

Santé : le Wallon à peine plus gourmand que le Flamand

Le Soir 9. 9. 2015

► Pas de consommation débridée de la Sécu par les francophones. ► Lorsque l'on gomme les disparités, c'est même l'inverse qui se produit.

médicale « préconisait d'égaliser les densités de médecins entre les communautés linguistiques et établissait sur cette base les quotas de remboursements Inami », rappellent les professeurs Delière et De Clercq. « Cet objectif se basait sur un postulat : une surconsommation de soins estimée intolérable dans le chef des francophones et supposée induite par une densité médicale excessive. Notons qu'une telle relation est fortement controversée dans la littérature scientifique ». C'est dans ce contexte que l'Inami a produit une série de rapports sur la géographie de la consommation médicale. Ils démontrent que les écarts de consommation par assuré diffèrent selon que l'on considère les dépenses brutes ou les dépenses standardisées (pour lesquelles on « gomme » certaines disparités).

2 Les dépenses brutes. Les chiffres bruts montrent que la consommation moyenne de soins est plus élevée en Wallonie. Plus élevée... mais rien à voir avec des écarts abyssaux. Alors qu'en 2013, la facture soins de santé du Belge moyen coûtait 2.309 euros à l'assurance maladie, celle du Flamand s'élevait à 2.320 euros et celle du Wallon à 2.349 euros. La différence entre les deux régions « culmine » à... 29 euros par an et par assuré Inami. En réalité, c'est la consommation de soins du Bruxellois, largement inférieure à la moyenne nationale avec 2.116 euros, qui amène cette dernière en dessous des dé-

penses wallonnes et flamandes. Quand le Belge tire 100 euros dans le budget de la sécu, le Flamand ponctionne 100,5 euros, le Wallon 101,7 euros et le Bruxellois seulement 91,7. « Ce faible score bruxellois est notamment dû à une présence supérieure de personnes ne consommant pas de soins », disent les D. Delière et E. De Clercq.

3 L'exercice de standardisation. Selon l'Inami, il est intéressant de neutraliser l'influence de certains facteurs sur les dépenses brutes (lire ci-contre). Dans ce cas, l'indice de consommation par assuré en Wallonie (100,8 par rapport) s'écarte moins de la moyenne nationale que celui de la Flandre (101,8). À Bruxelles, le même exercice abouti à un écart réduit par rapport à la moyenne belge tout en restant bien inférieur à cette moyenne (96,9). « Malgré la forte densité médicale, la moindre consommation par rapport à la moyenne belge reste importante ».

4 Demande induite par l'offre ? Deux enseignements peuvent être tirés de ces données. Alors que la capitale est fortement médicalisée, le postulat de consommation induite par l'offre n'y a pas cours. Par ailleurs, alors que la Wallonie présente une densité de médecin bien supérieure à la Flandre - 22 % de plus - la consommation médicale s'y écarte à peine de 1 % par rapport au Nord du pays. « On est donc très loin d'une forte consommation induite par l'offre ! » ■

ÉRIC BURGRAFF



© REPORTERS

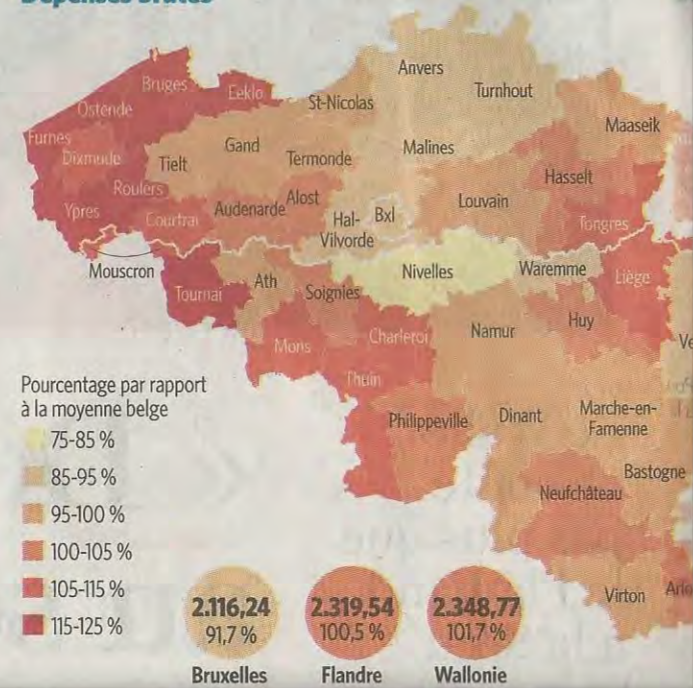
Les données brutes

Cette carte qui compare les dépenses brutes par assuré Inami démontre l'existence d'importantes différences sous-régionales. Ainsi, c'est en Flandre que se situent les arrondissements plus dépensiers, singulièrement à Eeklo (2.798 euros par assuré) et en Flandre-Occidentale où Furnes (2.833), Ostende, Ypres et Roulers (plus de 2.700), atteignent des sommets. Par contre c'est autour de Bruxelles (Hal Vilvorde avec 2092 euros par assuré, Nivelles 1.952 euros) que se situent les citoyens les moins dépensiers. Côté francophone, les bassins industriels présentent une structure de dépenses plus importante. Rien à voir, d'un côté comme de l'autre, avec des comportements civiques ou inciviques, les données doivent être analysées à la lumière de la pyramide des âges et du profil socio-économique des habitants : plus une population est pauvre et vieillissante, moins bonne est sa santé.

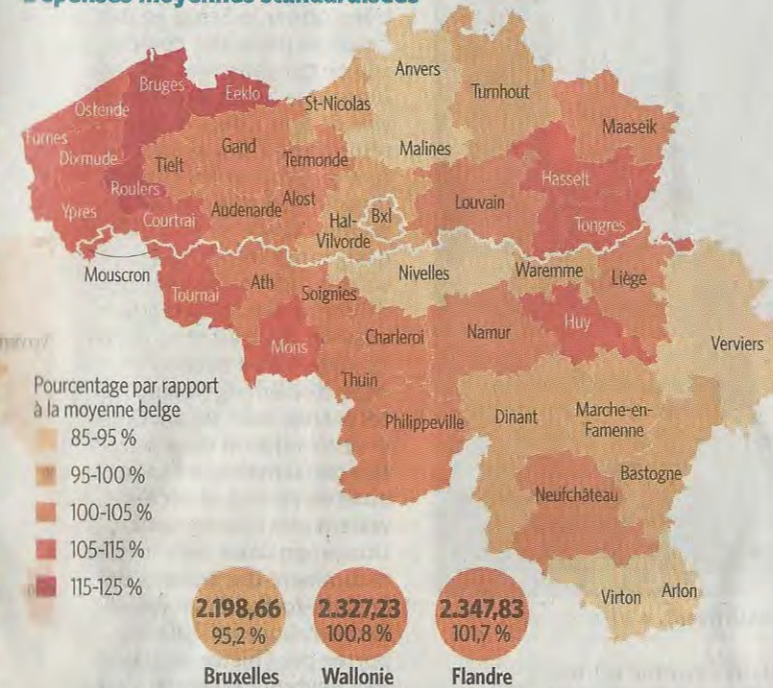
Géographie des dépenses totales en santé par arrondissement en 2013

(moyenne belge = 2.308,82 euros par an et par habitant)

Dépenses brutes



Dépenses moyennes standardisées



La standardisation

Cette carte montre l'intérêt de gommer les écarts liés à l'âge ou au statut socio-économique. Au terme de cet exercice, certains arrondissements néerlandophones réputés dépensiers au départ des données brutes se rapprochent désormais de la moyenne nationale. C'est manifeste pour Ostende et Furnes. « A l'inverse, pour Eeklo, des facteurs inconnus jouent manifestement un rôle », dit l'Inami. Il s'interroge aussi à propos de Bruxelles. Si pour la Flandre et la Wallonie les « dépenses moyennes respectivement moins élevées et plus élevées sont partiellement en relation avec l'évolution de la structure de la population », à Bruxelles, il subsiste après standardisation « une différence considérable par rapport au point de référence belge ». Les professeurs Delière et De Clercq ajoutent : « On peut craindre que ceci soit lié à la pauvreté plus répandue dans la capitale ».

L'EXPERTE

« Très loin d'une consommation induite par l'offre ! »

Avec son collègue Etienne De Clercq, le professeur émérite Denise Delière analyse les données de l'Inami. **Que vous inspirent les chiffres ?** A Bruxelles, alors que la densité de médecins actifs est de 80% supérieure à la moyenne nationale, la consommation moyenne de soins est, elle, nettement inférieure à la moyenne nationale. On est donc ici très loin d'une forte consommation induite par l'offre ! Selon l'Inami, ce faible score bruxellois est notamment dû à une présence supérieure de personnes ne consommant pas de soins. Sur l'aspect Flandre-Wallonie, clairement, l'hypothèse d'une consommation débridée des Francophones s'écroule. Cela dit, faut-il s'offusquer d'une densité de médecins en Wallonie supérieure de 22 % à celle de la Flandre, alors même qu'elle existe depuis 40 ans ? Et alors que nul ne met en question les écarts de densité entre arrondissements au sein de chaque région ? En fait, il n'y a pas de nombre d'or en matière de densité médicale : les systèmes de santé évoluent et s'accroissent de divers niveaux de densité. **Vous analysez-elle la notion de quotas de médecins ?** Pourquoi vouloir égaliser les densités de médecins entre Communautés alors que la consommation de soins ne se révèle pas excédentaire, contrairement à ce que l'on craignait ? De surcroît, la densité de la population est bien plus faible en Wallonie, accroissant d'autant le temps de déplacement pour les visites à domicile. **Posons la question autrement : faut-il à tout prix privilégier une hyper-productivité des médecins (au risque de surcharge et de soins expéditifs) ou sauvegarder un système favorisant l'accessibilité, le confort des patients et la qualité de vie des praticiens ?** **Vous concluez...** La Commission de planification ne devrait-elle pas reconnaître l'erreur de son postulat d'origine (trop de médecins qui causent trop de consommation de soins) ? Certes, on peut éventuellement viser un rapprochement graduel des densités médicales, mais vouloir y procéder au pas de charge, au nom d'un dogme discutable, risque de désorganiser profondément le système de santé francophone. En effet, limiter à 40 % les médecins francophones entrant, alors que leurs effectifs comptent 50 % de médecins en âge de prendre leur retraite, est une atteinte à la santé publique.



LEXIQUE

Standardisation

L'Inami a recours au processus de standardisation des données pour neutraliser les caractéristiques spécifiques influençant les chiffres bruts. L'institut en relève quatre : l'âge (les plus âgés sont davantage consommateurs de soins), le genre (les femmes coûtent plus cher à la sécurité sociale en raison d'une espérance de vie plus élevée), le statut social (les indépendants sont moins « dépensiers ») et le statut d'assuré (l'intervention majorée coûte, par définition, plus cher à la sécu). « Les indices et moyennes standardisés ainsi obtenus donnent une image plus fiable des différences géographiques qui subsistent lorsque l'influence des facteurs de standardisation est neutralisée », dit l'Inami.

Données brutes

Les chiffres bruts (qui servent de base pour obtenir les données standardisées) prennent en compte les dépenses liées aux prestations de santé remboursables, soit la très grande partie de la consommation des soins de santé en Belgique.

E.B.