - R - Système respiratoire

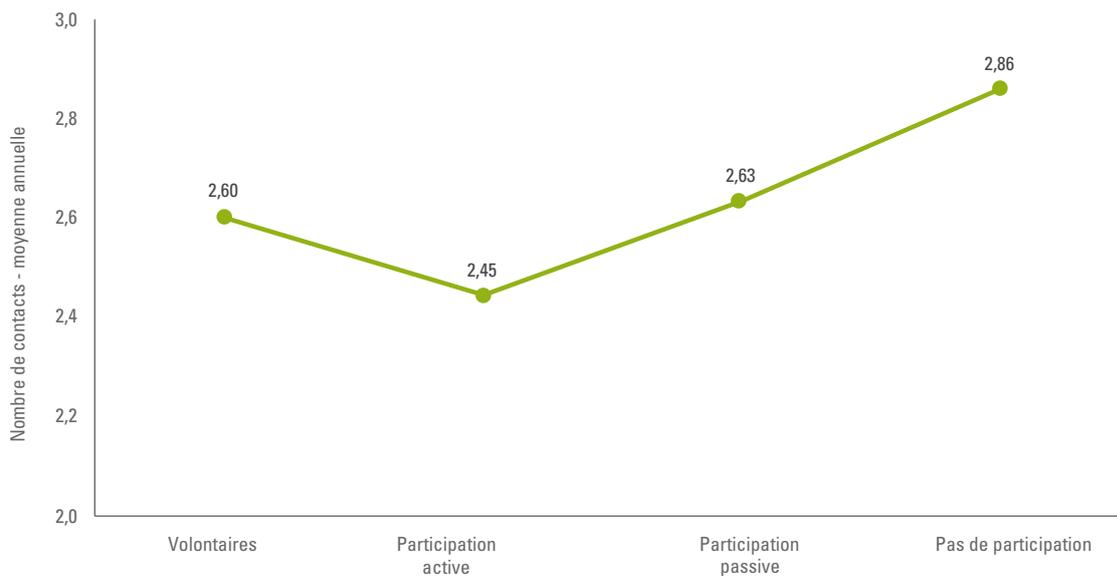
### 3.4.1. .... Contacts avec le médecin généraliste

**Interprétation** : Par contact avec un médecin généraliste, il faut entendre ou bien une consultation (au cabinet du médecin) ou une visite (au domicile du patient). Le volume de contacts a été calculé sur deux années consécutives (2017 et 2018). Dans la figure 6, l'échelle verticale représente le nombre moyen de contacts par an et par personne.

**Résultat** : Les volontaires des mouvements de la MC ont en moyenne 2,6 contacts par an avec leur médecin généraliste. Par contre, en moyenne, ceux qui ne participent pas à la vie associative ont 2,9 contacts par an avec leur médecin généraliste, soit 10% de contacts en plus. Pour les répondants qui ne participent pas à la vie associative, le volume de contacts est à chaque fois significativement plus élevé par rapport aux trois autres catégories de répondants.

8. La classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) est utilisée pour classer les médicaments.  
[https://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/)

Figure 6 : Volume de contacts avec le médecin généraliste



### 3.4.2. .... Contacts avec le médecin spécialiste

**Interprétation :** Par contact avec un médecin spécialiste, il faut entendre une consultation ambulatoire (au cabinet du médecin ou bien dans un cadre hospitalier), toute spécialité confondue. Le volume de contacts a été calculé sur deux années consécutives (2017 et 2018). Dans la figure 7, l'échelle verticale représente le nombre moyen de contacts par an et par personne.

**Résultat :** Les volontaires des mouvements de la MC ont en moyenne 4,1 contacts par an avec un médecin spécialiste. Par contre, en moyenne, ceux qui ne participent pas à la vie asso-

ciative ont 4,8 contacts par an avec un médecin spécialiste, soit 17% de contacts en plus. Pour les volontaires des mouvements de la MC, le volume de contacts est à chaque fois significativement moins élevé que celui observé dans les trois autres catégories de répondants.

### 3.4.3. .... Volume d'hospitalisations de jour

**Interprétation :** On mesure ici le nombre d'hospitalisations de jour (les soins prodigués se déroulent sur une journée, on ne reste pas à l'hôpital, l'hôpital chirurgical de jour n'est pas pris en compte). Le volume de contacts a été calculé sur deux années consécutives (2017 et 2018). Dans la figure 8, l'échelle

Figure 7 : Volume de contacts avec le médecin spécialiste

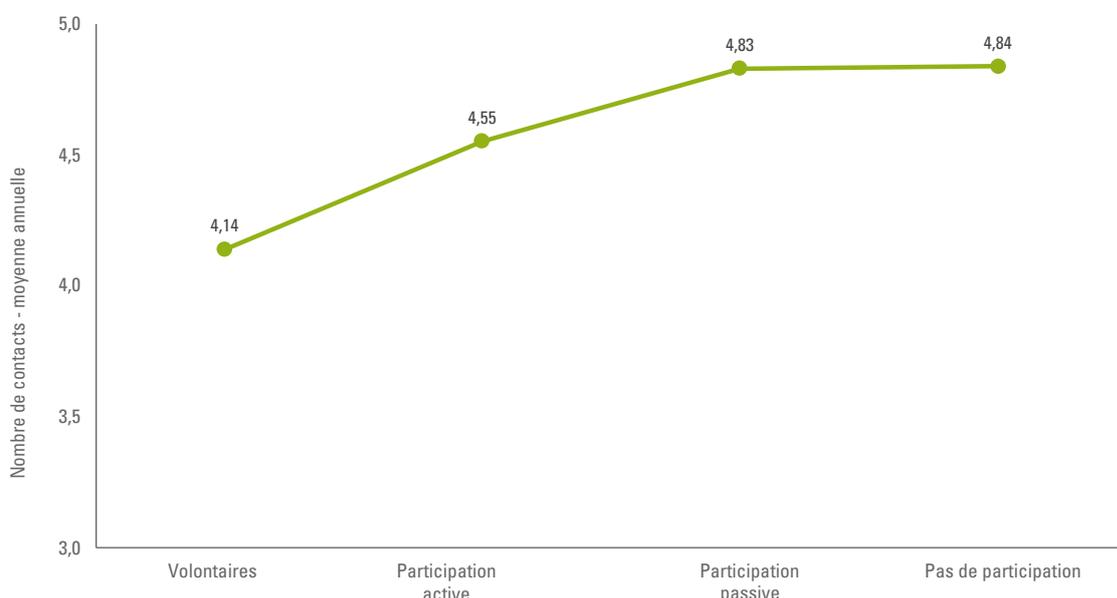
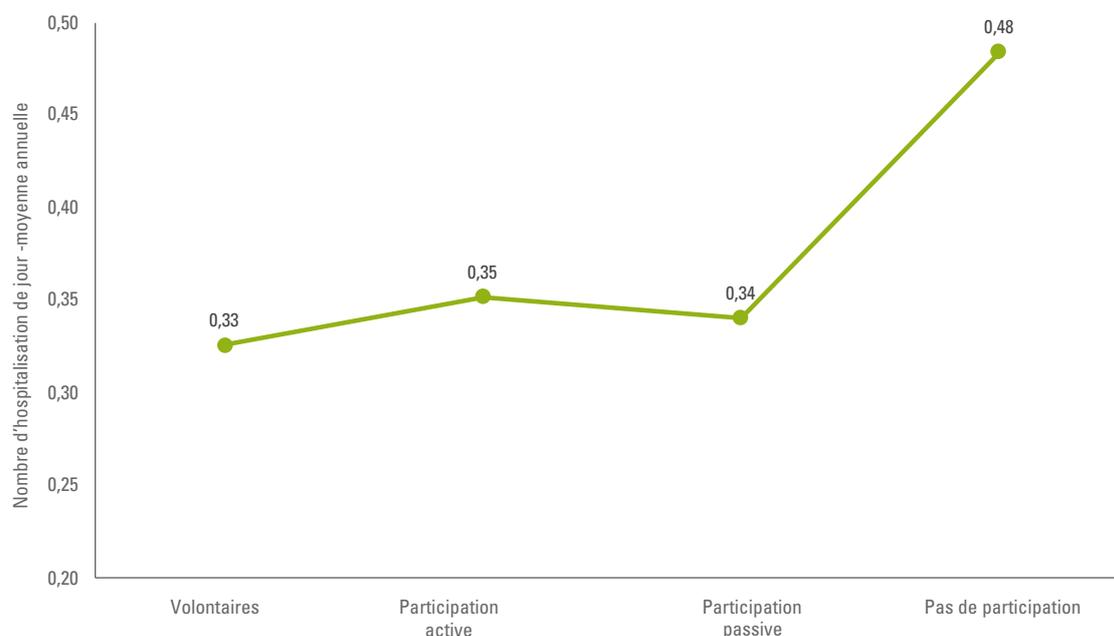


Figure 8 : Volume d'hospitalisations de jour



verticale représente le nombre moyen d'hospitalisations de jour par an et par personne.

**Résultat :** Les volontaires des mouvements de la MC ont, en moyenne, 0,33 hospitalisation de jour par an. Par contre, en moyenne, ceux qui ne participent pas à la vie associative en ont 0,48, soit 48% de plus. Pour les répondants qui ne participent pas à la vie associative, le volume d'hospitalisations de jour est à chaque fois significativement plus élevé par rapport aux trois autres catégories de répondants.

#### 3.4.4. .... Volume global de médicaments

**Interprétation :** On mesure ici le volume de DDD<sup>9</sup> pour les médicaments ambulatoires délivrés en officines publiques et qui sont remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire. Le volume de DDD a été calculé sur deux années consécutives (2017 et 2018). Dans la figure 9, l'échelle verticale représente le nombre moyen de DDD par an et par personne, toutes classes de médicaments confondues.

**Résultat :** Les volontaires des mouvements de la MC consomment un volume moyen annuel de médicaments à raison de 727 DDD. En revanche, ceux qui ne participent pas à la vie associative en consomment 849, en moyenne, soit un volume plus élevé de 17%. Les répondants appartenant aux catégories 'vo-

lontaires', 'participation active' et 'participation passive' ont une consommation globale de médicaments significativement moins élevée que celle des répondants n'ayant pas de participation dans la vie associative.

#### 3.4.5. .... Volume de médicaments de la classe thérapeutique N

**Interprétation :** Par rapport à l'indicateur précédent, on se limite aux médicaments qui appartiennent à la classe thérapeutique<sup>10</sup> N, celle qui regroupe les médicaments afférents au système nerveux (par exemple : les antiépileptiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques ...). Le volume de DDD a été calculé sur deux années consécutives (2017 et 2018). Dans la figure 10, l'échelle verticale représente le nombre moyen de DDD par an et par personne, pour les médicaments de la classe N.

**Résultat :** Les volontaires des mouvements de la MC consomment un volume annuel de médicaments de la classe N à raison de 47 DDD, en moyenne. En revanche, ceux qui ne participent pas à la vie associative en consomment, en moyenne, 99, soit un peu plus du double (112%). Les répondants appartenant aux catégories 'volontaires', 'participation active' et 'participation passive' ont une consommation globale de médicaments significativement moins élevée que celle des répondants n'ayant pas de participation dans la vie associative.

9. DDD = Defined Daily Doses. C'est la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Définition reprise de : [www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit\\_ddd/en/](http://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/)

10. Une classe précise de médicaments est identifiée à l'aide de la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique). Cette classification est développée par l'OMS.

Figure 9 : Volume global de médicaments

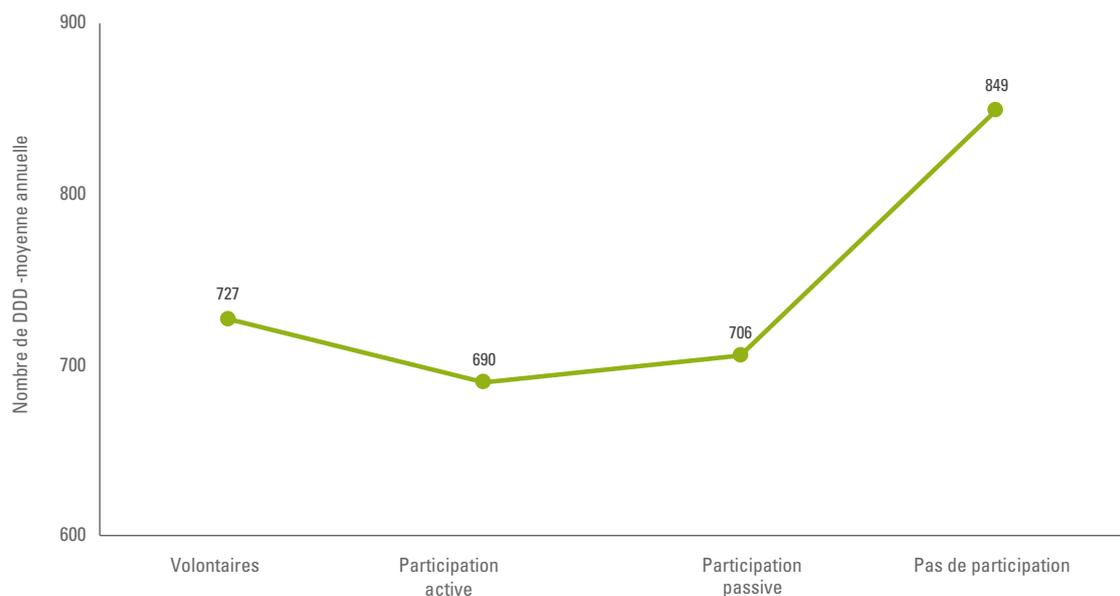
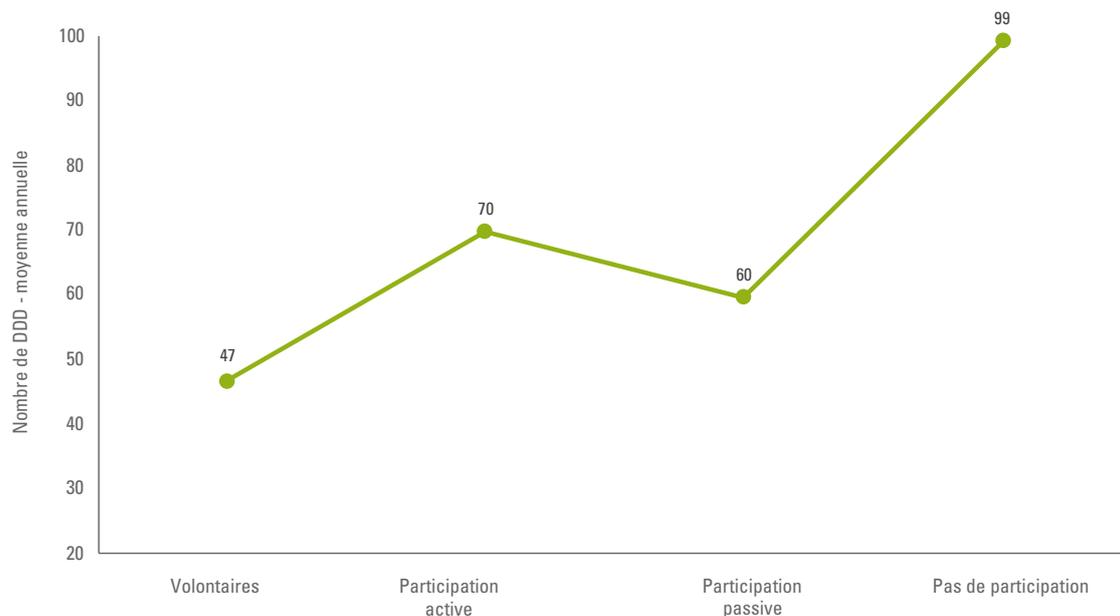


Figure 10 : Volume de médicaments de la classe N



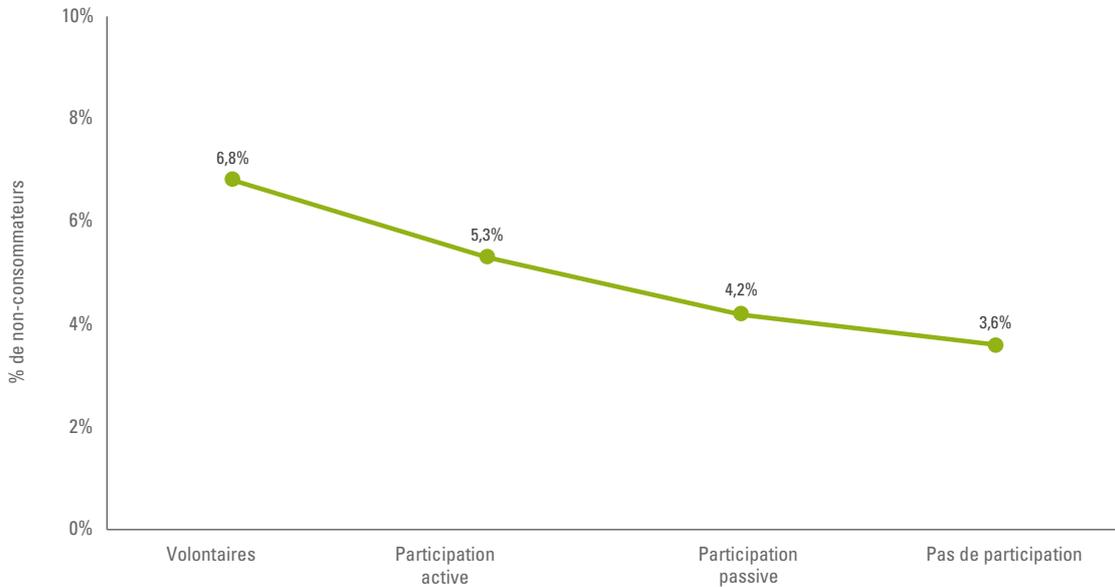
### 3.4.6. Proportion de non-consommateurs de médicaments – toutes classes de médicaments confondues

Pour les médicaments, on peut aussi donner la proportion de répondants qui ne recourent pas aux médicaments ambulatoires (dans la mesure où ils sont enregistrés dans le circuit Pharmanet de facturation). C'est une autre manière de voir dans quelle mesure la participation à la vie associative est corrélée avec le recours aux médicaments, indépendamment du volume de médicaments.

Interprétation : Pour chaque catégorie de répondants, on calcule la proportion de ceux qui n'ont pas eu de remboursements pour des médicaments, toutes les classes thérapeutiques de médicaments étant considérées ensemble. La figure 11 reprend le pourcentage de non-consommateurs.

Résultat: La très grande majorité de nos répondants recourent à l'un ou l'autre médicament. Mais on constate que ceux qui ne consomment pas de médicaments sont plus nombreux parmi les 'volontaires' (6,8%) que parmi ceux qui n'ont 'pas de participation' à la vie associative (3,6%). D'une façon générale, cette proportion a tendance à diminuer (cela signifie que

**Figure 11 : Proportion de non-recours aux médicaments – toutes classes de médicaments confondues**



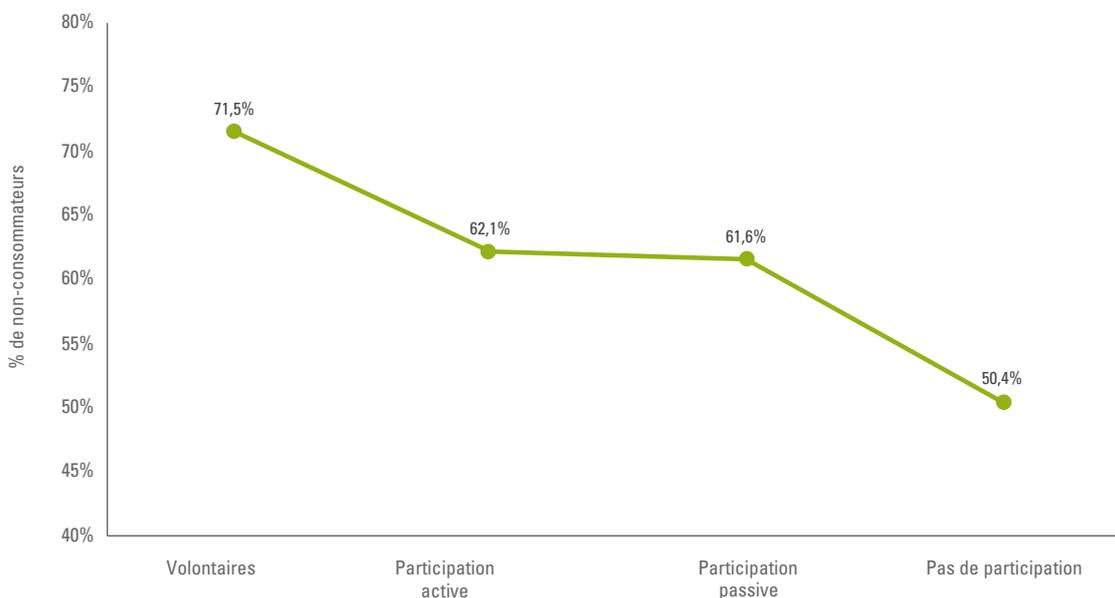
la proportion de consommateurs de médicaments augmente) au fur et à mesure que la participation à la vie sociale diminue.

### 3.4.7. Proportion de non-consommateurs de médicaments de la classe thérapeutique N

**Interprétation :** Par rapport à l'indicateur précédent, on se limite aux médicaments de la classe N, ceux qui agissent sur le système nerveux. La figure 12 reprend le pourcentage de non-consommateurs de ce type précis de médicaments.

**Résultat :** On observe que ceux qui ne consomment pas de médicaments de la classe N sont plus nombreux parmi les 'volontaires' (71,5%) que parmi ceux qui n'ont 'pas de participation' à la vie associative (50,4%). D'une façon générale, cette proportion a tendance à diminuer (cela signifie alors que la proportion de consommateurs de médicaments de la classe N augmente) au fur et à mesure que la participation à la vie sociale diminue.

**Figure 12 : Proportion de non-recours aux médicaments de la classe N**



#### **Volontaire d'Altéo<sup>11</sup>:**

« J'ai découvert un monde où règnent le respect, la solidarité et la convivialité. Notre comité tente de briser l'isolement des personnes en invalidité. On organise des conférences, des excursions, des balades, des diners... Assez vite, j'ai retiré du plaisir de cet engagement et j'ai pris conscience que je servais à quelque chose. J'ai longtemps été suivi par mon médecin, par un psychologue et je prenais des médicaments mais tout cela est désormais derrière moi. Ce qui m'a aidé, c'est la chaleur humaine qui, selon moi, est indissociable de la guérison physique et morale. »

#### **Volontaire d'énéoSport :**

«En deux ans, cette association (énéoSport) m'a permis de me refaire tout un cercle d'amis. Au-delà des bienfaits de la marche, on apprend beaucoup au contact des autres. Les aspects humains et sociaux sont plus importants que l'activité sportive elle-même». ... «J'aime voir arriver ces dames toute coquettes. On se raconte des blagues. On s'amuse beaucoup.» «Je remarque à quel point faire partie d'un groupe est valorisant. Et ces rencontres s'enrichissent de la présence occasionnelle des plus jeunes. Les marches «grands-parents et petits-enfants» plaisent en effet autant aux aînés qu'aux enfants».

#### **Volontaire d'Ocarina :**

«J'ai découvert les 'obligations positives'. Rien ne nous oblige à nous investir mais dès qu'on fait ce choix, on l'assume à fond et on honore ses engagements avec plaisir. J'aime voir qu'on est tous rassemblés autour d'une même cause». ... «Le volontariat nous force à bouger, à découvrir nos limites aussi. Mais il m'a surtout permis de développer des relations, de gagner en confiance en moi, en prenant la parole en public, par exemple. Et j'ai découvert le sentiment de bienveillance que je compte bien transmettre à mon tour».

#### **Bénévole de Samana<sup>12</sup>:**

« J'effectue des visites à domicile, souvent chez des gens qui ont connu de sérieux coups durs dans leur vie. Je parle avec eux, je les soutiens et ils me donnent beaucoup en retour. C'est très valorisant. »

« Avec le travail bénévole, on développe un grand cercle d'amis. On peut aussi demander beaucoup en retour. L'une de nos bénévoles, qui effectuait elle-même beaucoup de visites, a récemment perdu son mari. Un coup dur pour elle. Mais les rôles se sont inversés. Les gens à qui elle rendait visite viennent maintenant chez elle, pour qu'elle ne se sente pas seule. »

« Je me donne moi-même un 8/10 au niveau de la santé. J'ai eu un cancer de la prostate, mais j'ai rapidement guéri. J'ai vraiment eu beaucoup de chance. D'autres n'ont pas eu cette chance. Durant mon travail bénévole, j'ai rencontré beaucoup de gens solides. Qui continuaient à rire malgré tout. Si demain je dois manquer de chance, penser à eux m'aidera à surmonter. »

## 4. Discussion et pistes de réflexion

L'étude à grande échelle de la MC, de ses mouvements et de l'UCLouvain, montre un lien significatif entre l'engagement social et la santé.

La participation à une vie sociale structurée est liée positivement à tous les processus psychosociaux évalués (par exemple : soutien social, épanouissement, individualisme ...). Plus cette participation est active, plus fort est le lien. Ces processus psychosociaux sont associés à la santé subjective (la façon dont on évalue sa propre santé). Ici, on constate que le score est le plus faible pour ceux qui ne participent pas à la vie associative. Par rapport à cette situation, le score est plus élevé dès que l'on participe à la vie associative (que cette participation soit passive ou active). Et c'est le volontariat dans un des mouvements de la MC qui obtient le score de santé subjective le plus élevé. Enfin, cette santé subjective est en lien avec le recours aux soins de santé (santé objective). Les personnes qui ne participent pas à la vie sociale structurée se sentent moins bien et se rendent plus souvent chez le médecin et le spécialiste, ont plus d'hospitalisations de jour et consomment plus de médicaments.

11. Les témoignages d'Altéo, énéoSport et Ocarina sont des extraits de témoignages publiés dans l'édition d'En Marche du 5 décembre, consultables sur [www.enmarche.be](http://www.enmarche.be)

12. Les témoignages de Samana est un extrait de témoignage publié dans l'édition de Visie du 6 décembre.

Il est difficile de prouver, dans ce type d'étude, que le lien mis en évidence est un lien de causalité. Cependant, ces résultats appuient des études scientifiques précédentes montrant que le volontariat est bon pour la santé. Les expériences et les témoignages de nos propres volontaires vont également dans ce sens. Nous pouvons donc tout de même supposer que l'engagement social est bon pour la santé et pour le bien-être. Le volontariat est, à tout le moins, non seulement positif pour la société, mais également pour la santé de l'individu qui s'engage.

Le volontariat permet de rompre l'isolement, de créer des liens sociaux et de se rendre utile aux autres. La personne engagée se sent valorisée. Elle peut aussi compter sur le soutien du réseau auquel elle appartient. Cela participe au sentiment d'être en bonne santé. La santé représente bien plus que d'être en forme physiquement. La qualité de vie en fait partie intégrante tout comme la recherche de sens, la participation à la société, le fonctionnement au quotidien... Toutes ces dimensions sont interconnectées chez l'être humain. Elles font partie de ce qu'on appelle la Santé Positive<sup>13</sup>. Ce concept, développé aux Pays-Bas par la Dr Machteld Huber<sup>14</sup>, offre une vision novatrice de la façon dont nous pouvons faire l'expérience de la santé, en tant qu'individu et comme collectivité.

La MC plaide pour tout mettre en œuvre pour permettre à chacun de s'engager socialement. Dans notre société, le volontariat n'est pas toujours valorisé à la hauteur de son importance sociale. Il peut être freiné notamment en cas de prépension, de chômage ou d'incapacité de travail. Il faut travailler à faire tomber ces obstacles, et également communiquer plus d'information de manière à lever le doute quant à la possibilité de faire du volontariat lorsqu'on reçoit des indemnités.

Nous devons également veiller à ce que certaines activités qui se font actuellement sur une base volontaire et à partir d'une solidarité mutuelle, ne tombent pas sous l'emprise de la marchandisation. De nos jours, il existe certaines plateformes collaboratives proposant ces activités contre rémunération. Plusieurs questions critiques se posent à ce sujet. En tant que mouvement social, l'engagement volontaire fait partie de notre ADN. C'est également une des raisons pour lesquelles la MC a entrepris des actions contre les économies imposées par les autorités flamandes à la société civile. Investir dans le volontariat, c'est investir dans la santé.

13. Vancorenland S, Avalosse H, Van Holle V. 2018. Le Belge semble prêt à adopter le concept de Santé Positive. Sondage à la suite du symposium de la MC 'Ensemble pour une Santé Positive'. MC-Information. 274 : 21-29.

14. Huber M, Knottnerus J.A., Green L. et al. How should we define health? BMJ 2011; 343:d4163

# Politique de lutte contre la pauvreté

## « Komaf met Armoede » ou Finissons-en avec la pauvreté : une campagne de « Decenniumdoelen » pour avancer

Michel Debruyne, coordinateur de Decenniumdoelen

### Synthèse

« Decenniumdoelen » (les objectifs de la décennie) regroupe de nombreuses organisations de la société civile dont l'objectif est de diminuer la pauvreté de moitié en 10 ans. Ce groupe a lancé en 2018 la campagne « Komaf met Armoede » (finissons-en avec la pauvreté) pour mettre la pauvreté au menu des élections. Cette campagne ne s'est pas réduite à de la communication. « Komaf met Armoede » a également retravaillé les objectifs de « Decenniumdoelen », a dialogué avec des experts et des personnes vivant dans la pauvreté et leur a donné une place centrale dans cette campagne. 21 propositions réalisables, concrétisant 7 objectifs, ont été mises en avant. La campagne s'est adressée à un large public en plaçant des messages sur des sacs à pain et sur des trams et des bus. Facebook a été mis à contribution et des messages y ont largement été diffusés. Toutes ces initiatives poursuivaient un même but : mettre la pauvreté à l'agenda politique.

La campagne s'est conclue avec le 12<sup>e</sup> baromètre de la pauvreté. Ce baromètre ne se résume pas à des chiffres. Il se veut également une source d'inspiration pour les gouvernements flamands et fédéraux afin de les inciter à être plus actifs dans la lutte contre la pauvreté. Car le 12<sup>e</sup> baromètre indique qu'elle n'a pas baissé. Et pourtant, il est tout-à-fait possible de la combattre. Les propositions ne demandent parfois pas plus de moyens mais bien une autre répartition des ressources. La redistribution est le concept central de cette campagne.

**Mots-clés :** Campagne, lutte contre la pauvreté, redistribution, dialogue avec des personnes en situation de pauvreté, propositions politiques, baromètre de la pauvreté, exclusion sociale, pauvreté des enfants

## 1. La campagne « Komaf met Armoede »

### 1.1. Introduction

Decenniumdoelen (DCD) a été fondé en 2006. Il regroupe des organisations qui luttent contre la pauvreté comme Welzijnzorg, les deux grandes mutualités, dont la MC, les trois syndicats, des organisations de la société civile comme Beweging.net et Minderhedenforum. En 12 ans, DCD a redonné une place à la pauvreté dans le débat public. La pauvreté ne peut plus être évacuée des actualités ou des reportages dans les journaux ou à la télévision.

DCD lance un message clair : diminuer de moitié la pauvreté dans la décennie. Pour atteindre cet objectif, il faut que toute la société et les autorités s'investissent dans la lutte contre la pauvreté. DCD concrétise sa démarche avec sa publication annuelle du baromètre de la pauvreté et en défendant des points de vue clairs sur les revenus, la santé, le logement, l'enseignement, le travail et le vivre ensemble.

Pourtant, le message que doit transmettre DCD n'est pas brillant. Pendant ces 12 années, la pauvreté n'a toujours pas diminué. Non seulement elle est toujours aussi élevée mais, pour certains

groupes, comme les mères isolées, les personnes d'origine étrangère ou handicapées, elle augmente.

Ce qui est positif, c'est que ce sujet reste à l'agenda politique et dans les médias. Mais parler de pauvreté ne suffit pas. Il faut surtout agir et pour cela les autorités compétentes ont une grande responsabilité : leur politique doit faire la différence pour chaque personne qui se trouve dans les classes plus défavorisées de la société.

### 1.2. Encore une campagne ?

Decenniumdoelen influence déjà depuis 12 ans les politiciens et les pouvoirs publics. Cependant, cette influence pourrait être encore plus forte. Les élections de 2019 étaient l'occasion pour DCD d'exercer plus de poids. C'est pourquoi la campagne « Komaf met Armoede » a été lancée.

Le but de cette nouvelle campagne est clair: DCD veut en finir avec la pauvreté. DCD veut que les prochains gouvernements

intensifient leur investissement dans la lutte contre la pauvreté. Cet investissement n'est pas si compliqué : les voies sont connues. Seuls les moyens et la persévérance dans la mise en œuvre des solutions manquent. Sur ce point, la campagne veut aider les politiciens en avançant elle-même une série de propositions concrètes.

La campagne mise aussi sur un soutien plus large de la société. Chacun peut faire des choix qui favorisent la lutte contre la pauvreté et inciter ainsi les politiciens à emprunter la bonne direction. Comme toutes les autres campagnes, « Komaf met Armoede » agit via le net, utilise les médias sociaux et a une page Facebook active.

Mais une campagne, c'est plus qu'un contenu et une base, c'est une collaboration.

### 1.3. La collaboration, le maître-mot de la campagne

Decenniumdoelen est une campagne élaborée en collaboration avec de nombreux acteurs. La collaboration est donc inscrite dans son ADN.

Nous sommes partis de sept tables de parole au printemps 2018. Experts, représentants des partenaires de Decenniumdoelen et différentes organisations de lutte contre la pauvreté se sont retrouvés pour réfléchir à six domaines de la vie (enseignement, travail, revenus, logement, santé et vivre ensemble). Les participants se sont vu confier une mission difficile : pour chaque domaine, formuler une réponse à la question « quel est le levier nécessaire pour réduire de moitié la pauvreté ? ». Des discussions passionnantes s'en sont suivies, et chaque fois, nous nous sommes retrouvés confrontés à la question de savoir comment les gens en situation de pauvreté arrivent à survivre. Pour ces personnes, les leviers sont évidents.

Les dialogues ont généré des idées précieuses qui ont été inscrites dans des textes et regroupées sous sept objectifs. Nous souhaitons ensuite faire évaluer ces textes et objectifs. Car le ton des textes peut également involontairement blesser ou minimiser ce que représente la pauvreté. Ces textes ont donc été envoyés aux associations de lutte contre la pauvreté en leur demandant de les examiner de manière approfondie.

Lors d'une dernière réunion avec les partenaires de Decenniumdoelen et les représentants des organisations de lutte contre la pauvreté, les objectifs et les textes ont été finalisés.

Pour ces étapes, nous avons principalement travaillé avec les représentants de personnes confrontées à la pauvreté. Nous voulions également soumettre les sept objectifs au regard critique d'un groupe plus vaste. Le 16 février 2019, nous avons dès lors rassemblé plus de 300 personnes de toutes les catégories de la société et de nombreuses associations autour de la pauvreté. Les sept objectifs ont été présentés par des spécialistes expérimentés. Le public pouvait déterminer les trois objectifs prioritaires parmi les sept exposés. Finalement, ce ne sont pas trois mais quatre objectifs qui ont été choisis.

## 2. Sept objectifs, des priorités et 21 propositions

La campagne « Komaf met Armoede » veut un plan d'action flamand et belge contre la pauvreté, orienté résultat. Combattre la pauvreté, c'est investir dans toutes les voies connues qui permettent d'en sortir. Après des dizaines d'années de recherche et de discussions avec des personnes vivant dans la pauvreté, nous connaissons ces voies. Outre de la persévérance pour les mettre en œuvre, elles nécessitent des moyens importants.

Des ambitions concrètes doivent mener à des résultats effectifs. Les ambitions sont traduites par sept objectifs qui portent sur les revenus, l'enseignement, le travail, le vivre ensemble, la santé, une fiscalité juste et le logement. Ces sept objectifs ont été concrétisés en 21 propositions. Chaque proposition doit conduire à un résultat effectif. Quelques-unes ont été étudiées du point de vue de leur coût possible. Ce qui est frappant, c'est que de nombreuses propositions peuvent être réalisées sans moyens supplémentaires. La redistribution est toutefois nécessaire.

La lutte contre la pauvreté demande donc une politique courageuse. Une politique qui mise sur la lutte contre la pauvreté à long terme et avec une grande cohérence. Cela exige des choix courageux de réorientation des moyens existants, une plus grande redistribution et un plus grand investissement dans le combat contre la pauvreté et les inégalités.

La lutte contre la pauvreté, c'est aussi celle contre les préjugés, les mythes, les fausses intuitions, les prémisses incorrectes de la politique actuelle. Cela demande la reconnaissance des limites des gens, de leur vulnérabilité ...

Cela demande aussi de s'engager à vivre ensemble sur un pied d'égalité et à éradiquer la discrimination et le racisme. Les voies qui existent pour sortir de la pauvreté en seront renforcées et offriront une issue aux personnes vivant dans la pauvreté ou qui en sont proches.

Combattre la pauvreté exige en conséquence une politique de choix et de priorités. Cela exige de s'engager sur les chemins qui permettent aux gens de participer à part entière, de faire valoir leurs droits à part entière et de contribuer à part entière à la société.

Sept propositions ont été présentées le 16 février à plus de 300 personnes. À ces 300 participants, on a demandé quelles étaient parmi ces sept propositions les trois qu'ils estimaient les plus importantes. Nous cherchions le top trois des priorités mais nous en avons sélectionné quatre (les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> priorités se trouvant ex aequo).

### 2.1. Les revenus de remplacement et les prestations sociales doivent être augmentés pour dépasser le seuil de pauvreté européen

Cette proposition a été élue première priorité avec 30,3% des

voix. Car la sous-protection des personnes et des familles dans des situations difficiles en Belgique et en Flandre est considérable. Actuellement, les familles risquent de tomber dans la pauvreté dès qu'elles doivent faire appel à la sécurité sociale (comme les allocations de chômage ou les indemnités de maladie) ou à l'assistance sociale (comme le revenu d'intégration). Pourtant, la sécurité sociale et l'assistance sociale sont en soi de bons moyens pour maintenir les familles hors de la pauvreté et leur servir de tremplin pour accéder à une vie meilleure. Il faut que les allocations soient suffisamment élevées.

## 2.2. Plus de logements abordables et de qualité et une politique durable et équitable pour l'énergie

Le logement est un grand souci et il constitue de ce fait la deuxième priorité, presque au même niveau que la première proposition (29,8% des voix). Car le logement constitue une part toujours plus grande du budget du ménage. À la fin du mois, il ne reste plus de quoi vivre à plus d'un tiers des locataires. Plus d'un tiers des habitations mises en location sont de qualité médiocre. En outre, les dépenses d'énergie et d'eau entraînent les gens vers la pauvreté. Le marché locatif est peu ouvert aux personnes qui sont 'différentes', et même le marché locatif social n'est pas totalement ouvert. Et pourtant, il y a suffisamment de moyens et de possibilités pour que chaque famille puisse disposer d'un logement abordable et correct.

Suivent ensuite deux autres priorités, ayant obtenu presque le même score.

## 2.3. Une assurance maladie solide, solidaire et obligatoire qui offre une large protection pour tous

13,3% des votants ont demandé en troisième lieu une assurance maladie solide et obligatoire. Car dans un pays qui se targue d'avoir des soins de santé accessibles et de qualité, il est honteux que de nombreuses familles soient contraintes de postposer des soins pour des raisons financières. Les personnes qui sont malades pendant une longue période deviennent malades à cause des difficultés rencontrées pour survivre aux frais auxquels elles doivent faire face et à l'insuffisance de soutien.

## 2.4. Une fiscalité équitable

Cette proposition se retrouve également à la troisième place avec 13% des voix. Car une redistribution équitable via les impôts est nécessaire afin de réduire les inégalités et de dégager plus de moyens pour lutter contre la pauvreté. Cela implique la mise en place d'un système fiscal plus juste où toutes les formes de revenus du travail et toutes les formes de (revenus du) patrimoine sont taxées en fonction des moyens de chacun. Cela comprend en outre une lutte sévère contre la fraude et l'évasion fiscale.

La mise en avant de ces quatre priorités ne signifie évidemment pas que les autres sont reléguées à l'arrière-plan. Elles continuent à faire partie des sept objectifs de la campagne « Komaf met Armoede ».

## 2.5. Emploi dans l'économie sociale

La pauvreté est importante dans les familles où personne ne travaille ou travaille peu. De plus, le nombre de familles où personne ne travaille diminue à peine ces dernières années. Ce sont surtout les personnes qui ont eu une scolarisation courte, des jeunes sans diplôme, des personnes avec un handicap (relatif au travail) et celles d'une autre origine ethnique ou culturelle qui rencontrent le plus de difficultés sur le marché de l'emploi. Elles ont moins l'opportunité d'accéder au marché du travail pour sortir de la pauvreté et y restent souvent plus longtemps dans la pauvreté. Pourtant, des possibilités existent via la formation, l'économie sociale et les services facilitateurs comme les garderies d'enfants, qui peuvent donner à tous un accès au marché du travail.

## 2.6. Maximum à facturer pour l'enseignement secondaire

La Flandre figure parmi les plus mauvais élèves de la classe : nos écoles perpétuent l'inégalité sociale et ne hissent pas suffisamment vers le haut les jeunes d'une autre origine ethno-culturelle ni ceux vivant dans la pauvreté. Le nombre de jeunes qui quittent l'enseignement secondaire sans diplôme est dès lors élevé. Ce sont les parents pauvres de demain. On voit pourtant que dans d'autres pays, tous les jeunes ont les mêmes chances, quel que soit leur contexte. L'enseignement peut et doit établir l'égalité.

## 2.7. Une politique non discriminatoire

La personne qui est différente est trop souvent et trop facilement rejetée. Les gens sont souvent exclus à cause de leur âge, de leur origine ethnoculturelle, de leur handicap et de leur situation familiale... Nombreuses sont les personnes blesées en raison de ce qu'elles sont. Et pourtant, la cohabitation à part entière est possible.

Le site web [www.komafmetarmoede.be](http://www.komafmetarmoede.be) présente l'ensemble des objectifs et des propositions.

## 3. Le baromètre de la pauvreté

« Decenniumdoelen » fait chaque année un état des lieux de la lutte contre la pauvreté. Pour la 10<sup>ème</sup> année de « Decenniumdoelen », nous avons publié un baromètre de la pauvreté détaillé, exposant une décennie de la politique de lutte contre

la pauvreté. Le titre ne rend pas compte de la réalité : en 10 ans, la pauvreté n'a pas diminué. Au contraire, elle est un problème structurel en Flandre et en Belgique<sup>1</sup>.

Le 12<sup>e</sup> baromètre de la pauvreté poursuit l'objectif des précédents, mais examine également comment quelques-unes des propositions de la campagne « Komaf met Armoede » peuvent être réalisées. Nous ne proposons pas seulement un état des lieux, nous indiquons également les leviers possibles pour réduire de fait la pauvreté. Ainsi ce 12<sup>e</sup> baromètre prend-il en compte les sept objectifs décrits ci-dessus.

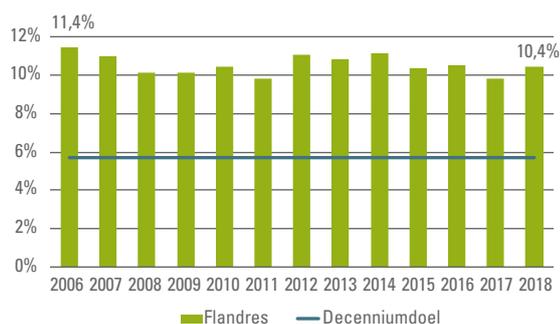
La pauvreté est-elle encore aussi criante qu'il y a 10 ans ?

### 3.1. La pauvreté est principalement une pauvreté financière

« La pauvreté signifie qu'on a peu d'argent. Le seul bon indicateur pour la jauger est le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. » C'est ce que confirmait Wim van Lancker dans le Standaard.<sup>2</sup>

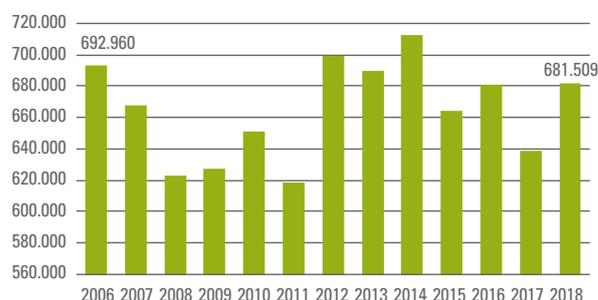
L'indicateur « personnes vivant dans une pauvreté monétaire » donne une bonne image du nombre de personnes vivant dans la pauvreté. Par pauvreté monétaire, on entend le pourcentage de personnes ayant un revenu inférieur à 60% du revenu médian. Cet indicateur est utilisé dans tous les pays européens. La figure 1 présente les chiffres pour la Flandre entre 2006 et 2018.

Figure 1 : Nombre de personnes vivant dans une pauvreté monétaire, Flandre, en %



Depuis 2006, la pauvreté en Flandre oscille entre 10 et 11%. Malgré toutes les promesses des autorités flamandes et fédérales et des nombreux plans de lutte contre la pauvreté, celle-ci reste un problème structurel. Le « Decenniumdoel » ou l'objectif de la décennie, c'est-à-dire la diminution de moitié de la pauvreté (indiquée sur la figure par la ligne au niveau de 5,8%),

Figure 2 : Nombre de personnes vivant dans une pauvreté monétaire, Flandre, en chiffres absolus



n'est pas en vue. En 2018, 10,4% des Flamands vivaient encore dans la pauvreté.

La première figure montre les pourcentages mais ne dit rien du nombre de personnes vivant dans la pauvreté. La deuxième figure montre que la pauvreté touche de nombreux Flamands : plus de 680.000 personnes en 2018. En 2008 et 2011, environ 620.000 Flamands vivaient dans la pauvreté. Aujourd'hui, on en compte 60.000 de plus.

Cette figure met aussi en évidence les importantes conséquences de la crise économique qui se sont manifestées à partir de 2012. Depuis, les chiffres les plus bas de 2008 et 2011 n'ont plus jamais été atteints.

Environ 10% de la population flamande vit donc dans la pauvreté ou risque d'y vivre. Aujourd'hui, cela représente plus ou moins 680.000 personnes, soit plus que la population d'Anvers ou à peu près la moitié de celle de la province d'Anvers. Le récent accord de gouvernement flamand ne comprend plus d'objectifs relatifs à la pauvreté. Nous avons demandé au ministre compétent Beke si cela signifiait que la pauvreté ne constituait plus une priorité pour la Flandre. Heureusement, il a formellement confirmé que la pauvreté restait une priorité, mais qu'elle serait mesurée différemment.

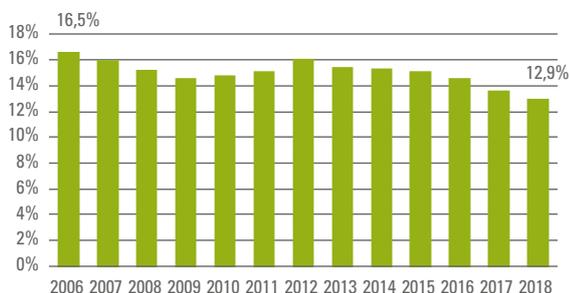
### 3.2. Les chiffres européens masquent la pauvreté

Le précédent gouvernement flamand a affirmé que le nombre de personnes vivant dans la pauvreté ou exclues socialement ne cesse de baisser depuis 2012. Pour le gouvernement flamand, c'est la preuve que leur politique de lutte contre la pau-

1. Debruyne Michel. 2017. 10 années d'une pauvre politique. 10 Baromètres de la pauvreté mettent le doigt sur cette plaie. *MC-Information* 270; 3 – 18.

2. 'Armoede in Vlaanderen op laagste peil sinds de metingen'. [https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626\\_04481129](https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129) (La pauvreté en Flandre à son niveau le plus bas depuis sa mesure)

**Figure 3 : Nombre de personnes vivant dans la pauvreté ou exclues socialement, Flandre, en %**



vreté est efficace<sup>3</sup>. La figure 3 représente cette baisse. L'ancienne ministre-présidente Homans s'est également référée à ces chiffres<sup>4</sup> lors de sa dernière intervention.

La figure 3 se base sur un indicateur composite de pauvreté européen destiné à mesurer les objectifs de l'Europe en matière de pauvreté. Une personne vit dans la pauvreté ou souffre d'exclusion sociale si elle répond à au moins un des critères suivants :

- elle vit dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil national de pauvreté ;
- elle vit dans un ménage souffrant d'une privation matérielle sévère ;
- elle a moins de 60 ans et vit dans un ménage avec une intensité de travail très faible.

Les séquelles de la crise économique de 2009 se voient aussi clairement dans la figure 3 ; ce n'est que depuis 2016 que cet indice est passé sous les 15%. Le chômage en forte baisse à partir de 2017 s'y reflète également.

Cette figure montre à quel point sont déterminants les chiffres du chômage dans cet indicateur composite ; un progrès économique ou une récession se traduisent immédiatement dans les chiffres. L'exclusion sociale est descendue à 12,9%. 1 Flamand sur 7 répond à au moins 1 de ces conditions et est donc considéré comme vivant dans la pauvreté.

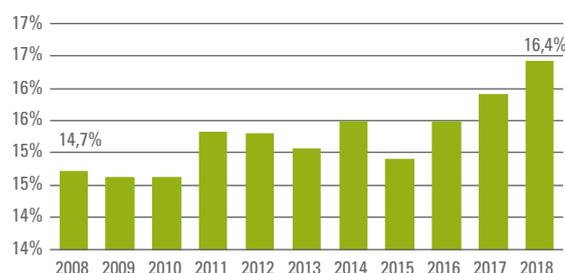
La baisse de cet indicateur composite ne dit rien de la politique de lutte contre la pauvreté. Wim Van Lancker l'exprime

ainsi : « Une faible intensité de travail et la pauvreté sont deux choses différentes. En Finlande et en Lettonie, le taux d'emploi est presque identique, mais le risque de pauvreté est deux fois plus grand en Lettonie. En Suède, le risque de pauvreté a fortement augmenté alors que le taux d'emploi est resté plus ou moins le même. Il n'y a donc pas nécessairement de lien direct entre ces deux éléments. Il se peut qu'une amélioration du marché du travail permette à de nombreuses personnes de sortir de la pauvreté mais que de plus faibles allocations ou pensions, par exemple, fassent basculer d'autres catégories de la population dans la pauvreté. »<sup>5</sup>

Cet indicateur composite montre en outre qu'une politique qui ne porte que sur le travail n'est pas suffisante pour diminuer la pauvreté ou l'exclusion sociale. Au contraire, la stratégie jobs, jobs, jobs destinée à contrer la pauvreté a échoué.

Les chiffres belges relatifs à la pauvreté monétaire sont éclairants (chiffres basés sur le pourcentage de personnes ayant un revenu inférieur à 60% du revenu médian – Figure 4).

**Figure 4 : Nombre de personnes vivant dans une pauvreté monétaire, Belgique, en %**



Ces chiffres donnent une autre image : depuis 2008, le pourcentage de la pauvreté (monétaire) en Belgique augmente. En 2018, il atteignait 16,4%. Les données relatives à la pauvreté, surtout à Bruxelles et en Wallonie, montrent que les politiques fédérale et régionale de l'emploi n'ont pas fonctionné.

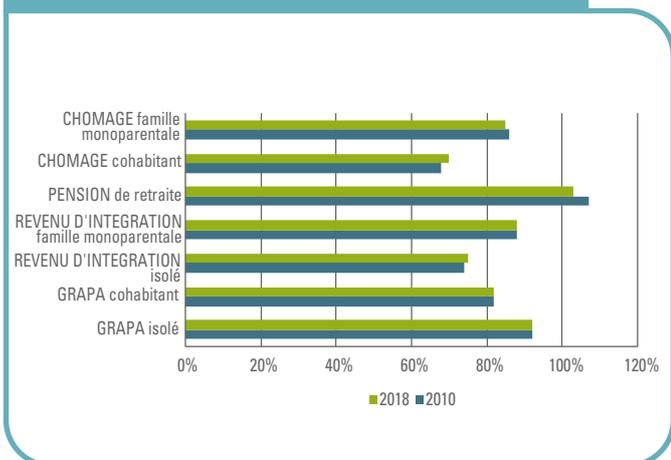
En d'autres mots, les investissements qui ne visent que le travail sont insuffisants pour réduire la pauvreté. C'est pourquoi une vaste politique de lutte contre la pauvreté est nécessaire :

3. Le ministre-président flamand Geert Bourgeois (N-VA) a tweeté une petite figure avec des chiffres qui devraient prouver que les choses vont dans le bon sens en matière de pauvreté en Flandre. 'Armoede in Vlaanderen op het laagste peil sinds de metingen. Ook risico op armoede daalt wel degelijk.' (La pauvreté en Flandre à son niveau le plus bas depuis les mesures. Le risque de pauvreté diminue également.) [https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626\\_04481129](https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129)

4. <https://www.vlaamsparlement.be/parlementaire-documenten/vragen-en-interpellaties/1331097>

5. 'Armoede in Vlaanderen op laagste peil sinds de metingen' (La pauvreté en Flandre à son niveau le plus bas depuis les mesures) [https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626\\_04481129](https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129)

**Figure 5 : Evolution de certains minima par rapport au seuil de pauvreté, %**



l'engagement en faveur du logement, de l'enseignement, du vivre ensemble et des revenus est essentiel.

### 3.3. Il faut agir sur les revenus pour lutter contre la pauvreté

La sécurité sociale et l'assistance sociale sont de bons moyens pour protéger les familles de la pauvreté et leur permettre d'accéder à une vie meilleure. Hélas, après tant d'années et tant de promesses, les minima sociaux sont toujours sous le niveau requis. Au sens propre, ils restent sous le seuil de pauvreté européen. Nous ne pouvons chaque année que constater que les minima sociaux n'ont à nouveau pas été augmentés, ou à peine.

Dans la figure 5, nous voyons une comparaison de l'évolution des différents minima sociaux par rapport au seuil de pauvreté sur une période de huit ans. Seules les pensions de retraite ont dépassé le seuil de pauvreté, tous les autres minima se situent (largement) en-dessous. Depuis 2010, la grande majorité des minima a à peine évolué. Seuls le revenu d'intégration pour isolé et l'allocation de chômage pour un couple sont légèrement en hausse. L'allocation de chômage pour les familles monoparentales a par contre régressé.

Le message de la figure 5 est clair : qui est tributaire d'un minimum social risque fort de basculer dans la pauvreté. La conséquence est dramatique. Les banques alimentaires ont plus de clients d'année en année. En 2018, près de 160.000 personnes ont ainsi reçu une aide alimentaire (une augmentation de 53.000 personnes par rapport à 2006).

Il est essentiel d'agir pour pouvoir assurer un revenu suffisant. Les minima sociaux doivent augmenter. Ne s'attaquer qu'à la sécurité sociale et à l'aide sociale est cependant insuffisant. Il faut plus. Et pour cela, les pouvoirs publics régionaux peuvent faire la différence.

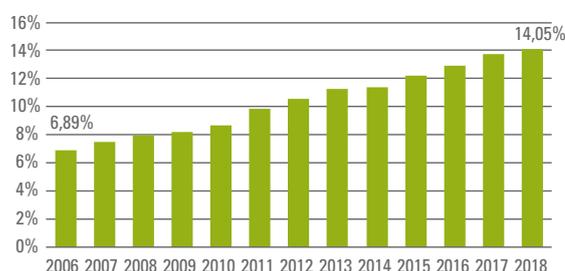
### 3.4. La pauvreté des enfants ou comment la politique peut faire la différence

La pauvreté des enfants est dramatique. Les enfants nés ou vivant dans la pauvreté garderont toute leur vie un traumatisme. Beaucoup continueront à être pauvres ou retomberont dans la pauvreté plus tard. Ici, les régions peuvent vraiment faire une différence : la politique de la famille est de leur responsabilité.

Mais la réalité aujourd'hui n'est pas brillante. L'index de pauvreté de Kind en Gezin (figure 6) montre chaque année une hausse de la pauvreté infantile. Cet index n'est pas comparable aux indicateurs cités précédemment. L'index de Kind en Gezin concerne les familles ayant des enfants en-dessous de 3 ans et qui répondent à certains critères sur le plan des revenus, de la situation de travail, du logement, de la langue parlée à la maison ...<sup>6</sup>

Cette figure indique des chiffres très inquiétants : 1 enfant sur 7 de moins de trois ans grandit dans un contexte défavorisé ou dans une famille défavorisée. Cette hausse constante de l'index de pauvreté (il a plus que doublé depuis 2006) est un appel pressant aux gouvernements flamand et fédéral.

**Figure 6 : Index de pauvreté de Kind en Gezin, Flandre, en %**



6. Les équipes régionales de Kind en Gezin sont chargées de fournir des bases de données sur les familles défavorisées. À cette fin, elles évaluent chaque famille lors d'une naissance en fonction de six critères : le revenu mensuel de la famille, la situation professionnelle des parents, l'éducation des parents, le logement, le développement des enfants et la santé. Ces six critères se réfèrent à six domaines dans lesquels les conditions de vie de ces familles diffèrent de celles de beaucoup d'autres.

Pour chaque critère, une limite inférieure a été fixée qui, en combinaison avec celles des autres critères, indique si une famille se trouve ou non dans une situation défavorisée. Si pour trois critères ou plus la famille se situe sur la limite ou en-dessous, elle est considérée comme vivant dans une situation défavorisée. <https://www.kindengezin.be/img/kansarmoederegistratie-toelichting.pdf>

Le gouvernement flamand a les clés en mains, avec les allocations familiales, aujourd'hui le « Groeipakket » (ensemble des prestations familiales et allocations financières pour les enfants), pour effectivement diminuer de moitié la pauvreté infantile<sup>7</sup>. Le « Groeipakket » actuel a en effet un impact limité sur la pauvreté des enfants :

- pour les nouvelles familles, le risque de pauvreté diminue d'1,3 point de pourcentage, de 8,6 à 7,3% ;
- pour les familles actuelles, le risque de pauvreté diminue de 0,5 point de pourcentage, de 8,6 à 8,1% ;
- pour un nouvel enfant, le risque de pauvreté diminue d'1,5 point de pourcentage, de 9,9 à 8,4% ;
- pour un enfant actuel, le risque de pauvreté diminue de 0,3 point de pourcentage, de 9,9 à 9,6%.

Le « Groeipakket » dispose d'un budget élevé de 3,6 milliards d'euros. Mais seuls 222,6 millions d'euros, soit 6% du budget total, vont aux allocations sociales. C'est beaucoup trop peu pour avoir un effet marquant. « Decenniumdoelen » propose de consacrer 10% du budget du « Groeipakket » aux allocations sociales. C'est un minimum pour avoir un effet significatif sur la pauvreté infantile.

Hélas, le nouveau gouvernement flamand fait des économies sur les allocations familiales. Les économies se font à partir du troisième enfant. Les familles nombreuses sont les perdantes.

### 3.5. Les chiffres de la pauvreté ventilés ou comment la politique peut faire la différence

La figure 7<sup>8</sup> ventile les chiffres de la pauvreté et montre comment ils évoluent en excluant chaque fois un groupe particulier. Cinq groupes sont considérés séparément : les pensionnés, les locataires, les familles monoparentales, les

personnes nées hors de l'UE et les chômeurs. La figure montre donc l'évolution de la pauvreté durant une période de 12 ans, entre 2006 et 2018, en ne tenant chaque fois pas compte d'un de ces groupes.

Nous commençons par les pensionnés. Comment évoluent les chiffres quand on ne tient pas compte des pensionnés ?

Le nombre de pensionnés pauvres diffère de 2006 à 2018. Les chiffres de la pauvreté, sans les pensionnés, évoluent en conséquence selon cette différence.

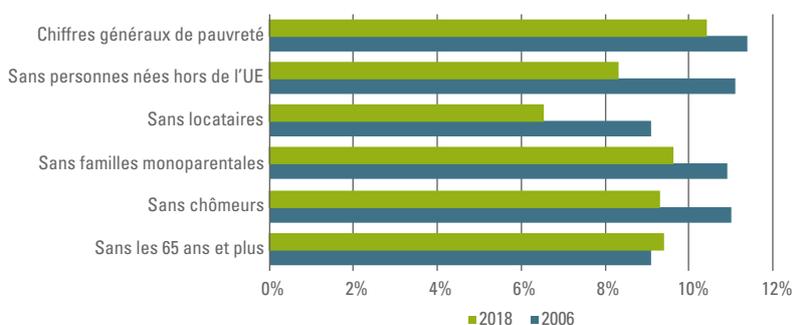
En 2006, ce chiffre sans les pensionnés s'élevait à environ 9,1% ; en 2018, il atteint 9,4%. En d'autres mots, en raison d'un moins grand nombre de pensionnés pauvres en 2018 par rapport à 2006, le chiffre de la pauvreté générale monte.

Il fallait s'attendre à cette évolution : en raison de la meilleure protection sociale, d'un taux d'emploi plus élevé chez les femmes et d'une plus grande prospérité à partir des années 60, le nombre de pensionnés pauvres devait logiquement baisser. Grâce à la politique menée au siècle dernier, le nombre de pensionnés pauvres diminue donc. En même temps, et la figure le montre clairement, la pauvreté générale augmente.

En 2006, le chiffre de la pauvreté générale sans les locataires s'élevait à environ 9%, en 2018 il atteint à peine 6,5%. Depuis 2006 (mais déjà avant), le fait d'être locataire ou non joue beaucoup. La personne qui loue aujourd'hui a beaucoup plus de risques de vivre dans la pauvreté que celle qui n'est pas locataire. La forte différence entre les deux points de mesure est marquante. Depuis 2006, la politique s'est à peine penchée sur la question des locataires.

En 2006, le chiffre de la pauvreté générale sans le groupe des chômeurs montait à 11%. En 2018, il était de 9,3%. Les politiques

Figure 7 : Evolution des chiffres de la pauvreté monétaire en Flandre, des chiffres généraux d'une part et d'autre part des chiffres excluant chaque fois un groupe spécifique, en %



7. La pauvreté infantile se base sur les chiffres « EU\_Silc », qu'il ne faut pas confondre avec l'index relatif aux familles défavorisées de Kind en Gezin.

8. Les figures suivantes sont basées sur les chiffres de la pauvreté monétaire de 2006 à 2018 fournis par le service de statistique flamand (Statistiek Vlaanderen).

menées ont donc augmenté le risque pour les chômeurs de glisser dans la pauvreté. Depuis le premier gouvernement Di Rupo, nous savons que le statut de chômeur est devenu précaire.

En 2006, la pauvreté générale, sans compter les familles monoparentales, représentait 10,9% de la population, en 2018, 9,6%. Notre sécurité sociale n'est pas adaptée aux familles monoparentales. Le nombre de ces familles croît cependant de manière ininterrompue. En conséquence, ce groupe devient plus facilement pauvre. Une politique ajustée à ces changements démographiques n'est toutefois toujours pas mise sur pied.

En 2006, le chiffre de la pauvreté générale sans le groupe des personnes nées hors UE était de 11,1%, contre 8,3% en 2018. Le chiffre de la pauvreté chez les personnes nées hors UE a donc augmenté. Ce groupe est devenu particulièrement vulnérable. Ces chiffres montrent la grande responsabilité de la société. Les personnes issues de l'immigration n'ont pas la vie facile en Flandre : discrimination silencieuse ou racisme ouvert poussent les gens dans la marginalité. Une approche structurelle du racisme et de la discrimination est donc nécessaire.

La figure 7 et celui sur la pauvreté infantile montrent le besoin de politiques flamandes et fédérales sérieuses. Les choix effectués par les différents gouvernements ont poussé des citoyens dans la pauvreté.

Ces figures exemplifient 10 années de pauvre politique. Et pourtant, pour tous ces groupes, une politique efficace est possible. On a déjà évoqué le « Groeipakket » en tant que levier possible pour remédier à la pauvreté infantile et à celle des familles monoparentales. D'autres mesures sont connues : l'investissement dans l'économie sociale pour les personnes très éloignées du marché de l'emploi, dans l'égalité des chances à l'école, dans des soins de santé de première ligne, dans des lo-

gements sociaux et dans l'inclusion. C'est-à-dire investir dans les gens. C'est indispensable pour construire une société sans pauvreté.

## 4. Conclusion

La pauvreté est toujours beaucoup trop élevée. Le nombre de personnes vivant dans la pauvreté ne baisse pas, au contraire, les chiffres continuent à monter, la pratique le montre tous les jours.

L'accord de gouvernement flamand est décevant lorsqu'on lit attentivement les chiffres. Il n'y a pas d'objectifs, pas de chiffres et la politique de lutte contre la pauvreté est limitée. Il n'y a pas d'investissements supplémentaires dans l'économie sociale, pas d'investissements supplémentaires dans les logements sociaux, pas de mesures fortes en faveur de l'inclusion dans l'enseignement et dans la société, pas d'investissements dans les transports publics, mais bien des économies dans la protection sociale (et la culture).

Le baromètre de la pauvreté montre pourtant que celle-ci relève aussi, et surtout, de la responsabilité d'une politique. Le 12<sup>e</sup> baromètre de la pauvreté conclut la campagne « Komaf met Armoede ». Une campagne qui donne une visibilité à la pauvreté, qui a enthousiasmé la couche dite inférieure de la société et lui a donné une voix, et qui a lancé des propositions réalistes et réalisables.

« Decenniumdoelen » poursuit le travail entamé : avec des propositions réalistes et stimulantes ainsi que le constat du baromètre. Nous continuons à pousser les autorités à entreprendre une réelle politique de lutte contre la pauvreté.

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

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

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

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

## Sommaire

**Edito** 2

**Budget des soins de santé** 4

Budget 2020 : prestataires de soins, établissements de soins, mutualités et syndicats demandent un budget construit sur un projet et permettant de nouvelles initiatives

**Hôpitaux** 12

Baromètre hospitalier MC 2019

**Santé** 20

La consommation d'alcool des jeunes Belges est inquiétante

**Santé positive** 26

L'engagement social et la santé

**Politique de lutte contre la pauvreté** 40

« Komaf met Armoede » ou Finissons-en avec la pauvreté : une campagne de « Decenniumdoelen » pour avancer

## MC-Information

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

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

## Colophon

<b>Editeur responsable</b>	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
<b>Rédacteur en chef</b>	Elise Derroitte
<b>Secrétariat de rédaction</b>	Rebekka Verniest et Mieke Hofman
<b>Layout Service</b>	cellule graphique
<b>Impression</b>	Albe De Coker
<b>Adresse de retour</b>	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles