MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

267

mars 2017

Budget soins de santé

Par la lourdeur des économies exigées et l'affaiblissement de la concertation qui ont caractérisé l'exercice budgétaire 2017, la thèse développée en 2015 et 2016 d'une évolution de notre système de sécurité sociale d'origine bismarckienne vers un modèle libéral et le risque de privatisation et de dualisation des soins qui y est lié est encore renforcé.

Invalides

Toutefois, à l'heure actuelle, on part davantage de la vision de la convalescence, qui tient compte d'abord des capacités résiduelles des malades de longue durée, de ce qu'ils sont encore capables de faire au lieu de ce qui leur est impossible. Dans ce sens, le terme « invalide » est donc suranné. un nouveau terme pourrait contribuer à porter un regard plus constructif sur le groupe de personnes en incapacité de travail de longue durée à la suite d'une maladie.

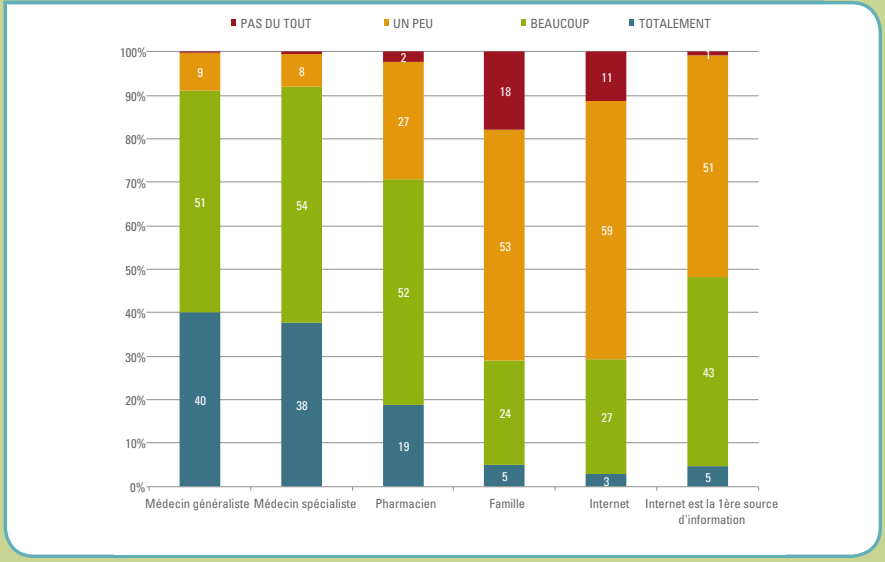
Baromètre hospitalier

Pour toute question concernant votre facture, nous vous conseillons de contacter à la fois la MC et l'hôpital en question. Nos conseillers mutualistes peuvent vous expliquer le contenu de votre facture et vérifier s'il n'y a pas d'erreur ou de facturation illégale. Le cas échéant, notre service Défense des membres peut contester votre facture auprès de l'hôpital. Il est important de contacter l'hôpital pour ces questions, mais aussi en cas de retard de paiement ou de difficultés à payer la somme dans les délais impartis.

Health literacy

On voit, à nouveau, toute l'importance et la place centrale qu'occupe le médecin de famille.

Figure 6 : « Dans quelle mesure vous fiez-vous aux sources d'information suivantes en matière de santé ? » (en %)



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

Editorial

Les besoins en soins de santé augmentent sans cesse, que ce soit en raison du vieillissement, de l'augmentation du nombre de malades chroniques due à l'amélioration des traitements, à notre société plus complexe qui engendre davantage de maladies mentales, etc. Outre le nombre accru de bénéficiaires, les coûts augmentent également, en raison des techniques de diagnostic plus fiables/chères et des traitements de plus en plus taillés sur mesure. Alors que, normalement, les dépenses devraient suivre les besoins, le budget est comprimé. L'analyse de la budgétisation expose une série de tendances qui nous inquiètent. Notre modèle de concertation permettant aux prestataires de soins et aux mutualités de conclure des accords dans le cadre d'un budget donné a garanti des années de stabilité et d'adhésion de la part du terrain. Nous constatons aujourd'hui une ingérence de plus en plus importante du gouvernement, qui ne laisse plus guère de temps pour la concertation. Tout le monde s'accorde à dire que des réformes sont nécessaires, afin de préserver la qualité élevée et l'accessibilité financière de notre système. Mais les réformes nécessaires requièrent beaucoup de temps, car elles doivent d'abord être testées dans le cadre de projets pilotes ou par des études qui peuvent durer plusieurs années. Dans l'intervalle, les économies classiques par la méthode de la râpe à fromage se poursuivent. Et le patient est parfois le dindon de la farce. Au lieu de responsabiliser le prestataire de soins, par exemple, pour qu'il ne prescrive plus que des antibiotiques EBM[1] et réaliser ainsi des économies, on préfère demander au patient de payer davantage. Pourquoi ne pas mentionner le diagnostic – qui pourrait provenir automatiquement du dossier électronique – sur la prescription du médecin comme dans de nombreux pays, afin que nous puissions contrôler le comportement de prescription et si nécessaire responsabiliser financièrement le prestataire de soins en cas d'écart de comportement ? Va-t-on démanteler notre assurance maladie à tel point que les gens seront obligés de s'assurer en complément dans le cadre d'un « second pilier » et que l'assurance maladie obligatoire soit réduite à une assurance d'assistance pour les pauvres ? La MC continuera d'œuvrer en faveur d'une assurance maladie de qualité, solidaire, accessible et financièrement abordable.

C'est pourquoi, nous sommes heureux d'apprendre via le baromètre hospitalier de la MC que l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits et les chambres communes ainsi qu'en hôpital de jour porte ses fruits. La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a promis par ailleurs de mettre fin aux suppléments d'honoraires dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Une chambre individuelle deviendra ainsi financièrement abordable à terme, même pour ceux qui ne disposent pas d'une assurance hospitalisation coûteuse, et l'accès aux soins et leur qualité ne dépendront pas du type de chambre. Une vaste enquête réalisée auprès de nos membres a montré qu'ils privilégieraient massivement une chambre individuelle en cas d'hospitalisation en 2017, si celle-ci était financièrement abordable. Dans l'intervalle, l'article sur le baromètre hospitalier de la MC présente de nombreuses propositions réalisables et donne des conseils concrets aux membres pour leur éviter d'être confrontés à des surprises financières en cas d'hospitalisation.

En réalité, chaque Belge devrait être informé du fonctionnement de notre système de sécurité sociale et, plus spécifiquement, de nos soins de santé, afin qu'il puisse bénéficier des meilleurs soins au meilleur prix en cas de maladie et d'incapacité de travail. Le citoyen devrait pouvoir résoudre les maladies « banales » du quotidien par une prise en charge personnelle et savoir quand il doit se rendre chez le médecin. Dans le futur, il devrait pouvoir utiliser facilement tous les services numériques proposés pour l'aider (e-Health). Les connaissances, la motivation et les compétences de l'individu pour accéder aux informations en matière de santé, les comprendre, les évaluer et les utiliser relèvent des « compétences de base en matière de santé » ou health literacy. Ces informations doivent permettre au citoyen de prendre et d'évaluer des décisions au quotidien en matière de santé, de prévention, de maladie et de promotion de la santé afin de conserver, voire d'améliorer sa qualité de vie. Une étude réalisée par les MC en collaboration avec l'UCL révèle que 6 Belges sur 10 n'en sont pas capables. L'étude a analysé les caractéristiques de ceux qui disposent de compétences de base suffisantes et insuffisantes en matière de santé ainsi que les sources d'informations qu'ils consultent et auxquelles ils se fient. La MC mettra tout en œuvre pour améliorer et maintenir les compétences de base de ces membres en matière de santé.

Dans le secteur des indemnités et de l'incapacité de travail, il reste encore de nombreux défis. Dans un numéro précédent, nous vous avions présenté les résultats d'une étude à grande échelle consacrée à la situation financière et sociale des invalides. Voici une série de recommandations en la matière. Augmenter les indemnités jusqu'à un niveau permettant d'assurer la sécurité d'existence. Déterminer les facteurs expliquant la hausse du nombre d'invalides et ne pas les culpabiliser. Il est très important d'investir suffisamment dans la prévention. Créer un environnement de travail permettant à une personne de travailler de manière « saine » et ce, jusqu'à l'âge de la pension. Il est évidemment important d'investir dans la réinsertion, mais celle-ci doit s'inscrire dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'employeur, les prestataires de soins, les « accompagnateurs » comme la mutualité, et le patient.

Michiel Callens
Directeur R&D

1 Evidence Based Medicine.

Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale ?

Pauline van Cutsem, departement R&D

Résumé

Cet article commence par rappeler les tendances observées lors de l'élaboration des budgets des soins de santé 2015 et 2016 et positionne l'année 2017 par rapport à celles-ci, avant de détailler très spécifiquement le cadre budgétaire et les économies actées en 2017.
Cela nous permet de conclure à un durcissement des lignes de force observées dans les choix politiques pris ces dernières années : une austérité budgétaire qui fomente progressivement la privatisation des soins ainsi qu'une mise sous-tutelle des acteurs sociaux et du modèle de concertation au profit du gouvernement et des arbitrages politiques. Tout ceci annonce une libéralisation de notre modèle social et des soins de santé en particulier.

Mots-clés : budget soins de santé, économies, privatisation, concertation sociale

1. Mise en contexte.

L'élaboration du budget fédéral des soins de santé est un processus annuel complexe de plusieurs mois, commençant généralement au printemps et se clôturant fin octobre, et impliquant différentes étapes de négociations et de nombreux acteurs et parties prenantes. Dans les MC-Info de mars 2015 et 2016[1], le service « Recherche et Développement » des MC étudiait ce processus budgétaire selon deux grilles de lecture. Premièrement à travers le prisme des défis budgétaires auxquels les soins de santé doivent et devront faire face. Ensuite à travers l'analyse de la légitimité accordée à nos organes de concertation sociale.

1.1. Avant 2017, quel bilan concernant les défis budgétaires ?

Premièrement, en ce qui concerne les aspects budgétaires, l'étude fine des tendances observables ces dix dernières années effectuée dans les articles précédents permettait de conclure à diverses orientations caractéristiques du gouvernement actuel.

D'une part, il a pu être constaté que, depuis 2015, le gouvernement a consolidé et amplement accéléré la tendance à l'austérité engagée depuis 2008 dans les soins de santé. Les exigences d'économies - nécessaires pour respecter une norme de croissance budgétaire abaissée par le gouvernement de 3% à 1,5% officiellement et même à 1% officieusement en 2016 – sont particulièrement conséquentes : au total, c'est un montant de 464,5 millions € d'économies structurelles qui ont été budgétées en 2015 et 2016 dans les soins de santé. Cela impliquait également, pour respecter la trajectoire budgétaire à l'horizon 2019, d'encore réaliser 1,1 milliard d'économies nettes supplémentaires sur les exercices 2017 à 2019.

Or, face aux besoins en soins de la population qui restent conséquents, trop peu de moyens financiers exposent l'assurance maladie à un risque de dépassement budgétaire chronique et structurel et laisse présager très peu d'opportunités pour investir dans la réforme de nos soins de santé.

Il est pourtant indispensable qu'il soit investi, avec vision, dans les soins de santé afin de faire face aux enjeux de santé de demain tels la multiplication des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Autrement dit, les budgets des soins de santé devraient idéalement s'atteler à déployer une conception de long terme pour le système de demain, tel que s'employer à la mise en place d'une première ligne plus développée, au déploiement d'une structure de soins à domicile

1 P. van Cutsem., Budget 2015, négociation sociale atypique et révision du cadre budgétaire., 2015, CM info 259 ; P. van Cutsem., *Budget fédéral 2016 des soins de santé, analyse sous l'angle des défis budgétaires et de la qualité de la concertation sociale.*, 2016, MC info 263.

plus large, à la création de réponses aux problèmes de dépendance et à des alternatives à l'hospitalisation comme cela avait été annoncé dans l'Accord de gouvernement en 2014.

Or, une autre tendance que nous pouvons observer en analysant les budgets de ces dernières années est qu'ils relèvent prioritairement d'une démarche comptable comportant peu d'éléments permettant d'implémenter une vision de long terme, telle que celle pourtant, originellement, développée dans l'Accord de Gouvernement. Cela peut faire craindre à un maintien de la vision hospitalo-centriste dominant actuellement les soins de santé et au retard d'une implémentation d'un système de soins plus adapté aux enjeux d'avenir et à l'évolution des besoins.

1.2. Avant 2017, quel bilan concernant la concertation sociale ?

Concernant la légitimité accordée aux **processus de négociation et de gestion collective**, notre seconde grille d'analyse, l'étude fine réalisée dans les articles précédents permettait de conclure que la concertation sociale, pourtant ADN de notre sécurité sociale, a été fortement affaiblie ces deux dernières années par l'action du gouvernement actuel. Le rôle de co-gestion de la politique de santé et des problématiques budgétaires historiquement confié à des organes basés sur la pluralité et composé de représentants du gouvernement, mais également de partenaires et d'acteurs sociaux est aujourd'hui de plus en plus nettement accaparé par le Conseil des Ministres.

En effet, en amont du travail de concertation lié au budget, le gouvernement a tout d'abord affaibli l'autonomie et la capacité d'action des organes de concertation officiels de l'INAMI (Comité de l'Assurance, Commission de Contrôle Budgétaire, Conseil général). Cela, principalement en modifiant lui-même, sans concertation, et plusieurs fois par an, le cadre budgétaire des soins de santé[2], le rendant particulièrement instable et illisible. Sans information budgétaire claire et précise, les acteurs des soins de santé sont mis en difficulté pour formuler une position éclairée à ce sujet, par la suite.

En aval ensuite, alors que les mutuelles et les prestataires s'étaient investis pour formuler une proposition budgétaire constructive malgré un cadre budgétaire austère et particulièrement peu clair, le gouvernement n'a pas tenu compte de ce travail et a imposé une proposition construite entièrement au niveau du Cabinet. Cela en 2015 et en 2016.

1.3. Que laisse présager les processus budgétaires récents pour l'avenir de notre sécurité sociale ?

Notre sécurité sociale était originellement construite selon un modèle dit « bismarckien »[3] plaçant la concertation au centre et cherchant la contribution de tous mais aussi la couverture de tous à travers une institutionnalisation large de la solidarité.

Cependant, en 2015 et 2016, il a été démontré le développement simultané de deux tendances manifestement symptomatiques du gouvernement actuel.

Premièrement, le gouvernement actuel est caractérisé par l'imposition d'un cadre budgétaire particulièrement sévère dans les soins de santé. Parallèlement, un manque de vision de long terme manifeste caractérise les derniers budget des soins de santé.

Deuxièmement, il a également été démontré la mise sous tutelle de la concertation sociale par le gouvernement afin d'augmenter la marge de manœuvre détenue par le Conseil des Ministres.

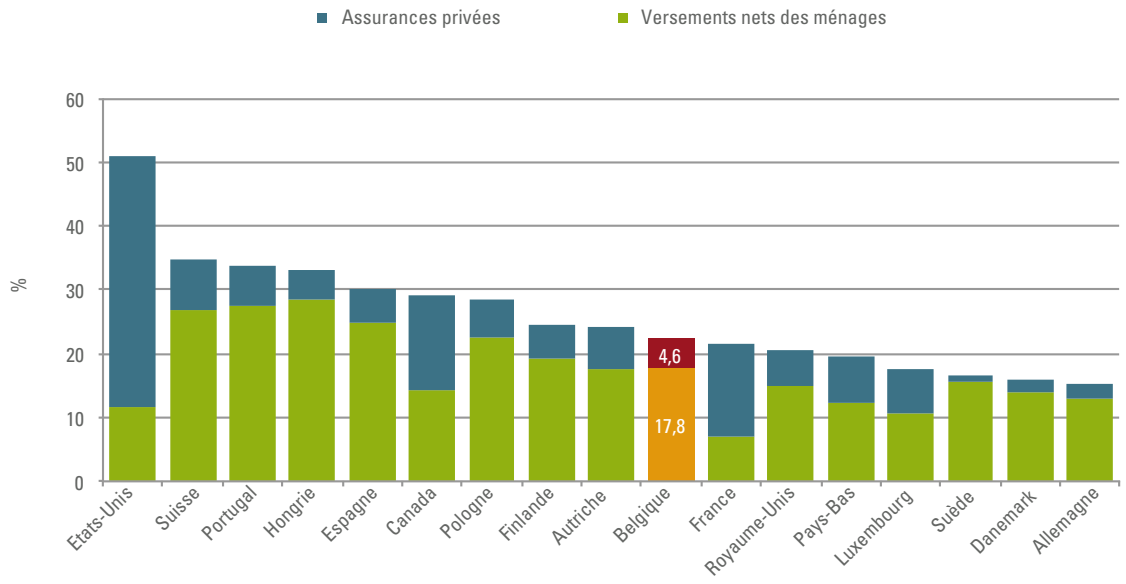
Ces deux lignes de fond semblent faire évoluer notre société vers un contrat social tout autre : notre sécurité sociale originellement de type « bismarckienne » évoluerait vers un modèle de sécurité sociale, appelé par les économistes et sociologues « sécurité sociale libérale » ou « résiduaire»[4]. Ces systèmes de sécurité sociale, principalement observés dans les pays anglo-saxons, sont caractérisés par une couverture minimale des risques sociaux, réservée aux plus démunis et gérée de manière fortement étatique. Parallèlement, pour les classes moyennes ou privilégiées, la protection sociale est davantage privatisée et marchandisée. Concrètement, en prenant des mesures très ciblées, comme annoncé par le gouvernement, les patients des catégories socio-économiques

2 Imposition unilatérale dans le chef du gouvernement des décisions du « tax-shift » 2015 fortement financé par les soins de santé ; imposition du respect du Pacte d'Avenir signé entre la Ministre et les firmes pharmaceutiques, sans concertation du reste du secteur ; imposition des décisions du conclave d'avril 2016 exigeant 59 millions d'économies supplémentaires ; imposition de la création d'une task force ad hoc en mai 2016 afin d'enregistrer 136 millions d'économies pour compenser les dépassement observés en 2016,…

3 Dans ce système le financement se fait largement par des cotisations proportionnelles au salaire. De même , les allocations octroyées sont proportionnelle à la rémunération perdue. Ce système génère une solidarité verticale et horizontale forte entre actifs et inactifs, malades et bien portants, hauts revenus et faibles revenus… Egalement, dans ce système une distinction nette est faite entre la sécurité sociale et l'assistance sociale. Cette dernière devant être en situation résiduaire.

4 L'économiste Esping Andersen (Esping Andersen. G.*The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990), éminence mondiale en la matière, a développé une typologie des différents systèmes de sécurité sociale que l'on peut observer en Europe. Il y distingue entre autre les systèmes « bismarckiens » comme le nôtre, nommé également « corporatiste » de ceux dit « libéraux » ou « résiduel », caractérisés par une gestion fortement étatique, une protection sociale collective résiduelle se centrant sur les plus démunis et une protection davantage privatisée pour les autres.

Figure 1 : Versements nets des ménages et Assurances privées en % des dépenses- OCDE 2014



les plus faibles pourraient certes bénéficier d'un remboursement suffisant. Mais dans l'ensemble nous prenons le risque de créer une médecine à deux vitesses, avec une « assistance sociale[5]» stigmatisante pour les plus démunis et un système davantage marchandisé pour les autres. Cette évolution serait d'autant plus inquiétante quand on sait que la part à charge du patient dans le système de soins belges est déjà aujourd'hui plus conséquente que chez nos voisins (figure 1).

1.4. Qu'en est-il du budget 2017 ?

Le budget 2017 confirme amplement les observations misent en lumière lors des années précédentes et rend donc ainsi la thèse d'un risque de dualisation de notre système de soins et d'une « libéralisation » de notre système social progressivement plus crédible.

En effet, **concernant les aspects budgétaires**, au-delà des exigences précédemment imposées par le gouvernement (abaissement de la norme de croissance à 1,5% en octobre 2014 puis rabotement ultérieure à 1% suite au tax shift 2015 puis au conclave budgétaire d'avril 2016), 663 millions d'économies devaient initialement être réalisées en 2017. Tâche qui s'annonçait déjà particulièrement conséquente. Mais le conclave budgétaire de septembre et octobre 2016 a encore été plus loin en imposant finalement **902 millions** d'économies structurelles au secteur pour 2017 faisant ainsi des soins de santé le secteur contribuant le plus lourdement à l'exercice d'assainissement budgétaire planifié par notre gouvernement pour cette année et réduisant encore la norme de croissance budgétaire à 0,5%.

Concernant la facette « gouvernance », deux évènements principaux sont à noter en 2017 et confirment les tendances observées ces deux dernières années.

Premièrement, 2017 est marqué par l'introduction, sur initiative du cabinet, d'une nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire (CGV 2016/095 ADD) (tableau 1). Cette nouvelle réglementation a été justifiée officiellement par la nécessité de mise en accord du calendrier budgétaire belge avec le calendrier européen. Cependant cette nouvelle réglementation a pour principale conséquence d'apporter des changements majeurs dans la répartition des rôles lors du processus budgétaire et dans la capacité effective de mener des réflexions transversales et concertées.

Un point positif de cette nouvelle réglementation est qu'elle prévoit une présentation des projections des dépenses pour l'année en cours et l'année suivante préalablement à l'initiation des débats autour du budget. Grâce à cela, les commissions de conventions et d'accords devraient être davantage conscientes du contexte budgétaire dans lequel elles s'inscrivent et feront

5 Les théoriciens des systèmes de protection sociale distingue la sécurité sociale de l'assistance sociale qui toutes deux procèdent d'une histoire et d'une logique différentes. La sécurité sociale représente un mécanisme d'assurance face aux risques sociaux qui, dans les systèmes bismarckiens est financée solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le filet de sécurité de dernier recours, octroyer aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

Tableau 1 : Processus d'élaboration du budget (avant-après)

	Calendrier originel	Nouveau calendrier à partir de 2017
Estimations techniques juin (n-1)	30 juin	31 mai
Audit permanent	15 mai	30 juin
Cadre budgétaire général, trajet pluriannuel et priorités stratégiques	Pas d'application	A partir du 1er juin, processus continu
Estimations des besoins	Pas de délai	Supprimé
Modifications prioritaires	Pas d'application	Processus continu
Mesures compensatoires	Concept inexistant	Au plus tard le 1er septembre
Estimations techniques septembre	14 jours avant le 1er lundi d'octobre	Au plus tard le 15 septembre
Rapport Commission de contrôle budgétaire (CCB)	15 septembre + actualisé par lettre	Au plus tard le huitième jour ouvrable suivant le 15 septembre
Vote final au Comité de l'Assurance (CA)	1er lundi d'octobre	1er lundi d'octobre
Analyse de la proposition du CA à la CCB	Pas d'application	Mercredi après le vote au CA
Vote au Conseil général de l'Objectif budgétaire et du budget global	3ème lundi d'octobre + fin décembre	2ème lundi d'octobre

davantage intervenir cette réalité dans leurs discussions budgétaires.

Mais, de manière générale, cette réglementation introduit une plus grande confusion dans le déroulement du processus de concertation, une répartition des tâches entre les divers organes beaucoup moins claire et une compréhension plus difficile du cadre budgétaire pour les différents acteurs. Le cadre budgétaire y est par exemple divulgué au compte-goutte, dans un processus continu au fur et à mesure des décisions gouvernementales, et peut donc potentiellement être révélé postérieurement aux dates limites pour le clôture d'une proposition budgétaire par les partenaires et acteurs de la concertation collective, comme cela a été le cas en 2017.

Cette nouvelle réglementation supprime également la notion de « besoins » d'investissements budgétaires que pouvaient auparavant formuler les Commissions de conventions et d'accords. On introduit à la place l'exigence de formuler des propositions d'économies pour compenser tous dépassements budgétaires ou demandes de nouveaux moyens, peu importe qu'il existe un réel besoin sociétal derrière cette réalité. La logique d' « austérité » est donc ici institutionnalisée et le fonctionnement en « silos », caractéristique des soins de santé et pourtant obsolète à un moment où des réformes de fond sont plus que nécessaires, est encore confirmé.

Mais le changement le plus notable et regrettable derrière cette nouvelle règlementation concerne le temps accordé au Comité de l'Assurance pour, à partir des positionnements des différentes Commission de conventions et d'accord, construire une proposition de budget concertée. Antérieurement, il possédait trois mois (de juillet à fin septembre) pour aboutir à une telle proposition. Ceci permettait d'avoir une concertation large des différents organismes assureurs entre eux et des discussions entre organismes assureurs et représentants des professionnels de la santé.

Dans la nouvelle réglementation, par contre, il y a à peine une quinzaine de jours prévus pour ce travail d'arbitrage transversal. Et dans la pratique, vu le retard des discussions pris en Commission de conventions et d'accords, il n'est resté, cette année, lors de la confection du Budget 2017, qu'une semaine à peine. Formuler une proposition concertée ayant pu être discutée autant entre mutuelles qu'avec les prestataires a donc été impossible. En conclusion, si la concertation sociale reste possible en théorie dans la nouvelle réglementation introduite par le cabinet, ses conditions d'existence en pratique ont été quasi nulles. Ainsi, en 2016, le Comité de l'Assurance n'a effectivement pas su rendre une proposition de budgets partiels déclinés pour chaque secteur, n'ayant eu ni les informations suffisantes sur le cadre budgétaire global, ni eu le temps de réaliser sur cette base un débat de fond avec l'ensemble des parties prenantes. De ce fait, cette réglementation renforce, à l'inverse, la marge de manœuvre et l'influence du cabinet qui, sans proposition conforme des organes originaux de concertation, a le champ d'autant plus libre pour formuler sa propre proposition budgétaire.

En conséquence, et c'est ici le deuxième trait notoire concernant la facette « gouvernance » pour 2017, la concertation sociale a à nouveau été mise en renom. Cela à la fois au Comité de l'Assurance où formuler une proposition budgétaire digne de ce nom n'a pas été possible, et au Conseil Général où la proposition gouvernementale construite ex-nihilo au niveau du Cabinet a été rejetée à cause du manque de concertation qui la caractérise. Le Conseil des Ministres a donc, comme en 2016, à nouveau imposé son propre budget pour les soins de santé, planifié en huis-clos pendant le conclave budgétaire, sans discussion avec le secteur. Une telle situation de mise en échec de la concertation sociale n'était plus arrivée depuis près de 20 ans et vient pourtant de se répéter deux fois de suite, pour le budget 2016 et 2017.

Ce nouveau modus vivendi, à savoir un budget non plus décidé au niveau des organes de concertation mais directement par le Conseil des Ministres lors du Conclave Budgétaire, est pourtant en désaccord avec la philosophie de la réglementation introduite en 1993. En effet les « principes élémentaires » de cette réglementation énonçaient 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* »[6]. C'est pourquoi il a été souhaité que le budget des soins de santé soit mené à bien par un processus de concertation et que ce soit le Conseil Général de l'INAMI qui ait le rôle d'approbation finale du budget global des soins de santé et non le cabinet. Les principes élémentaires précisent bien que « *le ministre des Affaires Sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours* »[7] . Un budget décidé par le Conseil des Ministres et le cabinet est censé être l'exception et non la règle. La situation est pourtant en train de devenir tout autre aujourd'hui.

En conclusion, de par la lourdeur des économies exigées et l'affaiblissement de la concertation qui ont caractérisé l'exercice budgétaire 2017, la thèse développée en 2015 et 2016 d'une évolution de notre système de sécurité sociale d'origine bismarckienne vers un modèle libéral et le risque de privatisation et de dualisation des soins qui y est lié est encore renforcé.

Après cette première introduction et mise en perspective des enjeux de fond caractéristiques de l'élaboration du budget 2017, nous pouvons nous tourner sur son contenu exact tel qu'imposé par le Conseil des Ministres en octobre 2016.

2. Fixation de l'objectif budgétaire global 2017: décision du Conseil des Ministres

2.1. Cadre budgétaire

Selon le cadre légal en vigueur (Art 40 , § 1er, 4e alinéa de la loi coordonnée), pour déterminer l'objectif budgétaire légal 2017, le point de départ devait être l'objectif budgétaire de 2016 (23.812,569 millions), auquel on applique la norme de croissance officielle (+1,5%) et ensuite une indexation spécifique. L'objectif 2017 devait donc être de 24.627,164 millions d'euros (INAMI-CSS 2016/288) (tableau 2).

Cependant, dans sa note CSS-2016/288, l'INAMI précisait qu'il tenait également compte d'une économie structurelle supplémentaire de 140,2 millions, appelée, de manière ambiguë « **sous-consommation structurelle** », résultant des décisions des conclaves de juillet 2015 et réévaluée lors du contrôle budgétaire d'avril 2016[8]. Le gouvernement avait en effet imposé de « geler » ce montant de manière structurelle lors des précédents conclaves budgétaires. Il devra donc être compensé au niveau des dépenses, en 2017, afin de ne pas dépasser l'objectif budgétaire légal minoré de ce montant.

Tenant compte de cela, l'objectif de dépenses effectif du gouvernement pour 2017, inférieur à l'objectif légal selon la norme de 1,5%, devait être de **24.456,341** millions d'euros.

Tableau 2 : Objectif budgétaire légal 2017 (situation pré-conclave)

Calcul stricte de la norme	2017 (en milliers d'euros)
Objectif budgétaire global 2016	**23.812.569**
Norme de croissance reélle 1,5%	357.189
Sous-total	*24.169.758*
Masse d'index (2,51%)	368.812
Masse d'indexation lié à l'indice pivot	88.594
Norme stricte sept.	**24.627.164**
« sous-utilisation structurelle»	**140.174**
Objectif de dépenses effectif du gouvernement	**24.456.341**

6 Repris de Cours des Comptes (2006), p 28, point 53.

7 Idem.

8 Le Gouvernement a décidé d'une « *sous-utilisation structurelle supplémentaire au-delà de la trajectoire pluriannuelle qui avait été fixée en octobre 2014, sans que cela implique pour autant une adaptation de l'objectif budgétaire ou de la norme de croissance* ».. Par conséquent, sans modifier la norme de croissance d'1,5%, cette décision a abouti à resserrer la trajectoire budgétaire pluriannuelle de manière structurelle en n'octroyant pas la totalité du budget calculé sur base de cette norme.

Les estimations techniques de l'INAMI pour 2017 s'élevaient, quant à elles, à 25.150,315 millions d'euros. En tenant compte des 140 millions d'économies supplémentaires nécessaires pour « geler » effectivement la dite « sous-utilisation structurelle », si on confronte l'estimation des dépenses à l'objectif des dépenses du gouvernement, le dépassement et donc l'effort d'économies structurelles minimum à réaliser pour 2017 était déjà originellement de **663,325 millions**.

De plus, en octobre 2014, le gouvernement avait décidé d'un montant d'économies de 236 millions € à l'horizon 2018 devant être réalisé dans le secteur des soins de santé, soit dans le budget des soins de santé même, soit dans les frais d'administration de l'INAMI [9]. Selon le cabinet, qui n'a pas communiqué sur le contenu exact de ces économies, il resterait à ce titre à réaliser des économies pour un montant de 9,9 millions en 2017. Ainsi, le dépassement estimé de l'objectif de dépenses effectif du gouvernement serait dépassé de 673 millions d'euros en 2017.

Pour rappel, les causes de ce dépassement et donc de ces efforts d'économies résultent premièrement du gel des 140 millions mentionné plus haut et décidé unilatéralement par le gouvernement pendant le tax shift 2015. Ensuite, une part importante du dépassement est attribuable au budget de l'industrie pharmaceutique qui dépasse de 300 millions la trajectoire annoncée par M. De Block et les représentants de l'industrie pharmaceutique dans leur « Pacte d'avenir » signé en 2015. Le dépassement dans ce secteur semble surtout lié à la politique des médicaments dits « innovants »[10]. Ensuite, environ 223 millions sont à attribuer aux dépassement de divers autres secteurs (principalement les honoraires médicaux où le dépassement de l'objectif budgétaire pour 2016 était évalué par l'INAMI à 99.990 milliers d'euros, le secteur des **soins dentaires** où le dépassement s'élève à 47.541 milliers d'euros pour 2016, et le secteur de la **kinésithérapie** où les dépenses estimées pour 2016 dépassent l'objectif 2016 de 20.859 milliers d'euros). Dans ces deux derniers secteurs plus particulièrement cela semble être le signe que la fixation des budgets ne suit plus l'évolution des besoins.

Cependant, le gouvernement ne s'est pas arrêté à cet effort de 673 millions, pourtant déjà considérable. Etant donné l'effort d'assainissement supplémentaire à réaliser par l'autorité fédérale (le rapport du Comité de Monitoring du 18 juillet 2016 a estimé à 1,3 milliard € en 2016 et à 2,4 milliards € en 2017 les efforts de consolidations budgétaires supplémentaires à politique constante de l'Entité I pour respecter les objectifs du programme de stabilité), le gouvernement a décidé, lors du Conclave budgétaire de septembre et octobre 2016, que des mesures supplémentaires dans les soins de santé devaient être prises à concurrence de 229 millions €. Cela porte donc l'effort total à réaliser pour les soins de santé sur la seule année 2017 à **902 millions d'euros**.

Il ressort de cette succession d'opérations comptables ambiguës, que, d'une part l'objectif budgétaire officiel reste de 24.267,164 millions € (derrière ce premier chiffre se cache en réalité déjà l'exigence d'environ 600 millions d'économies, correspondant à la nécessité de respecter une norme de croissance abaissée à 1,5% alors que le taux naturel de croissance des dépenses semble s'approcher des 2,2%). Or, d'autre part, plus officieusement, la somme des objectifs partiels accordés aux différents secteurs de soins ne peut pas, en réalité, dépasser 24.256,134 millions € (on retrouve donc ici les 300 millions d'économies structurelles supplémentaires (tableau 3), et qui correspondent à une diminution officieuse de la norme de croissance du budget de 1,5% à 0,5%). Le gouvernement semble bien avoir pour plan que ce dernier « blocage » soit structurel. Cela laisse donc présager que pour le calcul du budget 2018, on ne repartira pas du montant budgétaire officiellement légal mais de ce montant « officieusement » réduit. Ainsi, pour 2017, mais pour les années futures également, la norme de croissance officielle du budget de 1,5% est en réalité abaissée officieusement à 0,5% de croissance. C'est le cadre budgétaire le plus austère jamais connu depuis l'existence de l'Assurance Soins de Santé - Invalidité.

2.2. Croissance autorisée des dépenses

Compte tenu des différentes mesures exposées ci-dessus, le niveau des dépenses autorisées pour 2017 a été réduit de 24.267,164 millions (budget légal) à 24.256,134 millions (dépenses autorisées). Comparé au niveau estimé des dépenses 2016 (dernières estimations techniques), cela permet une croissance nominale de 1,89%. Le bureau du plan estimant l'inflation à 1,8% pour 2017, la croissance réelle autorisée ne serait que de 0,01%. Ces taux de croissance sont particulièrement faibles au regard des taux de croissance des dépenses publiques de santé observées les années précédentes et estimées pour l'avenir. Ces cinq dernières années, le taux de croissance réel des dépenses de santé a été très modéré grâce aux mesures d'économies déjà prises et à cause de la crise économique. Mais il a quand même atteint 2,17%. Le Bureau du Plan prévoit que la croissance des dépenses pour les 5 années à venir sera également de minimum 2,2%. Le cadre budgétaire pour l'année 2017 est donc réellement le plus austère jamais enregistrée pour l'Assurance Soins de Santé - Invalidité.

9 Sur ces 236 millions € d'économies, 65 millions € ont été décidés dans le cadre du budget 2015 (dont 20 millions € d'économies sur les frais d'administrations des mutualités) et 76 millions € dans le cadre du budget 2016 .

10 Le terme « innovant » est à prendre avec prudence et n'a pas la même signification pour chaque acteur. Plus de précision à ce sujet dans l'article CM Info 264.

2.3. Economies structurelles

Lors de la confection du Budget 2017, aucun montant n'a été libéré par le Conseil des Ministres pour investir dans des nouvelles mesures dans les soins de santé. Inversement, le gouvernement a imposé un nombre important d'économies dans divers secteurs, résumées dans le tableau 4 et détaillées plus spécifiquement ci-après.

a. Indexation partielle des secteurs d'honoraires (247 millions)

Avant que le Cabinet ne se prononce sur le budget 2017, le Comité de l'Assurance avait déjà proposé un gel de 33% de la masse d'index totale des honoraires s'élevant à 368,812 millions d'euros. La motivation derrière cette proposition d'effort était que l'incidence cumulée du non-octroi de la masse d'indexation aux prestataires de soins en 2015 (0,53%) et en 2016 (0,62%) exigée par le gouvernement actuel s'élevait à 1,15%, tandis que le saut d'index pour les appointés et les salariés imposé sur la même période atteignait les 2%. Le facteur d'indexation pour 2017 s'élevant à 2,51% (INAMI CSS 2016/288), afin d'amener l'effort réalisé par les professionnels de la santé à un niveau similaire à celui des salariés, une rétention de 0,84% sur la masse d'indexation était donc proposée.

Tableau 3 : Dépenses autorisées pour 2017 (situation post-conclave)

Calcul stricte de la norme	2017 000 EUR
Objectif Budgétaire global 2016	**23.812.569**
Norme de croissance réelle 1,5%	357.189
Sous-total	24.169.758
Masse d'index (secteur honoraires) - (2.51%)	368.812
Masse d'indexation lié à l'indice pivot (secteurs de séjour)	88.594
Objectif budgétaire global 2017	**24.267.164**
Somme des objectifs budgétaires partiels	**24.256.134**
Différence (blocage structurel)	370.030

Bien que regrettant cette situation, un certain nombre de représentants des prestataires avaient dit pouvoir comprendre ce raisonnement et pouvoir par conséquent l'accepter sans

Tableau 4 : Résumé des mesures d'économies imposées par le gouvernement en 2017

	INAMI dans Objectif budgétaire des soins de santé	INAMI hors OB des soins de santé
	En millions d'€	
Mesures de la task force	99,5	2
Mesures du contrôle budgétaire 2016	57,5	13,25
Mesures programmées Pacte d'Avenir 2017	71,1	
Masse d'indexation des secteurs d'honoraires	247	
Trajet Budgétaire du Pacte d'avenir	263,7	
Extension de la prescription des médicaments les moins chers à 60%	20	
Honoraires chapitre IV pharmaciens	13,6	
Modification catégorie de remboursement des antibiotiques	14,8	
Indexation des plafonds MAF	14,1	
Impact accéléré des modifications de la situation familiale dans le cadre du régime préférentiel	9,5	
Compensation OB pour la biologie clinique	13,3	
Compensation OB pour l'imagerie médicale	15,7	
Economies dans les hôpitaux	40	
Maisons médicales	7	
	886,8	15,25
TOTAL	**902,05**	

Tableau 5 : Economies « taskforce » par secteurs

Secteurs de soins	En milliers €
Honoraire médicaux	-31.700
Honoraires des praticiens de l'art dentaire	0
Honoraires des praticiens de l'art infirmiers	-1.071
Spécialités pharmaceutiques	-36.000
Soins par kinésithérapeutes	-5.000
Bandagistes et orthopédistes	-1.300
Hôpitaux	-26.595
Somme économies task-force (dans objectif soins de santé)	**-99.524**

menacer de rompre les accords officiels conclus avec les mutuelles concernant les tarifs et niveaux d'honoraires.

Cependant, le gel de la masse d'indexation proposée a finalement a été augmentée par le gouvernement à 66% au lieu de 33%. Cette mesure a été extrêmement mal vécue par les prestataires de soins qui ont directement annoncé qu'une telle exigence les obligeaient à menacer de rompre l'accord médico-mutuelliste.

> *«[...] L'Absym a annoncé que la décision du gouvernement mettait un point final à l'existence de l'accord 2016-2017 ».*
> Médisphère27 octobre 2016.

> *« [...] L'Association des kinés Axxon est particulièrement remontée: qu'en 2017, pour la 3e année consécutive, aucune indexation ne nous soit attribuées est absolument inacceptable![...] Et de dénoncer derechef leur convention, en doutant que l'on puisse en signer une autre pour 2017. »*
> Médisphère27 octobre 2016.

Cependant, cette indexation partielle, bien que vécu violement par les prestataires doit être contextualisée : sur les 10 dernières années, la masse des honoraires des médecins a par exemple augmenté de 18% alors que l'inflation a été de moins de 9%. Des effets volumes et prix sont donc généralement en jeu dans la soins de santé, et augmentent le revenu des prestataires de soins indépendamment de l'indexation.

Mais quoi qu'il en soit, cette mesure unilatérale du gouvernement, en menaçant l'équilibre des accords sur les tarifs et les suppléments pratiqués par les prestataires de soins, met en péril la pierre angulaire de notre système de soins basé sur la concertation sociale. Et à travers cela, suite aux actions syndicales de divers représentants de prestataires, la sécurité tarifaire des patients est menacée dans tous les secteurs de soins.

b. Mesures de la task force (101,5 millions)

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a constaté en janvier 2016 que le budget des soins de santé n'était plus sur la bonne voie. En effet, un risque de dépassement était enregistré dès début 2016. Cela principalement suite à la confiscation par le gouvernement de 140 millions sur le budget des soins de santé et des dérapages budgétaires enregistrés dans le secteur pharmaceutique. Normalement, il existe des procédures officielles pour palier à ce type de dérapage, responsabilisant les secteurs de leur dépassement. Mais ici, la Ministre a préféré instituer une taskforce ad hoc, orchestrée par le chef de Cabinet et l'INAMI, au sein du Conseil général de l'INAMI afin de formuler une proposition pour corriger structurellement l'écart observé. La taskforce a présenté son rapport en juin 2016 censé permettre 101,5 millions d'économies structurelles (dont 99,5 millions dans l'objectif budgétaire des soins de santé et 2 millions hors OB) à partir du 1er janvier 2017 (tableau 5). Cependant le timing prévu pour mettre en œuvre ces mesures reste dans bien des cas fort optimiste.

c. Mesures du contrôle budgétaire 2016 (70,6 millions)

Lors du contrôle budgétaire d'avril 2016, le gouvernement a imposé de manière unilatérale un certain nombre de mesures supplémentaires aux soins de santé pour un montant de 70,6 millions sur base annuelle. Les mesures ayant un impact en 2017 dans l'objectif budgétaire sont principalement les suivantes :

- **Plan « politique de contrôle » (25 millions)** : À partir de 2016, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, le gouvernement annonce qu'il sera davantage investi dans l'approche intégrée afin de réduire les facturations frauduleuses, la surconsommation et le gaspillage médicaux. D'après lui, cela permettra de générer un revenu de 13,25 millions grâce à des récupérations et de 11,925 millions grâce à une inflexion de dépenses. Cependant, la méthodologie plus précise pour atteindre ces objectifs n'a jamais été explicitée par le gouvernement et un nombre important d'observateurs estiment cette mesure beaucoup trop optimiste et soulignent qu'il est illusoire d'espérer atteindre à court terme des économies si spectaculaires sans investir, au préalable, en termes de staffing et de softwares informatiques.

- **Hôpitaux (18,3 millions)** : Lors du contrôle budgétaire de 2016, le gouvernement a pris la décision de supprimer la partie B7B du financement des hôpitaux et les dispositifs médicaux non invasifs. Pour l'exécution de ces mesures, l'avis du CNEH (Conseil National des établissements hospitaliers) a été demandé. Le gouvernement avance donc ici, « que sur la base de l'avis du CNEH du 22 septembre 2016, les deux mesures ont été remplacées par une économie linéaire sur le BMF avec les mêmes recettes ».

- Une série d'économies proviendrait du mécanisme de **patent cliff** (17,1 millions) imaginé dans le cadre du pacte d'avenir

avec le secteur pharmaceutique[11]. D'une part, et ici on parle surtout d'une économie liée à une adaptation méthodologique et non d'un effort supplémentaire réel, on comptera l'économie sur base annuelle en 2017 et non seulement à partir de mars comme en 2016. Cela permet de comptabiliser 10,6 millions supplémentaires. De plus, le patent cliff sera également appliqué dès que le médicament générique sera disponible. Ce qui permettrait des économies supplémentaires de 6,5 millions.

- nCPAP (6 millions) : Le gouvernement annonce que diverses économies sont ou devront être planifiées dans ce secteur telles que la diminution du forfait par jour, afin de fournir 6 millions d'économies.

- **Douleurs chroniques (2,2 millions)** : À la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il a été demandé à la médicomut de corriger un dépassement au niveau de la douleur chronique survenu en 2013. En février 2016, la proposition de la médicomut au Comité de l'assurance a été inscrite à l'ordre du jour. La prestation 202812-202823 (infiltration épidurale au niveau lombaire) est supprimée, le remboursement de la prestation 202790 - 202801 (infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'imagerie médicale) est limité à 3 infiltrations par an.

- **Logopédie (2 millions)** : Pour calculer cette économie le gouvernement démontre que lorsqu'il commence un travail de logopédie, le bénéficiaire se rend deux fois chez le médecin prescripteur. Une première fois pour la prescription du bilan logopédique et une deuxième fois pour la prescription du traitement. Il est proposé ici de rassembler en une seule consultation la délivrance de la prescription pour le bilan et la prescription du traitement. Le médecin se réservera alors le droit, après présentation du bilan, d'annuler la prescription pour le traitement si un traitement ne s'avère pas indiqué. Cependant, certains observateurs soulignent la non pertinence de cette mesure. En effet, actuellement, à peine un tiers des patients consultant un logopède se rendent précédemment chez un médecin pour se faire prescrire un tel bilan logopédique. Un montant de seulement 900.000 €, ou même seulement 700.000€ serait réalisable via cette proposition, en non pas 2 millions comme estimé par le gouvernement. De plus, ce montant est à tort budgété comme une économie devant être réalisée par les logopèdes alors que cela aurait plutôt un impact sur les prestations médicales.

d. Mesures programmées pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique (71,1 millions)

En 2015, la ministre De Block concluait un « Pacte d'Avenir » avec l'industrie pharmaceutique. Dans ce pacte figure un trajet de croissance budgétaire pour le secteur où certaines mesures d'économies ont été programmées pour chaque exercice budgétaire. Pour 2017, une économie de 71,1 millions d'euros avait été décidée et scindée comme suit :

- Mesures « Evidence Based Medecine » (32 millions) basées sur des propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments.
- Application du patent cliff aux produits génériques (3,1 millions) et élargissement du patent cliff aux produits « pas encore R » (16 millions).
- Mesures ayant pour objectif de booster le développement des médicaments biosimilaires et des médicaments « biologiques » en Belgique (20 millions).

e. Trajet budgétaire du pacte d'avenir pharmaceutique (263,7 millions)

Le Pacte d'Avenir signé entre la ministre De Block et l'industrie pharmaceutique en juillet 2015 s'engageait à un cadre budgétaire pluriannuel stable pour les années 2016-2018. Ce pacte visait « *une perspective de croissance moyenne du secteur de 0,5% par an* »[12].

Alors que durant la législature précédente, un fort ralentissement et contrôle des dépenses pharmaceutiques avait pu être atteint (comme le montre la figure), cette tendance s'est inversée dès le début de la législature de M. De Block. En effet, déjà en 2015, le secteur des spécialités pharmaceutiques était en dépassement de 247 millions par rapport aux montants prévus originellement dans le Pacte, et la croissance réelle des dépenses a été de 6% alors que le Pacte attendait 0,41% de croissance des dépenses. En 2016, le dépassement des dépenses tel qu'estimé dans les estimations techniques de l'INAMI est de 228 millions. Pour 2017, le Pacte prévoit des dépenses de 4.130 millions et une croissance des dépenses de 0,08%[13]. Les estimations techniques 2017 de l'INAMI prévoient quant à elles des dépenses bien plus conséquentes pour 2017 (4.431 millions) et une croissance des dépenses de 4,04%. Comme le souligne la Commission de contrôle budgétaire dans son rapport 2016[14], la forte augmentation des contrats articles 81 et 81bis est pour une grande partie responsable du dérapage de la trajectoire budgétaire prévue par le Pacte d'Avenir. La CCB

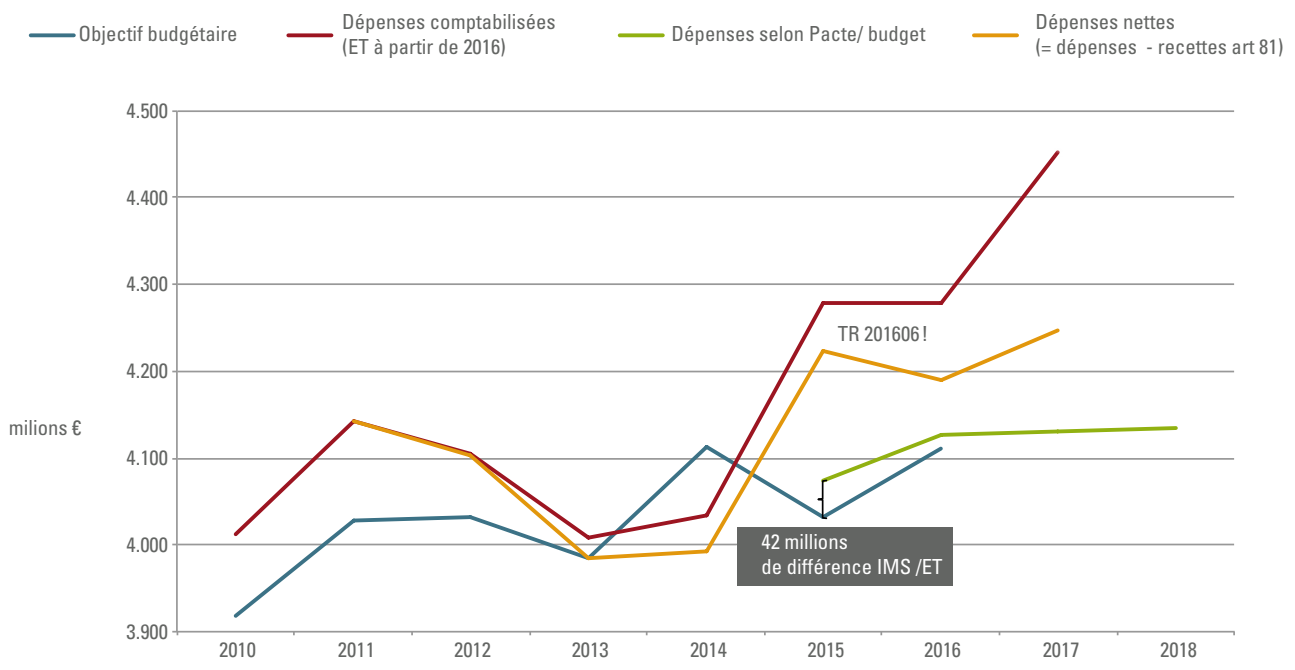
11 Quand le brevet concernant une spécialité pharmaceutique tombe, un générique peut entrer sur le marché. Cela est une opportunité pour diminuer le prix du principe actif et permet d'appliquer le principe de « cluster de référence ». Dans le système qui était en vigueur jusque février 2016, les prix baissaient en 4 fois sur une période de 6 ans. Dans le nouveau système (patent cliff), la diminution de prix a lieu au même moment en 1 fois, ce qui permet des économies plus rapides.

12 Pacte d'Avenir, pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, pg 18.

13 Pacte d'Avenir, pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, pg 19

14 CCB 2016/198 - pg 94-95.

Figure 2 : Dépenses pharmaceutiques versus trajectoires budgétaires



souligne que les compensations budgétaires obtenues par l'INAMI par le biais des recettes « article 81 et 81bis » que versent l'industrie pharmaceutique dans ce cadre ne suffisent pas à faire respecter la trajectoire budgétaire fixée par le Pacte d'Avenir.

Sur base des estimations techniques les plus actuelles, on peut estimer que le dépassement du secteur pharmaceutiques, malgré les 71,1 millions d'économies déjà prévues, est encore de **300,550** millions en termes bruts et de 331,349 en termes nets pour 2017 (tableau 6). Comme avait promis le Cabinet et l'industrie, ce dépassement devra être compensé[15]. En effet, vu l'ampleur des dépassements en question, on comprend aisément que le respect de l'engagement qui a été conclu entre la Ministre et le secteur pharmaceutique via des efforts structurels est vital pour la pérennité de l'assurance soins de santé et le respect de la norme de croissance générale.
Suite à des pressions répétées des mutuelles pendant près de 2 ans demandant le respect de la trajectoire budgétaire, le cabinet de la Ministre a finalement confirmé qu'il compenserait 263,7 millions du dépassement, et cela via les mesures citées ci-dessous. Il n'a pas été spécifié par le Cabinet pourquoi l'effort ne s'est pas élevé à l'entièreté du dépassement (300,550 millions).

Mesures de compensation pour respect trajectoire du Pacte :

- Remboursements des médicaments article 81 en sus de la base (137 millions)
- Remboursements des médicaments article 81 grâce à la méthode du « budget net » (56 millions)
- Combicliff (16,3 millions)
- Suppression du remboursement des corticostéroides nasaux (15,3 millions)
- Diminution volontaire de prix Enbrel (4,2 millions)
- Révision de groupe IPP : mise en conformité des conditionnements par rapport aux recommandations de la CRM sur l'utilisation d'IPP (13,5 millions)
- Changement de définition des médicaments les moins chers à 20 % (10,5 millions)
- Recettes supplémentaires mesure pacte d'avenir changement définition application R (0,6 millions)

15 Le pacte mentionne que « si les économies présupposées ne devraient pas suffire pour respecter la perspective d'évolution, un exercice complémentaire pourrait-être demandé » (Pacte d'Avenir, pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, pg 18). Egalement, lors de la CCB du 15 juin 2016, le cabinet de la Ministre a rappelé que « le respect du pacte pharmaceutique implique qu'en cas de dépassement, celui-ci sera compensé par l'industrie pharmaceutique ».

Calcul dépassement « Pacte » (en milliers d'euros)

	1	2	3	4	5	6	7
	Estimations techniques 2017 (p2017)	Economies du Pacte pour l'avenir	Mesures Controles budgétaires	Mesures Task Force	résultat 2017 après Pacte, CB, TF	Trajectoire Pacte	dépassement avec Pacte
Spécialités pharmaceutiques	4.554.749	71.100	17.100	36.000	4.430.549	4.130.000	-300.550

- Diminutions de prix Lantus, Crestor dans le cadre des contrats article 81 Praluent et Forxiga (4,4 millions)
- Transfert olmesartan vers chapitre I (5,9 millions).

Cet effort consentit par l'industrie pharmaceutique peut paraitre à première vue important. Mais il doit être contextualisé.

Tout d'abord, il faut réaliser que la grande majorité de l'effort budgétaire annoncé ici se fait via le versement par les firmes de compensations budgétaires qu'elles se sont engagées à verser pour compenser le prix fort élevé payé par l'ASSI dans le cadre de médicaments dit « innovants » entrant sous la procédure secrète des « articles 81 et 81 bis ». Inscrire le remboursement d'un nouveau médicament dans ces articles plutôt que dans le budget général des médicaments permet de mettre rapidement sur le marché de nouveaux médicaments durant une phase de « test » sans demander l'avis de la Commission de remboursement des médicaments. On parle ici de 137 millions plus 56 millions pour 2017, c'est-à-dire 193 millions.

Or méthodologiquement il est critiquable de considérer l'ensemble de ces « rentrées » comme des efforts d'économies structurels. En effet, de plus en plus de médicaments sont couverts par le mécanisme des « Article 81 » et entrainent des dépenses élevées pour l'ASSI. Mais le problème essentiel est que ce mécanisme n'est pas enrayé à sa source via le versement des compensations que les firmes s'engagent à payer en cas de dépassement budgétaire, comme le soulignait la CCB. En effet, des dépenses de plus en plus conséquentes sont engrangées, et des compensations, les compensant en partie seulement, sont versés ensuite à l'ASSI par les firmes, qui y trouvent leur compte. Ce processus sera intenable et vicieux sur le long terme. Or, une prise de conscience de l'importance de cet enjeu et une volonté politique d'y apporter une réponse ne semble pas encore à l'ordre du jour du cabinet.

Mais d'autres questions subsistent et nous poussent à rester prudents et critiques quant à la pertinence et la faisabilité des mesures annoncées. Par exemple, l'impact sur le budget de l'ASSI des diminutions de prix consenties par l'industrie pharmaceutique sur le Crestor restent minimales en comparaison du surcout qu'implique l'usage de cette molécule par rapport à d'autres statines. De plus, le brevet du Crestor a été prolongé de 6 mois, retardant ainsi l'introduction du générique de ce médicament sur le marché. D'autre part, les économies concernant les IPP doivent également être suivies si nous voulons éviter qu'elles soient finalement réalisées sur le dos des patients. La mesure « Suppression du remboursement des corticostéroïdes nasaux » n'est pas portée par l'industrie pharmaceutique mais très clairement par le patient qui voit ce remboursement annulé.

f. Extension de la prescription des médicaments les moins chers à 60% (20 millions)

Selon le cabinet, la mesure décidée par la taskforce concernant l'extension de la prescription par les généralistes des médicaments les moins chers de 55% du volume de leurs prescriptions à 60% permettrait de doubler les recettes.
Cependant il n'y a ici aucune sanction et aucun suivi envisagés pour les médecins ne respectant pas ces pourcentages. Comment atteindre concrètement alors ces 20 millions d'économies ? Ce n'est pas clair. Un certain nombre d'observateurs soulignent que sans imposer des incitants liés à l'accréditation des médecins, cet objectif est utopique.

g. Modification de la catégorie de remboursement des antibiotiques (14,8 millions)

L'idée du gouvernement est ici de faire passer le remboursement des antibiotiques d'un remboursement selon la catégorie B où le remboursement est de 75% vers un remboursement selon la catégorie C, où il est de 50%. La différence maximale pour le patient oscillera entre 1 et 3 € en fonction du statut BIM / NON BIM.

Pour rappel, la catégorie de remboursement d'une spécialité pharmaceutique est dépendante de l'importance médico-thérapeutique et du caractère «nécessaire» de la spécialité. Il existe 7 catégories de remboursement. La catégorie A par exemple regroupe les spécialités d'importance vitale tels que les médicaments destinés au traitement du diabète ou du cancer. La catégorie B regroupe les spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique, typiquement, les antibiotiques. La catégorie C quant à elle regroupe des médicaments destinés au traitement symptomatique.

Or, les antibiotiques (exemple typique de la catégorie "B") seraient-ils soudainement devenus des médicaments simplement « symptomatiques » ? Non, dans certaines situations, les antibiotiques sont tout simplement d'importance vitale et dans bien des indications ils restent thérapeutiquement très importants. Par cette mesure, toutes une série de situations différentes sont regroupées dans une catégorie de médicaments moins remboursée, et l'effort d'économies est transféré sur le patient. Si nous plaidons pour une consommation raisonnée des antibiotiques, faire peser la charge de leur achat sur les épaules des patients, surtout les plus vulnérables, n'est pas la solution.

Cela pourrait en effet pousser les publics fragiles à reporter davantage leurs soins, ce qui pourrait entrainer des complications dont la facture serait in fine plus élevée. De plus, la cause principale de la surconsommation d'antibiotiques est surtout une sur-prescription dans le chef des prestataires. Or aucun travail vers plus d'efficience dans le mode de prescription n'est envisagé par cette mesure.

En conclusion, si on observe l'ensemble des efforts d'économies concernant le secteur pharmaceutique le total est conséquent : 402,845 millions. Mais il faut savoir recontextualiser l'ampleur de cet effort. Le secteur pharmaceutique est à l'origine également de 70% du dépassement budgétaire total de 2017, et 193 millions d'économies sont le fait de compensations versées par les firmes à l'INAMI en contrepartie des avantages obtenus dans le cadre d'accords secrets, particulièrement intéressants pour l'entreprise en termes de prix. Il est donc difficile de considérer ces rentrées comme un effort structurel et soutenable à long terme comme le fait pourtant le gouvernement dans sa méthodologie comptable. Si on neutralise ces montants, l'effort d'économies structurelles est alors de 4,6% des dépenses totales de l'ASSI dans ce secteur.

De plus, une partie de l'effort est portée par le patient, comme c'est le cas de l'économie réalisée sur les antibiotiques par exemple. D'autres économies sont également à prendre avec des pincettes concernant les effets volumes à la hausse qu'elles risquent d'enclencher et leurs réalisations pratiques.

Les organismes assureurs, dans leur note déposée au Comité de l'Assurance avaient formulé des propositions très précises pour réaliser de manière structurelle les 300 millions d'économies nécessaires ici, sans répercuter l'effort sur les patients, via par exemple un travail sur les statines et les IPP. Mais le gouvernement ne s'en est manifestement pas inspiré. Sa source d'inspiration dans ce domaine doit être ailleurs …

h. Honoraires chapitre IV pharmaciens (13,6 millions)

Auparavant, un honoraire spécifique de 1,28 euros était accordé aux pharmaciens d'officine lorsqu'ils délivraient un médicament inscrit au chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et pour lequel le régime du tiers payant était d'application. Pour engranger une économie supplémentaire de 13,6 millions, le Cabinet a décidé de la suppression de cet honoraire. D'après lui, cet honoraire ne se justifie plus aujourd'hui étant donné le développement attendu de MyCarenet et une digitalisation et automatisation des processus de remboursements.

Les représentants des pharmaciens et des organismes assureurs ont été particulièrement surpris et déçu par l'annonce de cette économie. En effet, des discussions étaient en cours entre le cabinet et ces acteurs pour justement réinjecter le montant des honoraires spécifiques au chapitre IV dans une mesure permettant le développement d'une collaboration interdisciplinaire constructive entre les pharmaciens et les prestataires de soins pour améliorer la qualité et la rationalité de la délivrance médicamenteuse. Dans cette optique, il était prévu de confirmer une revalorisation de l'acte intellectuel du pharmacien s'inscrivant dans le financement de tâches spécifiques. Ces mesures devaient être une réelle plus-value pour l'Assurance Soins de santé et pour les patients. Les exemples étrangers démontrent qu'investir dans le rôle de conseil des pharmaciens engrangent des économies pour le système de soins grâce à l'amélioration de l'observance thérapeutique et l'amélioration de la santé publique.

Si on ajoute la perte pure et simple de la rétribution liée à la délivrance des spécialités du Chapitre IV à l'amputation de leur masse d'index, les pharmaciens subissent un effort budgétaire de 5% de leur rémunération globale au sein de l'ASSI. L'APB (la fédération nationale des pharmaciens d'officine indépendants) considère que « *le pharmacien doit contribuer de manière totalement disproportionnée aux efforts à réaliser* [16]».

i. Pratiques forfaitaires / Maisons médicales (7 millions)

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique annonce une économie de 7 millions d'euros sur le budget des pratiques forfaitaires de première ligne, souvent appelées également maisons médicales, pour 2017. Pour réaliser cette économie, la Ministre prévoit un moratoire sur l'agrément de toutes nouvelles pratiques au forfait pendant minimum 6 mois, du 1er janvier au 30 juin 2017, le temps de réaliser un audit du secteur. La mesure a donc des conséquences immédiates pour toutes les pratiques de groupe qui projettent de passer ou

16 Médisphère 27 octobre 2016.

démarrer au forfait après octobre 2016. Elles devront fonctionner à l'acte, ou disparaître[17].

Les représentants du secteur et des Mutualités Chrétiennes ont été particulièrement surpris par l'annonce d'une économie dans ce secteur, qui était loin de représenter une priorité financière. En effet, contrairement à beaucoup d'autres secteurs en fort dépassement en 2016 tels les honoraires médicaux, les soins dentaires, la kinésithérapie ou les soins pharmaceutiques, les pratiques forfaitaires ne présentaient pas de dérapages budgétaires[18]. Or, sur un budget de 147 millions, cette économie de 7 millions représente un effort budgétaire de 7% des dépenses autorisées du secteur. Ce qui en fait le secteur qui, en termes relatifs, contribue le plus amplement aux économies exigées en 2017 par le gouvernement sur les soins de santé.

De plus, d'un point de vue méthodologique, cette mesure est critiquable car on peut supposer que les soignants qui envisagent aujourd'hui de travailler au forfait s'adapteront à la mesure en poursuivant leur pratique à l'acte. Le moratoire occasionnera donc un simple déplacement des dépenses futures du forfait vers l'acte, et sur le budget fédéral global, il n'aura donc aucun impact. Le seul bénéfice budgétaire pourrait être réalisé sur les soins auxquels des patients renonceraient par manque d'argent, la pratique à l'acte étant moins accessible financièrement pour les patients que la pratique au forfait. Si c'est cela l'objectif réel recherché par la mesure, il serait en inadéquation avec l'Accord de Gouvernement qui confirmait que « *les inégalités de santé tout comme les seuils financiers susceptible d'entraver l'accès aux soins ou susceptible d' entrainer le report de soins doivent être éliminés*[19] ». En ce sens, le moratoire décidé par la Ministre, s'il ne dégagera pas de bénéfice budgétaire, est par contre une atteinte à l'accessibilité aux soins pour les publics plus défavorisés.

En termes d'accessibilité et de qualité des soins la dernière étude KCE[20] ainsi que les récents résultats du CNPQ (Conseil national de promotion de la qualité) montrent généralement, compte tenu des indicateurs qui ont pu être évalués, des résultats positifs pour la médecine au forfait. Ainsi, si le forfait n'est pas un but en soi, il semble être un moyen pertinent d'atteindre des soins de première ligne multidisciplinaires, accessibles, et de qualité, objectifs qu'il faudra veiller à ne pas entraver.

j. Honoraires médicaux : Compensation du dépassement de l'objectif budgétaire partiel pour la biologie clinique (13,3 millions) et pour l'imagerie médicale (15,7 millions)

Le budget de la biologie clinique et de l'imagerie médicale étant en dépassement budgétaire pour 2016, le cabinet attend un effort de 13,3 millions € et 15,7 millions € respectivement en 2017. Pour rappel, le budget total dans ces secteurs s'élevaient respectivement à 1,3 milliards et 1,2 milliards en 2016, ce qui est particulièrement élevé d'un point de vue international.

Ainsi, si on cumule l'économie réalisée sur la masse d'index des honoraires médicaux, celles planifiés dans le cadre de la task force et ces deux dernières exigences, l'effort total demandé aux honoraires médicaux en 2017 est de 2,5% de leur budget total d'environ 8,1 milliards.
Si le cabinet annonce bien l'ampleur des économies qu'il planifie en biologie clinique et en imagerie médicale, aucune information plus précises sur le contenu des mesures envisagées dans ce cadre n'a été transmise.

k. Economies dans les hôpitaux (40 millions)

Le cabinet annonce dans sa note budgétaire que la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux sera accélérée et que, dans ce cadre, une économie supplémentaire de 40 millions d'euros sera réalisée en 2017 au niveau des hôpitaux.

Le cabinet résume comme suit l'économie de 52 millions d'euros dans les hôpitaux déjà décidée par la taskforce et lors du contrôle budgétaire 2016 ainsi que l'économie supplémentaire de 40 millions d'euros :

- Diminution des intérêts A2 de 1% (15,2 millions)
- Suppression de la ligne 900 dans la partie B1 concernant la responsabilité civile des médecins (14,7 millions)
- Suppression de la ligne 700 dans B2 concernant le supplément pour les pansements actifs (4,311 millions)
- Suppression de 4.000 lits agréés dans la partie B2 par assimilation à des lits justifiés, sauf pour l'équipe mobile (1,650 millions)
- Suppression de l'AR indemnisation dans dans la partie B2 (12 millions)
- Réduction sur les études-pilotes dans B4 (1,250 millions)
- Réduction de 10% des primes de recyclage (10 millions)
- Fermeture de services (maternités, urgences, NICU (neonatal intensive care units), soins intensifs, services C et D superflus et diminution des honoraires) (5,5 millions)

17 La fin des maisons médicales ? 8 décembre 2016. Christophe Cocu

18 De plus, la dernière étude KCE effectuée sur le secteur concluait qu' « *à partir des données disponibles, on peut conclure que le coût total pour l'INAMI des patients soignés au forfait est équivalent à celui des patients soignés à l'acte. L'efficience du système forfaitaire semble aussi bonne et parfois même un peu meilleure, en particulier pour le type de population qui les a choisies. Toutes choses égales par ailleurs, il ne semble pas justifié de s'alarmer du développement des pratiques au forfait* » (Rapport KCE 85 b, Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique, 2008).

19 Accord de Gouvernement, p 58, point 3.6, et pg 59

20 Rapport KCE 85 b, Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique, 2008

- Réduction de, soit de la partie B7B, soit B7B et art.74 et B4 (encore à décider au sein du gouvernement) de 20% (4,125 millions)
- Suppression des honoraires INAMI pour les sages-femmes, en sus de la salle d'accouchement financée dans le BMF (4,6 millions)
- Diminution linéaire du BMF (18,7 millions)

Au total, les efforts exigés par le cabinet, qui sont malheureusement que très rarement des mesures structurelles mais plutôt des coupes linéaires, s'élèvent à 1% du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux. A cela s'ajoute qu'une série des autres efforts d'économies exigés par le cabinet (tels que la suppression d'une part importante de la masse d'index par exemple) se répercuteront également de manière indirecte sur les hôpitaux. Selon les hôpitaux, le risque pour l'emploi que représentent ces économies, et à travers cela, également, pour la qualité des soins n'est pas à sous-estimer[21]. Il faut craindre que ces économies auront également un impact sur les patients et l'assurance soins de santé via des risques d'augmentation des suppléments et/ ou des volumes de prestations effectuées.

l. Indexation des plafonds MAF (14,1 millions)

Le mécanisme du MAF (maximum à facturer) a été introduit en 2002. Or, depuis, les plafonds des interventions personnelles réellement prises en charge par ce mécanisme n'ont plus été adaptés à l'augmentation du coût de la vie. A partir de 2017, les 6 plafonds MAF (€ 350, € 450, € 650, € 1000, € 1400 et € 1800), le MAF revenus, le MAF social, le MAF pour enfants âgés de moins de 19 ans et le MAF pour les malades chroniques seront donc désormais indexés suivant l'indice santé du mois de juin. Cette indexation des plafonds du MAF génèrera 14 millions d'économies car moins de patients atteindront ainsi les plafonds concernés et donc seront éligibles pour bénéficier de la mesure MAF.

m. Impact accéléré des modifications de la situation familiale dans le cadre du régime préférentiel (9,5 millions)

Le cabinet prévoit également qu'il sera mis fin au droit à l'intervention majorée pour un ménage qui n'a plus droit au régime préférentiel en raison d'un changement de composition du ménage. Cette fin de droit prendra effet le dernier jour du premier trimestre qui suit la constatation du changement de situation. Actuellement, ce droit n'est retiré qu'à la fin du deuxième trimestre. Si cette mesure purement administrative est préférable à d'autres mesures plus douloureuses, elle n'en reste pas moins une économie se faisant sur le dos du patient.

3. Conclusion

En 2017, le gouvernement fédéral a confirmé qu'il choisissait la voie de la discipline budgétaire stricte et que la Sécurité Sociale était sa variable privilégiée en termes d'ajustement du déficit budgétaire. En effet, sur les 2,4 milliards € d'efforts de consolidations budgétaires supplémentaires que le Comité de monitoring[22] a estimé nécessaire pour l'Etat Fédéral en 2017 afin de respecter les objectifs du programme de stabilité européen, 1,2 milliards concerne la Sécurité Sociale. En tant que secteur le plus conséquent en son sein, les soins de santé ont été les plus fortement touchés : le récent conclave budgétaire a abouti à des mesures qui visent des économies linéaires sur le budget 2017 des soins de santé pour un total de 902 millions.

L'étude détaillée des économies imposées par le gouvernement dans ce cadre (cfr 2.3.) montre qu'il a fallu « couper » tous azimuts. Les honoraires de l'ensemble des prestataires de soins encaissent l'amputation de deux tiers de leur masse d'index, leur laissant une indexation de 0,83%. Pour beaucoup de secteurs, tels les hôpitaux, les pharmacies publiques, les centres forfaitaires de première ligne, les efforts exigés par le gouvernement sont conséquents, généralement arbitraires, linéaires plutôt que structurels et amenant peu de surplus d'efficience et de qualité dans les soins donnés. L'Accord de gouvernement qui parlait du développement de l'approche multidisciplinaire et de la première ligne, du développement de la santé mentale et de diminution des inégalités de santé semble détrôné par les exigences budgétaires [23].

Dans le secteur pharmaceutique, les économies prisent principalement sur les médicaments « hors brevets » semblent ne plus suffire pour couvrir les frais créés par le remboursement des médicaments sous brevet (principalement les médicaments dits « article 81 »).

De plus, le patient est loin d'avoir été préservé de l'impact de ces économies « 2017 » car une série de mesures diminuent directement les remboursements telles que les mesures concernant les antibiotiques, les corticostéroïdes nasaux ou l'indexation des plafonds MAF.

Mais c'est surtout à travers la potentialité d'un détricotage des accords et conventions entre mutuelles et prestataires de soins assurant la sécurité tarifaire des patients, que le citoyen belge risque d'être le plus fortement impacté, à long terme, par les mesures d'austérité 2017 dans les soins de santé et les dynamiques qu'elles enclenchent. En effet, grâce à une clause

21 Comité de l'Assurance, NOTULEN VAN DE VERGADERING VAN 3 OKTOBER 2016 pg 15 et 2016/15 PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU 24 OCTOBRE 2016, pg 19.

22 Comité de Monitoring- Rapport du 18 juillet 2016.

23 Accord de Gouvernement- 2014- à partir de pg 58.

prévoyant que l'accord médico-mutuelliste peut être brisé en cas d'économies supplémentaires décidées unilatéralement par le gouvernement, les syndicats de médecins ont annoncé que l'accord médico-mutualiste pour 2016 et 2017 est maintenant considéré comme « *dissous par la loi* ». Pour l'ABSYM *« le gouvernement s'est échiné à économiser aveuglément et doit maintenant en subir les conséquences* ». Chez les dentistes, où la dernière convention n'était valable que pour 2016, il n'y a donc actuellement également plus d'accord. Et à l'heure où cet article est conclu, c'est maintenant au tour des kinésithérapeutes de remettre en question le principe des conventions. La nouvelle proposition de convention présentée le 16/01/2017 au Comité de l'Assurance de l'INAMI n'a donc pas été adoptée. Si moins de 60% des kinésithérapeutes ne décident pas de suivre individuellement cette convention, elle sera également inopérante et ce sera donc au patient seul de supporter la revalorisation d'honoraires qu'envisage les kinésithérapeutes.

Heureusement, pour les autres prestataires de soins (infirmiers, sages-femmes, logopèdes, bandagistes…) la sécurité tarifaire est encore garantie car des conventions ont été conclues. Cependant, face à cette relative crise des modèles de « conventions et d'accords » concertés sur les tarifs dans des disciplines importantes de notre système de soins, certains acteurs de terrain parlent déjà de la mort du système et enjoignent les mutuelles d'abandonner le « premier pilier » d'une assurance maladie financée de manière solidaire, qui protège tout le monde, pour développer « un deuxième pilier » en levant des fonds auprès de leurs membres pour développer davantage les assurances complémentaires[24]. Mais sera-t-il réellement possible pour les mutuelles de lever des fonds de manière solidaire ? En effet, elles joueront ici sur le même terrain que les assurances privées avec toutes les dérives que cela peut engendrer. Et si les finances de l'Etat seront allégées par le développement de ce « second pilier », ça ne serait pas le cas de celles du citoyen qui devra alors non seulement financer les besoins aujourd'hui couverts de manière solidaire par le premier pilier mais épargner, individuellement, pour contracter ces nouvelles assurances complémentaires, voire facultatives. La voie vers une privatisation et une marchandisation des soins est de plus en plus perceptible.

Un autre point particulièrement interpellant concerne la validité méthodologique des nombreuses économies « 2017 ». En effet beaucoup d'entre elles paraissent fort optimistes, et les éléments transmis ne permettent pas d'évaluer leur faisabilité pratiques. Dans son rapport sur le budget fédéral 2017, la Cour des comptes s'inquiète également. Pour elle, certaines mesures prises par la majorité suédoise sont insuffisamment justifiées, notamment en matière de Sécurité Sociale. La Cour des comptes affirme « *ne pas disposer des hypothèses de calcul ou d'hypothèses suffisamment étayées justifiant le montant annoncé* » de différentes mesures. D'autres « *sont surévaluées* » tandis que d'autres économies encore « entraîneront une augmentation des dépenses dans un autre secteur ». Le rapport cite par exemple spécifiquement les mesures d'économies prises sur l'imagerie médicale et la biologie clinique, à hauteur de 30 millions d'euros pour lesquelles aucun détail des mesures en projet n'a pu être fourni[25]. Nous pouvons donc nous demander si toutes ces mesures seront tenables sur le long terme. Or, si les 902 millions d'économies imposées par le gouvernement ne sont pas atteints, la pluie d'économies en soins de santé n'est peut-être pas finie.

Outre les constats « budgétaires » pour 2017 résumé ci-dessus, d'un point de vue « gouvernance » de nos institutions sociales, l'étude du Budget 2017 confirme la tendance observée en 2015 et 2016, à savoir l'affaiblissement du pouvoir de décision des partenaires sociaux au profit du gouvernement.

En conclusion, on peut se demander si le gouvernement n'est pas en train de transformer notre sécurité sociale d'origine bismarckienne en une sécurité sociale libérale, d'inspiration anglo-saxonne, s'accompagnant potentiellement de la privatisation d'une part importante des besoins sociaux et de l'affaiblissement des partenaires sociaux au profit du gouvernement. Cependant, il faut réaliser que dans ce cadre de pensées d'origine libérale, la sécurité sociale n'est généralement pas conçue prioritairement comme un véhicule de solidarité, un facteur de cohésion sociale, un pilier de notre modèle socioéconomique amortissant les crises et les chocs socioéconomiques et une réponse à des besoins sociaux. La sécurité sociale est généralement d'abord vue comme un frein et un piège à l'emploi et à la compétitivité[26]. Au-delà de la logique budgétaire, qui pour beaucoup d'acteurs semblaient marquer primordialement l'élaboration des budgets des soins de santé ces dernières années, il est légitime de se demander aujourd'hui s'il n'y a pas également une autre logique, plus politique, qui est à l'œuvre en toile de fond de ces budgets et qui façonne un changement de paradigme profond de nos institutions sociales.

La Mutualité Chrétienne a toujours été convaincue de la possibilité d'augmenter l'efficience du système de santé belge et de diminuer certains gaspillages par des propositions de mesures d'économies constructives et cohérentes sur le long terme. Et cela d'autant plus que parier sur la reprise d'une croissance économique pour renflouer les caisses de l'Etat lui semble, à l'âge des défis écologiques, un vœu pieux. Nous continuerons à jouer notre rôle pour améliorer les modes de financement, la transparence des prix et tarifs et la qualité des soins prestés afin que les ressources financières soient

24 Chambre des représentants de Belgique, Compte rendu intégral, Commission Affaires sociales, 13-01-2017, am, pg 31.

25 *Le soir*- 6-12-2016

26 *P. Vielle. Université de Louvain- Chambre des représentants-Commission des affaires sociales-Vendredi 13 janvier 2017.*

utilisées avec efficience et qu'elles soient investies dans l'adaptation de notre système de soins aux enjeux futurs.

Augmenter l'efficience des soins de santé n'est pas qu'une affaire de gestion de budgets. Il faudra parler aussi de l'offre des institutions et des prestataires, de son adéquation avec les besoins pour éviter les surconsommations et donc d'une programmation plus précise. Il faudra aussi définir avec les prestataires des objectifs de santé publique et individuelle à atteindre, et ce progressivement, et dans la considération et le respect des moyens solidaires disponibles. Il sera indispensable aussi d'inviter les universités à intégrer dans les programmes de formation des sensibilisations fortes au fonctionnement du système, aux moyens de le préserver tout en y étant un acteur reconnu et responsable. Il y a encore d'autres éléments qui font partie de cette gestion optimalisée des moyens solidaires : approche qualité, transparence sur le financement correct des prestations, …

L'ensemble de ces éléments doit pouvoir faire l'objet de mesures prises en consensus avec les représentants des acteurs de santé, et ce afin de viser un objectif partagé : le maintien d'un système d'assurance-maladie performant et solidaire ne laissant pas des patients en incapacité de se soigner de manière optimale. En effet, dans l'intérêt du patient et plus largement, de tout citoyen, ces évolutions devront se faire sans sacrifier le fondement de notre système social qu'est la solidarité. Ainsi, la Mutualité Chrétienne mettra tout en œuvre pour préserver les valeurs même de notre système de santé, qui se veut de qualité, financé de manière solidaire par tous et pour tous et nous continuerons à miser sur la concertation avec tous les acteurs pour la conduite de la politique de santé.

Baromètre hospitalier 2016

Fabienne van Sloten (R&D) et Muriel Wantier (MC Assure)

Résumé

Nous avons publié récemment la dernière édition du baromètre hospitalier dans laquelle nous avons analysé les factures de 2015. Nous constatons essentiellement une nouvelle hausse de la masse totale des suppléments d'honoraires ainsi que le relèvement des plafonds de suppléments d'honoraires dans plusieurs hôpitaux. D'autres tendances actuelles du paysage hospitalier se traduisent également progressivement dans la facture hospitalière et à l'égard du patient. Le présent article fournit une synthèse de l'étude et quelques commentaires complémentaires, mais ne reprend pas les résultats complets, tels que publiés sur notre site internet.[1]

Mots-clés : hôpitaux, facture, patient, frais, accessibilité

1. Objectif et contexte de l'étude

À l'instar de ces douze dernières années, la MC a publié fin 2016 une nouvelle analyse de la facture hospitalière des patients. Nous nous basons en l'occurrence sur les résultats d'environ 1,4 million de factures que nous avons reçues au cours de l'année 2015.

Par cette analyse, nous visons à apporter au patient une meilleure protection financière en cas d'hospitalisation. Pour ce faire, nous analysons les tendances dans les différentes catégories de coûts à la charge du patient et formulons une série de recommandations à l'attention des décideurs politiques et de conseils pour le patient. Notre étude donne les résultats globaux du secteur ainsi que les listes du top-10 des hôpitaux les plus chers et les meilleurs marché. Sur notre site internet, vous trouverez également un module reprenant les résultats médians par hôpital et par service.[2]

La Belgique dispose de soins de santé modernes et une assurance maladie parmi les plus avancées. Il semble néanmoins que, tant au niveau de la facture du patient, qu'en ce qui concerne la qualité des soins, il existe de grandes différences entre les hôpitaux. La pathologie ou d'autres caractéristiques spécifiques du patient ne peuvent expliquer ces divergences. En ce qui concerne la facture du patient, les écarts sont essentiellement le fruit d'une politique différente, propre à l'hôpital, en matière de suppléments de chambre et d'honoraires. Le baromètre hospitalier ne se prononce cependant pas sur la qualité des soins dans les hôpitaux, ni sur le rapport entre le prix et la qualité. L'étude porte uniquement sur l'accessibilité financière des séjours à l'hôpital. Différentes études de la MC, de l'Agence intermutualiste et d'autres organisations visant à mesurer la qualité des hôpitaux et, dans la mesure du possible, à les comparer, existent déjà. Dans le futur, la mesure de la qualité ne cessera de gagner en importance dans le cadre de notre fonctionnement en tant que « mutualité de santé ». Nous devons pouvoir informer nos membres sur différents aspects des soins de santé et les guider dans le paysage des soins de santé.

La suppression des suppléments d'honoraires sur les prestations médicales dans les chambres à deux et à plusieurs lits (ci-après dénommées les « chambres communes ») en hôpital de jour à partir du 27 août 2015 constitue par excellence l'évolution la plus importante pour la facture d'hôpital du patient. Un médecin hospitalier ne peut donc facturer des suppléments d'honoraires que si le patient opte pour une chambre individuelle.

La ministre De Block a annoncé qu'elle souhaitait mettre fin aux suppléments d'honoraires dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Il s'agit toutefois d'une tâche difficile vu le contexte actuel d'austérité, qui impose déjà une série d'efforts aux médecins et aux hôpitaux. Les suppléments d'honoraires constituent en effet une part importante du financement des hôpitaux et des médecins. Dans ce contexte, nous notons en marge que la pression générée par les besoins

1 www.mc.be/actualite/communique-presse/2016/barometre_hospitalier_2016.jsp
2 www.mc.be/self-service/calculer-simuler/hospitalisation/index.jsp

en financement peut résulter à la fois d'un sous-financement et de règles de répartition des ressources disponibles sous-optimales ou d'une volonté (parfois excessive) d'investir et de développer l'offre.

La résiliation éventuelle de l'accord médico-mutualiste[3], telle qu'annoncée dans les médias, n'exerce pas d'impact direct sur les suppléments d'honoraires majorant les tarifs d'une hospitalisation. Ces suppléments facturés dans le cadre de l'hospitalisation sont en effet soumis à une réglementation ancrée dans la loi. Elle exerce en revanche une influence sur les soins ambulatoires qui précèdent souvent une hospitalisation, comme la consultation et l'endroit où le patient sera éventuellement suivi après son hospitalisation. Les organismes assureurs sont insuffisamment au fait de ce qui est réellement facturés en plus des tarifs légaux dans les soins ambulatoires. Ce manque de transparence dans les soins ambulatoires empêche d'identifier les problèmes et les évolutions en matière d'accessibilité à ces soins.

2. Résumé succinct de la méthodologie appliquée

Le baromètre de la MC est une étude annuelle dans le cadre de laquelle nous analysons les factures d'hôpital de l'année précédente. Les hôpitaux reçoivent leurs résultats individuels avant la publication et ont l'opportunité de réagir et d'apporter les corrections nécessaires. À l'aide de leurs remarques, nous tentons sans cesse de peaufiner notre méthodologie, afin de parvenir à mesurer le plus correctement possible les évolutions en cours.

L'étude a été effectuée sur la base des admissions avec nuitée (hospitalisation classique) et sans nuitée (en hôpital de jour) en 2015. Les hospitalisations particulièrement longues ou extrêmement coûteuses ne n'ont pas été prises en compte. En ce qui concerne l'hôpital classique, nous ne retenons en outre que les hospitalisations qui ont eu lieu dans un seul service (admission et sortie dans le même service). En ce qui concerne l'affichage des tarifs, nous établissons une distinction entre les différents services et types de chambre.

Pour chaque service ou traitement sélectionné, nous calculons, par type de chambre, la moyenne pour les différentes rubriques de la facture du patient et pour chaque hôpital :

- **Suppléments d'honoraires** exprimés en pourcentage du tarif officiel (voir ci-dessous)
- **Suppléments de matériel** exprimés en pourcentage du tarif officiel (voir ci-dessous) pour une hospitalisation classique et en euros pour l'hôpital de jour
- **Médicaments non remboursés** pour l'hospitalisation classique et tous les médicaments pour l'hôpital de jour (en euros)
- **Frais divers** : frais de transport par le SMUR[4] et codes 960 xxx (960083, prestations non remboursées, inclus) sauf 960245, implants non remboursés (en euros)
- **Suppléments de chambre** en euros par jour

Nous ne communiquons toutefois que les valeurs moyennes d'un hôpital pour une strate donnée (la combinaison d'un service ou d'un traitement et d'un type de chambre) si au moins 10 hospitalisations correspondant à la strate concernée ont été enregistrées dans nos données pour cet hôpital.

« En pourcentage du tarif officiel » signifie que nous prenons le pourcentage du supplément demandé, divisé par la somme du montant remboursé et du ticket modérateur. De cette manière, nous tenons compte de la lourdeur de l'intervention sur base des tarifs officiels, de sorte que les suppléments d'honoraires et de chambre deviennent comparables. Par exemple : si le supplément demandé pour une opération s'élève à 250 euros et le tarif officiel s'élève également à 250 euros, il en résulte un supplément de 100%. Un même supplément pour une intervention de 1.000 euros (officiellement) ne représente qu'un supplément de 25%.

Nos résultats par hôpital montrent également les montants moyens suivants en euros :
- Ticket modérateur,
- Suppléments,
- Total de la facture du patient.

Tous les montants de cette étude sont exprimés en termes réels. La variation à la hausse ou à la baisse mentionnée est donc réelle et ne résulte pas de l'inflation.

3. Résultats du baromètre des MC 2016

3.1. Facture moyenne

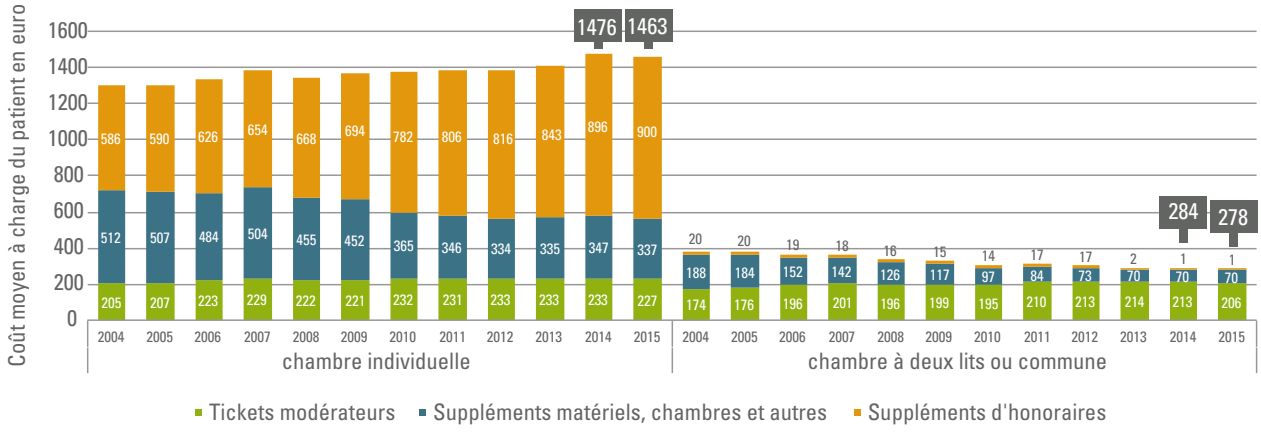
L'hospitalisation classique

- La facture moyenne pour une hospitalisation classique (toutes chambres confondues) a baissé de 1% et s'élevait en 2015 à un montant moyen de 555 euros.
  - Le coût d'une chambre individuelle a également baissé de 1% en 2015. La facture moyenne a baissé de 1.476 euros en 2014 à 1.463 euros en 2015.
  - Le coût des chambres communes a baissé de 2% en 2015. La facture moyenne a diminué de 284 euros en 2014 à 278 euros en 2015.

3 On réfère, ici, à la Commission nationale médico-mutualiste. Elle établit chaque année ou tous les deux ans un accord-cadre définissant les tarifs et la collaboration.

4 Service mobile d'urgence et de réanimation.

Figure 1 : Évolution de la facture moyenne du patient pour une hospitalisation avec nuitée, par type de chambre (prix réels, 2015)



- La différence entre une chambre individuelle et une chambre commune est donc de l'ordre du quintuple.

La Figure 1 montre l'évolution de la facture pour une hospitalisation avec nuitée depuis 2004. Alors que la chambre commune est devenue moins chère, la facture pour une chambre individuelle a augmenté au fil des ans. Il se peut que la légère baisse de la facture moyenne d'une chambre individuelle en 2015 puisse s'expliquer par la durée de séjour plus courte des patients hospitalisés, mais elle ne constitue pas une tendance tant qu'elle n'aura pas été confirmée par les éditions suivantes du baromètre de la MC.

L'écart entre la facture moyenne des différents types de chambre est influencé dans une large mesure par les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires, que nous examinerons dans les points suivants.

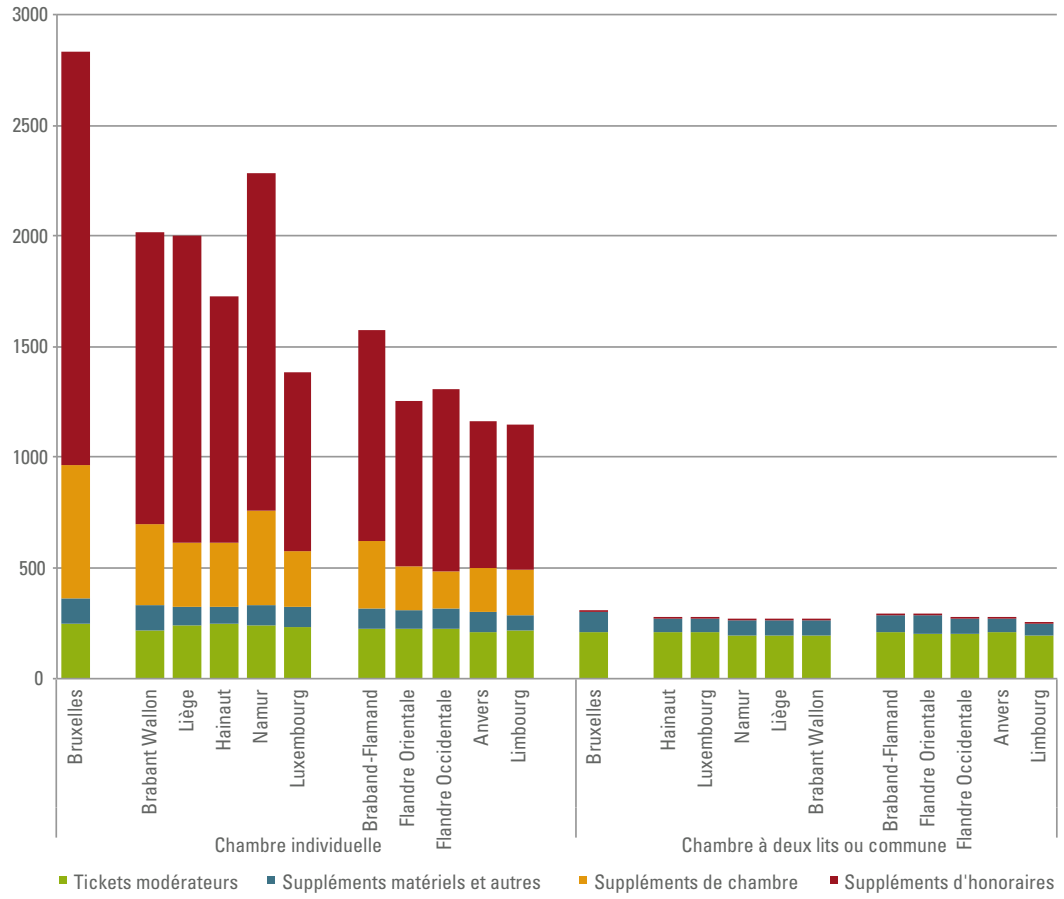
Nous constatons de grands écarts entre les factures moyennes pour une hospitalisation avec nuitée dans les différentes provinces et la Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles dépasse de loin les autres provinces. Si l'on peut parler d'une accessibilité similaire à une chambre commune dans toute la Belgique, il n'en va pas de même pour la chambre individuelle. Mis à part Bruxelles, nous constatons également une augmentation de la facture moyenne pour la chambre individuelle en Wallonie (voir la Figure 2).

En deux ans, depuis la création du CHU UCL Namur (fusion de l'hôpital de Mont-Godinne, du centre hospitalier de Dinant ainsi que de la clinique et de la maternité Sainte-Elisabeth), la province de Namur est devenue la province wallonne la plus chère, suivie du Brabant wallon. En Flandre, le Brabant flamand affiche les tarifs les plus élevés, avec deux hôpitaux qui subissent la pression concurrentielle de Bruxelles (RZ Sint-Maria à Halle et l'AZ Jan Portaels, à Vilvorde).

Exceptions relatives aux suppléments de chambre et aux suppléments d'honoraires en chambre individuelle

Une série d'exceptions prévues dans la loi stipulent que vous ne devez pas toujours payer un supplément de chambre ou d'honoraires en chambre individuelle, notamment lorsque votre état de santé ou le traitement nécessite une chambre individuelle, en cas d'hospitalisation au service des urgences ou dans l'unité de soins intensifs ou lorsque vous devez séjourner en chambre individuelle par manque de chambres communes. Un hôpital ne peut réclamer de suppléments de chambre lorsqu'un parent accompagnateur séjourne à l'hôpital, aux côtés d'un enfant hospitalisé. Dans la situation précitée, les médecins peuvent cependant encore demander des suppléments d'honoraires, si le parent opte expressément pour l'hospitalisation en chambre individuelle sur le formulaire d'admission et à la condition que l'hôpital dispose d'un nombre suffisant de chambres où parent et enfant peuvent séjourner ensemble s'ils ne souhaitent pas payer de suppléments d'honoraires.

Figure 2 : Évolution par province de la facture moyenne du patient pour une hospitalisation avec nuitée, par type de chambre, 2015



L'hospitalisation de jour

- En revanche, la facture moyenne d'une hospitalisation de jour (toutes chambres confondues) a augmenté : + 4% pour les interventions chirurgicales et + 13% pour les interventions non chirurgicales, ce qui porte la facture moyenne des patients (toutes chambres confondues) à 170 euros pour l'hospitalisation de jour chirurgicale et à 41 euros pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale.
  - Seules les chambres individuelles enregistrent une hausse des coûts. La facture moyenne pour les interventions chirurgicales en chambre individuelle a augmenté de 1%, passant de 730 euros en 2014 à 735 euros en 2015. La facture moyenne pour les interventions non chirurgicales en chambre individuelle a augmenté de 2%, passant de 427 euros en 2014 à 437 euros en 2015.
  - Le prix moyen baisse en ce qui concerne les chambres communes ou à deux lits (-6% et -1%). La facture moyenne pour les interventions chirurgicales en chambre commune a donc baissé de 130 euros en 2014 à 122 euros en 2015. Pour les interventions non chirurgicales en chambre commune, nous constatons une baisse insignifiante de 24,99 euros en 2014 à 24,79 euros en 2015.
  - La facture pour les interventions chirurgicales en chambre individuelle est donc six fois plus élevée que la facture en chambre commune ou à deux lits. La différence entre les chambres individuelles et les chambres communes pour les interventions non chirurgicales est de l'ordre du quintuple.

L'évolution de la facture en hôpital de jour montre habituellement des similitudes avec celle de l'hôpital classique (voir Figure 3), mais on constate une rupture de tendance ces dernières années. Alors que le prix baisse globalement dans l'hôpital classique, nous constatons une hausse de la facture moyenne du patient, toutes chambres confondues, dans l'hôpital de jour chirurgical. Cette augmentation générale résulte de la hausse de la facture moyenne en chambre individuelle, malgré la baisse de la facture moyenne en chambre commune.

Cette hausse peut s'expliquer notamment pas le glissement de plusieurs interventions et traitements de l'hôpital classique vers l'hôpital de jour. Près de la moitié du nombre total d'hospitalisations (47%) représentent actuellement des hospitalisations de jour et ce chiffre est en augmentation constante (+2% par rapport à 2014). A la Figure 4, nous voyons

Figure 3 : Évolution de la facture moyenne du patient en hôpital de jour chirurgical, par type de chambre, 2006-2015

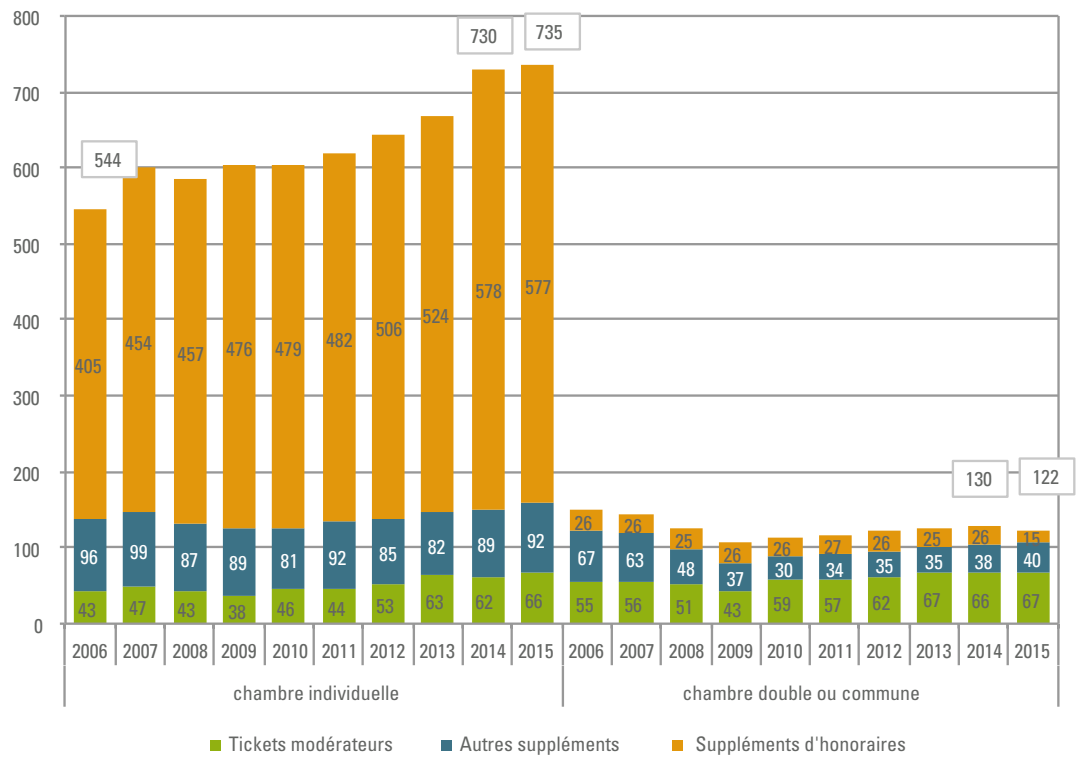


Figure 4 : Évolution du nombre d'hospitalisations (extrapolation en fonction de la part de marché de la MC)

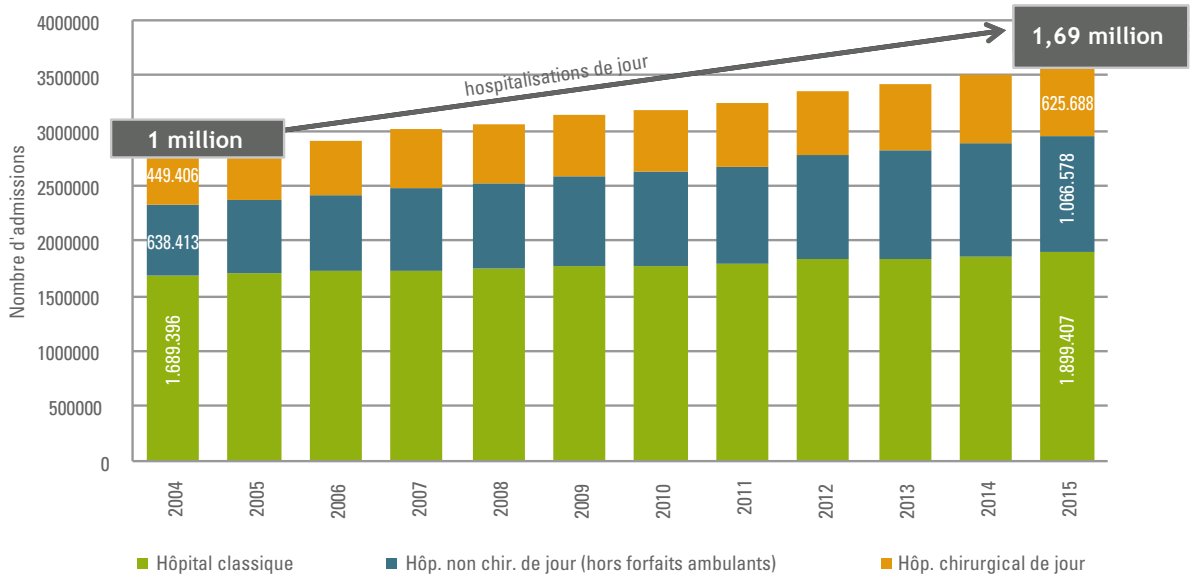
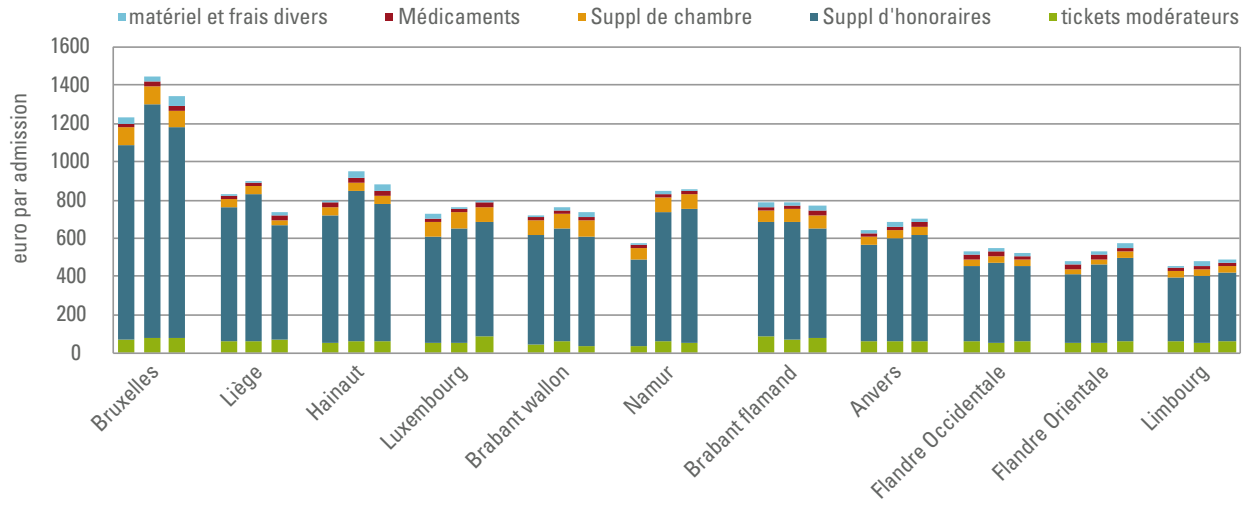


Figure 5 : Évolution, par province, de la facture moyenne du patient en chambre individuelle, dans un hôpital de jour chirurgical, 2015



que le nombre d'hospitalisations avec nuitée continue néanmoins d'augmenter.

La tendance actuelle traduit donc un développement important de l'hospitalisation de jour. Ce type d'hospitalisation est effectivement moins coûteux pour la société et plus confortable pour le patient, qui peut rentrer plus rapidement chez lui. Si nous analysons les statistiques internationales, celles-ci confirment la tendance vers une nouvelle augmentation de ce type d'hospitalisation. Cette évolution s'explique non seulement par le fait que les traitements existants deviennent moins lourds grâce à l'amélioration des techniques (p. ex. les opérations via laparoscopie), mais également par l'arrivée de nouvelles formes de traitement qui n'exigent plus de nuitée (p. ex. de nouveaux médicaments de chimiothérapie contre le cancer).

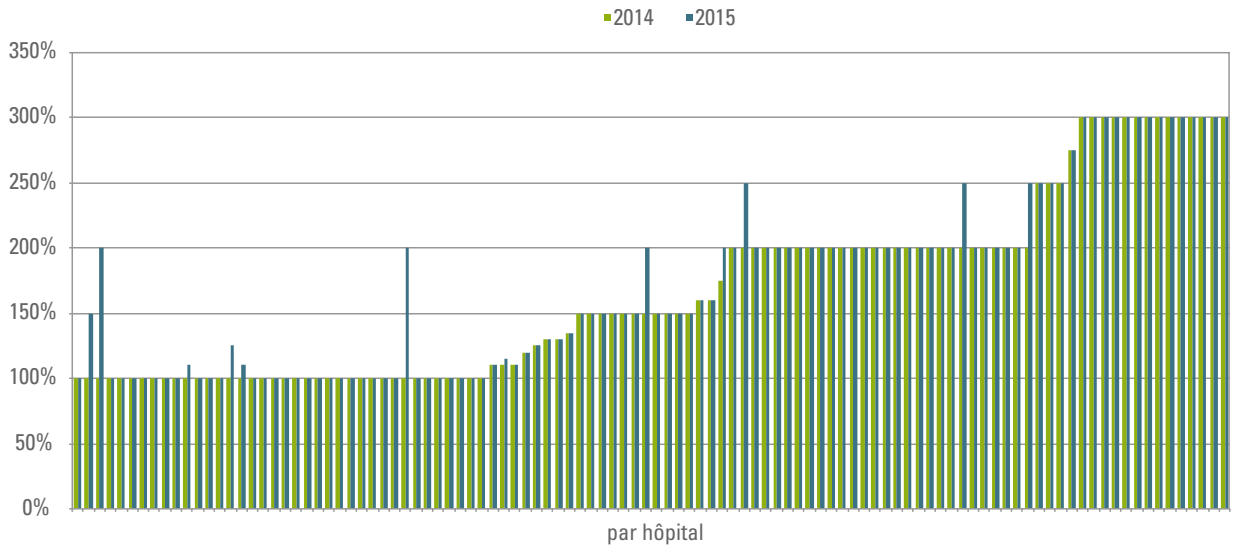
Tout comme pour l'hospitalisation classique, nous voyons que, dans l'hôpital de jour chirurgical également, l'accessibilité à une chambre individuelle varie en fonction des provinces et nous constatons des différences régionales (voir la Figure 5).

3.2. Suppléments d'honoraires

- La masse totale des suppléments d'honoraires facturés en chambre individuelle a augmenté de 4%. Cette hausse correspond à la hausse moyenne de 5% par an des années précédentes.
- Cette augmentation procède essentiellement de la facturation plus systématique de suppléments sur les prestations techniques. Il s'agit de prestations pour lesquelles le patient ne voit pas le médecin. À titre d'exemple : en 2015, la masse globale des suppléments d'honoraires a augmenté de 17% pour la biologie clinique, de 16,5% pour l'anatomopathologie et de 13,9% pour les prestations d'imagerie médicale par les connexistes[5].
- Dans l'hôpital classique, le montant moyen de suppléments d'honoraires facturé en chambre individuelle a augmenté de 1% en 2015. Cette tendance se démarque de la croissance annuelle de 3,4%, que nous avons observée ces 14 dernières années. Néanmoins, nous constatons une croissance de 4% sur dix ans.
- 12 hôpitaux ont relevé le pourcentage maximal de suppléments d'honoraires en chambre individuelle : dans 7 hôpitaux sur 12, cette augmentation est passée de 50 à 100%.
- Dans 23 hôpitaux, les suppléments d'honoraires moyens ont augmenté de plus de 10% par rapport à 2014.
- En 2015, 32 hôpitaux ont facturé des suppléments d'honoraires de maximum 100% sur des prestations médicales, contre 38 hôpitaux en 2014.
- Dans 14 hôpitaux, le plafond des suppléments d'honoraires était fixé à 300% en 2015.

5 Le connexisme est la possibilité pour un dispensateur de soins d'effectuer lui-même certains examens ou certains actes d'une autre spécialité en vue de poser son propre diagnostic spécialisé du patient ou en vue du traitement du patient (p. ex. : imagerie de l'abdomen par un spécialiste en gastroentérologie). (Source définition: www.deblock.belgium.be)

Figure 6 : Suppléments d'honoraires maximaux par hôpital, comparaison entre 2014 et 2015



- En 2015, ces suppléments d'honoraires représentaient 900 euros du total de 1.463 euros de la facture pour une hospitalisation classique en chambre individuelle.

Les suppléments d'honoraires sur les prestations médicales dans le cadre d'une hospitalisation classique en chambre commune ou à deux lits ont été interdits dès le 1er janvier 2013, alors qu'une interdiction générale s'appliquait déjà aux suppléments de chambre depuis le 1er janvier 2010 pour les chambres communes ou à deux lits. À partir du 27 août 2015, tous les suppléments d'honoraires pour les chambres communes ou à deux lits ont été interdits. La sécurité tarifaire pour les patients en chambre commune ou à deux lits est donc garantie pour l'instant. Il n'en va cependant pas de même pour les chambres individuelles.

Ces suppléments d'honoraires peuvent atteindre le plafond maximal autorisé fixé dans l'hôpital en question, à savoir le maximum que chaque hôpital a convenu avec ses médecins. Ce maximum figure dans la déclaration d'admission soumis à chaque patient pour signature au plus tard au début de l'hospitalisation et est exprimé en pourcentage du tarif officiel par prestation[6]. Un médecin peut également choisir de ne pas réclamer de suppléments d'honoraires ou de demander des suppléments d'honoraires inférieurs à ce plafond. Il est recommandé au patient de toujours tenir compte en premier lieu du pourcentage maximal, vu qu'une moyenne n'offre aucune garantie quant aux suppléments d'honoraires que les spécialistes factureront dans une situation spécifique. Le patient qui dispose d'une assurance hospitalisation comparera idéalement ce plafond maximal à la mesure dans laquelle l'assurance hospitalisation couvre les suppléments d'honoraires afin de ne pas se trouver confronté inopinément à une surprise désagréable. Malheureusement, chaque année nous avons écho de patients qui avaient opté pour une chambre individuelle et qui ont dû en assumer totalement le coût, parce qu'ils ne s'étaient pas rendu compte qu'ils n'étaient pas couverts par l'assurance maladie obligatoire ou leur assurance hospitalisation. Dans certains cas, le patient subit également une influence ou même des pressions pour qu'il choisisse un séjour en chambre individuelle sur le formulaire d'admission. En effet, il n'est pas rare que le traitement par un médecin spécifique soit subordonné à la condition du choix d'une chambre individuelle.

Nous voyons à la Figure 6 que différents hôpitaux ont relevé leurs pourcentages maximaux entre 2014 et 2015.

6 Le tarif officiel est égal à la somme du remboursement de l'INAMI augmenté de la quote-part personnelle du patient pour la prestation concernée.

La carte (voir Figure 7) indique également la situation des suppléments d'honoraires maximaux pour 2016, tels que connus en novembre 2016. Vers la fin de l'année, plusieurs hôpitaux ont toutefois revu leurs plafonds à la hausse. Les points représentant les hôpitaux, dont les suppléments d'honoraires dépassent 100%, semblent se regrouper. Une comparaison avec les années précédentes montre l'effet de débordement qu'entraîne l'augmentation des suppléments d'honoraires dans un hôpital. En effet, les hôpitaux voisins ne veulent pas prendre le risque de perdre leurs médecins à cause d'un hôpital-employeur financièrement plus intéressant. De même, les hôpitaux voisins ne veulent pas non plus qu'un hôpital parvienne à leur soustraire des patients, en proposant une technologie ou une infrastructure plus coûteuse financée par des suppléments d'honoraires plus élevés.

Les suppléments d'honoraires moyens facturés sont nettement inférieurs au pourcentage maximal, vu qu'ils sont calculés par rapport aux tarifs officiels de toutes les prestations médicales pendant l'hospitalisation en chambre individuelle. Toutefois, dans la pratique, les suppléments d'honoraires sont facturés en premier lieu sur la prestation principale. Bon nombre de prestations médicales échappent donc à la facturation de suppléments d'honoraires, même si la possibilité existe en principe, sauf exceptions (voir le cadre ci-dessus). La facturation relève d'un choix des médecins concernés par les soins, qui est éventuellement influencé par l'hôpital. C'est pourquoi, nous publions également chaque année les tableaux du « Top-10 » des hôpitaux, afin de clarifier la pratique des suppléments des hôpitaux. Ces tableaux du « Top-10 » classent les hôpitaux qui réclament les suppléments d'honoraires moyens les plus élevés et les plus bas. Le classement s'effectue sur la base du « pourcentage moyen des suppléments d'honoraires », vu qu'il s'agit d'une donnée comparable. **En revanche, la facture moyenne totale du patient ne constitue pas une donnée comparable, vu qu'elle dépend de la lourdeur des traitements hospitaliers**. En l'occurrence, la facture moyenne d'un hôpital universitaire sera généralement plus élevée, même s'il facture un pourcentage de suppléments d'honoraires inférieur. L'hôpital bruxellois CHIREC continue de facturer les montants les plus élevés pour des traitements comparables.

Figure 7 : Suppléments d'honoraires maximaux en chambre individuelle, 2016

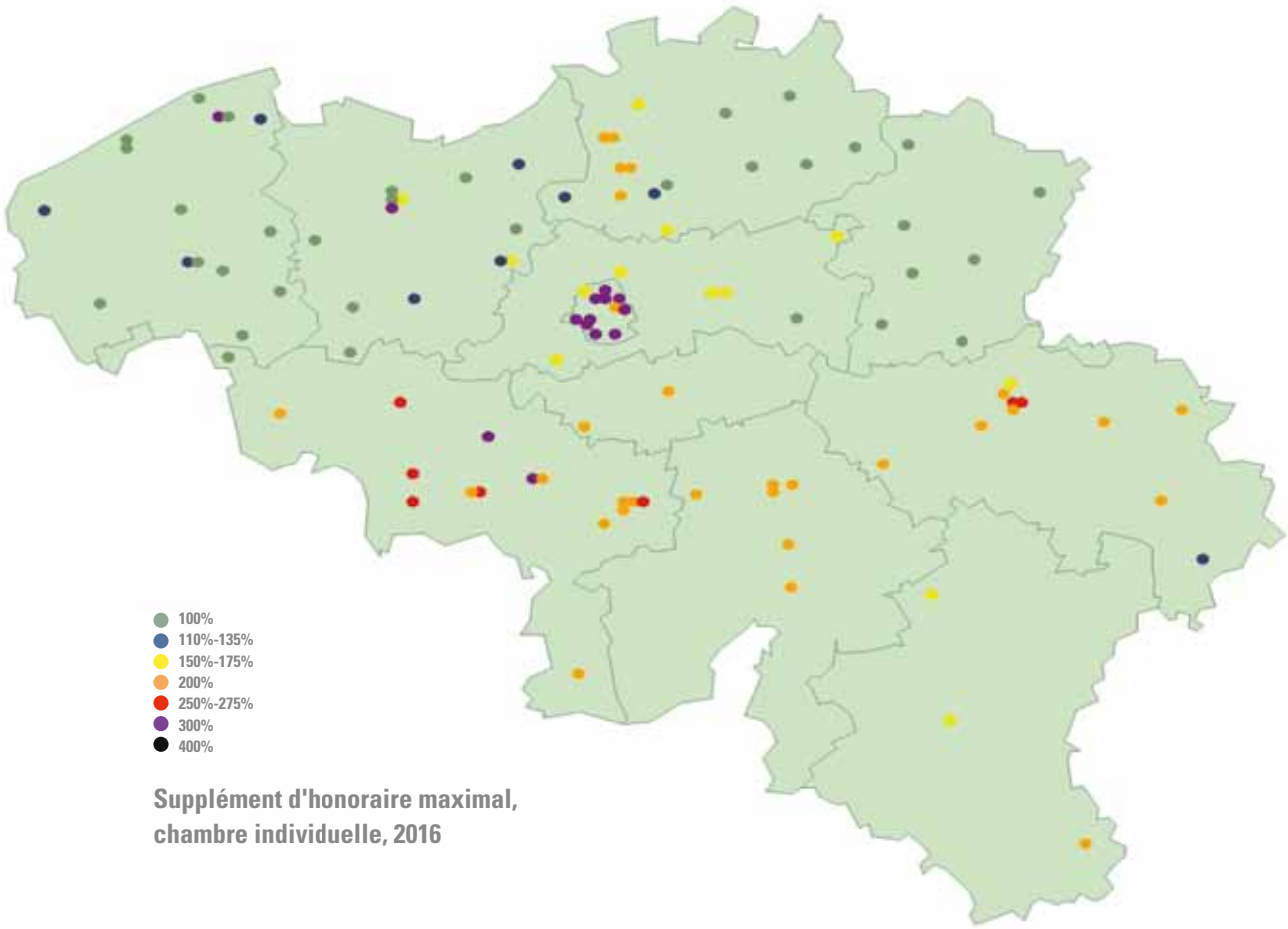


Tableau 1 : Top-10 des hôpitaux facturant les suppléments d'honoraires les plus élevés (en pourcentage) en chambre individuelle, pour une hospitalisation classique (par ordre décroissant), 2015.

Commune	Hôpital	Moyenne du total de la facture patient	Pourcentage maximum[1] de suppléments d'honoraires	Augmentation/ diminution du supplément d'honoraires moyen en 2015	Pourcentage moyen du supplément d'honoraires
1. Bruxelles[2]	CHIREC	3.023 €	300%	-1,16%	171%
2. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.435 €	275%	0,62%	163%
3. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.495 €	250%	-3,77%	153%
4. Bruxelles	Cliniques Universitaires Saint-Luc	4.213 €	300%	-1,32%	150%
5. Bruxelles	Europaziekenhuizen - Cliniques de L'Europe	2.668 €	300%	3,10%	133%
6. Namur	Centre Hospitalier Regional Sambre et Meuse	2.382 €	200%	2,33%	132%
7. Bruxelles	CHU Brugmann	2.570 €	300%	-5,22%	127%
8. Namur	CHU UCL Namur	2.420 €	200%	10,43%	127%
9. Bruxelles	Cliniques Universitaires Hôpital Erasme	3.150 €	300%	-9,42%	125%
10. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.411 €	200%	-1,59%	124%

1. Pourcentage tel que mentionné sur la déclaration d'admission
2. Six sites répartis sur Bruxelles et le Brabant wallon

Nous constatons que le « Top-10 » du Tableau 1 reste plus ou moins identique chaque année. Les quatre premiers hôpitaux de ce tableau sont systématiquement les mêmes chaque année depuis 2004. Ces 10 hôpitaux mentionnés au Tableau 1 éclipsent nettement les autres hôpitaux dont les factures restent stables d'année en année.

Tout comme pour la facture moyenne, nous constatons ici aussi une disparité régionale manifeste : notre Top-10 est dominé depuis des années par les hôpitaux bruxellois et wallons. Nous constatons dès lors que certains hôpitaux, dont le plafond est inférieur, se trouvent néanmoins plus haut dans le classement, sur la base des suppléments d'honoraires moyens facturés, que les hôpitaux dont le plafond est supérieur. Certains hôpitaux justifient leur politique de suppléments en faisant référence à la répartition déloyale du financement public des hôpitaux, à la nécessité d'innover ou au choix d'un public-cible spécifique. Même si les patients nantis étaient les seuls à bénéficier d'une couverture complète des coûts via leur assurance hospitalisation, cette situation est insoutenable à long terme. À mesure que les suppléments d'honoraires augmentent, les primes des assurances hospitalisation augmentent également, ce qui risque de réduire l'accessibilité à la chambre individuelle. Dans l'enquête réalisée à l'occasion du congrès de la MC en juin 2015, 73% des répondants (sur plus de 51.000 au total) ont répondu préférer une hospitalisation en chambre individuelle.[7] Le confort supplémentaire d'une chambre individuelle n'est cependant pas proportionnel à sa facture qui est cinq fois plus élevée que celle d'une chambre commune. Ceci est d'autant plus vrai, sachant par ailleurs qu'on ne peut établir de lien systématique entre la hauteur du plafond des suppléments d'honoraires et la qualité des soins (cf. l'étude de la MC sur la prothèse de hanche).

La hausse des suppléments d'honoraires ces dernières années s'explique également par le fait qu'auparavant seuls les prestataires de soins en contact direct avec le patient réclamaient des suppléments honoraires (le chirurgien, l'anesthésiste, etc.). Ces dernières années, nous constatons une hausse des suppléments d'honoraires pour la surveillance des patients et lesdites « prestations techniques » (biologie clinique, radiologie, analyses anatomopathologiques ou examens génétiques, etc.). Les suppléments d'honoraires sur ces prestations techniques, à l'exception des honoraires de surveillance des patients, représentent actuellement 10% du montant total des suppléments facturés. Ils contribuent donc dans une large mesure à l'augmentation des suppléments d'honoraires des dernières années. Les pratiques diffèrent considérablement d'un hôpital à l'autre, mais tendent à se généraliser.

7 Les résultats sont disponibles en cliquant sur le lien suivant : www.cm.be/binaries/Congres-bijlage_tcm375-158005.pdf

Tableau 2 : Top-10 des hôpitaux facturant les suppléments d'honoraires moyens les plus bas (en pourcentage) en chambre individuelle, pour une hospitalisation classique (par ordre croissant), 2015.

Commune	Hôpital	Moyenne du total de la facture patient	Pourcentage maximum[1] de suppléments d'honoraires	Augmentation/ diminution du supplément d'honoraires moyen en 2015	Pourcentage moyen du supplément d'honoraires
1. Audenaerde	AZ d'Audenaerde	488 €	100%	-40,91%	26%
2. Edegem	UZ d'Anvers (UZA)	859 €	200%	-3,23%	30%
3. Izegem	Hôpital Sint-Jozef	897 €	100%	13,16%	43%
4. Arlon	Vivalia (Cliniques du Sud-Luxembourg)	899 €	200%	-13,46%	45%
5. Mouscron	CH De Mouscron	1.139 €	100%	-2,13%	46%
6. Heusden	Hôpital Sint-Franciskus	896 €	100%	0,00%	46%
7. Brasschaat	AZ Klina	966 €	150%	-29,85%	47%
8. Louvain	RZ Heilig Hart Leuven	992 €	150%	0,00%	47%
9. Ypres	Hôpital Jan Yperman	963 €	100%	4,44%	47%
10. Genk	Hôpital Oost - Limburg	1.285 €	100%	17,07%	48%

1 Pourcentage tel que mentionné sur la déclaration d'admission

Dans le top-10 facturant les suppléments d'honoraires moyens les plus bas (Tableau 2) figurent des hôpitaux qui proposent des chambres individuelles plus accessibles. Il reste néanmoins aussi important pour ces hôpitaux de faire attention aux suppléments d'honoraires maximaux et d'organiser une bonne information du patient par le médecin traitant en ce qui concerne l'aspect financier des soins.

Outre la variation entre les hôpitaux, il est important de remarquer que le type d'intervention exerce également un impact déterminant sur le montant des suppléments d'honoraires facturé. Les traitements « les plus coûteux » en matière de suppléments d'honoraires sont réservés aux services de chirurgie et de maternité. Ceci résulte du financement inégal des différentes spécialités médicales.

3.3. Suppléments de chambre

- La masse totale des suppléments de chambre en chambre individuelle dans le cadre d'une hospitalisation classique a augmenté de 0,4% en 2015. Le montant moyen de suppléments de chambre facturé pour une hospitalisation classique a baissé de 3%.
- Le montant moyen facturé pour une hospitalisation de jour chirurgicale a baissé de 1% en 2015. Ce montant diminue également de 1% dans l'hôpital de jour non chirurgical.
- Certains hôpitaux individuels ont relevé considérablement leurs suppléments de chambre par rapport à 2014.
- Ces suppléments peuvent varier de 18 euros par jour en moyenne (à l'UZA) à 164 euros (aux Cliniques Universitaires Saint-Luc).

À la Figure 8, nous voyons également une grande variation entre les hôpitaux en ce qui concerne les suppléments de chambre. ce graphique montre de manière très évidente des hausses soudaines par rapport aux années précédentes. Celles-ci s'expliquent par l'extension de l'offre de chambres individuelles. De plus en plus d'hôpitaux proposent des « chambres individuelles de luxe » moyennant des suppléments de chambre supérieurs à ceux de la chambre individuelle standard.

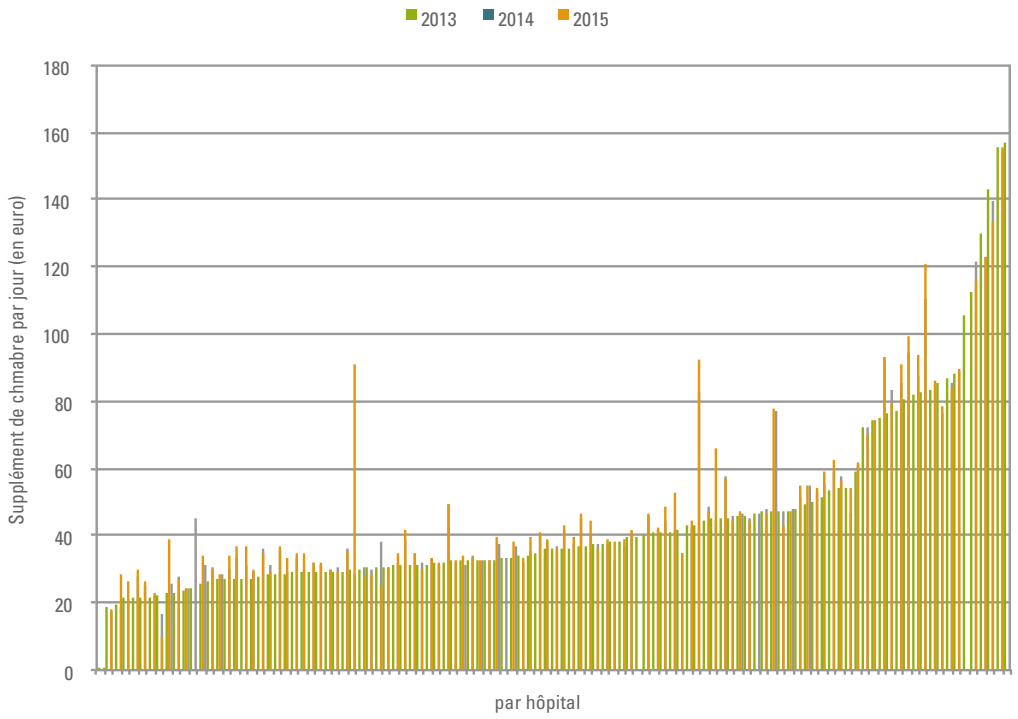
La Figure 9 montre encore plus clairement que la plupart des hôpitaux ont augmenté leurs suppléments de chambre en 2015 par rapport à 2014.

3.4. Hospitalisation en chambre individuelle

- En 2015, il y a eu au total 174.500 hospitalisations en chambre individuelle (11,84% des hospitalisations de nos membres[8]

8 Certains membres sont hospitalisés plusieurs fois par an et font ou non le même choix de chambre.

Figure 8 : Suppléments de chambre par jour en chambre individuelle, hospitalisations classiques, 2013-2015



en 2015), ce qui représente une augmentation de 4.339 admissions par rapport à 2014 (à l'époque, environ 11,76% de nos membres ont été hospitalisés dans une chambre individuelle).

- La proportion d'hospitalisations en chambre individuelle s'élève en moyenne à 23% pour une hospitalisation classique,
  - 68,5% en maternité,
  - 10,5% en gériatrie et revalidation.
  - En pédiatrie, le nombre de chambres individuelles n'a cessé d'augmenter ces dernières années, mais ce pourcentage reste stable en 2015, avec 38% des séjours.
- Dans l'hôpital de jour, le pourcentage d'hospitalisations en chambre individuelle est nettement plus faible, à savoir 4,7% :
  - 7,7% pour les interventions chirurgicales
  - 3,9% pour les interventions non chirurgicales.
- L'augmentation des hospitalisations en chambre individuelle s'élève à 2,5%. L'augmentation du nombre d'hospitalisations en chambre commune s'élève à 1,5%.

Figuur 9: Suppléments de chambre par jour en chambre individuelle, hospitalisations classiques, 2014-20015

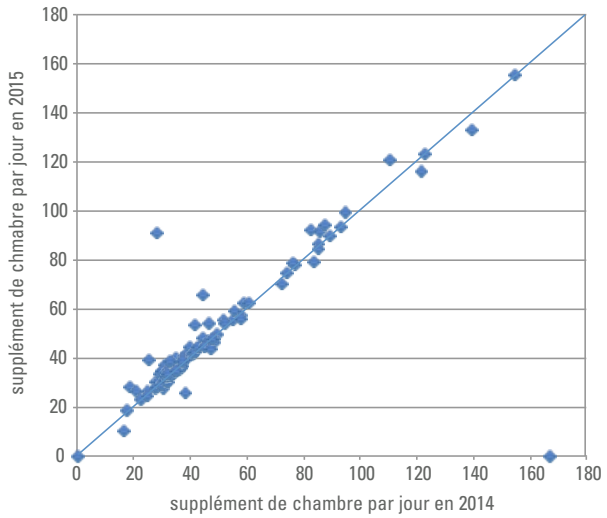


Figure 10 : Politique en matière de choix de chambre entre 2012-2015, hospitalisation classique

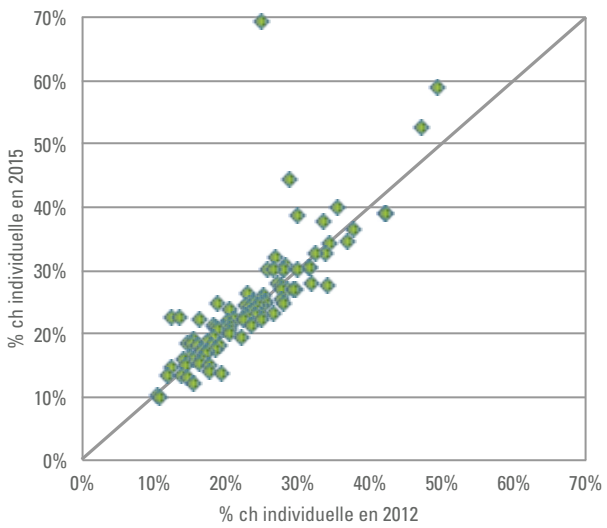
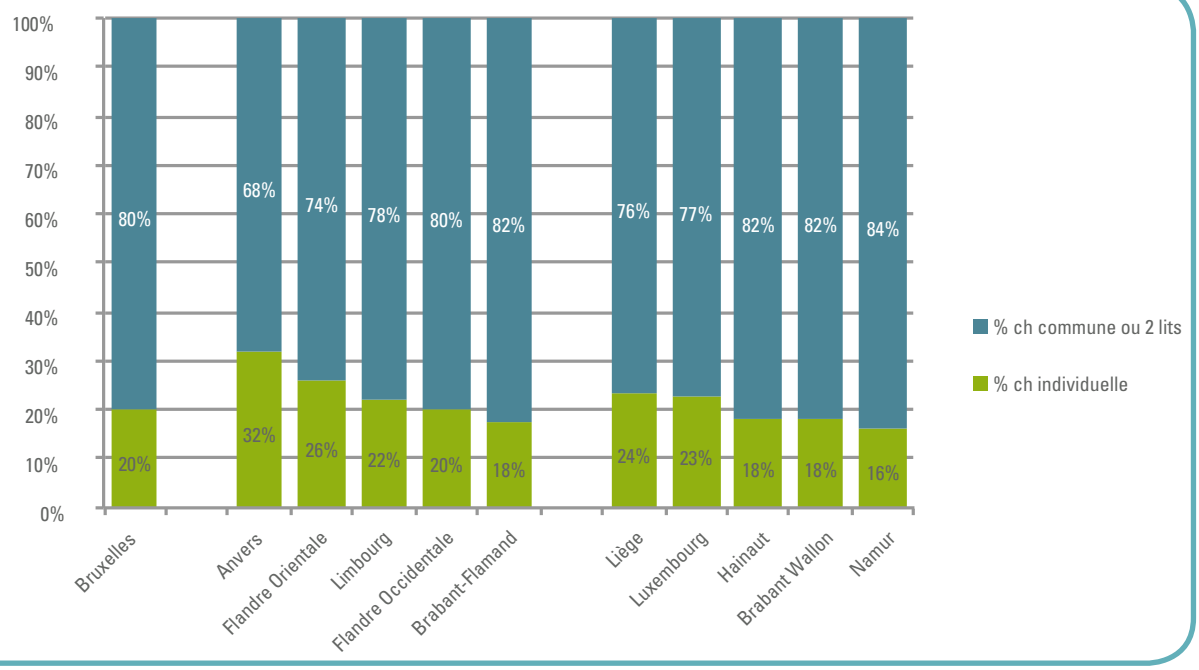


Figure 11 : Proportion d'hospitalisations en chambre individuelle et en chambre commune, par province, hospitalisation classique, 2015



La majorité des hospitalisations se font donc toujours en chambre commune ou à deux lits, sauf en maternité, où la demande et l'offre de chambres individuelles sont nettement plus élevées. Nous voyons à la Figure 10 une nette tendance à la hausse du pourcentage d'admissions en chambre individuelle. Cette hausse se manifeste de manière très prononcée dans certains hôpitaux, bien qu'il existe de grands écarts entre les hôpitaux. L'AZ d'Audenaerde, l'UZA, le CHC Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth (Liège, maternité importante) et l'AZ Klina ont enregistré respectivement 69%, 59%, 53% et 44% d'hospitalisations en chambre individuelle (sur la base des factures prises en compte par la MC). À l'autre extrémité du spectre figurent le Centre de Santé de Fagnes et la Clinique André Renard, qui comptabilisent seulement 13% et 12% des hospitalisations en chambre individuelle. Trois hôpitaux (CH Epicura, le Centre hospitalier de Dinant, et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola) enregistrent un pourcentage d'hospitalisations en chambre individuelle encore plus faible.

La tendance à la hausse du nombre de chambres individuelles n'apparaît pas encore dans les chiffres au niveau national, mais commence à se marquer dans les chiffres provinciaux (voir la Figure 11). Les différentes provinces se trouvent en effet à des stades d'évolution différents : Anvers en particulier semble enregistrer de nombreuses hospitalisations en chambre individuelle. Le nombre de chambres individuelles disponibles continuera d'augmenter à l'avenir, au rythme des nouveaux travaux d'infrastructure et/ou des rénovations entreprises par les hôpitaux. L'extension de l'offre de chambres individuelles dans de nombreux hôpitaux (rénovations et nouvelles constructions) répond à la demande de la population de patients (voir supra les résultats de notre enquête dans le cadre du congrès) et stimulera à son tour une nouvelle hausse du nombre d'hospitalisations en chambre individuelle.

Nos résultats montrent que, dans le cadre d'une hospitalisation de jour, les patients sont toujours tentés de choisir une chambre commune. Dans certains cas, il n'est pratiquement pas question de chambre, vu que le patient se repose simplement dans un fauteuil. Les chiffres de l'hospitalisation de jour révèlent également de grandes divergences entre les hôpitaux. Le CHC Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth enregistre plus de 60% des hospitalisations de jour chirurgicales en chambre individuelle, alors que le CHC Saint-Joseph et CHIREC ne compte que 33% et 32% d'hospitalisations en chambre individuelle respectivement. D'autres hôpitaux ne facturent jamais de chambres individuelles en hôpital de jour chirurgical.

3.5. La durée de séjour dans l'hôpital classique

- La durée du séjour dans le cadre d'une hospitalisation classique poursuit sa tendance à la baisse. La durée moyenne d'un séjour dans l'hôpital classique (toutes chambres confondues) a baissé de 6,5 jours en 2006 à 5,5 jours en 2015.
- La durée moyenne d'un séjour en chambre individuelle en maternité a diminué de 4,7 jours en 2014 à 4,3 jours en 2015. Dans le service de gériatrie et de revalidation, nous voyons en revanche une baisse remarquable de 16,7 jours en 2014 à 16,0 jours en 2015, surtout dans les chambres communes et à deux lits.
- Cette tendance à la baisse explique entre autres la diminution de la facture moyenne.

Tableau 3 : Top-10 des hôpitaux présentant les factures patient moyennes les plus élevées pour un accouchement naturel en chambre individuelle (par ordre décroissant), 2015.

Localité	Hôpital	Montant total moyen (euros) à charge de la patiente	Montant moyen supplément de chambre (euros)	Montant moyen (euros) supplément d'honoraires
1. Bruxelles	Cliniques Universitaires Saint-Luc	3.171 €	867 €	2.011 €
2. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.790 €	485 €	2.004 €
3. Bruxelles	CHIREC	2.742 €	583 €	1.868 €
4. Bruxelles	Cliniques de l'Europe	2.657 €	762 €	1.625 €
5. Liège	CHC Cliniques Saint-Joseph	2.493 €	372 €	1.915 €
6. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.401 €	341 €	1.836 €
7. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.348 €	393 €	1.703 €
8. Bruxelles	Clinique Saint-Jean	2.129 €	382 €	1.499 €
9. Bruxelles	CHU Brugmann	2.115 €	443 €	1.449 €
10. Namur	CHU UCL Namur	2.073 €	374 €	1.467 €

Tableau 4 : Top-10 des hôpitaux présentant les factures patient moyennes les plus basses pour un accouchement naturel en chambre individuelle (par ordre croissant), 2015.

Localité	Hôpital	Montant total moyen (euros) à charge de la patiente	Montant moyen supplément de chambre (euros)	Montant moyen (euros) supplément d'honoraires
1. Edegem	UZ d'Anvers	813,09	145,28	451,56
2. Auvelais	Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse	876,36	215,52	477,69
3. Genk	Hôpital Oost - Limburg	946,36	209,64	525,28
4. Gand	AZ Jan Palfijn	971,2	166,96	588,14
5. Termonde	AZ Sint-Blasius	982,09	148,68	595,25
6. Gand	AZ Sint-Lucas	949,2	134,66	626,64
7. St-Trond	RZ Sint-Trudo	1003,7	165,78	637,19
8. Zottegem	AZ Sint-Elisabeth	979,27	99,52	648,61
9. Mouscron	CH De Mouscron	964,61	148,13	651,59
10. Deinze	Hôpital Sint-Vincentius	1007,35	132,75	678,47

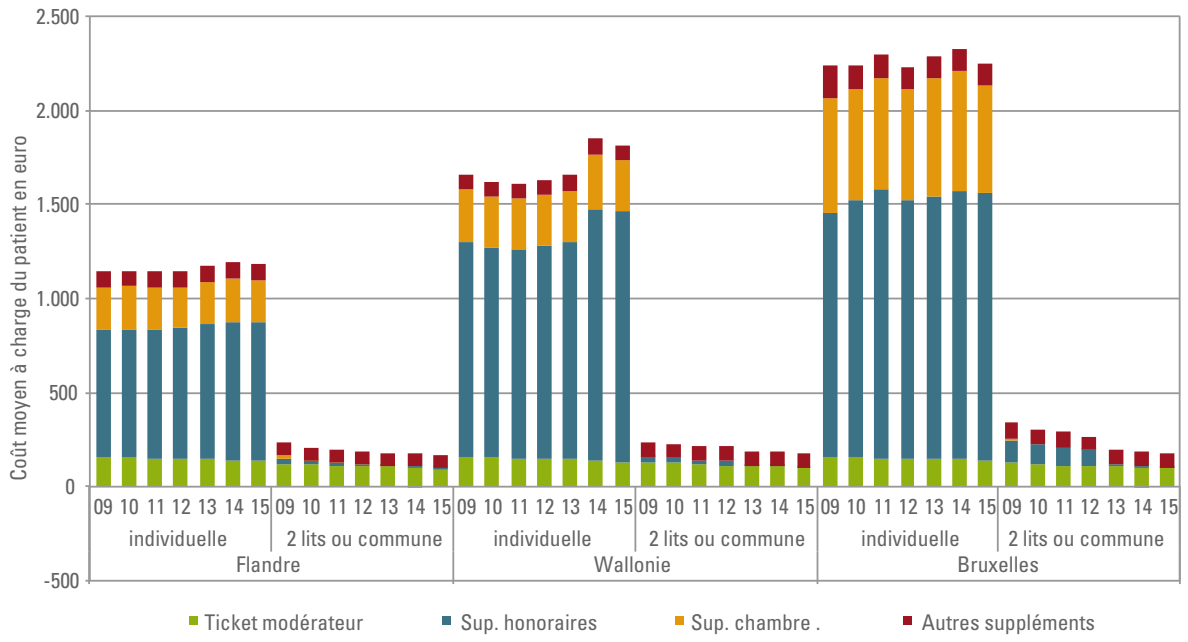
Notre durée de séjour moyenne reste toutefois supérieure à celle observée dans nos pays voisins. Le nombre de lits d'hôpital pourrait donc être réduit, pour autant qu'un nombre suffisant de structures de soins ambulatoires financièrement accessibles soit prévu. Le rôle des hôpitaux pourrait ensuite s'étendre, compte tenu du progrès social, tels que l'hospitalisation à domicile et les soins transmuraux (différents projets pilotes sont actuellement en cours en la matière).

4. Impact de la facture du patient

4.1. L'exemple de l'accouchement naturel

Le baromètre hospitalier analyse les coûts d'un séjour avec nuitée aux niveaux de l'hôpital et des services. Des interventions et traitements divers présentant un coût variable ont lieu dans un service spécifique. Le cas échéant, le baromètre permet au

Figure 12 : Coût pour la patiente d'un accouchement naturel par type de chambre et par région, 2009-2015



patient de trouver une indication du coût moyen dans le service dans lequel il sera hospitalisé. L'hôpital et le médecin peuvent ensuite, en principe, y ajouter des informations financières sur mesure pour le patient concerné.

Pour que l'organisme assureur puisse établir une comparaison judicieuse des coûts des traitements, il manque la possibilité d'apporter des corrections sur la base de la pathologie, sur laquelle nous n'avons pas d'information. De même, il faut, pour chaque traitement, présenter un nombre suffisant de séjours-membres par hôpital pour obtenir un résultat fiable. Pour les interventions standard fréquentes, comme l'accouchement naturel, nous pouvons toutefois tirer des conclusions à partir des données figurant dans les factures que nous avons utilisées.

L'analyse de l'accouchement naturel (pas de césarienne) révèle que la patiente paie en moyenne 181 euros dans une chambre à deux lits et 1.445 euros dans une chambre individuelle. Les différences entre les hôpitaux sont à nouveau importantes. Les Tableaux 3 et 4 classent les hôpitaux présentant respectivement les accouchements moyens les plus chers et les moins chers.

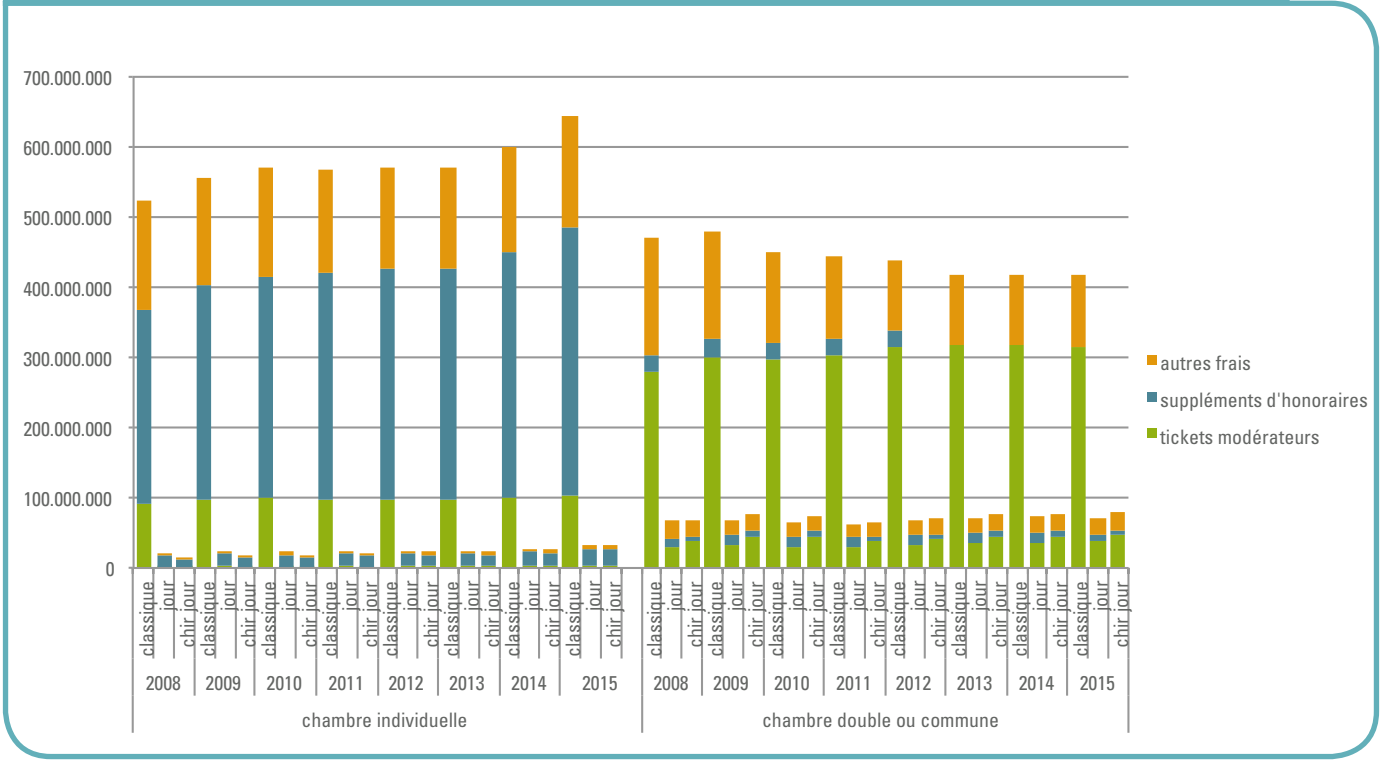
La Figure 12 montre une énorme différence de prix entre la chambre individuelle et la chambre commune pour un accouchement naturel. En Flandre, ces accouchements sont en moyenne meilleur marché qu'en Wallonie et à Bruxelles. En 2015, la patiente payait en moyenne 1.186 euros en Flandre, 1.816 euros en Wallonie et 2.247 euros à Bruxelles pour un accouchement naturel en chambre individuelle. Bien que l'écart entre une chambre individuelle et une chambre commune soit également important en Flandre, le patient est confronté à une différence de prix encore plus grande à Bruxelles et en Wallonie. La Flandre compte par ailleurs le plus grand nombre d'accouchements en chambre individuelle.

4.2 Les implications financières pour l'hôpital

La Figure 13 révèle que les recettes totales générées par les paiements des patients en chambre individuelle dans l'hôpital classique sont plus élevées que celles des chambres communes ou à deux lits, bien que le nombre d'hospitalisations en chambre commune ou à deux lits soit supérieur (voir point 2). En ce qui concerne l'hôpital de jour (tant chirurgical que non chirurgical), les recettes totales générées par les paiements des patients pour les hospitalisations en chambre commune ou à deux lits restent plus élevées qu'en chambre individuelle, en raison du nombre d'hospitalisations en chambre individuelle largement inférieur à celui en chambre commune ou à deux lits.

En 2015, les hospitalisations en chambre individuelle ne représentaient que 23% de l'ensemble des hospitalisations, mais elles représentent en revanche 61% du total des dépenses des patients pour les hospitalisations classiques. Le montant total des dépenses des patients pour les hospitalisations classiques s'élevait à 643 millions d'euros en chambre individuelle et à 416,5 millions d'euros pour les chambres communes ou à deux lits. Si l'on y ajoute les montants payés en hospitalisation de jour, la quote-part actuelle à charge du patient, tous types de chambre confondus, dépasse 1,7 milliard d'euros, soit quelque 10% des revenus des hôpitaux aigus.

Figure 13 : Volume total des paiements des patients par type d'hospitalisation et type de chambre, prix 2008-2015 – extrapolation suivant les parts de marché MC



5. Une utilisation correcte du baromètre hospitalier et des recommandations

5.1 Pour le patient

Une utilisation correcte du baromètre hospitalier permet en premier lieu de prendre conscience des éventuelles différences de prix. Le patient est en mesure de décider que les avantages d'une chambre individuelle ne compensent pas des inconvénients financiers pour l'intervention concernée. Si le patient opte quand même pour une chambre individuelle, il peut choisir un hôpital à proximité, qui propose une chambre individuelle financièrement plus accessible. En ce qui concerne les chambres communes, les différences entre hôpitaux sont très limitées. En revanche, pour une chambre individuelle, les suppléments de chambre et d'honoraires exercent une influence déterminante sur la facture. En ce qui concerne les chambres individuelles, de grandes divergences se marquent entre les hôpitaux. Si un ou plusieurs hôpitaux de la région appliquent le même plafond de suppléments, le patient peut tenir compte des suppléments d'honoraires moyens facturés dans chaque hôpital. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, le maximum constitue en effet la limite extérieure d'un cadre : tous les hôpitaux ne facturent pas des suppléments sur la même série de prestations et le pourcentage effectivement facturé peut être nettement inférieur au maximum. Si le patient tire des leçons de l'étude et **s'entretient avec son médecin en connaissance de cause**, c'est encore mieux. Nous répétons que, dans un hôpital appliquant un certain maximum (pour

Six conseils pour éviter des surprises désagréables au patient

1. Choisissez en connaissance de cause entre une chambre individuelle et une chambre commune. Les informations relatives au coût des différents types de chambre sont mentionnées sur la déclaration d'admission qui vous est présentée au plus tard au moment de votre admission. Vous pouvez également demander ces tarifs au préalable (les hôpitaux sont dorénavant tenus de les publier sur leur site Internet). Ceci est d'autant plus important pour une hospitalisation de jour, durant laquelle vous passez tout au plus quelques heures dans votre chambre. La différence de coût entre une chambre individuelle et une chambre commune ou à deux lits est encore plus importante qu'en hospitalisation classique. Le patient peut toujours se faire traiter au tarif conventionné, s'il opte pour une chambre commune ou à deux lits.

2. Demandez au médecin une estimation du coût de l'intervention (matériel médical et honoraires). Lors d'une intervention chirurgicale, par exemple, le coût du matériel médical (implants ou matériel de ligature restant dans le corps) peut être élevé. Il est possible et permis de discuter du niveau des honoraires. Demandez à votre médecin les éventuels modes de traitement alternatifs qui sont financièrement plus accessibles pour une qualité identique.

3. Comparez les tarifs des hôpitaux sur www.mc.be/facturehospitalière pour trouver une indication de prix. Vous y trouverez la médiane des différents postes de frais par service hospitalier (sous l'onglet « factures » (Baromètre MC), certains tarifs fixes, auxquels vous pouvez vous attendre (sous l'onglet « Tarifs ») et les données de contact des hôpitaux (sous l'onglet « Informations générales »). En l'occurrence, vérifiez le plafond des suppléments d'honoraires que les médecins peuvent facturer (vous les trouverez sous « Tarifs ») et tenez compte du fait qu'une assurance hospitalisation peut ne couvrir qu'un pourcentage de suppléments d'honoraires inférieur. Discutez de cette indication de prix avec votre médecin, afin d'obtenir une évaluation la plus correcte possible du prix.

4. Demandez les tarifs des « frais divers » (télévision, téléphone, Internet, repas pour le conjoint ou le parent accompagnateur, etc.). Chaque hôpital a une liste de « frais divers » que vous pouvez consulter sur le site Internet ou au comptoir d'accueil. Consultez cette liste au préalable, afin de choisir en connaissance de cause si vous souhaitez utiliser ces services ou ces fournitures complémentaires. Ces frais sont indépendants des soins médicaux. Attention : dans le cadre de notre étude et dans le module sur notre site Internet, les « frais divers » tiennent compte également des prestations médicales non remboursées.

5. Pour toute question concernant votre facture, nous vous conseillons de contacter à la fois la MC et l'hôpital en question. Nos conseillers mutualistes peuvent vous expliquer le contenu de votre facture et vérifier s'il n'y a pas d'erreur ou de facturation illégale. Le cas échéant, notre service Défense des membres peut contester votre facture auprès de l'hôpital. Il est important de contacter l'hôpital pour ces questions, mais aussi en cas de retard de paiement ou de difficultés à payer la somme dans les délais impartis.

6. Ne manquez pas de consulter notre site Internet pour plus d'informations sur une hospitalisation et n'hésitez pas à nous contacter : http://www.mc.be/mes-avantages/hospitalisation2015/index.jsp

l'ensemble de l'hôpital ou pour un service spécifique de l'hôpital), les médecins sont en principe libres de choisir de facturer les suppléments d'honoraires maximaux, une partie de ce plafond ou rien du tout. Même dans les hôpitaux où le service de facturation facture systématiquement un pourcentage de suppléments, le médecin pourra au moins informer le patient. Notre étude ne donne qu'une indication sur la base de données historiques, mais elle pousse d'ores et déjà le patient dans le bon sens en lui donnant une série de conseils utiles.

5.2. Pour les décideurs politiques

En ce qui concerne les décideurs politiques, le baromètre hospitalier doit mettre en lumière l'évolution de l'accessibilité financière des soins spécialisés. Il incombe aux autorités de garantir le droit à la santé et l'accès aux soins de santé. Leur devoir est de protéger et de développer la société à différents niveaux en bon père de famille. Pour ce faire, ils doivent tenir compte des groupes de patients vulnérables et du risque de chaque citoyen d'être confronté à des problèmes financiers en cas de dépendance. En suivant les évolutions, le décideur politique pourra évaluer les conséquences de certaines mesures. Nous voyons malheureusement qu'une meilleure accessibilité sur un front entraîne effectivement une baisse de l'accessibilité pour un autre aspect des soins en raison du transfert des coûts. Tant que ce transfert sera possible, la mesure n'atteindra qu'une partie de son objectif d'accessibilité : l'incitation à continuer de proposer la même offre d'une manière différente est en effet plus grande que l'incitation à rationaliser l'offre. Les chambres communes devenues plus accessibles semblent par conséquent avoir rendu les chambres individuelles moins accessibles. Il ne s'agit là que d'un exemple des conséquences imprévues que peuvent avoir des mesures bien intentionnées. Par conséquent, une suppression ou une limitation drastique des suppléments d'honoraires ne résoudra probablement pas le problème : l'offre d'hôpitaux et de soins doit être rationalisée et les hôpitaux et les médecins doivent recevoir un financement correct pour assurer un fonctionnement responsable et leurs activités. En tant qu'organismes médico-sociaux, les hôpitaux tentent de se profiler comme des organisations de haute qualité et des employeurs attrayants. À l'instar de toute autre organisation, ils défendent ce qu'ils ont développé et le niveau organisationnel n'est pas toujours le niveau approprié pour effectuer des choix difficiles dans l'intérêt de la société.

Le plan en 8 points de la MC pour éviter une médecine à deux vitesses

La facturation des suppléments de chambre et d'honoraires dans les hôpitaux augmente progressivement et les différences entre les hôpitaux restent grandes. Ces différences pourraient conduire à l'émergence de deux types d'hôpitaux : des hôpitaux pour les « riches » et des hôpitaux pour les personnes défavorisées. Nous devons lutter contre cette tendance vers une médecine duale, estiment la MC. Ces huit propositions concrètes de la MC y contribuent.

1. Une limitation et une suppression à terme des suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles

Depuis 2004, la première année de nos analyses, les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles enregistrent chaque année une forte hausse.

Vu que ces suppléments ont été interdits dans les chambres communes et à deux lits et ne peuvent plus être réclamés que dans les chambres individuelles, il y a un risque que les médecins exercent des pressions sur leur patient pour les inciter à choisir une chambre individuelle. Cette évolution peut conduire à terme à une médecine duale, avec deux types d'hôpitaux. D'un côté, des hôpitaux rémunérant mieux le corps médical et proposant systématiquement des chambres individuelles. De l'autre, des hôpitaux financièrement abordables, qui éprouvent des difficultés à attirer des médecins et des patients plus fortunés.

Les hôpitaux qui ont été construits grâce à des subventions de l'État, qui sont financés pour le traitement des patients et où travaillent des médecins dont les prestations sont, en grande partie, remboursées par la sécurité sociale, doivent offrir des soins médicaux identiques pour tous et financièrement accessibles à tous.

Dans certains hôpitaux, les suppléments d'honoraires constituent un réel risque financier pour les patients vulnérables.

La suppression des suppléments d'honoraires sur les prestations médicales en chambres communes et à deux lits est une bonne chose pour l'accessibilité à l'aide médicale spécialisée à l'hôpital. Il est cependant inacceptable que les revenus du médecin hospitalier soient actuellement subordonnés au choix de la chambre.

C'est pourquoi, nous plaidons en premier lieu en faveur d'une réévaluation sérieuse de la nomenclature, notamment pour une évaluation plus équitable des prestations intellectuelles, là où actuellement les prestations techniques sont parfois surévaluées. La ministre De Block a confié cette mission à l'INAMI.

Deuxièmement, nous plaidons en faveur d'une révision du système des suppléments d'honoraires. La ministre De Block a annoncé qu'elle souhaitait mettre fin aux suppléments d'honoraires, mais pour y parvenir, nous privilégions le modèle de la concertation. L'accord médico-mutualiste de 2016-2017, conclu le 21 décembre 2015, prévoit une discussion approfondie entre les médecins et les mutualités concernant les suppléments d'honoraires. Les hôpitaux ont également un rôle important à jouer dans cette discussion, vu qu'une partie de leur financement provient des honoraires via le système des prélèvements. Une limitation des suppléments d'honoraires a donc également un impact sur la contribution au financement hospitalier que les hôpitaux peuvent réclamer aux médecins. La stratégie développée doit en outre veiller à ce que les spécialistes restent motivés et continuent de s'engager à proposer des soins dans les hôpitaux, afin de ne pas créer une fuite vers les prestations de soins privés. Les économies imposées unilatéralement en octobre 2016 mettent en danger la pérennité de l'accord médico-mutualiste et des accords connexes. La MC plaide en faveur d'un débat sérieux et constructif concernant les suppléments, afin de conclure certains accords visant à protéger le patient, tout en respectant les besoins financiers objectifs des hôpitaux et une rémunération correcte des médecins. Une transparence totale des flux financiers constitue un élément essentiel pour parvenir à un meilleur système en tant que partenaires.

2. Une interdiction des suppléments d'honoraires sur les prestations techniques

Par « prestations techniques », nous entendons les prestations pour lesquelles aucun contact n'est établi avec le patient, et pour lesquelles le patient ne choisit donc pas lui-même son prestataire de soins (exemples typiques : prestations de biologie clinique et de radiologie). La facturation de ces suppléments d'honoraires ne cadre pas dans la logique d'une relation médecin-patient, et la pratique de ces suppléments est extrêmement variable d'un établissement à l'autre. Malheureusement, nous constatons à nouveau une augmentation inquiétante des suppléments d'honoraires pour ce type de prestations.

3. Garantie du libre choix du médecin quel que soit le type de chambre

En tant que mutualité, nous recevons régulièrement des messages de patients signalant qu'ils sont obligés de « choisir » une chambre individuelle s'ils veulent être traités par un médecin en particulier. Ceci est totalement inacceptable, le choix du type de chambre ne pouvant en aucun cas influencer la décision du médecin de soigner ou non, ou avoir un impact sur la disponibilité de celui-ci. L'Ordre des Médecins affirme que refuser de traiter un patient sur base de son choix de chambre va à l'encontre du code de déontologie

médicale (avis du 22 février 2014). La Commission fédérale des droits du patient a également estimé qu'un médecin ne peut influencer son patient en imposant certaines conditions aux traitements contre la volonté du patient (comme le choix d'une chambre individuelle) (avis du 24 octobre 2014).

4. Le développement de structures ambulatoires suffisantes pour compenser la réduction de la durée d'hospitalisation

La diminution de la durée du séjour peut former une évolution positive pour certains soins médicaux, s'ils peuvent être organisés de manière plus efficace et en conservant au moins la même qualité. Pour ce faire, il faut toutefois développer un nombre suffisant de dispositifs de soins ambulatoires adéquats, ce qui n'est pas encore le cas partout aujourd'hui. De même, nous devons mettre en garde le patient contre une hausse éventuelle de la facture ambulatoire, vu que les soins ambulatoires ne sont pas nécessairement moins chers que les soins hospitaliers et ne sont pas nécessairement proposés à un tarif meilleur marché. En outre, certains frais ne sont plus couverts par les assurances hospitalisation.

5. Une estimation des coûts pour les patients avant leur hospitalisation

La variation dans les factures pour le patient est énorme. Dans un hôpital classique, tous types de chambres confondus, 10% des patients paient moins de 50 euros, alors qu'une autre tranche de 10% doit débourser plus de 1.339 euros. Pour une hospitalisation sur cent, la facture s'élève même à plus de 6.615 euros. Pour éviter les surprises, il est donc souhaitable que les patients reçoivent, avant leur hospitalisation, une estimation des coûts, soit lors de la consultation, soit via un « simulateur de coûts » sur le site Internet de l'hôpital. Plusieurs hôpitaux mettent déjà à disposition un tel simulateur sur leur site Internet. La MC applaudit ces initiatives et encourage fortement les autres établissements à suivre cet exemple. L'article 8, §2 de la loi sur le droit des patients précise d'ailleurs que les répercussions financières de l'hospitalisation font partie des informations que le patient doit recevoir, afin de pouvoir donner son consentement éclairé quant aux soins qui lui seront prodigués.

6. Mutualisation des frais pour les médicaments non remboursés entre les patients hospitalisés, afin qu'aucun patient ne soit confronté à une mauvaise surprise

La MC plaide pour la mutualisation des frais pour les médicaments non remboursés. Chaque patient paierait ainsi un montant fixe de 32 euros par hospitalisation, quel que soit son usage réel des médicaments non remboursés. Cette forme de forfaitisation permettrait d'éviter aux patients une variation imprévisible du coût des médicaments non remboursés.

7. Une facture patient de maximum 200 euros pour une hospitalisation avec nuitée en chambre commune ou à deux lits

Sans suppléments d'honoraires, avec un matériel médical bien remboursé et des frais de médicaments non remboursés mutualisés, il devrait être possible de limiter à 200 euros la facture de chaque patient hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits, quel que soit l'hôpital. En 2015, grâce au mécanisme de protection du « maximum à facturer », seulement 12% (également 12% en 2014) des admissions en chambre commune ou à deux lits (soit un peu moins de 69.000 patients) ont généré une facture supérieure à 200 euros. Chaque patient serait ainsi assuré de ne pas avoir à débourser plus de 200 euros par admission.

8. Un financement correct et transparent des hôpitaux permettant une meilleure couverture des soins infirmiers et autres frais de personnel

La croissance des suppléments d'honoraires en chambre individuelle et la grande variation de ces suppléments entre hôpitaux et médecins suscitent des questions concernant les mécanismes du financement des hôpitaux. Quelle est la part des honoraires médicaux réellement nécessaire pour garantir le financement correct des hôpitaux ? La pression financière que subissent les médecins afin qu'ils contribuent au financement du fonctionnement de l'hôpital pousse certains spécialistes à s'installer en cabinet privé où ils fixent librement leurs honoraires.

Un financement plus correct et transparent des hôpitaux freinerait cette hausse continue des suppléments d'honoraires et la privatisation rampante de la médecine. La MC exige plus de clarté quant à l'affectation des suppléments d'honoraires. La part globale à charge des patients dans les recettes totales des hôpitaux augmente d'année en année et atteint aujourd'hui 10% de leur budget, soit plus de 1,7 milliard d'euros. Ce montant ne peut continuer d'augmenter, sans devenir une privatisation de fait. La réforme du financement des hôpitaux permettrait également de mettre fin à la hausse perpétuelle et artificielle du nombre d'admissions, permettant ainsi de retrouver une cohésion entre le nombre d'admissions et l'évolution réelle de la population et de son état de santé.

Le Plan d'approche du 24 avril 2015 de la ministre De Block constitue un premier pas important dans cette direction, en définissant un cadre de réforme sur la base des données des différents acteurs impliqués. Différentes études visant à réaliser un nouveau financement correct sont en cours, mais elles risquent de ne fournir que des résultats limités par manque de temps. Ces résultats doivent par ailleurs aussi être acceptés par les acteurs sur le terrain. Des efforts importants sont demandés aux hôpitaux dans le cadre des économies à réaliser pour 2017. Les hôpitaux sont sommés de rationaliser l'offre en formant des réseaux avec d'autres hôpitaux et ce, pour continuer de proposer des soins de qualité dans ce nouveau cadre organisationnel. La réglementation visant à réaliser des modifications est encore en cours d'élaboration. Une économie sur le financement solidaire des hôpitaux risque toutefois de transférer les coûts vers le patient individuel.

Littératie en santé et sources d'information

Hervé Avalosse, Rebekka Verniest, Sigrid Vancorenland – département R&D (ANMC)
Stijn De Cock – Service Promotion de la santé et de l'activité physique (ANMC)
France Gérard – Infor Santé (ANMC)
Sophie Cornerotte, Stephan Van den Broucke – UCL, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques

Résumé

Au cours du premier trimestre 2016, la MC, en collaboration avec l'UCL, a procédé à une enquête en ligne portant sur la littératie en santé et les sources d'information. Près de 5.711 personnes, membres de la MC, ont répondu au questionnaire. Après repondération sur l'âge, le sexe et la région, ils forment un échantillon représentatif de la population belge.
Les résultats conduisent à des conclusions frappantes :

- *Environ **quatre Belges sur dix ne disposent pas d'un niveau de compétence suffisant en matière de santé.** Le niveau de littératie en santé est limité pour trois Belges sur dix et il est même jugé insuffisant pour 15% de Belges. Ce résultat confirme largement celui obtenu lors d'une étude précédente menée en 2014.*
- ***95% des répondants cherchent de l'information sur la santé.** Le top 3 de ce qu'ils recherchent sont : des informations sur un mode de vie sain, sur les symptômes de maladies et sur les causes de maladies ou plaintes.*
- *Par ordre d'importance décroissant, les premières sources d'information en santé utilisées sont : **le médecin généraliste,** l'Internet, et la famille. A nouveau, l'étude souligne toute l'importance et la place centrale qu'occupe le médecin de famille.*
- *Même si **l'Internet** n'est pas forcément la première source d'information en santé pour tout le monde, c'est quand-même un **outil de recherche fort présent** : près de 89% de ceux qui cherchent de l'information en santé l'utilisent d'une façon ou d'une autre. Et ce sont les moteurs de recherche qui sont privilégiés. Le site de la MC apparaît en seconde position.*
- ***Une recherche d'information en santé n'est pas neutre**. Une proportion non négligeable (6 à 8%) de répondants qui cherchent de l'information en santé ont tendance à se diagnostiquer eux-mêmes, à se sentir anxieux et à reporter une consultation auprès de leur médecin, ce qui n'est pas forcément souhaitable.*

L'information en santé est abondante et fort complexe. Il est parfois difficile de la comprendre et de l'évaluer, ce qui peut avoir des conséquences sur la santé, surtout quand on interprète ou utilise mal une information de santé. Améliorer le niveau de compétence du public en la matière est certainement une mission pour les mutualités. La MC est bien présente et prend des initiatives.

Mots-clés : Littératie en santé (Health literacy), internet, niveau d'études, privation matérielle, sources d'information

1. Introduction

De plus en plus de patients prennent part activement aux décisions liées à leur santé et deviennent des 'patients éclairés'. Pour assumer ce rôle actif, différentes compétences sont nécessaires. Ces compétences sont l'essence même du concept de 'littératie en santé'. Ce concept est défini comme « la connaissance, la motivation et les compétences des individus **à accéder, comprendre, évaluer et utiliser** l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. »[1] (SØRENSEN K. et al., 2012). Etre un 'littéraire en santé' signifie donc bien plus que de disposer d'un savoir ou une connaissance en matière de santé. Il s'agit de compétences, de capacités à agir.

En 2014, une étude menée par la Mutualité chrétienne et l'UCL était la première à mesurer le niveau de littératie en santé dans la population belge[2], montrant que 4 belges sur 10 n'avaient pas un niveau de compétence suffisant en matière de santé. Bien que ces résultats étaient très semblables aux ceux d'autres pays européens, ils méritaient une confirmation. C'est pourquoi, en 2016, la MC et l'UCL ont organisé une nouvelle enquête. Au-delà de l'évaluation du niveau de littératie en santé, cette étude visait également à mieux savoir si le public interrogé recherche des informations en santé, sur quels thèmes, auprès de quelles sources, ainsi que ce qu'il pense de la fiabilité de ces sources et comment il les utilise.

2. Méthode

L'enquête a été réalisée durant les mois de mars et avril 2016, grâce à un questionnaire en ligne, entièrement anonyme, en français et néerlandais. Ce questionnaire a été élaboré par les chercheurs de l'UCL et relu par les services de promotion de la santé de la MC ainsi que par le département R&D. Près de 100.000 membres de la MC, de 18 ans et plus, ont été contactés[3] afin de participer à cette étude. Ils formaient, au départ, un échantillon représentatif de la population belge.

Au total, 7.197 personnes ont répondu au questionnaire. Après l'élimination de ceux et celles qui n'avaient répondu qu'à quelques questions, 5.711 répondants ont été conservés. Du fait que les jeunes adultes étaient insuffisamment représentés parmi les répondants, on a procédé à une repondération sur l'âge, le sexe, et la région. Après cette repondération, les 5.711 répondants donnent une image représentative de la population belge, ce qui garantit la robustesse des résultats.

3. Résultats

3.1. Niveau de littératie en santé

Le questionnaire comportait 16 questions[4] destinées à mesurer la littératie en santé, permettant de calculer un score final entre 0 et 16. Sur la base de ce score, 3 niveaux de compétences en santé peuvent être différentiés : « insuffisant » pour un score de 0 à 8, « limité » pour un score de 9 à 12 et « suffisant » pour un score de 12 et plus.

Globalement, **environ six Belges sur dix (57%) disposent d'un niveau de compétence suffisant en matière de santé**. Le niveau de littératie en santé est limité pour trois Belges sur dix (28%) et il est même insuffisant pour 15% de Belges. Donc, au total, près quatre Belges sur dix en savent trop peu en matière de santé …

Ce résultat confirme largement celui qu'on avait obtenu lors de la première étude menée en 2014. Il place la Belgique au même niveau que d'autres pays européens, comme le montre l'European Health Literacy Survey (HLS-EU), qui a mesuré, en 2011, le niveau de littératie en santé dans 8 pays européens (l'Autriche, la Bulgarie, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas, la Pologne et l'Espagne). Selon cette étude, portant sur 8.000 européens, 12% des répondants ont des compétences insuffisantes, 35% des compétences limitées, et seuls 53% disposent d'un niveau suffisant de littératie en santé. Or, même si les résultats belges sont comparables aux autres pays européens[5], ils nous placent aussi assez loin derrière nos voisins des Pays-Bas. En effet, dans l'étude européenne, 75% des Néerlandais ont un niveau de compétence suffisant en santé.

1 SØRENSEN K., VAN DEN BROUCKE S., FULLAM J., DOYLE G., PELIKAN J., SLONSKA Z., BRAND H., FOR (HLS-EU) CONSORTIUM HEALTH LITERACY PROJECT EUROPEAN. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health 2012* ; 12-80.

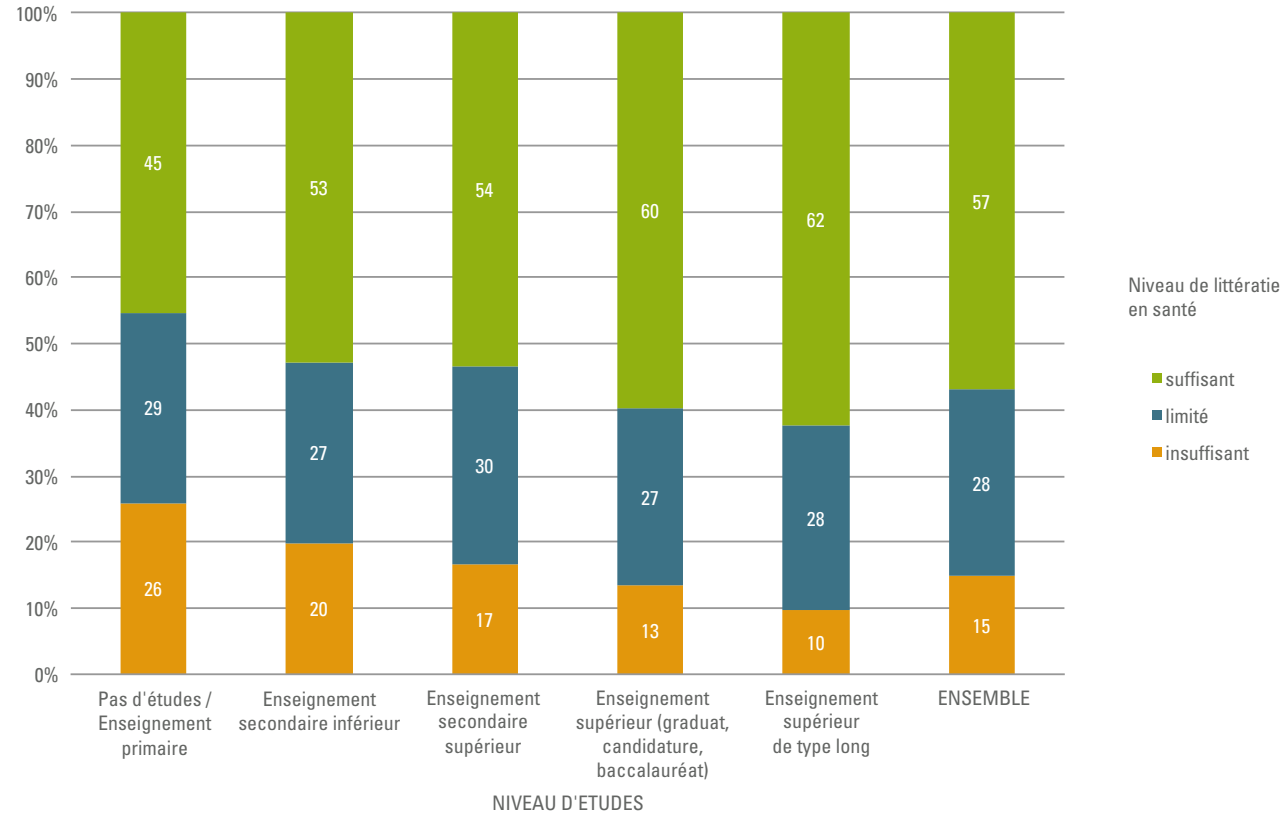
2 Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M, Van den Broucke S, Renwart A, Rummens G, Gérard F. 2014. Bilan des connaissances des Belges en matière de santé. *MC-Informations*. 258 : 48-55.

3 Les personnes contactées figurent dans le stock d'adresses e-mail disponibles, transmises dans le cadre des 'services et avantages'(avec opt-in).

4 Exemples : A quel point trouvez-vous facile ou difficile de trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ? de suivre les instructions de votre médecin ou votre pharmacien ? Ces 16 questions forment la version courte du questionnaire qui a servi à l'étude européenne HLS-EU. Voir : http://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu.

5 Résultats également comparables à ceux obtenus au Canada où environ 60% des adultes ont un faible niveau de littératie en santé. Source : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php .

Figure 1 : Niveau de littératie en santé selon le niveau d'études (en %)



Pour les répondants à notre étude, examinons comment le niveau de littératie en santé varie selon divers critères d'analyse. On peut observer des différences selon le niveau d'études, la région, l'âge, l'état de santé.

Le **niveau de formation** a une grande influence sur le niveau de compétence en santé (voir Figure 1). En effet, 45% des personnes qui n'ont qu'un diplôme de l'enseignement primaire disposent d'un niveau suffisant de littératie en santé, contre 62% chez les personnes qui ont une formation universitaire. On retrouve aussi ce clivage social au niveau d'un indicateur de privation matérielle. Cette notion était mesurée dans le questionnaire par le fait de ne pas avoir les moyens de s'offrir certaines choses figurant sur une liste de 9 items[6]. Près de 5% de nos répondants peuvent être considérés comme étant en situation de privation matérielle. La proportion de ces personnes avec un niveau suffisant de compétences en santé est plus faible : 46%, par rapport à 58% pour ceux et celles qui ne vivent pas en situation de privation matérielle.

On observe des différences régionales. Ainsi, les répondants résidant en Région flamande et à Bruxelles ont un meilleur niveau de littératie en santé que ceux qui résident en Wallonie. Pour les Wallons, le pourcentage de répondants ayant un niveau suffisant est de 47%, bien inférieur à celui observé en Flandre et à Bruxelles (voir Figure 2).

Si on ne remarque pas de **différence importante** selon le sexe, on voit toutefois **un effet d'âge**. Dans les groupes d'âge de 18 à 74 ans, le pourcentage de répondants ayant un niveau suffisant de compétences en santé oscille autour de 60% (de 55 à 61%). Par contre, pour les 75 ans et plus, ce pourcentage est nettement inférieur : 46%. (voir Figure 3).

Les différences sont bien marquées selon **l'état de santé** des répondants. On peut le mettre en évidence de diverses façons : selon l'état de santé déclaré, l'indice de masse corporelle, la fréquence de contact avec le médecin généraliste.

6 Sont considérées en situation de privation matérielle les personnes vivant dans un ménage ne pouvant pas se permettre financièrement quatre des éléments suivants : (1) payer des factures à temps, (2) s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile, (3) s'offrir un repas composé de viande, de poulet ou de poisson tous les deux jours au moins, (4) faire face à une dépense imprévue, (5) posséder un téléphone, (6) posséder une télévision couleur, (7) posséder un lave-linge, (8) posséder une voiture personnelle et (9) chauffer convenablement son domicile.

La définition de la privation matérielle provient de :

http://statbel.fgov.be/fr/binaries/COMMUNIQU%C3%89%20DE%20PRESSE%20privation%20mat%C3%A9rielle%20SILC2015_tcm326-277076.pdf .

Figure 2 : Niveau de littératie en santé selon la région (en %)

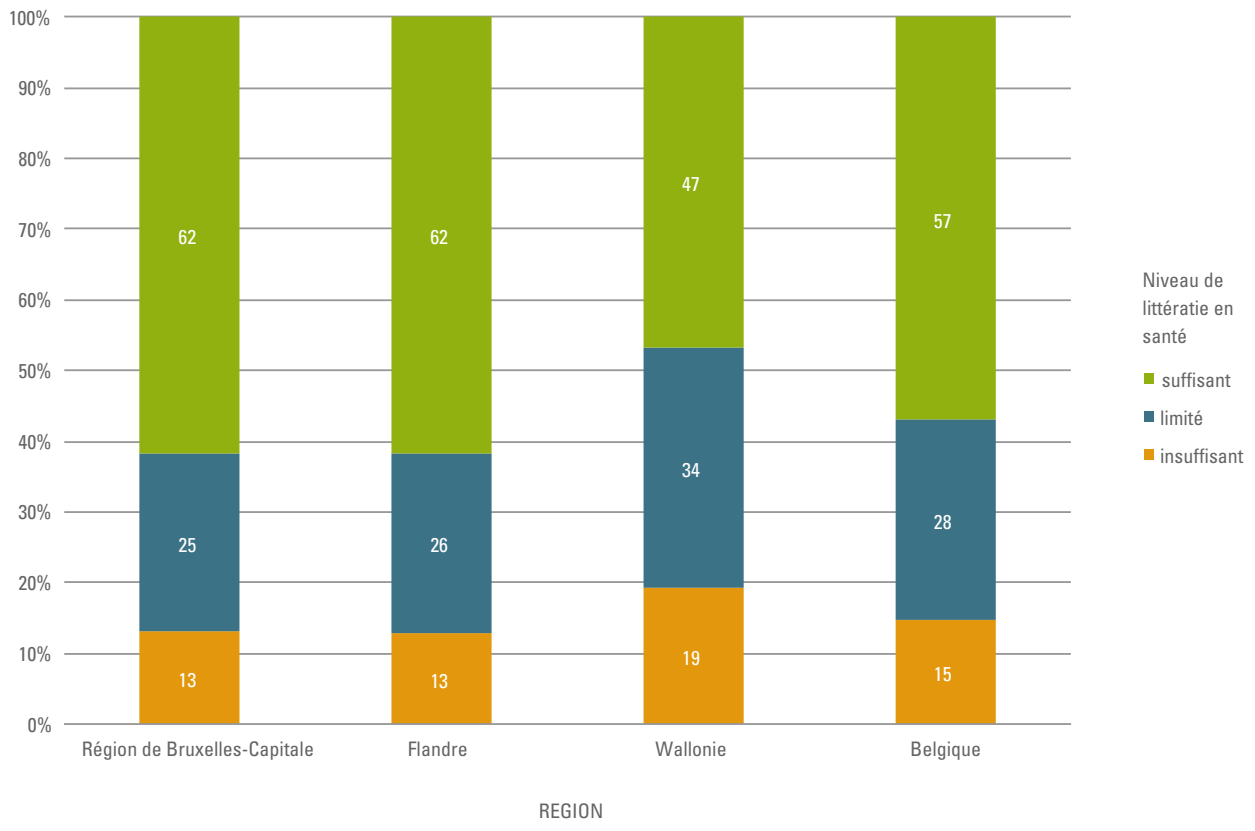


Figure 3 : Niveau de littératie en santé selon l'âge (en %)

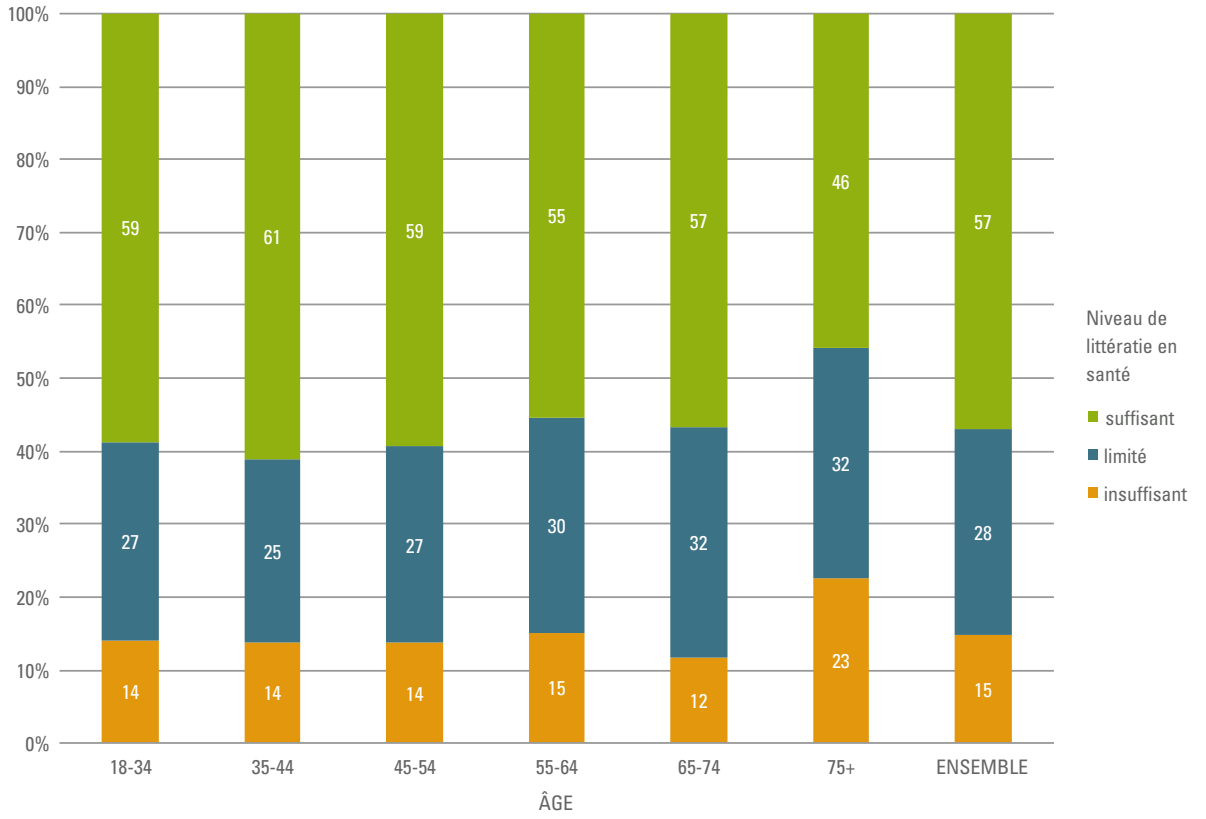


Figure 4 : Niveau de littératie en santé selon l'état de santé déclaré (en %)

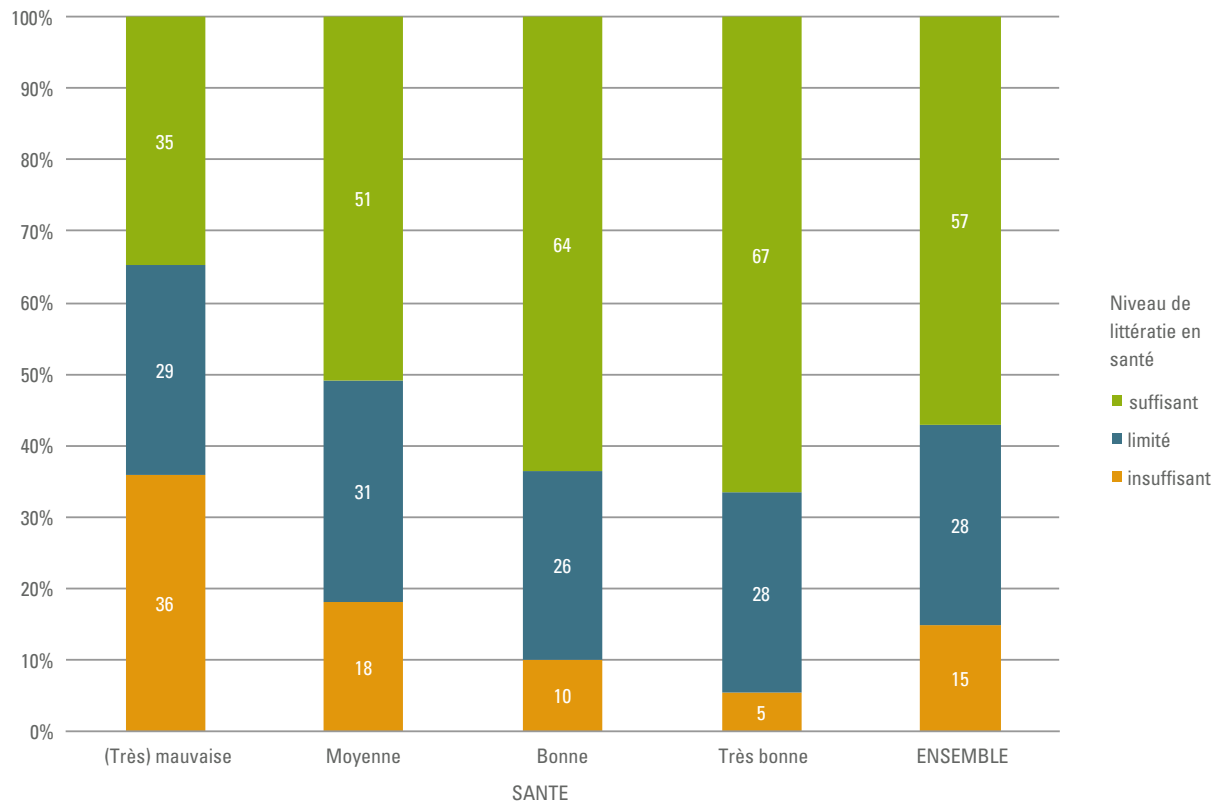


Figure 5 : Niveau de littératie en santé selon la fréquence de contact avec un médecin généraliste (en %)

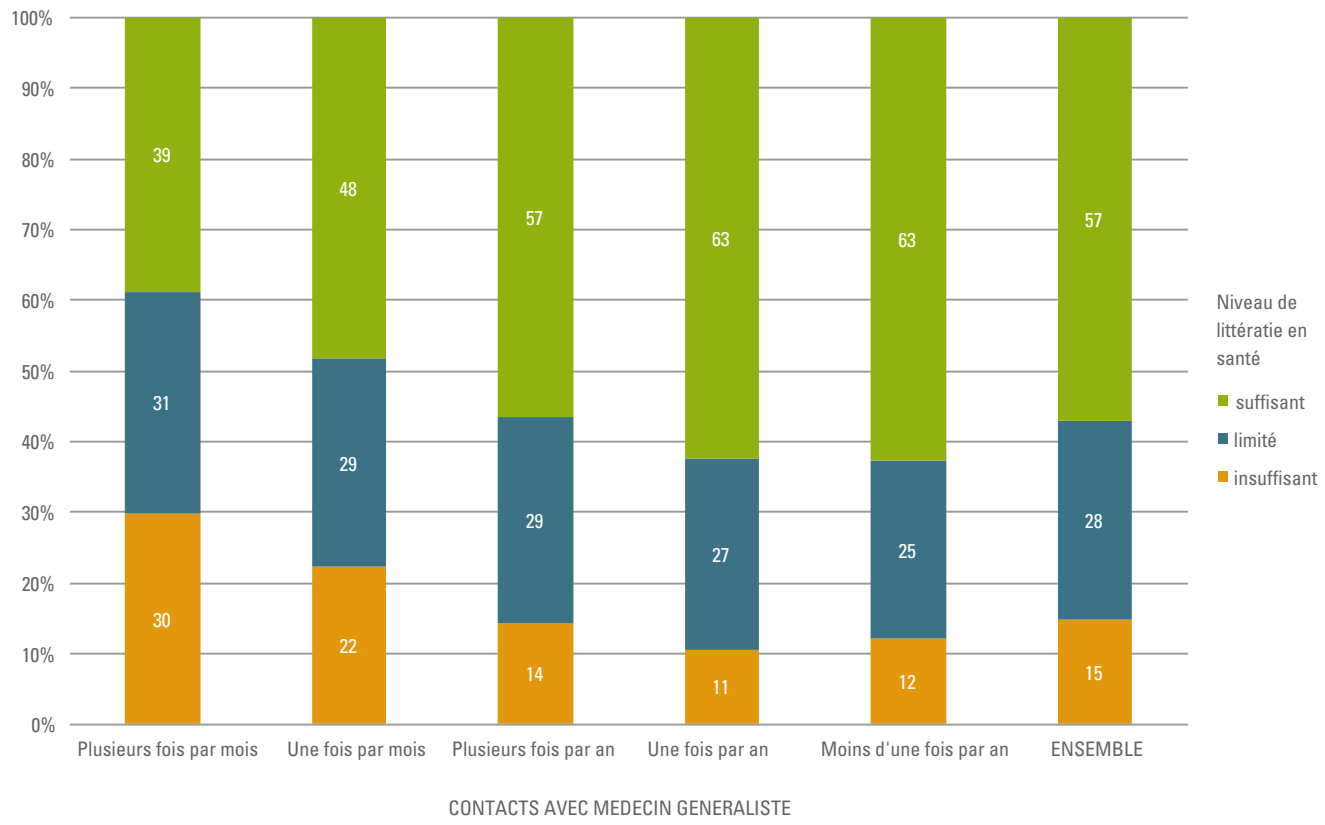


Tableau 1 : « Sur quels sujets avez-vous déjà recherché des informations ? » (en %)

	JAMAIS	PARFOIS	RÉGULIÈ-REMENT	SOU-VENT	RÉGULIÈREMENT + SOUVENT
Mode de vie sain (alimentation, activité physique, arrêter de fumer...)	17	42	29	13	42
Symptômes d'une maladie ou plaintes	10	58	24	8	32
Causes de maladies ou de plaintes	13	56	23	8	31
Traitement d'une maladie spécifique	14	55	22	9	31
Éventuels effets secondaires de médicaments	29	42	21	8	30
Utilisation correcte de médicaments	31	40	22	7	29
Choix d'un prestataire de soins (p. ex. médecin, kinésithérapeute...)	30	46	19	5	24
Éventuels risques de traitements	28	48	18	6	24
Vos droits dans l'assurance maladie (sécurité sociale), tels que le droit à l'intervention majorée ou à un remboursement spécifique	35	43	17	5	22
Mesures de prévention (vaccination, dépistage, soins dentaires préventifs...)	35	46	15	4	19
Vos droits en tant que patient	44	37	14	5	19
Les traitements alternatifs (p. ex. homéopathie, phytothérapie, acupuncture, etc.)	49	34	11	6	17
Le choix d'un établissement de soins (p. ex. hôpital)	44	40	12	4	16
Organisations de patients	72	21	5	2	7

Par rapport à l'état de santé déclaré par les répondants (voir Figure 4) : 35% de ceux et celles qui déclarent leur santé 'mauvaise' à 'très mauvaise' ont un niveau suffisant de littératie en santé. Par contre, pour les répondants qui disent avoir une 'bonne' ou 'très bonne' santé, ce pourcentage est, respectivement de 64% et 67%.

Quant à l'indice de masse corporelle, on observe que la proportion des personnes en sous-poids (BMI[7]<18,5) ou obèse (BMI>=30) avec un niveau suffisant de littératie en santé est plus faible que la moyenne : respectivement 49% et 52%.
Et, selon la fréquence de contact avec le médecin généraliste, on observe que plus cette fréquence est élevée, plus le niveau de littératie diminue (voir Figure 5). Pour les personnes qui consultent plusieurs fois par mois leur médecin généraliste, 39% d'entre elles disposent d'un niveau suffisant de compétences en santé. Par contre, pour ceux et celles qui consultent (moins d') une fois par an, ce pourcentage est nettement plus élevé : 63%.

3.2. La recherche et les sources d'information en santé

Par informations en santé, on vise les informations en rapport avec les problèmes de santé, les traitements, les contacts avec les professionnels de santé, mais aussi la prévention et le bien-être. Les répondants de l'enquête sont 95% à chercher ce type d'informations. Evidemment tout le monde ne cherche pas avec la même intensité : près de 54% des répondants cherchent 'occasionnellement', 29% 'régulièrement' et 12% 'souvent'.

Quand on cherche de l'information en santé, sur quels sujets plus précisément ? Au Tableau 1, nous reprenons les répondants qui cherchent bien de l'information en santé, les sujets recherchés étant classés selon que la fréquence de recherche se fait 'régulièrement' ou 'souvent' (dernière colonne du tableau). **Le top 3 des sujets recherchés sont : les informations sur un mode de vie sain, sur les symptômes et sur les causes de maladies ou plaintes**. Les sujets moins fréquemment recherchés sont les informations relatives aux thérapies alternatives, au choix d'un établissement de soins et aux associations de patients.

Quant aux motivations à l'origine d'une recherche d'information, les deux premières motivations mises en avant sont : le fait d'avoir ainsi **plus de contrôle sur sa propre santé** et **connaître les expériences d'autres personnes** vivant des situations similaires (voir Tableau 2). On remarque aussi une proportion non négligeable (de 9 à 13%) de répondants pour lesquels il s'agit de compenser, 'régulièrement' ou 'souvent', un **oubli**, un **manque** ou une incompréhension par rapport aux informations

7 Body Mass Index ou indice de masse corporelle : calculé en divisant le poids (exprimé en kg) par le la taille (exprimé en mètre) au carré. Source : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html .

Tableau 2 : « Pourquoi avez-vous recherché des informations sur la santé ? » (en %)

	JAMAIS	PARFOIS	RÉGULIÈ-REMENT	SOUVENT	RÉGULIÈREMENT + SOUVENT
Cela me permet de mieux contrôler ma santé	25	44	23	8	31
Je voulais connaître l'expérience d'autres personnes dans la même situation que moi	29	45	19	7	26
Pour bien me préparer avant de me rendre à la consultation chez mon médecin ou un autre prestataire de soins	30	48	17	6	22
J'avais besoin d'un second avis	41	41	14	4	18
Je ne me souvenais pas de tout ce que mon médecin a dit	47	41	10	2	13
Mon médecin me donne trop peu d'informations	58	32	7	3	10
Je n'avais pas bien compris ce que mon médecin a dit	57	34	7	2	9

transmises par le médecin. Quant aux deux dernières raisons, elles sont bien plus présentes chez ceux qui ont un très faible niveau d'instruction (respectivement 16% et 22%) ou vivent en situation de privation matérielle (respectivement 15% et 23%).

Certaines sources d'information sont clairement privilégiées. Pour près de 55% des répondants, **la première** source est le **médecin généraliste**. On voit, à nouveau, toute l'importance et la place centrale qu'occupe le médecin de famille. L'Internet vient en seconde position (28%), la famille en troisième (5%). D'autres sources qui sont sollicitées sont le médecin spécialiste (4%) et le pharmacien (2%).

Le niveau de 'confiance' exprimé par les répondants envers les différentes sources possibles n'est pas le même (Figure 6). D'une façon générale, elle est très grande vis-à-vis des médecins généralistes, spécialistes et pharmaciens. Elle est moindre vis-à-vis de la famille et de l'Internet. Globalement, pour ce dernier, seulement 29% des répondants ont 'beaucoup' ou 'totalement' confiance. Mais si on se limite à ceux et celles qui ont sélectionné l'Internet comme étant la première source d'information consultée, le niveau de confiance augmente : 48% d'entre eux ont 'beaucoup' ou 'totalement' confiance. Cela dit, même si c'est leur source privilégiée, 51% de ces répondants n'ont qu' 'un peu' confiance en Internet. C'est assez rassurant : ils ont bien un regard critique, savent que toutes les informations qu'on peut trouver sur l'Internet ne sont pas forcément fiables.

Un résultat frappant est que **les sources d'information privilégiées par les répondants varient avec l'âge** (voir Figure 7). Le médecin de famille est la première source d'information dans toutes les tranches d'âge sauf celle des 18-34 ans. Et, plus on avance en âge, plus l'importance du médecin de famille comme première source est croissante. Par contre, pour les 18-34 ans, c'est l'Internet qui est la première source préférée (42%), devant le médecin généraliste. Si les 35-44 ans sont encore près de 35% à citer l'Internet comme première source d'information, la fréquence du web comme première source diminue rapidement avec l'âge. Par rapport au médecin et à l'Internet, la famille apparaît plutôt 'marginale' comme première source d'information, sauf dans la tranche 18-34 ans ou 14% la mentionnent. Mais ce pourcentage diminue très vite avec l'âge.

Il y a également une **influence du niveau d'études** sur les sources d'information privilégiées : comme on peut le constater à la Figure 8, au fur et à mesure que le niveau d'études augmente, l'importance de l'Internet comme première source d'information augmente, ainsi que celle de la famille. Ainsi, pour les répondants qui ont suivi des études de l'enseignement supérieur de type long, l'Internet constitue la première source d'information pour 37% d'entre eux. Cela dit, quel que soit le niveau d'études, c'est bien le médecin généraliste qui reste la première source d'information, avec toutefois une fréquence décroissante en fonction du niveau d'études.

D'une façon générale, l'Internet est un outil de recherche fort présent : près de 89% de ceux qui cherchent de l'information en santé l'utilisent d'une façon ou d'une autre. Ce dernier résultat est peut-être biaisé du fait de la méthode d'enquête : le questionnaire étant en ligne, par définition tous les répondants étaient informatiquement équipés. Mais pas tant que cela, car le taux d'équipement des ménages belges est très élevé. D'après le SPF Economie[8], 82,1% des ménages en Belgique possèdent au moins un ordinateur et 81,8% disposent d'une connexion internet. Les Belges vivent vraiment à l'heure de la société de l'information[9]!

8 Source : http://economie.fgov.be/fr/consommateurs/Internet/ICT_en_chiffres/ .

9 Il reste bien une fracture numérique : en 2015, 13% des Belges entre 16 et 74 ans n'ont jamais utilisé Internet. Il s'agit de ménages avec de faibles revenus, de personnes plus âgées, de personnes avec un niveau d'études plus faible.

Source : http://economie.fgov.be/fr/binaries/Barometre_de_la_societe_de_l_information_2016_tcm326-278973.pdf, page 34.

Figure 6 : « Dans quelle mesure vous fiez-vous aux sources d'information suivantes en matière de santé ? » (en %)

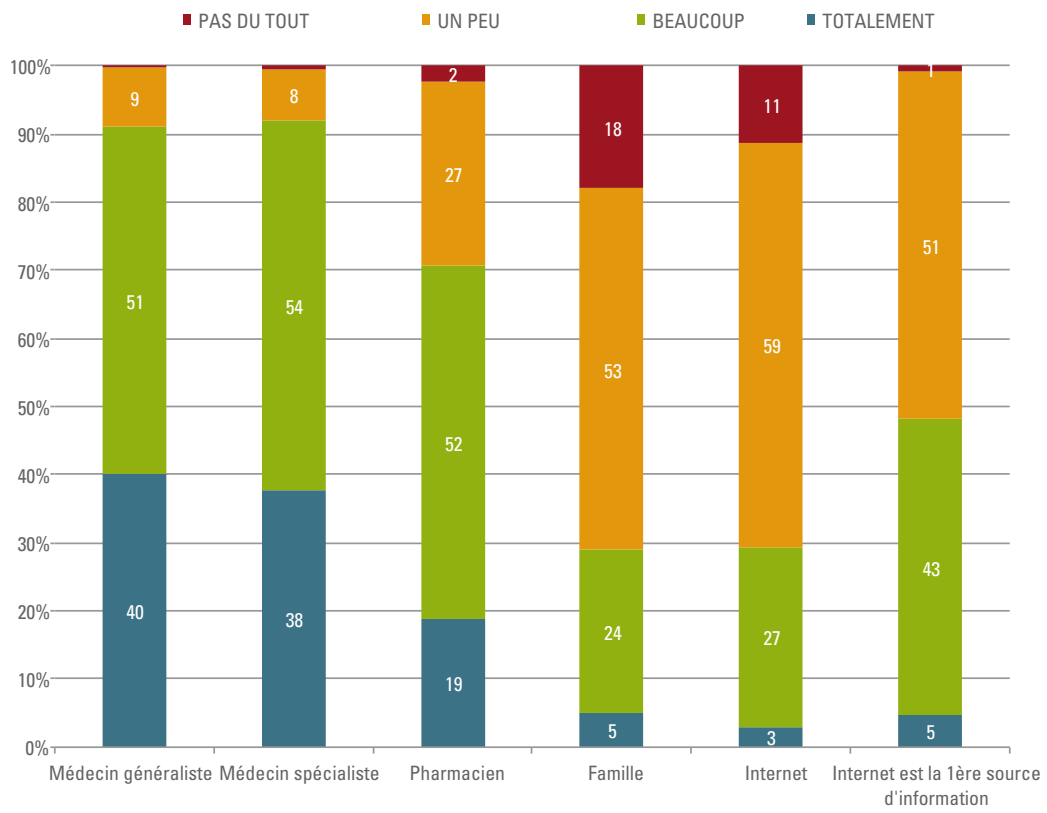


Figure 7 : « Quand vous avez des questions en matière de santé, quelles sources d'information consultez-vous en premier lieu ? » – Top 3 en fonction de l'âge (en %)

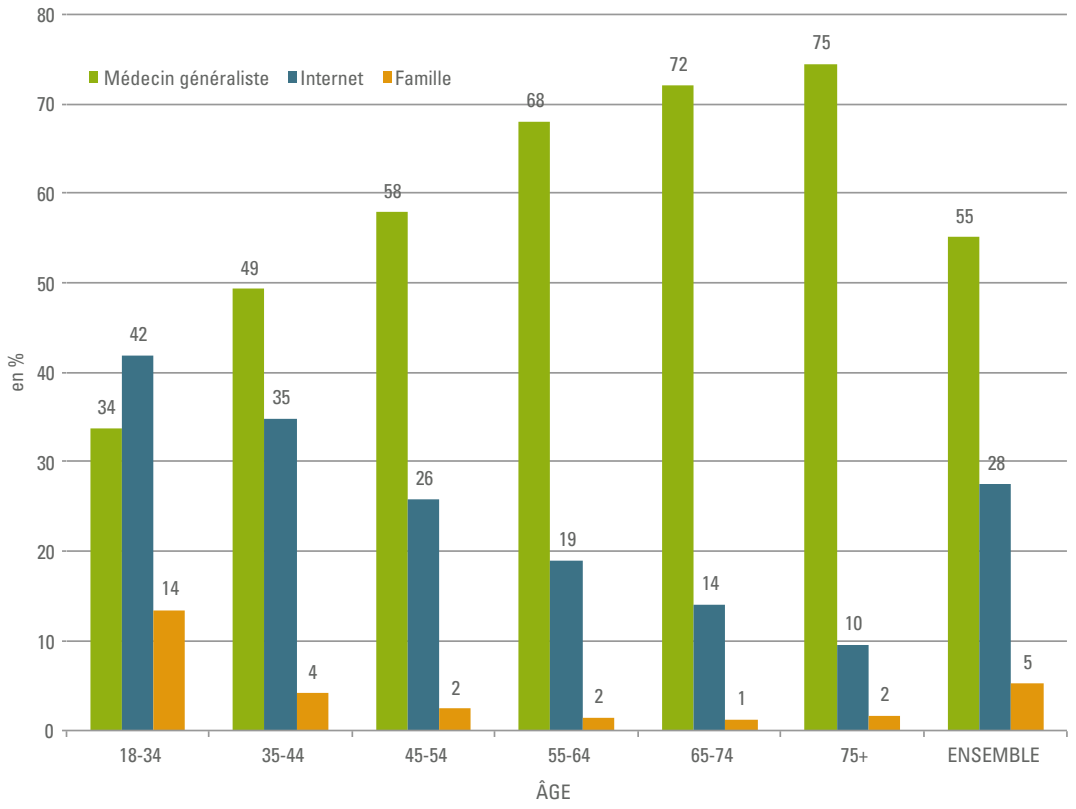


Figure 8 : « Quand vous avez des questions en matière de santé, quelles sources d'information consultez-vous en premier lieu ? » – Top 3 selon le niveau de formation (en %)

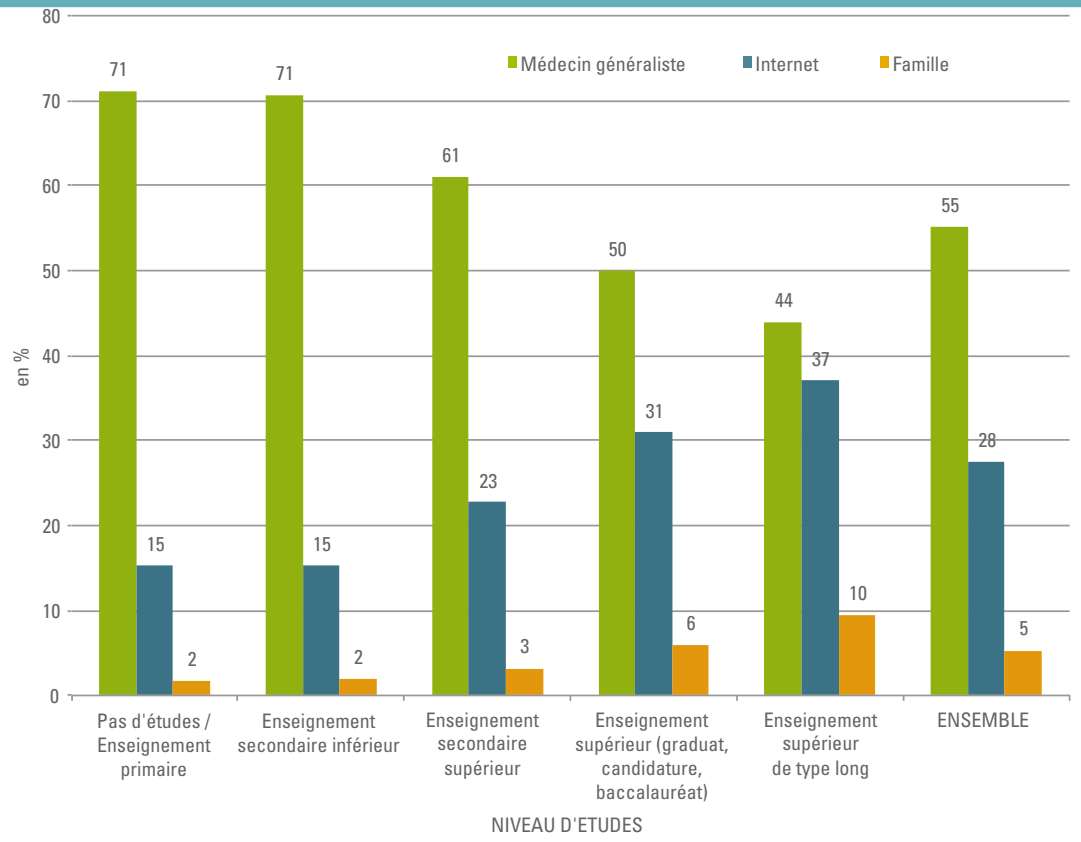


Figure 9 : « Sur quels sites Web recherchez-vous des informations en matière de santé ? » (en %)

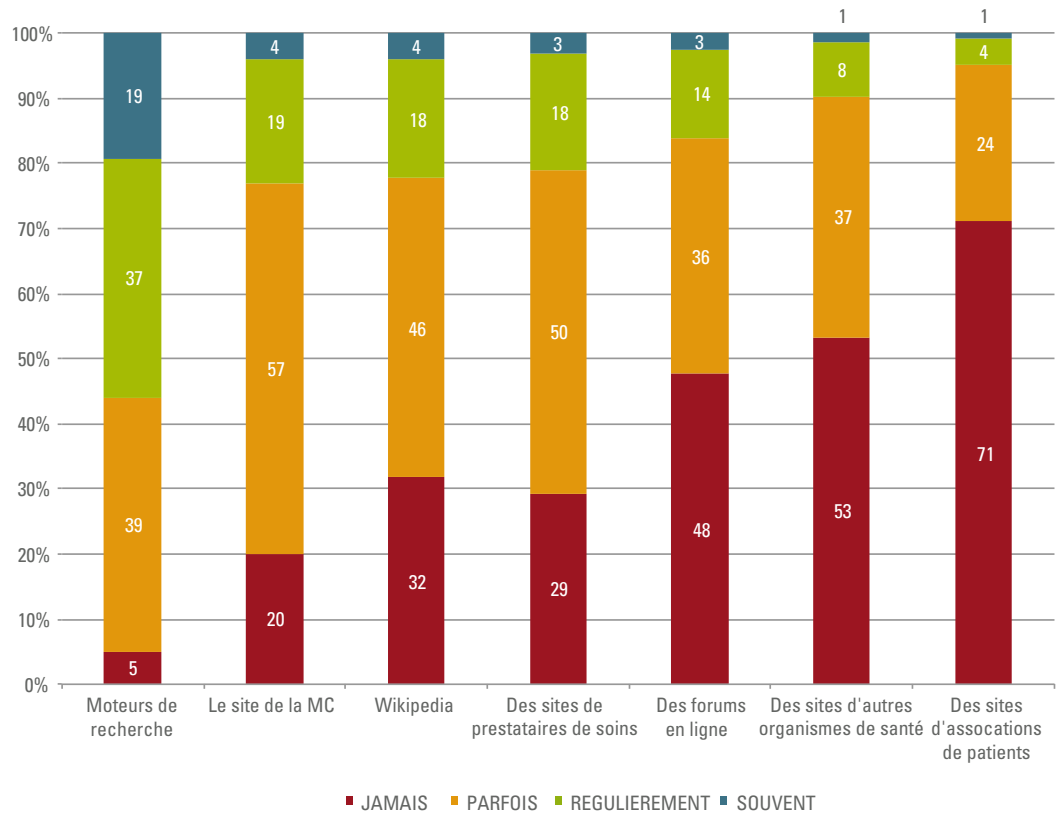


Tableau 3 : « Quelles sont les conséquences de votre recherche d'informations en matière de santé ? » (en %)

	JAMAIS	PARFOIS	RÉGULIÈRE-MENT	SOUVENT	RÉGULIÈREMENT + SOUVENT
Je consulte mon médecin traitant	8	39	36	17	53
Ces informations m'ont rassuré(e)	10	63	24	4	28
Je consulte mon pharmacien	29	49	17	6	22
Je pose mon propre diagnostic	56	36	7	2	8
La lecture des informations m'angoisse	43	49	6	2	8
Je reporte les consultations chez mon médecin	72	22	5	1	6

Et, quand on est en recherche d'information en santé, comme on le voit à la Figure 9, les sites les plus fréquemment consultés sont **les moteurs de recherche**. Notons également que le **site de la MC** et les sites de prestataires de soins (généraliste, spécialiste, hôpital, ...) sont également bien positionnés.

Chercher de l'information en santé n'est pas neutre, elle entraîne certaines conséquences. Et elles sont parfois frappantes. Ainsi, près de 19% des répondants ne parlent jamais de l'information sur la santé qu'ils ou elles ont trouvée auprès d'un professionnel de la santé. En revanche, comme on le voit au Tableau 3, la très grande majorité des répondants a plutôt tendance à consulter son médecin. Notons malgré tout une proportion non négligeable de répondants (de 6 à 8%) qui se diagnostiquent eux-mêmes, se sentent anxieux, prennent le risque de reporter une consultation auprès de leur médecin, ce qui n'est pas souhaitable. Et, ici, un clivage social apparaît à nouveau : le pourcentage de répondants qui disent reporter 'régulièrement' ou 'souvent' une consultation est plus élevé chez ceux qui ont seulement un diplôme de primaire (14,5%) ou sont soumis à privation matérielle (9%).

4. Un axe d'actions pour la MC

Depuis longtemps, la MC prend de nombreuses initiatives relatives à la promotion de la santé et entend bien poursuivre ses efforts afin d'améliorer les connaissances et compétences en santé du public. Avec 4 Belges sur 10 qui ont des compétences limitées ou insuffisantes en matière de santé, il y a encore du travail à faire ! Et il s'agit bien d'une mission fondamentale, car de bonnes compétences en santé ont des conséquences positives par rapport aux comportements liés à la santé, comme l'alimentation équilibrée, l'activité physique, la consommation d'alcool, la prise de médicaments ou encore la participation au dépistage et l'autogestion de soins chez des malades chroniques. La MC souligne le fait que la mutualité doit évoluer vers le concept de 'mutualité santé' et se profiler comme « une source fiable de conseils et d'informations sur la santé, l'initiatrice et le soutien d'une multitude de projets qui favorisent la bonne santé de tous, au quotidien »[10].

Sans compter les publications (presse mutualiste, brochures, e-zine, …), les séances, cours et sessions d'information régionales, le site de la MC regorge d'informations relatives à la santé, aux maladies et traitements, ainsi que des conseils liés à la prévention. Ces informations sont validées par des experts et régulièrement actualisées.

De plus, ces dernières années, des points d'information 'malades chroniques' ont été mis en place (avec, du côté francophone, l'organisation d'un chat mensuel). Des outils ont été développés, par exemple, du côté francophone : www.jepenseaussiamoi.be, ainsi qu'une plateforme sur l'incapacité de travail. Du côté néerlandophone, 'Victor', le coach de santé en ligne, a été lancé au printemps 2017 (www.cm.be/victor).

10 Hermesse J. 2016. Un Pacte est un engagement mutuel ! Editorial d'En marche, édition du 1er décembre 2016

Toujours du côté néerlandophone, et pour inciter le public à évaluer les informations en matière de santé de manière (plus) critique, la MC a lancé la campagne « Foute informatie schaadt de gezondheid » en Flandre et à Bruxelles le 21 novembre 2016[11]. Les mythes sur la santé constituent le fil rouge de la campagne. Des vidéos ludiques ont été développées dans le cadre de la campagne, de même qu'un dépliant accessible permettant aux lecteurs d'analyser les informations de santé d'un œil critique à l'aide de sept questions. Ces sept questions sont énumérées ci-après. La MC attire également l'attention sur ce thème en ligne. Par ailleurs, des conférences de Marleen Finoulst, des sessions d'information locales et des actions publiques durant des événements sont organisées dans toute la Flandre.

Ne vous laissez pas piéger : lisez et cliquez intelligemment en vous posant 7 questions

Des informations sur la santé sont disponibles partout : sur Internet, dans le journal, les magazines. Mais que pouvez-vous encore croire ? Évaluer les informations en gardant sept questions intelligentes à l'esprit fera du bien à votre santé.

1. Qui ?
Qui prend la parole ?
✓ Est-ce un professeur ou un expert ? Cette personne travaille-t-elle pour une université ou un organisme de santé fiable ?
✗ S'agit-il d'une personne qui se fait passer pour un expert, mais qui en fait n'a rien à voir avec la santé ?

2. Quoi ?
Quel est le véritable message ?
✓ Lisez toujours l'article complet.
✗ Ne vous laissez pas piéger par des en-têtes ou des photos à sensation.

3. Où ?
Où lisez-vous les informations ?
✓ Sur le site Web d'une organisation fiable ou dans une revue fiable ? Vérifiez toujours qui sont les auteurs ou les initiateurs sur un site Web.
✗ Sur un site Web non fiable débordant de publicités ou dans une revue à sensation pure ?

4. Quand ?
Quand le texte a-t-il été rédigé ?
✓ S'agit-il d'un texte récent ou d'une étude récente ? La science évolue sans cesse.
✗ S'agit-il d'informations obsolètes ?

5. Pourquoi ?
Dans quel but ce texte a-t-il été rédigé ?
✓ L'objectif est-il d'informer correctement ou de sensibiliser le public ? Veut-on mettre en exergue une nouvelle étude fiable ?
✗ Souhaite-t-on uniquement faire de la publicité pour certains produits (p. ex. des suppléments alimentaires) ?

6. Comment ?
Comment arrive-t-on à la conclusion ?
✓ Sur la base d'une étude fiable ?
✗ Après une enquête auprès d'une poignée de personnes ? S'agit-il d'un avis ou d'une idée ?

7. Crédible ?
✓ Écoutez votre bon sens.
✗ Est-ce trop beau pour être vrai ? Dans ce cas, ce n'est généralement pas vrai.

11 La campagne « Foute informatie schaadt de gezondheid » (Des informations erronées nuisent à la santé) a été développée en collaboration avec Marleen Finoulst et « Gezondheid & Wetenschap ». Pour en savoir plus, surfez sur www.cm.be/gezondheidsinfo.

Marleen Finoulst est médecin et rédactrice en chef de Bodytalk. Elle est également la coordinatrice de « Gezondheid en Wetenschap ».

www.gezondheidenwetenschap.be est un site Web indépendant consacré à la santé, qui se base sur des études scientifiques sérieuses ou l'Evidence-Based Medicine (EBM). Le site Web est une initiative du Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam), financé avec le soutien de la Communauté flamande.

Recommandations et réflexions après l'étude sur « La situation financière et sociale des invalides »

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Rebekka Verniest – département R&D
Avec nos remerciements à Alexandra Deschauwer (service Indemnités) et Etienne Laurent (Direction médicale)

Résumé

L'étude sur « La situation financière et sociale des invalides » a mis en lumière plusieurs problèmes. Les malades de longue durée ont toujours autant de difficultés à joindre les deux bouts. En outre, seule une minorité se considère en mesure de reprendre le travail. Ces résultats ont été présentés à la presse nationale le 14 octobre 2016. Plusieurs recommandations ont également été formulées lors de cette conférence de presse.

La première recommandation consiste à augmenter les indemnités jusqu'au niveau de sécurité d'existence. Les indemnités doivent permettre aux malades de longue durée de participer dignement à la vie en société.

La deuxième recommandation consiste à se pencher sur les facteurs qui expliquent la hausse du nombre d'invalides ces dernières années. Cet article accorde une attention particulière à ces facteurs explicatifs. La hausse n'est pas attribuable aux invalides eux-mêmes, mais résulte d'une conjonction de mesures politiques, de phénomènes sociologiques et de données épidémiologiques. Une projection prudente nous apprend que, si la politique ne change pas, nous serons confrontés d'ici 2022 à 516.000 malades de longue durée.

La troisième recommandation montre comment nous pouvons inverser cette évolution en investissant davantage dans la prévention de l'incapacité de travail, notamment en nous penchant sur les conditions de travail physiques et psychosociales et en aménageant les fins de carrière.

La conférence de presse ne met pas un point final à cette étude. Elle constitue au contraire le point de départ d'une discussion et d'un débat sur les résultats de la recherche, afin de développer plus en détail et de peaufiner les recommandations. Ces discussions ont notamment mis en exergue la nécessité de remplacer le terme « invalides » et de briser l'isolement des malades de longue durée. En ce qui concerne la reprise du travail, la nécessité d'un accompagnement transversal des invalides par la mutualité a été soulignée. Le gouvernement doit également développer un nombre suffisant d'adaptations structurelles du travail visant à faciliter la reprise du travail, et mieux les faire connaître. Dans le domaine de la reprise du travail, il reste encore un long chemin à parcourir pour les employeurs, qui doivent proposer plus de chances de réinsertion aux malades de longue durée. Enfin, l'aspect volontaire revêt une importance capitale pour une reprise du travail réussie.

Les résultats, les recommandations et les discussions démontrent qu'il reste encore du pain sur la planche pour améliorer la situation des malades de longue durée, au niveau de leur situation financière, sociale ou professionnelle. La MC continuera d'y veiller, d'y contribuer et d'attirer l'attention sur ce thème.

Mots-clés : invalides, reprise du travail, solutions, macro-analyse

Introduction

Dans le précédent numéro de MC-Informations, nous avons présenté les résultats de l'étude sur la situation financière et sociale des invalides[1]. Pour ces derniers la vie est vraiment difficile : leur état de santé est nettement dégradé, leurs moyens disponibles pour vivre bien diminués, au point que 50 % d'entre eux ne parviennent pas à nouer les deux bouts, que le renoncement aux soins ou aides nécessaires à la santé (pour la personne invalide ou pour un membre de son ménage) soit fréquent à raison de 44 %. Et quand ils envisagent leur avenir, bien peu se sentent en état de reprendre le travail (8 % se donnent des chances, 16 % sont pessimistes).

Ces résultats est bien d'autres encore ont été présentés lors d'une conférence de presse le 14 octobre 2016 et ont fait l'objet d'un communiqué. Ils ont également été présentés, à diverses occasions, à ceux-là mêmes qui ont permis cette enquête : les volontaires de Samana, d'Altéo, les travailleurs sociaux et d'autres encore. Tous ces moments étaient des occasions d'approfondir la réflexion quant à la façon de faire face aux défis économiques et sociaux que posent l'invalidité. C'est à ces réflexions que nous faisons échos dans le présent article. La première partie de l'article reprend des éléments présentés lors de la conférence de presse d'octobre, la seconde rend compte des réflexions menées, à divers moments, avec les volontaires de nos mouvements et les professionnels de la MC lors de la présentation des résultats de l'étude. On abordera également les mesures annoncées récemment par le gouvernement. Tous ces éléments contribuent au débat quant à l'avenir de ce secteur de la sécurité sociale.

1. Nous faisons face à un énorme défi !

Régulièrement, les médias se font l'écho de l'évolution alarmante du nombre d'invalides[2], du fait que les indemnités versées, en regroupant les indemnités d'incapacité primaire (moins d'une année d'incapacité de travail) et celles pour les invalides (plus d'une année d'incapacité de travail), dépassent maintenant les dépenses liées au chômage[3]. Si ces évolutions sont alarmantes, elles ne datent pas d'hier, elles sont le reflet de tendances lourdes, liés à des facteurs explicatifs précis. Ce sont ces points que nous avons exposé lors de la conférence de presse et que nous reprenons ci-après.

1.1. Quelle évolution ?

Pour la période récente 2010 à 2015, les Tableaux 1 et 2 donnent l'évolution du nombre d'invalides[4] ainsi que les dépenses en indemnités qui leur sont versées. En 5 années, on est passé de 278.000 à près de 370.400 invalides. Et du côté des indemnités d'invalidité, les dépenses ont augmenté également : de 3,3 milliards en 2010 à 4,4 milliards d'euros en 2014.

Examinons l'évolution du nombre d'invalides sur une longue période. Sur les vingt dernières années (de 1995 à 2015), le nombre d'invalides est passé de 168.000 à près de 370.400 personnes. C'est une augmentation considérable. Mais, comme on peut le voir à la Figure 1, on voit se donner plusieurs périodes :

- de 1995 à 2000, la croissance du nombre d'invalides est très modérée : 1,6 % par an
- de 2000 à 2008, la croissance est de l'ordre de 2,8 % par an
- de 2008 à 2013, on passe à 5,1 % par an,
- et pour la période la plus récente, de 2013 à 2015, la croissance atteint 7,5% par an.

On constate donc une accélération très rapide du nombre d'invalides pour les dernières années. Elle est surtout le fait des salariés. Du côté des indépendants, spécifiquement, la croissance est nettement plus faible : pour la période de 1995 à 2008, la croissance observée est de 0,7 % par an, pour la période de 2008 à 2015, elle passe à 2,9 % par an.

La croissance du nombre d'invalides s'accompagne d'une féminisation de ces derniers. En 1995, 35% des invalides étaient des femmes. Vingt années plus tard, en 2015, cette proportion est de 55%.

Ces évolutions s'inscrivent dans des tendances lourdes. L'INAMI[5] a étudié de façon approfondie ces tendances et a bien mis en lumière les facteurs explicatifs de cette évolution. Nous reprenons ci-après les éléments principaux de cette analyse.

1 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. La situation financière et sociale des invalides. MC-Informations 266 : 3-15.

2 https://nl.express.live/2015/08/01/belgie-telt-een-kwart-meer-invaliden-dan-4-jaar-geleden-exp-214856/ ; http://www.peoplesphere.be/nl/de-oorzaken-van-steeds-meer-langdurig-arbeidsongeschikten/

3 http://www.lalibre.be/actu/belgique/l-incapacite-de-travail-coute-desormais-plus-a-l-etat-que-le-chomage-56b1023c3570b1fc10e2217d

4 Pour rappel, l'invalidité dont il est question dans le présent article concerne les travailleurs du secteur privé, salariés (chômeurs compris) ou indépendants. Les fonctionnaires statutaires ne sont pas concernés par cette branche de la sécurité sociale.

5 Source : INAMI, Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés – indépendants. Disponible via : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_facteurs_explicatif_augmentation_invalides.pdf

Tableau 1 : Nombre d'invalides 2010-2015

Effectif des invalides	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
régime des salariés	257.935	269.499	283.541	299.408	321.573	347.808
% évolution °	*5,19%*	*4,48%*	*5,21%*	*5,60%*	*7,40%*	*8,16%*
régime des indépendants	20.136	20.315	20.911	21.415	22.353	22.600
% évolution	*3,48%*	*0,89%*	*2,93%*	*2,41%*	*4,38%*	*1,10%*
ENSEMBLE	**278.071**	**289.814**	**304.452**	**320.823**	**343.926**	**370.408**
% evolution	***5,06%***	***4,22%***	***5,05%***	***5,38%***	***7,20%***	***7,70%***

° par rapport à l'année précédente

Source :
- 2010-2014 : INAMI http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_facteurs_explicatif_augmentation_invalides.pdf
- 2015* : Agence Belga, communiqué 11/08/2016, http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-coutent-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx

Tableau 2 : Dépenses en invalidité 2010-2015

Dépenses en invalidité (en millions	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
régime des salariés	3.101	3.337	3.604	3.888	4.139	4.426
% évolution °	*8,97%*	*7,60%*	*8,01%*	*7,89%*	*6,44%*	*6,96%*
régime des indépendants	233	246	257	269	280	292
% évolution	*7,68%*	*5,35%*	*4,57%*	*4,73%*	*4,01%*	*4,37%*
ENSEMBLE	**3.334**	**3.582**	**3.861**	**4.157**	**4.418**	**4.719**
% evolution	***8,88%***	***7,44%***	***7,77%***	***7,68%***	***6,28%***	***6,79%***

Primes de rattrapage & aide de tierce personne non comprises

Source : INAMI
- Salariés : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_si2014_2_invalidite.pdf
- Indépendants : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnites_2012_2013.pdf & note CID 2015/2
- 2015* : budget prévisionnel note BU 2015/35, note BZ 2015/12

1.2. Quels sont les facteurs explicatifs ?

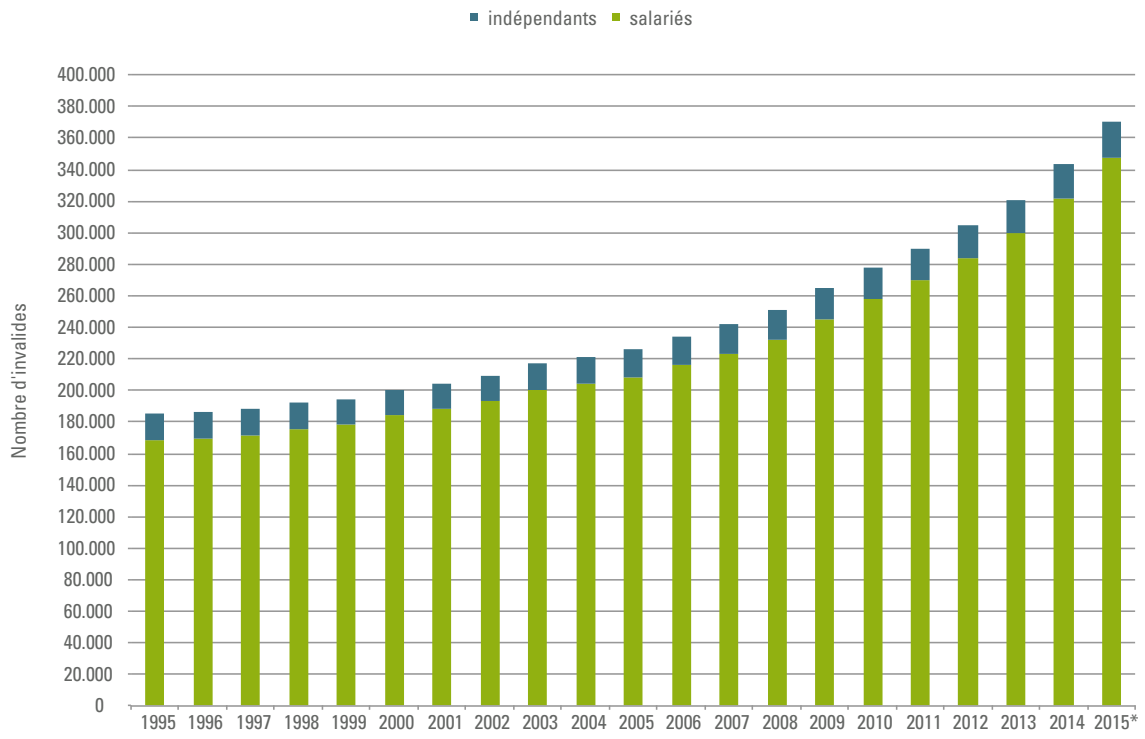
L'INAMI relève plusieurs facteurs explicatifs[6] à cette croissance du nombre d'invalides. Ces facteurs sont liés des évolutions structurelles, démographiques et sociales, de notre société, mais aussi à des décisions politiques.

Une évolution sociale qui a certainement un impact majeur est le **taux de participation croissant des femmes sur le marché du travail**. C'est un trait profond de notre société, comme le souligne l'INAMI : « La société évolue de plus en plus vers un modèle de ménage à double revenu où aussi bien l'homme que la femme prend part à la vie active. Le nombre de titulaires assujettis à l'assurance indemnité (et donc susceptibles d'entrer en incapacité de travail) augmente ». Ceci se combine avec le **vieillissement de la population** : le nombre de personnes dans les tranches d'âge au-delà de 50 ans continue à croître. Bien sûr, tous ne travaillent pas … mais même à taux de participation inchangé, si le volume de personnes croît, alors le volume de travailleurs disponibles pour le marché du travail croît également.

6 http://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/2014/Pages/statistiques-invalidite.aspx#.WD2EpdJX-70

7 L'INAMI enlève toutefois les prépensionnés : « Théoriquement, ce groupe de personnes a également droit aux indemnités mais elles n'exerceront jamais ce droit étant donné qu'elles n'en tireraient aucun avantage financier ».

Figure 1 : Evolution du nombre d'invalides



- 2010-2014 : INAMI http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_facteurs_explicatif_augmentation_invalides.pdf
- 2015* : Agence Belga, communiqué 11/08/2016, http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-coutent-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx

Figure 2 : Pyramide des âges des travailleurs du secteur privé

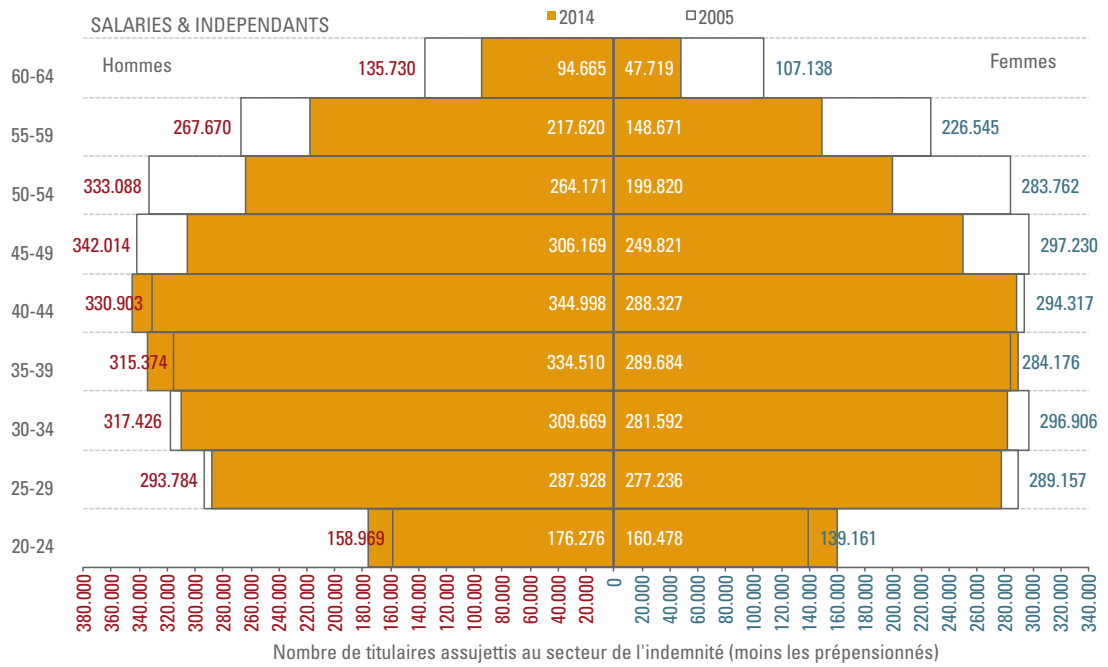


Tableau 3 : Evolution de la pyramide des âges des travailleurs du secteur privé - 2005 à 2014

	HOMMES	FEMMES
50-54 ans	de 264.171 à 333.088 **(+26%)**	de 199.820 à 283.762 **(+42%)**
55-59	de 217.620 à 267.670 **(+23%)**	de 148.671 à 226.545 **(+52%)**
60-64	de 94.665 à 135.730 **(+43%)**	de 47.719 à 107.138 **(+125%)**

Et, pour les femmes, dans ces tranches d'âge élevées, le taux de participation au marché du travail est aussi en augmentation.

Comme facteur lié à une décision politique, pointons **le relèvement de l'âge de la pension des femmes**. L'INAMI commente : « L'âge de la pension des femmes a été progressivement aligné sur celui des hommes et l'égalité a été atteinte en 2009. Cette mesure implique notamment que les femmes peuvent rester plus longtemps en invalidité ou entrer à un âge plus avancé en invalidité ». Les mesures visant à décourager la retraite anticipée ont sans doute aussi une influence.

En conséquence de ces tendances, le volume de titulaires assujettis à l'assurance indemnité augmente et donc aussi ceux qui sont susceptibles d'entrer en incapacité de travail et de devenir invalide. C'est surtout visible dans les tranches d'âge au-delà de 50 ans, comme on peut le voir à la Figure 2, montrant l'évolution de la pyramide des âges des travailleurs du secteur privé (salariés et indépendants considérés conjointement[7]) :

- Du côté des hommes, entre 50 et 54 ans, le nombre de travailleurs passe de 264.000 (en 2005) à 333.000 (2014), soit une augmentation de 26 %.
- Pour les hommes de 55 à 59 ans, on passe de 218.000 (2005) à 268.000 (2014), soit une augmentation de 23 %.
- Et pour les hommes de 60 à 64 ans, l'augmentation est de 43 %.
- Ces augmentations sont bien plus importantes du côté des femmes : les pourcentages d'augmentation deviennent, respectivement, 42 %, 52 % et 125 %.

Il y a aussi des **évolutions 'épidémiologiques'**. L'INAMI relève : « Des glissements importants s'opèrent dans les pathologies qui entraînent une invalidité. Grâce notamment au progrès de la médecine, certaines maladies peuvent être correctement traitées. C'est le cas des maladies cardiovasculaires. Par contre, ***le nombre d'invalides souffrant de troubles psychiques et de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente considérablement*** ». Dépression, stress et burn-out sont les maladies de notre temps et hypothèquent le maintien en emploi. Tout ceci renvoie à la problématique du bien-être psychique[8] au sein de notre société en général, mais aussi plus particulièrement au bien-être au travail et à la réintégration professionnelle. L'INAMI en convient : « L'impact de l'environnement de travail sur le retour au travail est très important. Les relations avec les collègues, la hiérarchie et l'ambiance au travail en général, sont déterminants dans la motivation d'une personne en incapacité de travail à reprendre ou non d'une activité à temps partiel ».

Enfin, il faut tenir compte du fait que **le taux d'invalidité n'est pas linéaire mais bien croissant en fonction de l'âge des travailleurs**. Le taux d'invalidité reflète une notion de risque, le risque qu'un travailleur assujetti au secteur de l'indemnité soit un invalide. Comme on peut le voir à la Figure 4, pour les salariés du secteur privé, le taux d'invalidité croît rapidement avec l'âge :

- Pour les hommes : 7,3 % dans la tranche 45-49, 10,6 % pour les 50-54 ans, 15,7 % pour les 55-59 ans, 28,6 % pour les 60-64 ans. De 2010 à 2014, ces taux sont en légère croissance.
- Les taux d'invalidité pour les femmes sont plus élevés que ceux des hommes : 10,8 % dans la tranche 45-49, 14,3 % pour les 50-54 ans, 18,6 % pour les 55-59 ans, 29,0 % pour les 60-64 ans. Notons encore que ces taux ne sont pas stables mais en croissance de 2010 à 2014.

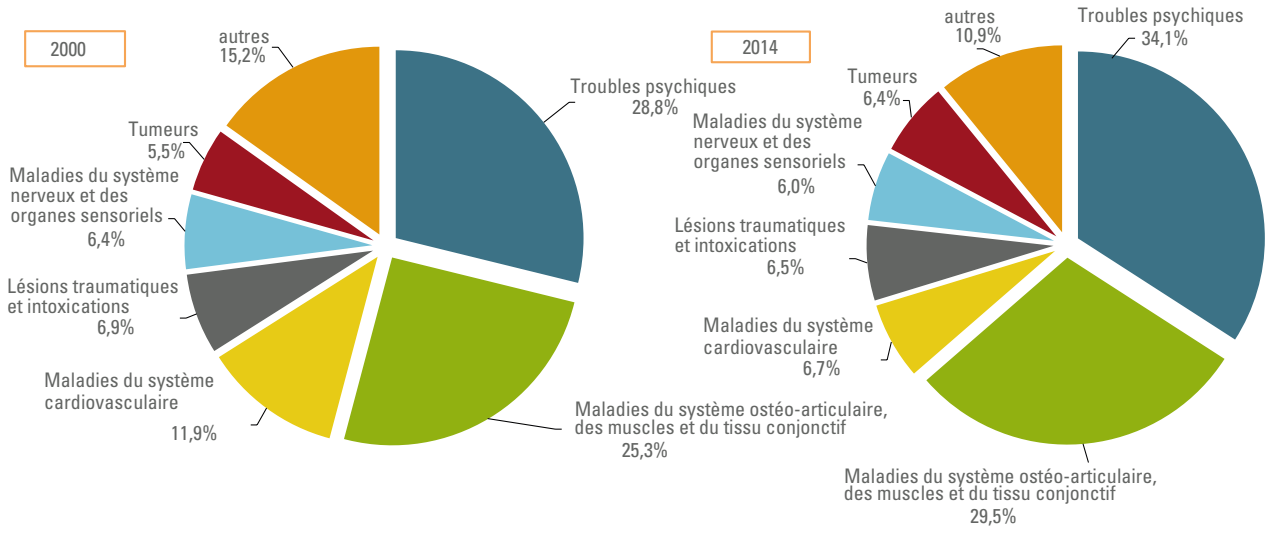
1.3. Que peut-on anticiper sur base des tendances récentes observées ?

Nous avons procédé à un exercice de projection. Sur base des informations disponibles[9], compte tenu des évolutions récentes, si rien ne change, si la pyramide des travailleurs du secteur privé continue à se déformer, si les taux d'invalidité continue à évoluer, alors que se passerait-il ? Bien sûr, il faut être prudent, il y a bien des incertitudes autour de cette projection et les résultats (repris au Tableau 4) de cette sont à considérer comme des ordres de grandeur.

8 L'enquête de santé par interview précise : « En termes de proportions, il apparait qu'une personne sur trois (plus précisément, 32% de la population âgée de 15 ans ou plus) éprouve des difficultés psychologiques tandis que 18% connaîtrait un épisode qui laisse suspecter une pathologie mentale. Ces proportions sont toutes deux en augmentation depuis 2008. Trois symptômes sont plus fréquemment rapportés, et ce en 2013 comme en 2008: il s'agit de la **perte de sommeil** consécutive à des soucis (21 % en 2013 contre 18 % en 2008), la **sensation d'être constamment tendu(e) ou stressé(e)** (27 % en 2013 contre 20 % en 2008) et le **sentiment d'être malheureux(se) et déprimé(e)** (19 % en 2013 contre 16 % en 2008). »
source : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf, p. 815

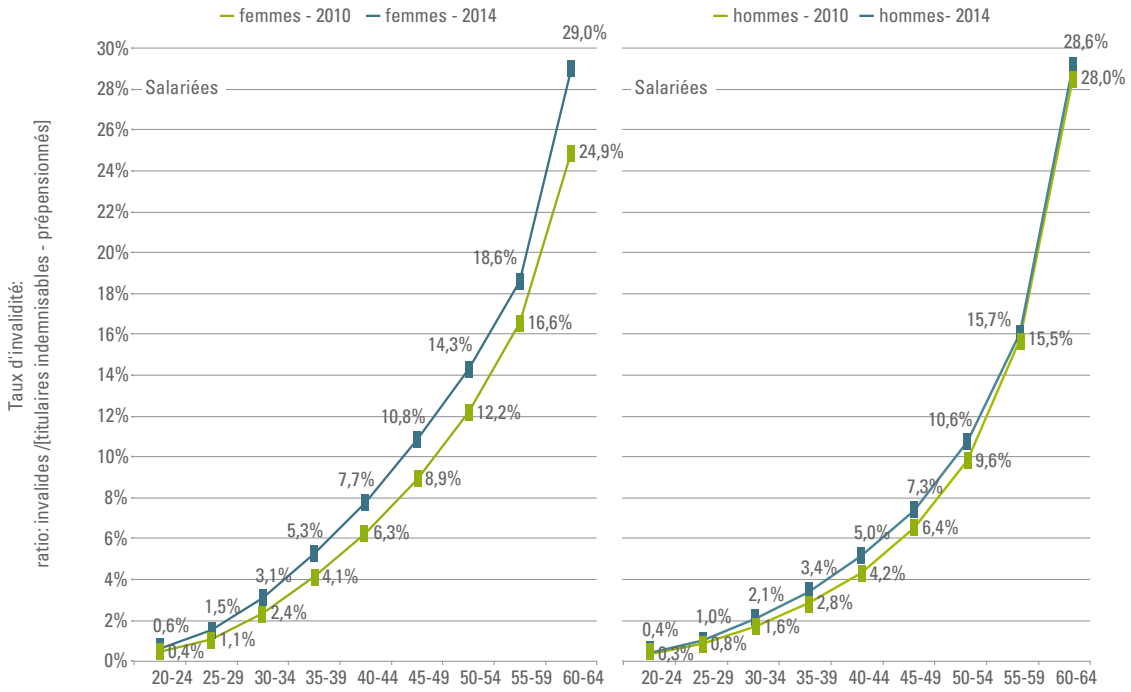
9 cf note 2

Figure 3 : Répartition des invalides par pathologie, évolution 2000 à 2014



Source : INAMI http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_facteurs_explicatif_augmentation_invalides.pdf

Figure 4 : Taux d'invalidité en fonction de l'âge



Source : INAMI http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_facteurs_explicatif_augmentation_invalides.pdf

Tableau 4 : projection du nombre d'invalides et des dépenses pour les indemnités d'invalidité

	2016	2018	2020	2022
Effectif des invalides	390.000	434.000	475.000	516.000
Dépenses pour les indemnités*	5,2 milliards €	€ 5,7 milliards €	6,3 milliards €	6,8 milliards €

* Primes de rattrapage & aide de tierce personne non comprises

Tableau 5 : Invalide isolé (montant mensuel)

Indemnités d'invalidité (8/2016) montant minimal, pour un travailleur régulier	1.169 euros (1)
Niveau de sécurité d'existence pour une personne isolée (budget de référence 2015)	1.231 euros (2)
(1) – (2) =	Déficit de 62 euros
Frais de santé supplémentaires	172 euros (3)
(1) – (2) – (3) =	Déficit réel de 234 euros

Grosso modo, on pourrait s'attendre à passer la barre des 500.000 invalides vers 2021. Cet augmentation se reflète aussi dans les dépenses : ceteris paribus, de 2016 à 2022, on devrait prévoir encore près de 1,6 milliards d'euros supplémentaires pour les indemnités de base à verser à ces invalides.

1.4. Qu'en penser ? Pistes de réflexion à l'occasion de la conférence de presse

Nous ne prétendons bien évidemment pas que le scénario dramatique esquissé ci-dessus va indubitablement se produire ! Non, mais c'est ce qui pourrait se passer si nous relevons pas ce défi majeur qu'est l'invalidité.

- Si la trajectoire budgétaire esquissée ci-dessus paraît difficile, la tentation est ou sera grande de faire des économies en diminuant les indemnités. Mais ce n'est certainement pas la solution. Les résultats de notre étude menée auprès de 500 invalides sont clairs : trop vivent déjà en situation de vulnérabilité sociale. Diminuer encore les moyens disponibles de ces ménages, c'est enfoncer la majeure partie d'entre eux davantage dans la précarité. Ce serait une véritable catastrophe sociale.

  Au contraire, on peut même plaider dans l'autre sens : pour permettre à ces ménages de vivre dignement, il faudrait revaloriser les indemnités !

  Prenons un exemple concret : les invalides isolés, sans enfant. L'indemnité minimale (à condition qu'il soit considéré comme un travailleur 'régulier') est de 1.169 euros par mois. On peut comparer ce montant à un budget de référence en-deçà duquel il est quasi impossible de vivre **dignement** dans notre société. Ce concept ne correspond pas au seuil de pauvreté. C'est le Centrum voor Sociale Beleid Herman Deleeck (Universiteit Antwerpen) qui évalue ce budget de référence[10], pour divers types de ménage. Pour une personne isolée, ne travaillant pas (et locataire de son logement), le budget de référence est de 1.231 euros par mois. C'est le montant qu'une telle personne devrait pouvoir dépenser afin qu'elle puisse vivre dans la dignité, ce qui n'est pas un projet de vie exagéré. Il y a déjà un déficit de 62 euros par mois à combler par rapport à l'indemnité minimale. Mais ce n'est pas tout. Le budget de référence part de l'hypothèse que les personnes sont en bonne santé. Ce qui n'est certainement pas le cas d'une personne invalide. Il faut donc ajouter les dépenses moyennes en frais de santé. A l'aide de notre étude, nous évaluons ces frais à 172 euros par mois. Donc, il y a un déficit réel de près de 234 euros à combler, juste pour pouvoir vivre dignement.

- Inutile également de 'culpabiliser' les invalides. Oui, ce sont des personnes vraiment malades, vraiment fragilisées. Inutile de faire planer la suspicion à cet égard. Et si le nombre d'invalides croît rapidement, on peut en rendre compte, comme le fait régulièrement l'INAMI. Comme on l'a

10 Storms, B., Penne, T., Vandelannoote, D., Van Thielen, L. (2015), Is de minimuminkomensbescherming in ons land doeltreffender geworden sinds 2008 ? Wat leren we uit de geüpdatete referentiebudgetten? VLAS-Studies 21, Antwerpen: Vlaams armoedesteunpunt.

vu précédemment, les facteurs explicatifs mis en avant sont des tendances lourdes, de nature sociodémographiques et politiques, qui dépassent le niveau individuel.

- En fait, ce sont nos orientations politiques mêmes qu'il faut questionner. Par exemple, quid de l'augmentation de l'âge de la retraite ? Des restrictions autour des pensions anticipées et du crédit-temps ? Tout cela rajoute de la pression sur le secteur des indemnités. Or, on peut aussi mettre l'accent sur la prévention. Il s'agit alors de penser l'aménagement des fins de carrière, favoriser le bien-être au travail, porter notre attention sur les conditions de travail (tant matérielles que psychosociales[11]), notamment celles des travailleurs âgés, voilà des pistes socialement plus intéressantes. De cette manière, le relèvement de l'âge de la pension légale et certainement l'âge réel de la pension sembleront peut-être plus acceptables à un plus grand nombre de personnes.

Et c'est possible. Comme souvent, on peut trouver des exemples inspirant auprès des pays scandinaves. Prenons l'exemple de « la journée de 6 heures expérimentée en Suède depuis quelques temps. Dans de nombreuses entreprises et organisations qui ont déjà introduit ce changement, on constate que le personnel est plus heureux, plus productif et plus créatif. Une preuve, s'il en est, de l'affirmation selon laquelle un personnel qui se sent mieux travaillera également mieux. Il s'agit donc d'une situation gagnant-gagnant », conclut Trui Engels[12].

Dans les années 90, la Finlande a mis en place un programme spécifique pour les travailleurs âgés, en investissant dans la promotion de la santé au travail et l'amélioration des conditions de travail, dans l'entretien du capital humain tout au long de la vie. Par exemple : des horaires plus flexibles, promotion de relations intergénérationnelles en entreprise, valorisation de l'image des travailleurs âgés en mettant l'accent sur le fait que leur expérience est une richesse. On le voit, c'est l'attention au bien-être du travailleur qui est au cœur du programme. « Le but n'est pas de le forcer à travailler plus longtemps mais de l'y inciter en faisant en sorte qu'il se sente bien dans ses tâches, dans son entreprise »[13]. Cette politique volontariste a des résultats : la perception du vieillissement au travail est devenue plus positive, les discriminations par l'âge ont diminué et l'accès à la formation pour les travailleurs âgés a augmenté. Autant d'éléments favorables au maintien de l'activité des travailleurs âgés. A noter aussi qu'un facteur de succès de cette démarche est la construction d'un consensus entre partenaires sociaux.

2. Moments de discussion dans le cadre de l'étude « La situation financière et sociale des invalides »

Les résultats de l'étude ont été analysés à différents moments. À chaque moment de discussion, un débat a suivi la présentation des principaux résultats. Dans ce cadre, des questions ont été posées sur les réactions suscitées par les résultats, les expériences personnelles d'invalides, les solutions éventuelles aux problèmes exposés, les recommandations, etc. Voici un résumé des recommandations et des réflexions formulées par les participants lors de ces moments de discussion.

La présentation des résultats de l'étude a été suivie d'un débat aux moments suivants[14]:

- Forum du patient (Samana) le 24 septembre 2016 dans le cadre de l'atelier « Présentation des résultats de l'étude sur les invalides » (Gand)
- Groupe de travail « Défense des intérêts des malades chroniques » Samana (Limbourg) le 30 septembre 2016
- Journée d'étude consacrée aux invalides (Bouge) le 18 octobre 2016, avec les bénévoles d'Altéo et les assistants sociaux de MCFG
- Conseil national pour la défense des intérêts des personnes atteintes d'une maladie chronique de Samana le 15 novembre 2016 (Elewijt)

Les moments de discussion ont également été complétés par les réactions des bénévoles et des assistants sociaux qui ont réalisé les enquêtes.

La synthèse reprend les éléments mis en lumière à différents moments et reflète donc le point de vue de différentes personnes.

2.1. Le terme « invalide » doit être remplacé d'urgence

Tout le monde est unanime à dire que le terme « invalides » doit être remplacé d'urgence. Le terme « invalide », apparu dans un passé lointain, signifie littéralement « en mauvaise santé ». L'accent repose donc sur le fait d'être malade, sur ce que l'on n'est plus capable de faire. Nombreux sont ceux qui l'associent à une connotation négative. Il porte un certain regard sur les gens. Toutefois, à l'heure actuelle, on part davantage de la vision de la convalescence, qui tient compte d'abord des

11 Depuis 2014, le stress et le burn-out sont officiellement considérés comme risques psychosociaux au travail et doivent faire l'objet d'un plan de prévention.

12 Engels T. Waarom de Zweden amper burn-outs kennen. Knack. 14-12-2016. http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/waarom-de-zweden-amper-burn-outs-kennen/article-normal-789621.html

13 Bardaro E. 2015. L'allongement de la vie dans le contexte européen. Dossier du CEPESS. http://www.cepess.be/wp-content/uploads/2015/03/20150309-serie-cepess-vol-1-no-6-UE-eb.pdf, p. 23

14 L'étude a également été présentée aux organes stratégiques de la MC (entre autres, la cellule santé) lors d'une conférence de midi de la MC (ouverte à tous les collaborateurs de l'Alliance nationale) et aux parlementaires, mais celle-ci n'a pas été suivie d'un réel débat structuré.

capacités résiduelles des malades de longue durée, de ce qu'ils sont encore capables de faire au lieu de ce qui leur est impossible. Dans ce sens, le terme « invalide » est donc suranné. Il se peut que l'on en ait insuffisamment conscience/ou que cela semble moins essentiel dans l'ensemble des défis à relever dans ce domaine. Néanmoins, un nouveau terme pourrait contribuer à porter un regard plus constructif sur le groupe de personnes en incapacité de travail de longue durée à la suite d'une maladie.

« Il est parfois important de signaler aux législateurs que certains termes sont complètement obsolètes. »

2.2. Le fonctionnement transversal nécessite l'accompagnement des malades de longue durée

Une des tâches du médecin-conseil de la mutualité consiste à évaluer l'incapacité de travail des membres. Celle-ci n'est pas évaluée uniquement sur la base de la dernière fonction exercée, mais sur la base du profil professionnel complet de la personne : sa formation, l'emploi exercé précédemment... En outre, il incombe également au médecin-conseil de réactiver l'envie de retourner travail. Il est important d'entretenir régulièrement le malade de longue durée à ce sujet, de contribuer à veiller à ce qu'il reste ouvert à la reprise du travail, dans la mesure du possible. Le médecin-conseil dispose toutefois d'un temps restreint et le nombre de médecins-conseils est limité par rapport au nombre croissant de malades de longue durée. Il est donc important que des personnes d'un autre horizon assistent le médecin-conseil dans sa tâche. La MC dispose de différentes compétences, comme les assistants sociaux, le personnel paramédical, nos mouvements (Altéo, Samana)... En utilisant ces différentes compétences, nous pouvons, en notre qualité de mutualité, proposer un bon accompagnement transversal aux malades de longue durée. Ceci permettrait non seulement d'alléger la charge de travail des médecins-conseils, mais également de porter un regard plus large sur la personne, ses talents et ses capacités résiduelles. Les éventuelles possibilités de reprises du travail (dans l'ancienne fonction ou éventuellement une nouvelle fonction) pourraient été définies collégialement. Si une reprise du travail s'avère impossible, nous pourrions examiner ensemble comment la personne peut donner un nouveau sens à sa vie. Un fonctionnement transversal représente un enrichissement pour chaque partenaire impliqué dans le processus. Bien que ce soit déjà une pratique courante aujourd'hui, nous constatons clairement la volonté de l'étendre davantage.

2.3. Les adaptations au travail sont indispensables pour faciliter la reprise du travail

Il est faux de considérer que les malades de longue durée seraient réfractaires à une reprise du travail. Ceux qui en sont encore capables ne demanderaient pas mieux, mais ils ne sont souvent plus en état de travailler de la même manière qu'avant leur période de maladie. On note dès lors un besoin criant de systèmes d'adaptation du travail susceptibles de faciliter une reprise durable du travail après une absence de longue durée (pour cause de maladie).

Le temps de travail est un facteur qui revenait de manière récurrente dans les discussions et qui revêt une importance essentielle pour les malades de longue durée. Le fait n'est pas seulement qu'il est très difficile de retourner travailler à temps plein et qu'il faut continuer de développer des systèmes de travail à temps partiel. La capacité de travail fluctue également. Il se peut que l'on y parvienne bien une semaine et plus du tout ou moins bien la semaine suivante. Par conséquent, pourquoi ne pas instaurer un système de travail à temps partiel permettant de travailler (presque) à temps plein une semaine et beaucoup moins la semaine suivante ? La capacité de travail varie parfois aussi au fil de la journée. Donc, pourquoi ne pas recourir davantage au télétravail, afin que l'on puisse organiser personnellement son travail, en fonction des moments où l'on est en mesure de travailler ? La capacité de travail fluctue et certains moments sont plus propices au travail que d'autres. La possibilité de pouvoir adapter les périodes de travail à leur capacité de travail donnerait aux malades de longue durée plus de chances de voir la reprise de travail couronnée de succès. Il existe déjà des employeurs chez qui cette flexibilité est possible, mais une plus grande généralisation et un renforcement de cette possibilité s'imposent.

Il a également été indiqué que les possibilités actuelles d'adaptation du travail en cas de reprise du travail sont insuffisamment connues. Par exemple, il subsiste toujours l'idée fausse qu'une reprise partielle du travail doit être une reprise du travail à mi-temps, alors qu'il est également possible de travailler plus ou moins qu'un mi-temps. Par ailleurs, une reprise du travail ne doit pas impliquer de reprendre exactement la même fonction que celle que l'on exerçait antérieurement. L'ancienne fonction peut être aménagée. Du fait d'une connaissance insuffisante ou incorrecte des possibilités, les personnes sont souvent déclarées (à tort) médicalement inaptes à exercer leur fonction antérieure, alors qu'avec des aménagements (poussés) du travail, elles n'en seraient peut-être pas arrivées là. Il est indispensable de sensibiliser à ces possibilités de manière générale et permanente. Celles-ci permettraient de reprendre le travail en fonction des capacités et des besoins d'une personne longuement absente pour cause de maladie.

Une première réponse partielle à ces besoins est venue de l'annonce de la ministre De Block en novembre 2015 concernant l'introduction d'un incitant financier visant à remettre les malades de longue durée au travail.

Dans le système actuel de travail autorisé, le salaire perçu dans le cadre de cette activité exerce une certaine influence sur le montant des indemnités. Le salaire est déduit du montant des indemnités suivant un système de tranches. Les 15 premiers

euros par jour sont exonérés, ensuite un pourcentage est déduit de la rémunération, en fonction de la tranche dans laquelle elle se situe.

Dans le nouveau système de travail autorisé, le mode de calcul de l'indemnité serait différent. Il ne serait plus tenu compte de la rémunération perçue, mais bien du nombre de jours (d'heures) presté(e)s dans le cadre du travail autorisé. Le développement concret reste à voir, mais le nouveau système prévoirait un incitant financier pour encourager la reprise du travail. Par conséquent, une personne pourrait reprendre le travail à concurrence de 20 % (environ 1 jour par semaine), sans que cette reprise n'ait d'influence sur ses indemnités. Ce nouveau système entrerait en vigueur à partir du 1er juillet 2017.

Il est cependant faux de penser que le système actuel permet au maximum une reprise du travail à mi-temps et que le nouveau système propose un éventail de possibilités de reprise du travail à temps partiel. Le système actuel permet également de travailler plus ou moins qu'un mi-temps et de choisir soi-même le nombre d'heures que l'on veut (peut) travailler. Rien ne change donc à ce niveau. Seul le côté financier du processus change pour offrir un incitant financier aux malades de longue durée qui souhaitent reprendre (lentement) le travail.

Pour pouvoir apporter une réponse au problème de l'état de santé fluctuant, l'INAMI a mis sur pied un groupe de travail regroupant les organismes assureurs, les syndicats et les organisations patronales pour y réfléchir. Reste à voir ce qu'il en ressortira.

2.4. Dans le processus de la reprise du travail, les employeurs ont encore un long chemin à parcourir

La reprise du travail après une absence de longue durée pour cause de maladie est un processus double. D'un côté, on a le malade de longue durée qui souhaite reprendre le travail. Un bon accompagnement transversal de la mutualité et des adaptations au travail constituent pour lui un stimulant et un soutien complémentaires. De l'autre, on a naturellement l'employeur qui doit l'accepter et créer des opportunités. Les discussions ont très rapidement fait comprendre que c'est là que le bât blesse.

« On entend toujours «il faut remettre le malade de longue durée au travail», mais de l'autre côté il y a un employeur qui doit l'autoriser. Je me trouve dans cette situation. J'ai demandé un travail autorisé et il m'a été refusé. Alors, le malade de longue durée fait la démarche de retourner travailler à temps partiel, mais son employeur peut tout simplement le lui refuser. Dans ce cas, à quoi bon votre discours sur la reprise au travail ? »

La volonté du malade de longue durée de retourner travailler (à temps partiel) ne suffit pas, si aucun employeur n'est disposé à lui donner cette chance. Sans la bonne volonté des employeurs, le processus de reprise du travail s'arrête, en dépit de toute tentative de reprendre le travail. Il est urgent que les employeurs changent de mentalité. Ce n'est bien sûr pas toujours évident pour l'employeur, mais se concentrer sur les possibilités et pas seulement sur les limitations constitue déjà un premier pas important dans ce sens.

Et, bien sûr, tout sera encore plus compliqué pour les chômeurs ou les invalides qui ont entretemps reçu leur C4 (car certains employeurs mettent fin au contrat de travail d'une personne invalide). Ce n'est certainement pas simple pour ces personnes de retrouver du boulot !

Durant les conversations, la nécessité d'accompagner les collègues a également été soulevée. Même si un employeur est disposé à apporter des adaptations, les choses peuvent parfois mal tourner, parce que les collègues ne sont pas sur la même longueur d'onde. Il est important que les collègues soient également impliqués dans la reprise du travail, afin qu'ils soient suffisamment informés et puissent faire preuve de compréhension pour la nouvelle situation. Une adaptation n'est pas exigée seulement de l'employeur. Dans la réalité quotidienne du travail, une adaptation est requise de tous les collègues concernés.

2.5. La base volontaire revêt une importance essentielle dans la reprise du travail (ou le bénévolat)

La base volontaire de la reprise du travail revêt une importance capitale. Chez une personne qui n'est pas motivée ou qui ne se sent pas encore prête à reprendre le travail, il est très difficile de faire de ce retour forcé une réussite Dans ce cas, le risque d'une rechute est très grand. L'expérience des médecins-conseils montre qu'il existe une bonne concordance entre la perception du malade de longue durée et l'évaluation du médecin-conseil. Les invalides sont généralement parfaitement capables d'évaluer eux-mêmes s'ils peuvent ou non reprendre le travail. Il incombe au médecin-conseil de ressusciter l'envie de retourner travailler, afin de remettre la reprise du travail en perspective. Il peut le faire en en parlant régulièrement au malade de longue durée et en restant ouvert à un retour au travail, s'il est médicalement possible. En revanche, une reprise du travail sous la menace d'une sanction est vouée à l'échec. On a parfois allégué ces derniers temps qu'une des mesures possibles serait d'imposer des sanctions aux malades de longue durée qui ne veulent pas contribuer à leur réinsertion, qui ne veulent pas retourner travailler (par exemple en supprimant 10 % de leurs indemnités). La MC continue de s'y opposer. À l'heure où le présent article a été rédigé (décembre 2016), aucune position définitive n'a encore été prise à ce sujet.

Nous avons également mis en garde contre le danger de prescrire du bénévolat, qui peut être contre-productif. Certains invalides rentrent chez eux avec le sentiment – évidemment subjectif – que leur médecin leur a prescrit du bénévolat. On ne

peut déterminer avec certitude dans quelle mesure le médecin a effectivement prescrit du bénévolat ou si la personne l'a (erronément) compris comme tel. D'un point de vue psychologique, cela cause souvent davantage de tort que de bien, car ces personnes ne sont pas prêtes, ni entourées pour accompagner des gens. Donner du temps aux autres peut avoir un effet constructif. Mais il doit s'agir d'un projet dans lequel la personne a envie de s'investir, qui peut être constructif pour elle, selon ses propres critères. Le bénévolat ne peut être rendu obligatoire, sous peine d'en dénaturer totalement l'essence même.

D'autre part, une méconnaissance de la loi sur le bénévolat peut également entraîner des idées fausses. Certains malades de longue durée, qui aimeraient faire du bénévolat et pourraient en tirer des effets bénéfiques, y renoncent par crainte de perdre leurs indemnités. En principe, le bénévolat n'est pas soumis à l'autorisation du médecin-conseil. Il suffit de l'informer que l'on exerce une activité bénévole. La MC recommande toutefois de prendre néanmoins contact avec le médecin-conseil avant de commencer ce type d'activité. En effet, une loi définit clairement ce qu'est le bénévolat[15]. Toute activité qui ne tombe pas sous le coup de la loi sur le bénévolat est considérée comme une reprise du travail, à laquelle d'autres règles s'appliquent. C'est pourquoi, il est toujours intéressant de vérifier d'abord si l'activité qu'une personne envisage relève bel et bien de la loi sur le bénévolat, et ce, pour éviter tout malentendu. En effet, une personne peut par exemple penser qu'aider bénévolement dans le magasin d'un membre de la famille est assimilée à du bénévolat, mais cette activité ne relève pas de la loi sur le bénévolat. Deuxièmement, le médecin-conseil doit constater si ce bénévolat est compatible avec l'état de santé général. S'il constate que l'activité relève bien de la loi sur le bénévolat et qu'elle est compatible avec l'état de santé, elle n'exercera aucun impact sur l'indemnité. Les débats ont toutefois fait comprendre qu'il restait important d'informer clairement à ce sujet afin de supprimer les malentendus actuels.

2.6. L'isolement des malades de longue durée

Tant les volontaires qui ont mené les enquêtes que ceux qui entrent en contact avec les malades de longue durée via le transport des malades soulignent le problème préoccupant de l'isolement. Il reste encore beaucoup de pain sur la planche pour briser cet isolement. La situation financière difficile fait en sorte qu'il reste peu d'argent aux malades de longue durée pour se détendre ou pour participer à une vie sociale. Aller boire un verre avec des amis ou aller au restaurant coûte de l'argent. De l'argent, ils n'en ont pas.

« En rencontrant les gens chez eux, j'ai été confronté(e) à leur réalité quotidienne À la difficulté qu'ont de nombreux malades chroniques de joindre les deux bouts, mais également à la solitude à laquelle ils font souvent face. »

« De nombreux malades chroniques sont seuls, se sentent socialement exclus. Comme ils ne travaillent plus et qu'ils ont un faible revenu, ils ne sortent pratiquement plus de chez eux, ce qui accroît encore cette solitude. Certains voudraient bien travailler comme bénévole pour se sentir encore utile. Pour sortir de chez eux de temps en temps. Mais là aussi ils se heurtent à leurs limites financières : se déplacer coûte de l'argent, ils ne peuvent se permettre d'aller boire un verre tous ensemble. Mais il y a aussi une barrière sociale : la peur de ne plus avoir de sujet de conversation. Et plus inquiétant encore : la crainte du jugement social. Car lorsqu'ils sortent de chez eux, ils sont confrontés à des réactions, telles que « ils n'ont pas l'air si mal en point » et que tout cela ne semble pas si grave. Et aussi : « il est quand même bizarre qu'ils puissent s'engager comme bénévole, mais ne soient plus capables de travailler. N'est-il pas difficile de devoir se battre contre de telles réactions ? »

15 1° bénévolat : toute activité :
a) qui est exercée sans rétribution ni obligation ;
b) qui est exercée au profit d'une ou de plusieurs personnes autres que celle qui exerce l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la société dans son ensemble ;
d) qui est organisée par une organisation autre que le cadre familial ou privé de la personne qui exerce cette activité ;
d) et qui n'est pas exercée par la même personne et pour la même organisation dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de service ou d'une désignation statutaire ;
2° volontaire : toute personne physique qui exerce une activité visée au 1° ;
3° organisation : toute association de fait ou personne morale privée ou publique sans but lucratif qui emploie des bénévoles , étant entendu que, par association de fait, il y a lieu d'entendre toute association dépourvue de la personnalité juridique et composée de deux ou plusieurs personnes qui organisent, de commun accord, une activité en vue de réaliser un objectif désintéressé, excluant toute répartition de bénéfices entre ses membres et administrateurs, et qui exercent un contrôle direct sur le fonctionnement de l'association.

3. Conclusion

Les résultats de l'étude « Situation financière et sociale des invalides » a mis en lumière un certain nombre de problèmes, qui ont été analysés dans le cadre d'un précédent article de MC-Informations[16]. Les premières recommandations dans le sillage de ces résultats ont été présentées lors de la conférence de presse nationale du 14 octobre 2016.

Le présent article s'est penché sur ces recommandations, au nombre de trois :

- Augmentez les indemnités jusqu'à un niveau permettant d'assurer la sécurité d'existence.
- Ne culpabilisez pas les malades de longue durée. L'explication de la forte hausse du nombre de malades de longue durée ne se trouve pas chez eux. Elle résulte d'une conjonction de mesures politiques (telles que le relèvement de l'âge de la pension des femmes), de phénomènes sociologiques (le taux de participation croissant des femmes et le vieillissement de la population, combiné au fait que le taux d'invalidité augmente avec l'âge) et de données épidémiologiques (une progression des troubles psychiques, des maladies du système ostéo-articulaire et des tissus conjonctifs). À moins que le gouvernement ne change sa politique, on ne peut s'attendre qu'à une nouvelle hausse du nombre de malades de longue durée.
- Investissez en revanche dans la prévention de l'incapacité de travail. Cela implique de se pencher sur les conditions de travail, tant physiques que psychosociales et sur un aménagement des fins de carrière.

Ces recommandations constituaient une première étape. Dans les semaines et les mois qui ont suivi l'étude, les résultats ont été analysés à différents moments en vue de compléter et de peaufiner les recommandations. Ces discussions ont notamment mis en exergue la nécessité de remplacer le terme « invalides » et de briser l'isolement des malades de longue durée. En ce qui concerne la reprise du travail, la nécessité d'un accompagnement transversal des invalides par la mutualité a été soulignée. Il faut également développer un nombre suffisant d'adaptations structurelles du travail pour faciliter la reprise du travail, et mieux les faire connaître. Dans le domaine de la reprise du travail, il reste encore un long chemin à parcourir pour les employeurs pour qu'ils proposent plus de chances de réinsertion aux malades de longue durée. Enfin, l'aspect de la volonté revêt une importance essentielle dans la reprise du travail.

Mais là ne s'arrête pas encore notre travail. Les résultats de l'étude et les recommandations formulées à ce jour continueront d'être utilisés dans la lutte pour améliorer la situation des malades de longue durée. Nous continuerons de les utiliser pour taper sur le clou encore et encore, dans l'espoir qu'une prochaine étude puisse enfin démontrer une réelle amélioration de leur situation financière et sociale. Il reste du pain sur la planche !

16 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. La situation financière et sociale des invalides. MC-Informations 266 : 3-15.

Sommaire

Rédactionnel 2

Budget fédéral 2017 des Soins de santé 3
Economies dans les soins de santé et crise des accords tarifaires : vers une libéralisation de notre sécurité sociale ?

Baromètre hospitalier 2016 19

Littératie en santé (Health literacy) 37
Littératie en santé et sources d'information

Invalidité 48
Recommandations et réflexions après l'étude sur « La situation financière et sociale des invalides »

MC-Informations

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

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

Colophon

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