

# Communiqué de presse

## 4 juillet 2017



Yves Smeets,  
Directeur général  
asbl SANTHEA

### Réaction de santhea par rapport à la publication du rapport du KCE 289B relatif à la Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité.

Le KCE vient de publier son nouveau rapport sur la Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité. Santhea relève plusieurs problèmes à ce rapport.

#### **A. En ce qui concerne la partie relative à l'évolution de la capacité hospitalière**

Il y a, à nos yeux, une incompréhension de la part des experts du KCE du fonctionnement et du financement hospitalier. Deux éléments sont à avoir en tête quand on aborde la problématique de la capacité hospitalière :

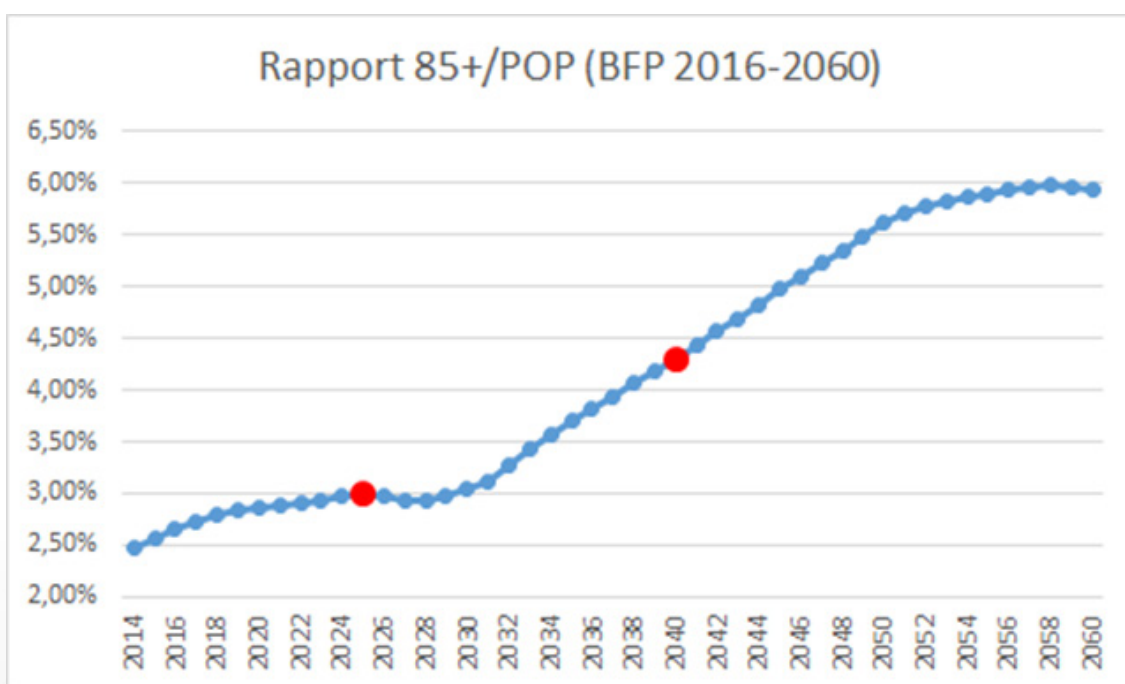
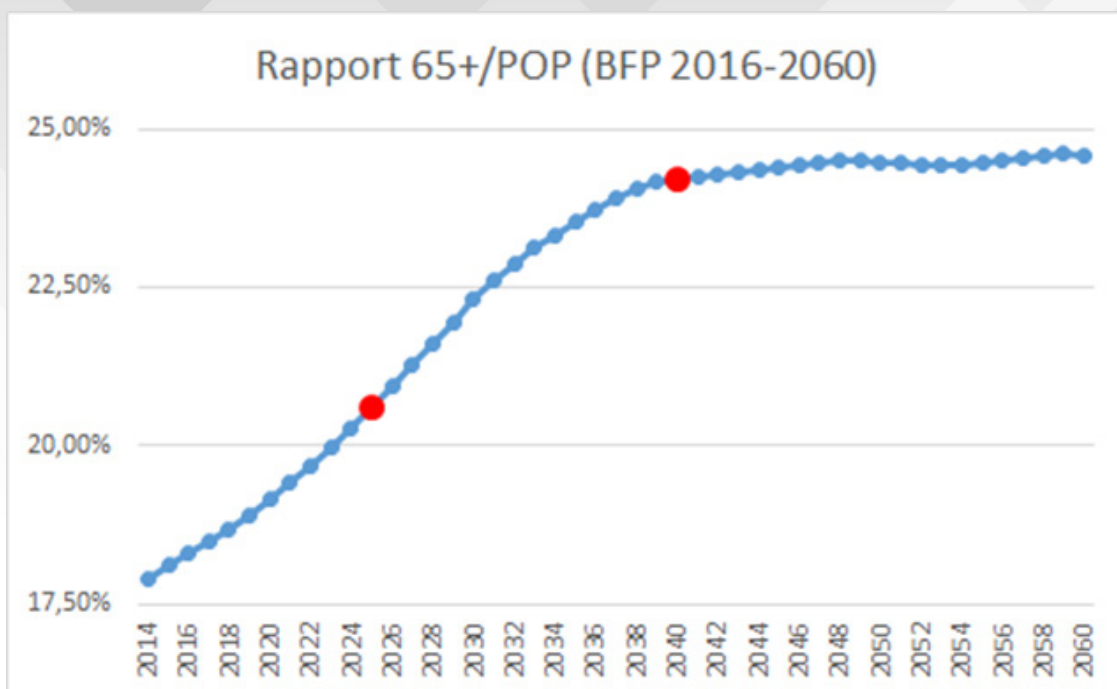
- Un lit non-justifié n'est pas nécessairement un lit vide !
- Un lit non-justifié n'est pas financé. Le fermer ne permet donc aucune économie budgétaire pour l'Etat !

En ce qui concerne plus particulièrement la méthodologie suivie pour estimer les besoins en capacité hospitalière, nous relevons plusieurs biais méthodologiques :

##### **1) Prévisions démographiques**

Quelle que soit la source des données (Bureau fédéral du Plan ?), le choix de proposer en 2017 (bien qu'il s'agisse de données 2014) un plan sur les lits à l'horizon 2025 est bien discutable vu la brièveté de la période étudiée d'une part mais également et surtout de l'évolution démographique attendue après 2025 d'autre part.

Les données les plus récentes (2016-2060) du BFP nous rappellent, que la proportion des +65 ans ne se stabilisera pas avant l'horizon 2040 et celle des +85 ans pas avant 2060. Il est plutôt critiquable d'établir un plaidoyer pour la fermeture de 10.000 lits d'ici 2025 sans voir au-delà de ce proche horizon.



L'étude menée par santhea en 2015 pour le compte du SPF Santé publique concluait à une augmentation des besoins en capacité hospitalière au-delà de 2025 !

## 2) Tendances (épidémiologiques) pour le nombre de séjours

L'étude KCE présente comme postulat que les tendances épidémiologiques (parmi d'autres facteurs) resteront identiques entre 2014 et 2025. Ce premier point apparaît déjà largement contestable au vu de l'explosion actuelle des maladies chroniques.

## 3) Tendance pour la DMS

La méthode de prédiction exploitée pour la définition des durées moyennes de séjours futures ne semble pas avoir fait appel à des modèles statistiques élaborés. Le fait d'affirmer que les DMS prédites pour 2025 apparaissent comme similaires à celles observées actuellement aux USA n'est de notre point de vue pas pertinent vu la différence au niveau des populations cibles et du fonctionnement même des systèmes de soins de santé, largement inégalitaire outre-atlantique.

## 4) Tendance pour l'évolution de l'hospitalisation de jour

L'évolution de l'hospitalisation de jour n'indique pas à ce stade si une éventuelle analyse qualitative par APR-DRG a été envisagée pour juger de la capacité technique du système à évoluer davantage vers l'ambulatoire. Se baser uniquement sur une courbe de tendance serait bien hasardeux à ce niveau. L'étude présente de plus un scénario alternatif envisageant un passage accéléré vers la chirurgie de jour qui ne montre au final que l'impact limité sur les besoins de cette potentielle accélération. Inclure ce dernier dans l'analyse principale n'aurait-il pas été plus pertinent ?

Par ailleurs, les conclusions de l'étude indiquent une augmentation considérable du besoin en lits d'hospitalisation de jour !

## 5) Calcul des besoins en lits

Il semble que les besoins en lits par index pour 2014 et 2025 aient été calculés selon la formule des lits justifiés ( = Nombre de journées justifiées / (Taux d'occupation \* 365) ). Le fait d'exploiter à ce niveau des taux d'occupation normatif constant dans le temps pourrait justifier d'une certaine manière le postulat selon lequel l'évolution des tendances épidémiologiques n'a pas été pris en compte.

Le chiffre avancé de 2.291 lits surnuméraires à la vue des besoins en 2025 (-5,36% par rapport à 2014) se justifie par la diminution des DMS et le switch vers l'hospitalisation de jour. L'étude avance donc que supprimer 2.291 lits aigus demanderait l'ouverture théorique de 3.640 lits supplémentaires consacrés à l'ambulatoire (méthode exclue pour de nombreux patients) pour être viable !

Cette estimation ne prend de plus bien entendu pas en compte les variations saisonnières constatées dans les hôpitaux ni l'organisation pratique requise pour assurer le roulement des patients pour un lit bien déterminé. Le bon sens entend qu'un lit n'est jamais occupé par un nouveau patient à la seconde même où le précédent le quitte, même si les séjours sont plus courts.

L'augmentation de 11,8% du nombre de séjours avancée par le KCE ne rendra de plus certainement pas l'utilisation des lits plus efficiente. Avancer que le nombre de 50.973 lits recensé en 2014 dépassait déjà de 8.269 unités les besoins de l'époque, et donc de 10.560 unités en 2025, n'est donc clairement qu'un raccourci aberrant et une déconstruction totale du système actuel à nos yeux !

## **B En ce qui concerne la partie relative aux cancers rares**

Une des recommandations émises vise à conclure des conventions INAMI avec certains centres fixant des critères qualitatifs, organisationnels et quantitatifs. Nous vous signalons que cette recommandation est en contradiction avec les effets de la sixième réforme de l'Etat et qu'il n'appartient pas à l'Etat fédéral d'édicter des normes de fonctionnement, fusse par le biais de conventions INAMI, cette compétence ayant été transférée aux entités fédérées, comme vient de le rappeler brutalement le Conseil d'Etat dans son avis sur le projet d'arrêté de Mme de Block sur les soins intégrés.

## **C En ce qui concerne la partie relative à la radiothérapie**

Nous n'avons (en dehors de comparaison avec d'autres pays) aucune justification sur les éléments « evidence-based » qui permettent au KCE d'avancer que la concentration des activités de radiothérapie sur maximum 25 sites, avec trois appareils par site et un nombre de 1000 nouveaux cas annuels minimum par centre permettrait d'augmenter la qualité.

Nous ne comprenons pas non plus la logique budgétaire sous-jacente : fermer des centres existants (et remplissant les critères d'activité actuels) pour concentrer l'activité sur des sites déjà saturés impliquera la construction de nouveaux bunkers et l'acquisition de nouveau appareillages, soit un coût estimé entre 10 et 1,5 millions € par salle ! Qui va payer ? (il s'agit d'une compétence des entités fédérées qui n'ont pas prévu de budget supplémentaire pour construire de nouveaux bunkers à profusion). Et où est l'économie pour la sécurité sociale ?

Par ailleurs plusieurs études tendent à démontrer une sous-utilisation de la radiothérapie en Belgique dans le traitement du cancer (certains évoquent même des chiffres de 20 % de sous-utilisation) et de plus en plus de cancers font l'objet de traitement par radiothérapie. Les besoins ne feront encore qu'augmenter dans les prochaines années. Nous nous étonnons, qu'alors qu'en ce qui concerne la capacité en lits, le KCE est capable (!) de prédire à 7 ans les besoins et qu'en ce qui concerne cette technologie aucun trend n'ait été pris en compte !

Enfin, l'accessibilité aux soins est une donnée importante dans le domaine du traitement du cancer. Restreindre cet accès et créer des files d'attente plus importantes est considéré comme contraire à l'article 23 de la Constitution :

Cette disposition de la Constitution implique une obligation de standstill qui fait notamment obstacle à ce que le législateur compétent réduise de manière sensible le niveau de protection qu'offre la législation applicable en matière de droits à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique, sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général.

Dans son arrêt n° 215.309 du 23 septembre 2011 (CLEON et al.), la Cour Constitutionnelle a confirmé que : « l'article 23 de la Constitution implique, dans les matières qu'il couvre, une obligation de standstill, qui s'oppose à ce que l'autorité compétente réduise sensiblement le degré de protection offert par la législation applicable, sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général » (pour une autre application concrète, voir aussi n° 216.702 du 6 décembre 2011, CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS CHRÉTIENS et al.).

L'article 23 de la Constitution et l'obligation de standstill doivent aussi être lus en parallèle avec les articles 11 et 13, de la Charte sociale européenne du 3 mai 1996, qui garantissent le droit à la protection de la santé et le droit à l'assistance sociale et médicale :

*« Article 11 – Droit à la protection de la santé*

*En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :*

- 1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;*
- 2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;*
- 3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.*

*Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale*

*En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties contractantes s'engagent :*

- 1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;*
- 2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;*
- 3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;*
- 4. à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties contractantes se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953 ».*

Ceci implique que l'offre de soins (quand celle-ci est justifiée par une activité réelle) ne pourra pas être sensiblement réduite sous peine de contrevenir à cette obligation de standstill.

**Yves Smeets**

**Directeur général de santhea**

**rue du Pinson, 36 à 1170 BRUXELLES**

**02/210.42.70 - [yves.smeets@santhea.be](mailto:yves.smeets@santhea.be) - [www.santhea.be](http://www.santhea.be)**