



DOSSIER

ASSURANCE MALADIE UN SYSTÈME SOUS TENSION

Alors que notre système de sécurité sociale basé sur la solidarité fêtait ses 50 ans l'année dernière, assure-t-il encore pleinement ses missions originelles en termes de soins de santé ? Malgré les apparences, en 2015, tout le monde ne bénéficie pas de l'assurance maladie en Belgique. De nombreuses prestations restent en grande partie ou totalement à charge du patient, alors que les acteurs de l'assurance maladie complémentaire se disputent des parts de marché, et que de trop nombreux établissements appliquent des suppléments hospitaliers exorbitants. Les inégalités sont-elles en train de miner notre système de santé ? L'assurance maladie est-elle devenue un produit de consommation comme un autre ?

© ep_jhu

DOSSIER

LES OUBLIÉS DE L'ASSURANCE MALADIE

En 2015, tout le monde ne bénéficie pas de l'assurance maladie en Belgique. Beaucoup d'entre nous sont également obligés, faute de moyens, de renoncer à leurs soins. Malgré ses qualités, notre système de santé reste très perfectible.

Julien Collinet

— Début octobre, à Mons, la mort d'un SDF suscitait un profond émoi. Mike, âgé d'une trentaine d'années, succombait aux suites d'une rage de dents mal soignée. Ce père de deux enfants aurait été refusé au CHU Ambroise-Paré parce qu'il n'était pas en ordre de mutuelle. Il ne pouvait donc pas prétendre à la protection sociale. En Belgique, si plus de 98 % des résidents bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire, ils sont toujours près de 120 000 à ne pas être couverts. *Il y a tout de même eu des progrès*, tempère Marie-Jeanne Servotte, de la direction juridique de l'Ihami. En 1998, le nombre d'exclus atteignait les 4 %. Actuellement, les bénéficiaires de l'allocation de chômage ou du revenu d'intégration sont dispensés de cotisation. Cette mesure permet de réduire le nombre d'oubliés du système. Mais, du côté de l'Ihami, on perçoit une recrudescence du nombre de personnes non couvertes ces derniers mois. *La crise est en train d'amplifier le phénomène. Des travailleurs avec de très faibles revenus peuvent être concernés. Ils ne payent pas suffisamment de cotisations.* Les récentes mesures gouvernementales entraînant l'exclusion de dizaines de milliers de demandeurs d'emploi pourraient également avoir de graves conséquences. A partir de 1945, on a souhaité que l'assurance maladie soit accessible à tout le monde, rappelle Patrick Feltesse, économiste au Mouvement ouvrier chrétien. *Même pour des gens qui viennent d'arriver de l'extérieur ou pour les demandeurs d'asile, il y a une aide médicale d'urgence. Cependant, leur maigre liberté de choix pour se soigner pose problème.*

Renoncer aux soins de santé

Notre système est globalement bon, il faut le défendre, mais de nombreuses failles existent, juge Françoise de Boe, coordinatrice du Service de lutte contre la pauvreté au sein du Centre pour l'égalité des chances. Les dépenses de santé semblent, en effet, devenir trop coûteuses pour une partie croissante de la population. En 2013, plus d'un Wallon sur cinq a repoussé des soins de santé ou y a renoncé pour des raisons financières. Pire, un sur deux dans le cas de familles monoparentales ! Le montant à charge

du patient demeure, en effet, élevé. Pour se soigner, le Belge met 25 % du coût total de sa poche. Un montant bien supérieur à la moyenne européenne. *Les soins dentaires, ophtalmologiques ou psychologiques demeurent extrêmement mal remboursés. Cela ne devient plus une priorité pour beaucoup de patients*, explique Hubert Jamart, médecin généraliste. Mais même les soins de base peuvent peser trop lourd dans le portefeuille des ménages. L'apparition du ticket modérateur, qui correspond au montant à charge du patient dans le cas d'un médicament ou d'un acte médical, n'a pas été sans conséquence.

Un Wallon sur cinq renonce à des soins de santé pour raisons financières

Il a été instauré pour que les gens ne surconsomment pas de médicaments, mais on constate que les plus aisés continuent de surconsommer, alors que pour les plus pauvres, c'est un obstacle, souligne Françoise de Boe. L'argument était de faire comprendre à la collectivité que tout ceci coûtait cher, appuie Patrick Feltesse mais en réalité, c'était à chaque fois dans des périodes où on avait besoin de faire des économies.

Des filets de sécurité

Certaines mesures significatives permettent pourtant d'éviter qu'une personne renonce à ses soins de santé. Le statut BIM permet de réduire fortement le ticket modérateur. Dans le cas d'une consultation chez un généraliste, le montant peut chuter de 6 € à 1 € pour les bénéficiaires. Octroyé sous conditions de ressources (moins de 17 500 € annuels pour un isolé), il est automatique pour les personnes dépendant du revenu d'intégration, les handicapés, ou les orphelins. Les autres doivent effectuer des démarches pour l'obtenir, au risque de passer à travers les mailles du filet. *Beaucoup ne sont pas au courant. Le manque d'information est un réel problème*, constate Marie-Jeanne Servotte. Le dossier médical global, autre mesure, gratuite celle-ci, et accessible à tous, est ainsi beaucoup moins demandé dans les régions les plus pauvres : 69 % des Flamands en bénéficient, contre seulement 38 % des Bruxellois. Le maximum à facturer, quant à lui, vise à plafonner le montant annuel des tickets modérateurs selon les revenus du ménage. Il a l'avantage d'être octroyé sans démarche à effectuer. Pour un Belge moyen, le montant des tickets modérateurs ne pourra ainsi dépasser les 1 000 €. Mais, à nouveau, le dispositif affiche ses limites. *Une partie infime de la population dépasse ce plafond*, précise Françoise de Boe. *Et bien souvent, les plus défavorisés ont déjà renoncé à se soigner.* ■

ASSURANCES PRIVÉES : LE DANGER D'UNE MÉDECINE À DEUX VITESSES

Plus de 5 millions de Belges disposent d'une assurance maladie privée. La plupart, dans le cadre de contrats collectifs. Face à la hausse vertigineuse de certaines prestations, elles sont parfois accusées de remettre en cause notre système de solidarité.

Julien Collinet

Quarante-quatre milliards d'euros. C'est le montant dépensé en soins de santé chaque année en Belgique, soit 11,2 % de notre produit intérieur brut. Dix ans plus tôt, il ne représentait « que » 9,2 % du PIB. Si ce chiffre est au-dessus de la moyenne européenne, il reste inférieur à celui de nos voisins français ou néerlandais. Aux États-Unis, il atteint même les 17 %. Peut-on dire pour autant que le système de santé est meilleur aux USA que chez nous ?, questionne Jean Hermesse, le secrétaire général des Mutualités chrétiennes. Malgré ces dépenses colossales, l'espérance de vie y est largement inférieure. Au même niveau qu'à Cuba ou au Costa Rica. De l'autre côté de l'Atlantique, l'assurance maladie n'est obligatoire que depuis 2013, alors qu'elle remonte à l'après-guerre derrière nos frontières. Depuis 1945, les mutualités en assurent la gestion, avec une volonté affichée de solidarité. Offrir des soins de santé à tous, c'est notre mission fondamentale. C'est inscrit dans nos gènes, déclare ainsi Jean Hermesse.

Si les règles donnant droit à l'assurance maladie sont dictées par la sécurité sociale où tout le monde cotise en fonction de ses revenus, il revient aux mutualités d'assurer la mise en œuvre des remboursements. Ces derniers ne sont toutefois pas exhaustifs en Belgique, une partie importante des dépenses de santé restant à charge du patient (voir p. 5). Ce vade a laissé une brèche dans laquelle ont pu s'insérer les assureurs privés en mettant sur le marché des produits d'assurance complémentaire. Le n° 1 en Belgique, DKV, vient de fêter ses 50 ans, et a vu le nombre de ses assurés en matière de santé augmenter sans discontinuer. Il y a 20 ans, ce n'était pas ressentir comme un produit de première nécessité alors que ça l'est maintenant. C'est un contrat perçu comme utile et auquel les gens tiennent particulièrement, précise Wauthier Robyns, porte-parole d'Assuralia, l'union des entreprises d'assurance.

Ce sont, en tout et pour tout, 8,5 millions de Belges qui bénéficient d'une assurance complémentaire. Une grande partie de ceux-ci, près de 4 millions, en profitent à travers leur entreprise en tant qu'avantage extra-légal. Un tel succès a incité, au cours des années 1980, les mutualités à emboîter le pas en proposant ce

type de produit à leurs affiliés, délaissant ainsi quelque peu le principe de solidarité universelle affiché. Des liens peuvent d'ailleurs exister entre mutualités et assurances privées. Le « patron » des Mutualités socialistes, Jean-Pascal Labille, étant également président du conseil d'administration de... P&V¹, n° 5 au classement des groupes d'assurances en matière de santé. L'assurance maladie obligatoire reste notre core business. On constate que, malgré ces efforts, il reste un coût important à charge du patient. On ne pouvait laisser nos membres seuls face aux offres privées, on a donc mis en place des solutions de complémentaires hospitalières, optiques ou dentaires, poursuit le patron des Mutualités chrétiennes. Attention ce n'est pas parce que nous avons les mêmes règles que nous sommes soumis aux mêmes buts, poursuit Alain Thirion, à la tête de l'association professionnelle des assureurs mutualistes et trésorier

« Nous ne sommes pas là pour organiser un système de solidarité. »

des Mutualités socialistes. Nous n'avons pas de but lucratif, pas d'actionnaires à rémunérer, des frais de publicité et de communication moindres. La prime versée par les assurés sert avant tout à leur octroyer les meilleurs remboursements possibles. Un argument à peine contesté du côté des privés. J'ai du mal quand on emploie le mot solidarité à propos de l'assurance. Nous ne sommes pas là pour organiser des transferts des plus forts aux plus faibles. Il y a certes, une forme de solidarité, mais qui est liée au hasard.

L'assurance hospi, le nerf de la guerre

Parmi les assurances santé complémentaires, l'assurance hospitalière tient le haut du pavé. Rien d'étonnant lorsqu'on voit les suppléments pratiqués dans certains hôpitaux. Dans leur baromètre annuel, les Mutualités chrétiennes notaient une augmentation moyenne du coût d'une hospitalisation classique de 1 396 € en 2013 à 1 461 € en 2014. D'après une étude réalisée dans plusieurs hôpitaux par Lieven Annemans, économiste de la santé à l'Université de Gand, le salaire annuel d'un radiologue varie en moyenne

de 221 000 à 467 400 € s'il exerce en Wallonie ou en Flandre. De 228 000 à 636 000 € pour un néphrologue ! Comment expliquer de tels écarts pour un soin en théorie identique ? Afin d'éviter à leurs affiliés de mauvaises surprises au moment de passer à la caisse, les mutualités mettent le paquet sur la couverture des chambres collectives ou à deux lits, là où les suppléments d'honoraires sont interdits depuis 2012. Le tarif des contrats de leurs assurances complémentaires est bien souvent moindre que dans le privé, mais les remboursements sont également inférieurs. En cas d'hospitalisation, ce qui est rarement agréable, le caractère privé et le confort de la chambre individuelle peut être apprécié par les assurés, justifie-t-on du côté d'Assuralia. C'est le défi des assureurs de répondre aux attentes des clients. Du côté des patients, on a parfois aussi l'impression que les hôpitaux poussent à choisir une chambre individuelle, ouvrant la porte à d'importants suppléments. On nous fait comprendre qu'en chambre individuelle, on sera mieux soigné, que le médecin fera plus attention à nous, témoignait une Bruxelloise ayant récemment séjourné en hôpital.

Vers un système de santé à deux vitesses ?

La hausse des frais hospitaliers, mais également des implants dentaires et des frais d'optique nous conduisent-ils vers un système de santé à deux vitesses ? On y arrive, soutient Jean Hermesse. 5 % de la population concentre 65 % des soins de santé.

Si un assureur privé parvient à éviter ces 5 %, c'est le jackpot ! Faites un mailing à Uccle plutôt qu'à Molenbeek et vous n'allez pas toucher le même public. Les assurances mettent ainsi en place des questionnaires médicaux pour mieux évaluer les risques de chaque assuré. La prime sera ainsi nettement plus élevée si vous êtes diabétique ou handicapé. Nous réagissons avec des conditions tarifaires adaptées, explique Wauthier Robyns. En 2008, le secteur n'était d'ailleurs pas rentable, avec un solde négatif de 2,9 %. Nous avons, depuis, réussi à inverser la tendance, grâce à une hausse des tarifications, et une réduction des plafonds. Effectivement, le montant moyen encaissé pour un assuré est passé de 175 € annuels à 264 € en 10 ans, une hausse de 66 % ! C'est inflatoire, poursuit Alain Thirion. Pour rendre les assurances attractives, on couvre les suppléments réclamés par les hôpitaux. Mais si vous augmentez les couvertures, les hôpitaux augmentent encore leurs suppléments... Alors que, pour raisons de restrictions budgétaires, le système de soins de santé est de plus en plus remis en question, serait-il profitable à la collectivité de laisser un plus large champ d'action au secteur privé ? Les employeurs paient 600 millions d'euros en primes en assurances hospitalisation, mais pour une assurance groupe, les frais d'administration montent à 15 ou 20 %, alors que dans l'assurance obligatoire c'est 3,5 %, conclut Jean Hermesse. Être social reste beaucoup plus efficace. À la fois ça coûte moins cher en termes de gestion et en plus, quand c'est collectif, on a une maîtrise beaucoup plus grande de la dépense. ■

1. Selon le journal L'Écho, en 2012, le montant moyen de rémunération octroyé à chaque administrateur se sera élevé à 144 736 €. Alain Thirion, trésorier des Mutualités socialistes et président de l'association professionnelle des assureurs mutualistes, siège également au conseil d'administration de P&V.



LA RÉVOLUTION DES MAISONS MÉDICALES

On compte en Belgique près de 130 maisons médicales pour un total de 350 000 patients.

Accessibles au plus grand nombre, ces établissements pourraient même pallier le risque des déserts médicaux. Reportage à Trooz, un village en périphérie de Liège.

Julien Collinet

Les médecins sont saturés sur la commune, regrette le docteur Hubert Jamart. De plus en plus d'habitants sont obligés de se tourner vers Liège. Si cela continue, on pourrait voir apparaître de réels déserts médicaux en Belgique. C'est en partie pour cette raison que cette maison médicale a ouvert ses portes, voici un an. Dans cette grande bâtisse communale, située le long d'une route nationale, perturbée par le va-et-vient des camions de la carrière qui surplombe la cité, 350 personnes se sont inscrites et reçoivent des soins. À l'image des autres maisons médicales, l'établissement est structuré en ASBL. Médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et même psychologues se partagent les lieux. On gagne en efficacité. Le travail en équipe m'est apparu comme une évidence, c'est beaucoup plus simple que de travailler avec un confrère dont le cabinet est à l'autre bout de la ville. Les maisons médicales sont directement nées de l'esprit post-soixante-huitard de quelques praticiens idéalistes. Le système de santé était très paternaliste, il y avait beaucoup d'inégalités. Les maisons médicales ont alors prospéré dans les régions les plus touchées par l'effondrement industriel, à Seraing, à Charleroi, et dans le croissant pauvre de Bruxelles.



Quand la solidarité tourne à plein régime

La vraie révolution aura lieu en 1984, lorsque la première maison médicale ose franchir le pas du système forfaitaire. À la différence d'une consultation classique, le patient ne paie pas son médecin à l'acte, mais pour l'ensemble de ses besoins médicaux. Les mutualités versent une somme d'argent à l'ASBL en fonction du nombre de patients. Dès que les patients sont inscrits, il n'y a plus d'échange d'argent, tout se fait en dehors, et on se consacre pleinement aux soins. En principe, il y a une participation de 2,50 € par mois, mais on ne la facture pas, c'est en dehors de notre logique. Ça ne veut pas dire que les soins de santé sont gratuits. On explique bien que tout cela a un coût. La formule a surtout l'avantage de faire tourner à plein régime la solidarité. J'ai la même somme d'argent pour soigner un diabétique qu'une personne âgée ou un jeune en bonne santé. Ainsi, lorsque les séances de kinésithérapie remboursées par les mutualités sont limitées, un patient pourra bénéficier ici gratuitement du nombre de consultations nécessaires. Les soins de santé sont pensés dans leur globalité. On intègre le curatif avec le préventif. On a prouvé que le coût total est similaire. Un meilleur dépistage amène moins de maladie et tout le monde y gagne. ■

« JE NE CONNAIS PAS UNE SEULE PERSONNE EN BONNE SANTE »

Le surendettement n'est pas uniquement causé par des ouvertures de crédit irresponsables. Dans la majorité des dossiers de surendettement, on retrouve également des factures de santé non payées. J.C

Dans mon public, je ne connais pas une seule personne qui soit en bonne santé. Le constat est interpellant. Valérie Pépin est médiatrice de dettes au CPAS d'Onhaye, à quelques kilomètres de Dinant. Ceci n'est pourtant pas si surprenant au vu des inégalités qui frappent notre pays en termes de santé. L'espérance de vie varie ainsi de 80 ans pour un diplômé de l'enseignement supérieur à 72 ans pour un homme sans diplôme. Le surendettement étant très souvent lié à une situation de pauvreté, ces personnes affichent une santé inférieure à la moyenne. Cela est aussi lié aux conséquences de stress qui amènent des soucis de santé, poursuit Valérie Pépin. Leur habitat, leur hygiène de vie, leur alimentation, tout ceci découle

MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR

Les dépenses consacrées aux soins de santé représentent 44 milliards d'euros, dont 75 % sont financés par les pouvoirs publics. En dépit de la couverture étendue offerte par l'assurance maladie obligatoire, certains frais restent couverts de façon limitée.

Arnaud Marchand



© Morgan Schwartz

Sans prévention, les coûts grimpent

Le report des soins engendre souvent une détérioration de la situation et, donc, des frais plus élevés à terme, notamment lorsqu'il faut passer par une hospitalisation. Or, les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale ont tendance à se rendre plus souvent aux urgences que le reste de la population, parce que cette formule permet de payer ultérieurement la facture. Un comportement à haut risque de surendettement, car les factures d'hôpitaux représentent la dette de soins de santé la plus fréquente dans les dossiers wallons de médiation de dettes. Des efforts accrus en matière de prévention pourraient donc à terme, diminuer les dépenses pour les soins curatifs.

Prévention, parent pauvre du budget

Seuls 2,5 % des moyens sont aujourd'hui affectés à la prévention en Belgique, ce qui est peu comparé aux autres pays européens. Plusieurs études¹ affirment pourtant que les comportements personnels (consommation de tabac, d'alcool...) ont un impact plus fort sur l'espérance de vie que les dépenses en soins de santé. Des maladies coûteuses humainement et financièrement (cancers, maladies cardiovasculaires) peuvent être évitées grâce à une meilleure prévention et davantage d'éducation à la santé. De même, l'extension de l'assurance maladie obligatoire à certains soins préventifs est susceptible d'en faciliter l'accès et d'éviter des coûts ultérieurs, ce qui réduit la facture totale des soins de santé. Notre société partage le consensus suivant: tout le monde doit avoir accès à des soins de santé de qualité. L'idée d'étendre l'assurance maladie obligatoire à certains soins préventifs et d'accroître les actions de prévention témoignerait de cette volonté de garantir un accès aux soins pour tous, tout en réduisant au final les dépenses en soins de santé. ■

1. Citées dans Reguera N., « Analyse des données OCDE 2011 : mise en perspective des soins de santé belges au regard de l'Europe », MC-Information n° 247.

DES DENTS SAINES, UN LUXE ?

Les soins dentaires représentent des dépenses non négligeables pour les ménages. À titre d'exemple, un patient paie en moyenne 649 € de suppléments sur ses soins d'orthodontie remboursés. Au total, 48 % des soins dentaires restent à la charge des patients.

Hasard ou conséquence, seule la moitié des Belges se rend au moins une fois par an chez le dentiste. Les soins dentaires sont souvent retardés... jusqu'au moment où la situation devient intenable, ce qui entraîne des coûts plus élevés.

Un meilleur remboursement des soins préventifs par l'assurance obligatoire, couplé à des actions de sensibilisation ciblées, permettrait d'augmenter la fréquence des visites chez le dentiste. Et, au final, de diminuer les dépenses de manière vraisemblablement significative.