

Juillet 2020

European Social Observatory
deliverable

**Les inégalités d'accès
aux soins de santé en
Belgique**

Rapport de synthèse



Rita Baeten et Sophie Cès
Observatoire social européen (OSE)

www.ose.be

rue Paul Emile Janson 13 / 1050 Bruxelles / tél.: 32 (0)2 537 19 71 / fax: 32 (0)2 539 28 08 / e-mail: info@ose.be

Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique

Rapport de synthèse

Rita Baeten et Sophie Cès

Observatoire social européen (OSE)

Etude commanditée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Ce rapport présente une synthèse de la publication : Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p.



Table des matières

Introduction	4
1. Méthodes	6
1.1 Revue de la littérature	6
1.2 Analyse détaillée des données individuelles de l'enquête EU-SILC	6
1.3 Entretiens semi-structurés	7
2. Résultats	8
2.1 L'accès aux soins de santé en Belgique par rapport aux autres pays de l'Union européenne	8
2.1.1 L'importance des restes à charge des patients	8
2.1.2 Perception de la charge financière des soins médicaux	9
2.1.3 Comparaison européenne des besoins non satisfaits pour des raisons financières .	10
2.2 Analyse approfondie des besoins en soins de santé non satisfaits pour raisons financières autodéclarés en Belgique	12
2.2.1 Caractéristiques individuelles des personnes qui déclarent des besoins non satisfaits en soins médicaux et/ou dentaires en 2017	12
2.2.2 Evolution entre 2011 et 2017	13
2.2.3 Déterminants des besoins médicaux et dentaires non satisfaits pour des raisons financières.....	15
2.2.4 Pistes pour expliquer les résultats quantitatifs.....	16
2.3 Principaux obstacles à l'accès aux soins de santé	19
2.3.1 L'absence de couverture par l'assurance maladie obligatoire.....	19
2.3.2 L'avance des frais de santé remboursables.....	20
2.3.3 L'importance globale des frais de santé restant à charge du patient.....	20
2.3.4 Les frais d'hospitalisation à charge du patient	21
2.3.5 Les restes à charge pour les soins ambulatoires.....	21
2.3.6 Les suppléments d'honoraires	22
2.3.7 La complexité du système	23
2.3.8 Les conséquences sur la santé des problèmes en matière d'accès aux soins de santé	23
2.4 L'efficacité des mesures de protection des groupes vulnérables	24
2.4.1 Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM).....	24
2.4.2 Le rôle des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS)	24
Conclusion	26
Recommandations politiques	28

Introduction ⁽¹⁾ ⁽²⁾

L'accès aux soins de santé en Belgique pour l'ensemble de la population est relativement bon. Ainsi, en 2017, 2% de la population adulte déclarait des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières. Mais ce chiffre cache des inégalités importantes en fonction des niveaux de revenu. En effet, les besoins en soins de santé non satisfaits sont principalement rencontrés par les personnes socio-économiquement désavantagées. Parmi les 20 % de la population aux revenus les plus faibles ⁽³⁾, 6,7 % d'individus ne peuvent pas satisfaire leurs besoins en soins médicaux en raison de leurs coûts, alors que chez les personnes avec des revenus plus élevés, ce pourcentage est très faible : il est proche de zéro pour plus de la moitié de la population avec des revenus plus élevés. Cet écart entre les individus avec les revenus les plus bas et les plus élevés est parmi les plus marqués de l'Union européenne. Plus important encore, on observe une augmentation importante de cette proportion parmi les personnes qui ont les plus bas revenus : de 4,1 % en 2011 à 6,7 % en 2017.

Les problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé ont deux conséquences négatives majeures : premièrement, des besoins non satisfaits en soins de santé et deuxièmement, des difficultés financières pour les ménages dues aux coûts des services de santé qui sont supportés par les patients.

Il est dès lors important de mieux comprendre les raisons sous-jacentes de cet accès inégal aux soins de santé. Notre étude entend contribuer à une meilleure connaissance de ce phénomène. Les questions qui ont guidé notre recherche sont les suivantes :

- 1) Quelle est l'importance des difficultés financières d'accès aux soins de santé en Belgique ? Comment ont-elles évolué sur la période 2011-2017 ?
- 2) Qui est le plus à risque de besoins en soins de santé non satisfaits et/ou de supporter une charge financière importante pour les soins de santé ? Quels sont les déterminants des besoins non satisfaits en soins de santé ?
- 3) Pour quels services et produits de santé les difficultés d'accès sont-elles les plus importantes ?

-
1. Ce rapport utilise les données individuelles 2011 et 2017 de l'enquête Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (Eurostat, EU-SILC), fournies à l'OSE en novembre 2019. L'office belge de statistique, Statbel, nous a informé (e-mail du 13/07/2020) qu'il y a eu des corrections récentes mineures dans les données 2017 (qui ne sont pas encore officialisées). Ces corrections auraient eu un impact marginal sur les résultats de notre analyse statistique. Par ailleurs, les données de la Belgique pour 2016, 2017 et 2018 qui sont également disponibles en ligne sur le site d'Eurostat ont été récemment modifiées (consulté le 10/07/2020). Les données 2017 ne correspondent plus à celles qui nous ont été fournies en novembre 2019 ni à celles récemment corrigées de Statbel du 13/07/2020. Par conséquent, nous ne faisons pas référence aux données disponibles publiées sur le site Eurostat.
 2. Ce rapport présente une synthèse de la publication : Cès, S. and Baeten, R. (2020), *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p. Les références utilisées ne sont pas reprises dans cette synthèse.
 3. Le quintile de revenu le plus bas. Les personnes sont réparties en cinq catégories de revenus, de la catégorie de revenu la plus basse (20% de la population) à la catégorie de revenu la plus élevée (20% de la population).

- 4) Quelles sont les caractéristiques du système de santé qui sont susceptibles de provoquer des difficultés d'accès aux soins de santé et d'influer sur leur évolution sur la période 2011-2017 ?

L'accès financier aux soins de santé dépend très largement des frais qui restent à charge du patient. Ceux-ci sont déterminés par les décisions concernant : 1) les conditions pour être couvert par l'assurance maladie obligatoire, 2) le niveau des tickets modérateurs, 3) l'importance des suppléments d'honoraires et 4) les soins de santé non remboursés. Cependant, d'autres facteurs peuvent également intervenir tels que la disponibilité des prestataires de soins dans le système de santé, les coûts que les patients doivent avancer avant remboursement, et les coûts non liés directement aux soins de santé (par exemple, les frais de transport) ou encore les coûts d'opportunité d'accès aux services de santé (par exemple, le temps passé en dehors du travail).

La recherche porte principalement des problèmes d'accès aux soins de santé. Notre approche ne permet pas d'évaluer l'impact financier des frais en soins de santé sur le budget des ménages, ni l'efficacité des outils de protection des ménages contre le risque d'appauvrissement dû aux coûts des soins de santé (4).

Notre recherche se concentre sur les soins curatifs dispensés par des professionnels de la santé en milieu hospitalier et en ambulatoire. L'analyse porte sur la population adulte résidant légalement en Belgique à l'exception des personnes qui résident dans des établissements collectifs (comme les prisons par exemple). Ce choix est motivé par le constat empirique de la dégradation de l'accès aux soins de santé pour les plus démunis qui résident légalement en Belgique. Notre étude vise principalement à comprendre ce phénomène. Ainsi, elle ne prend pas en compte certains sous-groupes de la population qui sont les plus susceptibles de rencontrer de grandes difficultés d'accès aux soins de santé, notamment les personnes ne résidant pas officiellement en Belgique, comme les sans-papiers ou encore, certains sans-abris.

4. Comme le Maximum à Facturer (MAF), une mesure de protection financière pour éviter des dépenses de santé excessives et pour limiter les frais de santé annuels des ménages.

1. Méthodes

Pour répondre aux questions de la recherche, nous avons analysé des données provenant de différentes sources.

1.1 Revue de la littérature

Nous avons tout d'abord analysé la littérature sur le sujet, principalement de la littérature grise, tels que des documents gouvernementaux et des études menées par les mutuelles. Pour comprendre l'étendue des problèmes d'accès en Belgique relativement aux autres pays de l'Union européenne, nous avons effectué une analyse comparative de l'accès aux soins de santé entre les États membres. Cette analyse s'appuie sur les données statistiques secondaires et la littérature.

1.2 Analyse détaillée des données individuelles de l'enquête EU-SILC

Ensuite, nous avons analysé les données secondaires (issues de l'enquête EU-SILC), relatives aux besoins de soins médicaux et dentaires non satisfaits déclarés par les personnes interrogées.

La notion de « besoins en soins de santé non satisfaits auto-déclarés » fait alors référence au fait qu'aucun soin de santé n'a été reçu lorsqu'un besoin a été identifié par la personne interrogée. Les informations sur les besoins en soins de santé objectivés par le point de vue médical ne sont pas disponibles pour l'ensemble de la population. C'est la raison pour laquelle une approche pragmatique est privilégiée. Elle se base sur la perception du besoin en soins de santé des individus, qui peut alors être différente du besoin identifié par les médecins (le jugement clinique).

Notre analyse porte sur cet indicateur : la proportion de la population qui déclare des besoins en soins de santé non satisfaits, en utilisant les données collectées dans l'enquête EU-SILC, qui est actuellement mis en œuvre dans 27 pays de l'Union européenne (UE). Un échantillon représentatif de ménages privés ⁽⁵⁾ est sélectionné pour lesquels l'ensemble des personnes adultes de 16 ans ou plus de chaque ménage sont interrogées.

La question sur les besoins en soins de santé non satisfaits est suivante : « *Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir réellement eu besoin d'un examen ou traitement médical, mais de ne pas l'avoir fait ?* ». Si oui, il est demandé pour quelle raison la personne n'a pas reçu ces soins. Les trois réponses les plus fréquemment fournies sont : (1) *Je n'en avais pas les moyens (trop cher ou pas couvert par la mutuelle ou une assurance)*, (2) *problème de distance/moyen de transport*, (3) *Il y avait une liste d'attente ou je n'avais pas le document nécessaire pour être référé chez un médecin spécialiste*. D'autres réponses sont également possibles, elles comprennent notamment le manque de temps ou la peur des médecins. Elles sont toutefois beaucoup moins fréquentes.

5. Les personnes vivant dans des ménages collectifs ou institutionnels (par exemple les prisons, les hôpitaux psychiatriques, ou encore les maisons de repos) et les personnes ne résidant pas officiellement dans le pays sont exclues de l'enquête.

Notre analyse statistique vise, d'une part, à identifier les caractéristiques des personnes qui déclarent des besoins non satisfaits pour raison financière et, d'autre part, à identifier les facteurs associés au risque de besoins non satisfaits (6).

1.3 Entretiens semi-structurés

Nous avons mené des entretiens avec des professionnels de santé, principalement des médecins généralistes et des travailleurs sociaux des services d'aide aux patients et aux personnes en situation précaire. L'objectif est d'identifier l'éventail des problèmes liés à l'accessibilité financière des soins de santé et d'explorer la diversité des raisons qui peuvent conduire à des besoins non satisfaits et/ou à des difficultés financières liées aux soins de santé.

Nous avons identifié les services sociaux et de santé dans trois zones géographiques : Anvers, Bruxelles et Charleroi. Les organisations étaient les suivantes : hôpitaux, bureaux de naissance et de soins aux enfants, maisons médicales, mutuelles et caisses de maladie et centres public d'action sociale (CPAS). Dans ces services, nous avons interrogé des travailleurs de terrain, en tant que témoins directs, qui sont en contact avec les populations vulnérables susceptibles d'avoir des difficultés pour payer les soins de santé. Au total, nous avons réalisé treize entretiens semi-structurés en face-à-face. Pour compléter les données issues des entretiens avec les professionnels de santé, nous avons également réalisé un entretien avec un groupe de quatorze patients atteints de maladies chroniques. Tous les entretiens ont été faits entre mai et septembre 2019. Une grille d'entretien a été élaborée et adaptée pour chaque entretien. Le nombre de participants à un entretien était variable : entre une et cinq personnes.

Pour traiter nos données, nous avons encodé les entretiens à l'aide de Nvivo 12 plus. L'encodage a été effectué par deux chercheurs (SC et RB) selon un processus itératif.

6. Une régression logistique univariée a été effectuée pour tester les différences non ajustées de probabilité de besoins non satisfaits. Une régression logistique multivariée permet d'identifier l'effet isolé de chaque facteur associé au risque tout en tenant compte de l'effet simultané des autres facteurs.

2. Résultats

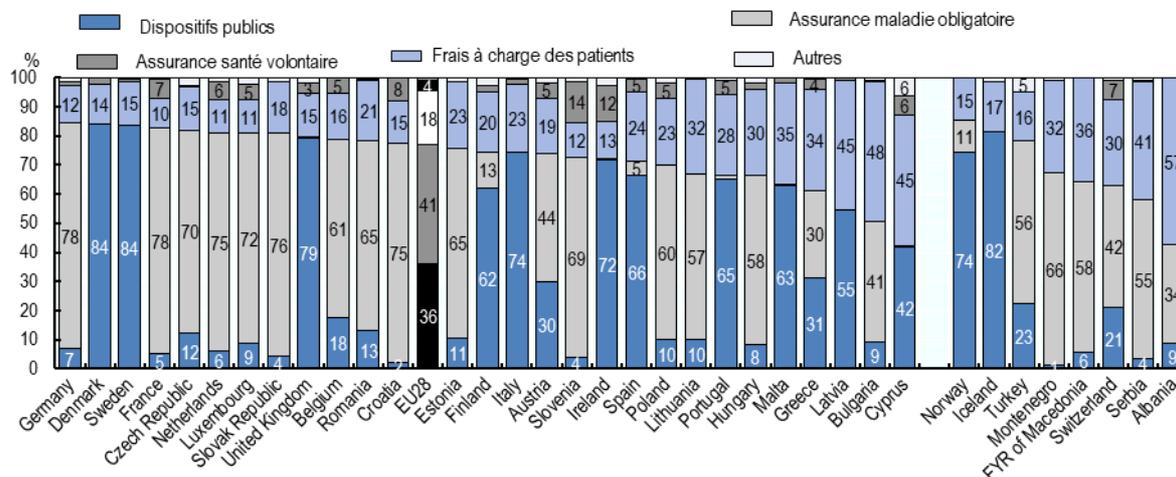
Dans cette section nous discutons d'abord la performance de la Belgique concernant l'accès aux soins de santé par rapport aux autres pays de l'UE. Puis, nous présentons les résultats de l'analyse de l'enquête EU-SILC sur les besoins en soins de santé non satisfaits auto-déclarés. Ensuite, nous discutons, d'une part, des principaux obstacles à l'accès financier aux soins de santé et, d'autre part, de l'efficacité de certaines mesures de protections des groupes vulnérables pour améliorer l'accès aux soins de santé.

2.1 L'accès aux soins de santé en Belgique par rapport aux autres pays de l'Union européenne

2.1.1 L'importance des restes à charge des patients

Le graphique 1 montre les dépenses totales de santé ventilées selon les différents types de financement dans les pays européens. Les dépenses qui restent à la charge des patients représentent 16 % des dépenses totales de santé en Belgique en 2016. Parmi les pays de l'UE-28, la Belgique se classe en dessous du moyenne européenne (18 %), mais le taux est plus élevé que dans les pays voisins.

Graphique 1 : Dépenses de santé selon le type de financement, 2016 (ou plus proche année)



Note: les pays sont classés en fonction de la répartition des dispositifs publics et de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé.

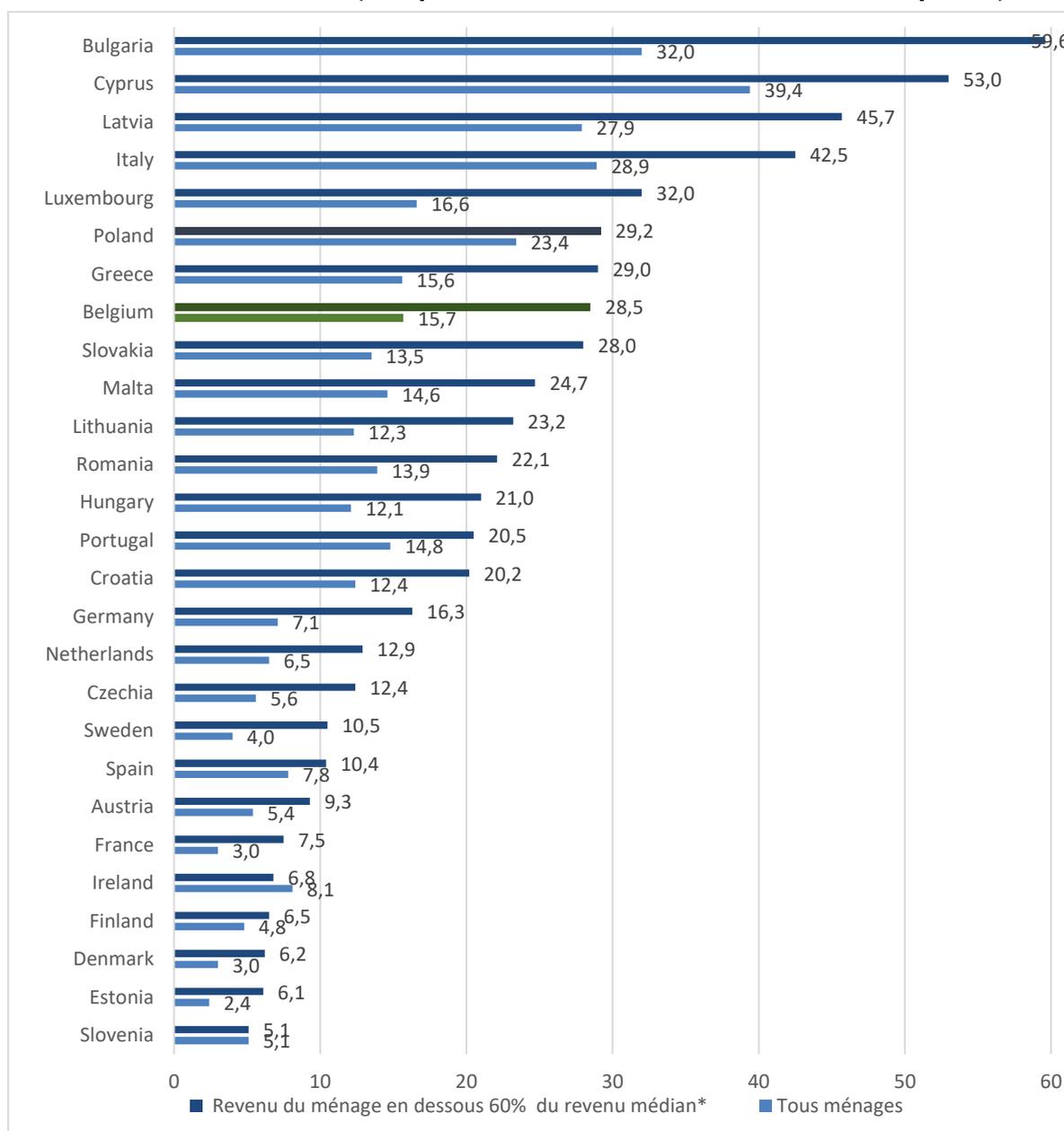
Source: OECD and European Union, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.

2.1.2 Perception de la charge financière des soins médicaux

Le pourcentage des personnes qui déclarent que les frais des soins de santé constituent une charge financière importante varie considérablement d'un pays à l'autre de l'UE. Le graphique 2 montre, pour chaque État membre en 2017, le pourcentage des personnes qui déclarent que les soins médicaux représentent une charge financière élevée.

Ainsi, en Belgique, alors que 15,7 % des personnes ont déclaré que les soins médicaux constituaient une charge financière élevée, cette proportion s'élève à 28,5 % pour les personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 60 % du revenu médian. La Belgique se situe au 8ème rang des pays pour lesquels la charge financière est la plus fréquemment perçue comme importante chez les personnes ayant un faible revenu. Parmi les pays voisins, seul le Luxembourg a un pourcentage plus élevé et le pourcentage est nettement plus bas en Allemagne, les Pays-Bas et la France.

Graphique 2 : Pourcentage des personnes déclarant que les soins médicaux constituent une charge financière élevée, comparaison entre États membres de l'Union européenne, 2017 (%)



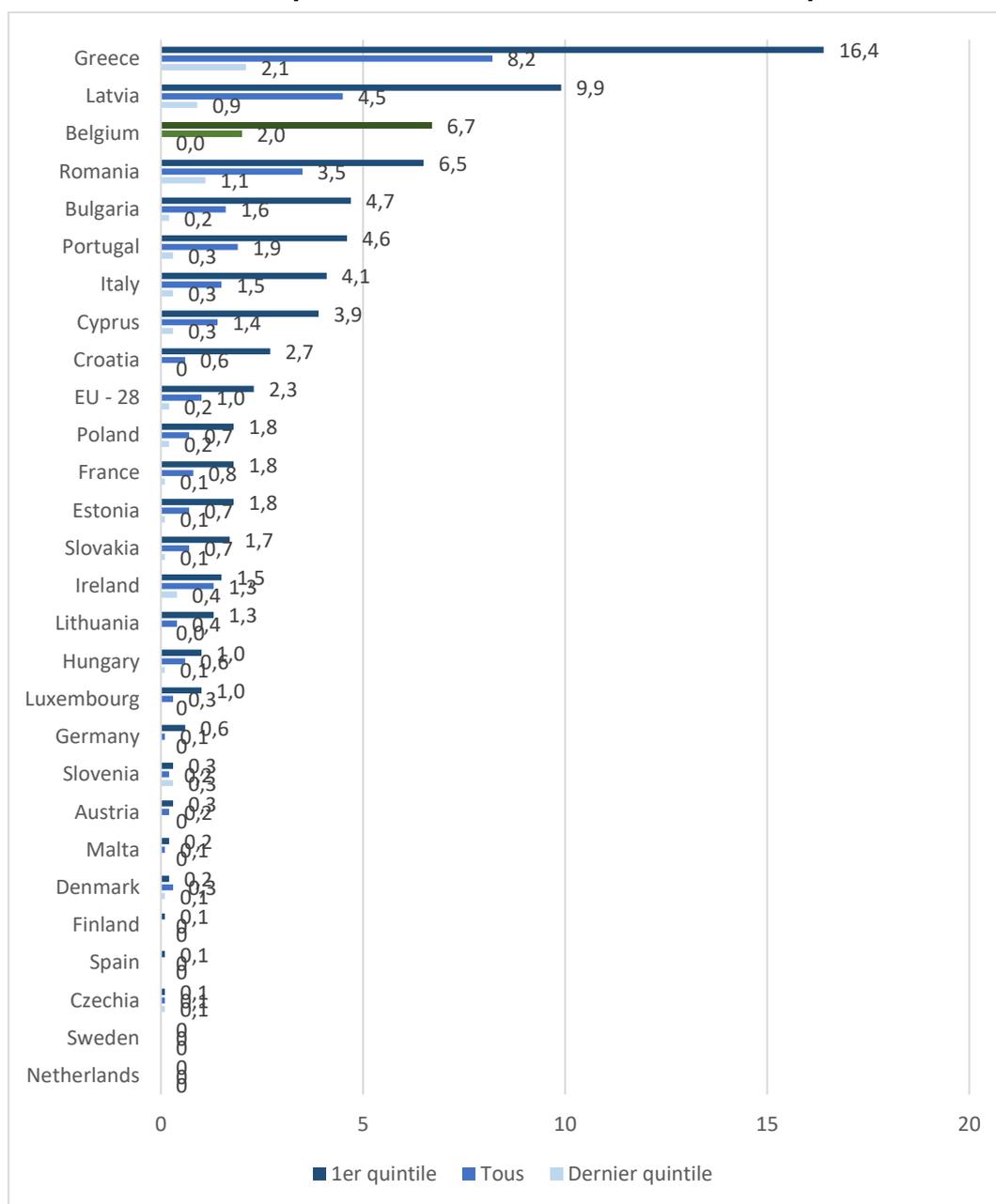
Source : Eurostat, EU-SILC 2017.

* Le revenu disponible équivalent correspond au revenu total d'un ménage, après impôt et autres déductions, disponible en vue d'être dépensé ou épargné, divisé par le nombre de membres du ménage converti en équivalents adultes.

2.1.3 Comparaison européenne des besoins non satisfaits pour des raisons financières

Le graphique 3 montre le pourcentage de personnes déclarant des besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical pour des raisons financières en 2017 en fonction des niveaux de revenu. Si, en Belgique, pour l'ensemble de la population, le pourcentage de besoins médicaux non satisfaits pour des raisons financières reste relativement faible avec 2 %, en 2017, il est parmi les plus élevés des pays de l'UE pour les revenus les plus bas : la Belgique a le troisième pourcentage le plus élevé de personnes ayant des besoins non satisfaits en matière d'examen ou de traitement médical pour des raisons financières (6,7 %), après la Grèce et la Lettonie.

Graphique 3 : Pourcentage des personnes déclarant des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits pour des raisons financières en fonction des quintiles de revenu, 2017 (%)



Source : Eurostat, EU-SILC 2017.

2.2 Analyse approfondie des besoins en soins de santé non satisfaits pour raisons financières autodéclarés en Belgique

2.2.1 Caractéristiques individuelles des personnes qui déclarent des besoins non satisfaits en soins médicaux et/ou dentaires en 2017

Dans l'ensemble en Belgique, 4,1 % de la population avait des besoins non satisfaits pour des raisons financières en matière de soins médicaux et/ou dentaires (données EU-SILC 2017). Il existe un chevauchement considérable (un recoupement) entre les personnes ayant des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et dentaires : 72 % des personnes ayant des besoins médicaux non satisfaits ont également déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires.

Les besoins non satisfaits sont beaucoup plus fréquemment déclarés par les personnes les plus démunies. Ainsi, la proportion de la population ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux était de 6,7 % chez des personnes dans le premier quintile de revenus (versus 2,1 % à partir du deuxième quintile, et faible à zéro à partir du troisième quintile). En ce qui concerne les soins dentaires, elle variait (au cours de la même période) de 10,5 % dans le premier quintile de revenu (versus 4,3 % dans le deuxième quintile et entre 2,1 % et 0,3 % à partir du troisième quintile).

Les résultats ventilés par **caractéristiques individuelles socio-économiques** permettent également d'identifier les groupes particulièrement vulnérables. Les besoins non satisfaits sont beaucoup plus fréquemment rencontrés chez les personnes sans activité professionnelle (à l'exception des étudiants et des retraités) : les chômeurs (7,6 % pour les soins médicaux et 11,6 % pour les soins dentaires), les personnes handicapées/ou en invalidité (respectivement 9,8 % et 13,8 %) et les personnes au foyer (5,8 % et 8,5 %), ou dans les ménages ayant un faible niveau d'activité professionnelle (trois mois ou moins sur un an) (9,9 % et 14,1 %).

D'autres résultats montrent aussi le lien avec **les difficultés financières rencontrées**. En effet, les besoins non satisfaits en soins médicaux sont fréquemment mentionnés parmi les personnes qui ont des difficultés à assurer la satisfaction des besoins primaires, comme le logement et l'alimentation. 8,4 % des personnes vivant dans un logement surpeuplé (7) déclarent des besoins non satisfaits pour les soins médicaux et 10,4 % pour les soins dentaires (seulement 1,7 % et 3,2 % pour les ménages qui ne sont pas surpeuplés). Plus important encore, les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux sont fortement liés à la capacité à répondre aux besoins physiologiques : 15 % des personnes qui ont du mal à chauffer leur logement déclarent des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux (contre seulement 1,2 % de celles qui ne rencontrent pas cette difficulté) et 21,3 % pour les soins dentaires (contre 2,5 %). De même, parmi les personnes qui

7. Une personne vit dans un logement surpeuplé si celle-ci n'a pas le nombre de pièces disponibles égal à : une pièce pour le ménage, une pièce par couple vivant dans l'habitation, une pièce pour chaque personne célibataire de plus de 18 ans, une pièce pour deux enfants de même sexe entre 12 et 17 ans, une pièce pour chaque enfant entre 12 et 17 ans de sexe différent et une pièce pour deux enfants de moins de 12 ans.

n'ont pas les moyens de s'offrir un repas équilibré tous les deux jours, 16,5 % déclarent des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et 20 % en matière de soins dentaires.

La proportion la plus élevée de besoins non satisfaits est observée chez les personnes qui déclarent avoir eu des arriérés de factures de services publics ou de logement au cours des douze derniers mois : 22,8 % pour les soins médicaux (contre seulement 1 % chez les personnes qui n'ont pas d'arriérés) et 30,5 % pour les soins dentaires (contre 2,3 %).

Les résultats varient aussi considérablement entre les groupes qui peuvent et ne peuvent pas se permettre financièrement des activités sociales. Parmi les personnes qui ne peuvent pas sortir avec des amis ou de la famille au moins une fois par mois, 13,7 % ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et 20,5 % en matière de soins dentaires, (contre respectivement 0,5 % et 1,4 % pour les personnes qui peuvent se le permettre). Le résultat est similaire pour les personnes qui ne peuvent pas se permettre d'avoir des activités de loisirs.

Enfin, des différences régionales significatives sont observées. La proportion de personnes qui déclarent des besoins non satisfaits est sensiblement plus élevée en Wallonie (3,1 %) et à Bruxelles (4,3 %) qu'en Flandre (1 %).

2.2.2 Evolution entre 2011 et 2017

La proportion de personnes ayant déclaré des besoins médicaux non satisfaits pour des raisons financières dans l'ensemble de la population est passée de 1,4% en 2011 à 2% en 2017, tandis que pour les soins dentaires, aucune augmentation significative n'a été observée. Par sous-groupe de la population, des augmentations significatives de besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et dentaires sont observées souvent dans des catégories similaires.

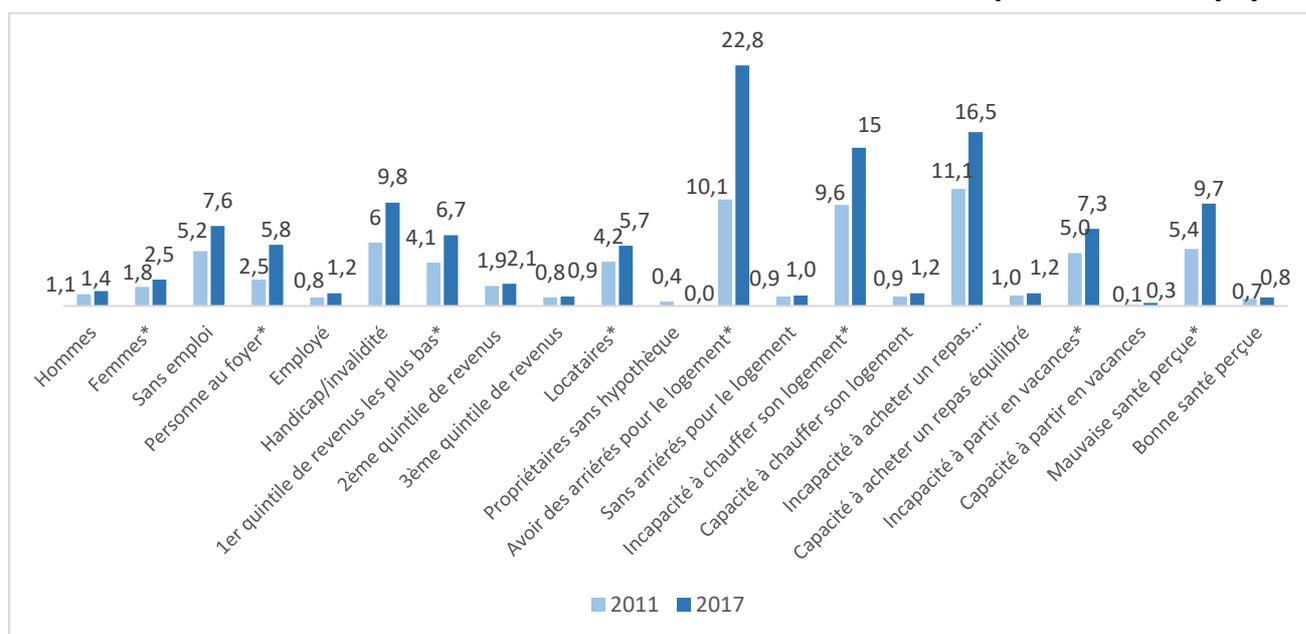
- On observe une augmentation légère mais significative des besoins non satisfaits pour les femmes : pour les soins médicaux, 1,8 % en 2011 et 2,5 % en 2017 et pour les soins dentaires, 1,4 % en 2011 et 2,7 % en 2017.
- Pour les locataires, les besoins médicaux non satisfaits ont augmenté de manière significative : 4,2 % en 2011 et 5,7 % en 2017.
- Les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et dentaires sont nettement plus fréquents en 2017 qu'en 2011 chez les personnes ayant une activité professionnelle faible ou nulle : concernant les soins médicaux, pour les personnes au foyer, le pourcentage passe de 2,5 % en 2011 à 5,8 % en 2017 ; pour les personnes sans emploi, de 5,2 % en 2011 à 7,6 % en 2017. Une détérioration significative de l'accès aux soins médicaux et dentaires entre 2011 et 2017 est observée chez les personnes ayant les revenus les plus bas ⁽⁸⁾ : 4,1 % en 2011 et 6,7 % en 2017 pour les soins médicaux et 7,6 % en 2011 et 10,5 % en 2017 pour les soins dentaires.

8. Le premier quintile de revenus.

- Les personnes ayant des difficultés financières pour satisfaire des besoins essentiels signalent beaucoup plus fréquemment des besoins médicaux et dentaires non satisfaits en 2017 qu'en 2011 : pour les soins médicaux, chez les personnes qui ont des arriérés de facture pour le logement et/ou les services publics, 10,1% en 2011 et 22,8% en 2017 (contre seulement 0,9% en 2011 et 1% en 2017 chez les personnes qui n'ont pas d'arriérés) ; chez les personnes qui ont des difficultés à se chauffer, 9,6% en 2011 et 15% en 2017 (0,9% en 2011 et 1,2% chez les personnes qui n'ont pas cette difficulté).
- Depuis 2011, on observe également, chez les personnes déclarant être en mauvaise santé, une augmentation importante de la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits pour raison financière : pour les soins médicaux 5,4 % en 2011 et 9,7 % en 2017 ; 7,2% en 2011 et 13,4% en 2017 pour les soins dentaires.
- Depuis 2011, nous avons également observé une augmentation significative en Wallonie des besoins non satisfaits, tant pour les soins médicaux que dentaires : 1,8% en 2011 et 3,1% en 2017 pour les soins médicaux et 3,4% en 2011 et 5,1% en 2017 pour les soins dentaires.

Le graphique 4 montre l'évolution entre 2011 et 2017 du pourcentage des personnes qui ont déclarés des besoins médicaux non satisfaits pour raisons financières en fonction des caractéristiques individuelles des personnes interrogées.

Graphique 4 : Pourcentage des personnes ayant déclaré des besoins médicaux non satisfaits pour raisons financières en 2011 et 2017 en fonction des caractéristiques individuelles (%)



Source : Eurostat, données EU-SILC.

*Différence significative entre 2011 et 2017⁹

2.2.3 Déterminants des besoins médicaux et dentaires non satisfaits pour des raisons financières

Après ajustement en fonction d'autres facteurs susceptibles d'influer sur les besoins non satisfaits tels que le revenu ou les facteurs liés aux besoins, en 2017 les facteurs démographiques associés au risque de besoins non satisfaits sont :

- Le genre, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer des besoins non satisfaits pour les soins médicaux et dentaires.
- L'âge, les personnes dans la tranche d'âge 65+ sont moins à risque de besoins médicaux non satisfaits que les autres tranches d'âge. La tranche d'âge 25-44 est plus à risque de besoins en soins dentaires non satisfaits que les plus jeunes (16-24 ans).
- Le nombre d'enfants de moins de 25 ans, les ménages d'un à trois enfants de moins de 25 ans sont moins à risque de besoins médicaux et dentaires non satisfaits. Les ménages de quatre enfants ou plus (de moins de 25 ans) sont plus à risque de besoins en soins dentaires non satisfaits.
- Le statut marital, les personnes mariées sont moins à risque de besoins dentaires non satisfaits.

9. Pour les locataires, la différence significative est observée pour les deux catégories de locataires prises dans leur ensemble (loyer au prix du marché et loyer réduit). Les résultats présentés sur le graphique concernent les locataires qui paient un loyer au prix du marché.

Des différences importantes de besoins non satisfaits sont observées selon les facteurs socio-économiques. Toutefois, après ajustement, seul le statut de propriétaire ou non du logement et le statut économique sont associés de manière significative aux besoins non satisfaits. En ce qui concerne le statut économique, les étudiants et les travailleurs indépendants sont moins susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits. Les locataires ont plus de risques d'avoir des besoins non satisfaits que les propriétaires qui n'ont pas d'emprunt hypothécaire. En 2017, une autre catégorie était également plus exposée à des besoins médicaux et dentaires non satisfaits : les propriétaires de logements avec hypothèque.

Le revenu disponible équivalent par ménage (par quintile) est associé au risque de besoins non satisfaits pour les soins médicaux et dentaires, en tenant compte des autres facteurs susceptibles d'influer sur le besoin non satisfait, notamment les facteurs liés aux besoins de santé.

L'état de santé est également un facteur associé au risque de besoins non satisfaits en soins médicaux et dentaires. Le risque reste plus élevé chez les personnes ayant un état de santé détérioré après ajustement (en tenant compte des autres facteurs notamment le revenu disponible). Ce constat soulève la question de l'accessibilité réduite des soins de santé pour les personnes qui en ont le plus besoin. En revanche, un changement positif important est observé pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Ce facteur n'est plus associé aux besoins médicaux non satisfaits en 2017, alors qu'il l'était en 2011, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence du risque entre les personnes atteintes de maladie chronique et les autres.

Enfin, après ajustement pour les autres facteurs, la différence observée entre la Flandre et les deux autres régions reste significative en 2017.

2.2.4 Pistes pour expliquer les résultats quantitatifs

Bien que nos recherches ne nous permettent pas d'établir des relations de causalité entre l'analyse quantitative des données EU-SILC et les facteurs explicatifs, nous pouvons néanmoins relier ces résultats à certaines données issues de la littérature et de nos entretiens.

L'augmentation du nombre de personnes qui ont déclaré des besoins non satisfaits chez les personnes avec des bas revenus peut être reliée au fait que le nombre de personnes menacées de pauvreté a augmenté depuis 2011, c'est-à-dire qu'il y a davantage de personnes avec de plus faibles revenus et donc plus de personnes ayant des difficultés financières à accéder aux soins de santé.

Les entretiens nous permettent d'apporter davantage de précision sur le profil des personnes qui sont à risque de besoins non satisfaits pour raison financière. On peut globalement distinguer deux catégories de situations. D'une part, les personnes dans une situation globale précaire pour lesquelles la difficulté d'accès aux soins de santé vient s'ajouter aux autres difficultés. Et, d'autre part, les personnes confrontées à une diminution brutale de revenu :

1. Les personnes qui vivent dans la précarité se trouvent confrontées à des difficultés importantes d'accès aux soins de santé. En effet, les frais de santé occasionnés risquent d'aggraver leur

situation financière ou bien de déstabiliser un équilibre financier déjà difficile à préserver. Néanmoins, la précarité est une notion qui n'est pas strictement financière. Elle renvoie à des conditions de vie instables qui peuvent entraîner des difficultés majeures qui se cumulent dans différents domaines de la vie.

Notre analyse quantitative met en évidence le risque de besoins non satisfaits chez les personnes confrontées à des circonstances défavorables : les ménages ayant un faible niveau d'activité professionnelle, et/ou ayant difficultés à chauffer leur logement et/ou à manger correctement, et/ou encore à payer les factures de services publics pour le logement et/ou à se permettre des activités sociales. Les personnes interrogées ont également indiqué que les difficultés financières permanentes touchent de nombreux domaines de la vie qui sont susceptibles d'entraver l'accès aux soins de santé. L'existence d'autres besoins fondamentaux concurrents est l'un des principaux mécanismes à l'origine des besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Comme ils ne peuvent pas tous être satisfaits de manière adéquate, des priorités sont fixées. En particulier, la priorité est accordée à d'autres besoins fondamentaux importants tels que le logement ou l'alimentation. Les besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits par crainte d'aggraver par des dépenses supplémentaires une situation financière déjà difficile. Différents profils ont été mentionnés par les personnes interviewées : les personnes vivant avec une allocation d'invalidité, les retraités avec une faible pension, les personnes socialement isolées, les ménages monoparentaux, les chômeurs, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Les professionnels interrogés ont constaté une augmentation du nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire qui ont non seulement des difficultés à payer les soins de santé, mais aussi, plus généralement, à payer leurs factures avec leur revenu disponible. Ils ont souligné qu'ils avaient désormais plus de patients vivant dans des situations précaires qu'il y a dix ans : ceux-ci étant confrontés à une combinaison de difficultés dans plusieurs domaines, notamment le logement, l'alimentation, l'isolement social. Et beaucoup ont souligné l'augmentation des coûts du logement et des services publics. L'augmentation importante des besoins non satisfaits parmi les locataires et ceux qui ont des difficultés à payer leur loyer et leurs factures de services publics est aussi conforme aux conclusions de l'enquête belge sur le budget des ménages, qui montrent que le logement représente une part croissante du budget des ménages : la part des dépenses de logement (loyer, eau, énergie, entretien) est passée de 26,1 % à 30,3 % du budget des ménages entre 1999 et 2018 ⁽¹⁰⁾.

Au-delà des obstacles financiers et des difficultés organisationnelles pour accéder aux soins de santé (par exemple, le transport), les caractéristiques personnelles et psychosociales peuvent également constituer des obstacles additionnels. Il s'agit notamment de la perception que les personnes ont à l'égard des professionnels de la santé (distance culturelle, etc.), des réactions psychosociales telles que la minimisation des problèmes de santé, la peur, le fait d'être distrait par d'autres difficultés, des problèmes de santé mentale, etc.

10. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages> (accessed 16/6/2020).

2. La diminution soudaine du revenu, en particulier l'arrêt de travail pour cause de problème de santé chez les personnes avec un revenu modeste a été également mentionné par les personnes interviewées comme étant une des causes fréquente aux besoins non satisfaits en soins de santé. Plusieurs facteurs expliquent la faible capacité financière pour faire face aux frais de santé dans cette situation. Les personnes sont confrontées, d'une part, à une diminution substantielle et brutale de leur revenu alors même qu'elles doivent assumer à la fois des coûts de santé souvent plus importants et des dépenses incompressibles (alimentation, logement...). D'autre part, pendant cette période, les démarches administratives nécessaires pour recevoir un revenu de remplacement peuvent également être difficiles à entreprendre en raison de la capacité physique réduite du bénéficiaire. Pour les moins bien lotis, de tels mécanismes sont susceptibles d'entraîner des problèmes financiers graves et le report ou l'abandon des soins de santé.

Le fait que les personnes handicapées/ou en invalidité sont particulièrement touchées par des besoins de soins autodéclarés non satisfait a également été reflété dans les interviews.

Les différences observées entre les régions concernant les difficultés d'accès aux soins de santé et leur augmentation dans le temps sont également cohérentes avec les informations obtenues lors des entretiens : les professionnels interrogés qui ont signalé une détérioration de la situation financière des patients étaient tous situés à Bruxelles ou en Wallonie.

L'amélioration constatée pour les personnes atteintes de maladies chroniques était aussi mentionnée pendant les interviews. Cela pourrait être lié à un certain nombre de mesures ciblées appliquées pour améliorer l'accessibilité financière des soins aux patients atteints de maladies chroniques en Belgique.

2.3 Principaux obstacles à l'accès aux soins de santé

2.3.1 L'absence de couverture par l'assurance maladie obligatoire

Les personnes non couvertes pour les soins de santé sont celles qui sont confrontées aux problèmes d'accès les plus graves. Nous avons identifié diverses causes pour expliquer l'absence de couverture.

Premièrement, il y a les personnes qui n'ont pas payé leurs cotisations sociales obligatoires, en particulier parmi les travailleurs indépendants ⁽¹¹⁾. Le manque de couverture pour ces personnes découle donc d'un manque d'application de la législation existante. Diverses raisons ont été évoquées par les assistants sociaux pour expliquer le non-paiement des cotisations des travailleurs indépendants : un choix intentionnel de ne pas cotiser; des revenus (temporairement) insuffisants; des "faux travailleurs indépendants" pour qui l'employeur n'a pas payé de cotisations sociales sans en informer l'employé; des citoyens de l'UE qui se déclarent indépendants, dans le but d'obtenir un permis de séjour, sans toutefois exercer une véritable activité professionnelle et des nouveaux arrivants qui ne sont pas informés qu'ils doivent payer des cotisations. Diverses personnes peuvent être exemptées du paiement des cotisations dans des cas spécifiques, mais ces règles rendent le système si complexe que même les services spécialisés des caisses de maladie sont parfois incapables de fournir des orientations claires sur les règles applicables.

Deuxièmement, l'absence de couverture s'explique par la simple négligence administrative. Les personnes ont droit à la couverture mais elles n'entreprennent pas les démarches administratives nécessaires, par exemple par manque d'information ou en raison de problèmes de santé mentale.

Troisièmement, certains problèmes de couverture résultent de l'inertie des services publics dans d'autres pays. C'est le cas des migrants de l'UE/EEE et des personnes qui ont séjourné à l'étranger pendant plus de deux ans et qui sont dans l'impossibilité de fournir les documents requis concernant leur couverture santé dans le pays précédent.

Enfin, l'une des situations les plus dramatiques résultant de l'absence de couverture d'assurance maladie obligatoire est déclenchée par la radiation d'office des personnes du registre de la population. Certaines personnes touchées par une telle mesure n'ont jamais quitté le pays. Cette action place la victime dans une situation catastrophique dans plusieurs domaines de sa vie car la radiation entraîne la perte de tous ses droits sociaux. Les exemples fournis lors des entretiens soulèvent des questions sur les mécanismes sous-jacents qui conduisent à la radiation et en particulier sur la responsabilité des services qui prennent de telles décisions.

Le nombre de personnes non couvertes résidant officiellement en Belgique par l'assurance maladie obligatoire est estimé par l'OCDE à 1% de la population. Or, nous avons pu identifier un ensemble

11. Les résultats concernant les travailleurs indépendants non-couverts peuvent à première vue contraster avec les résultats de l'analyse des données EU-SILC, où nous avons constaté que les travailleurs indépendants ont moins fréquemment de besoins en soins de santé non satisfaits. La raison est probablement que la catégorie des travailleurs indépendants est particulièrement diversifiée, des entrepreneurs, professions libérales aux petits commerçants à faible revenu. Les particularités de certains sous-groupes ne peuvent pas être identifiées au niveau statistique.

de situations individuelles variées qui sont exclues de cette estimation, en particulier les personnes qui ont perdu leur droit à la couverture maladie obligatoire depuis plus de deux ans, les travailleurs non déclarés ou encore les personnes qui n'ont pas fait les démarches administratives pour s'affilier.

2.3.2 L'avance des frais de santé remboursables

Les avances de paiement constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé prestés en ambulatoires. L'avance par les patients des frais de santé remboursables sont une caractéristique typique des systèmes de soins de santé avec un système de paiement à l'acte. Dans l'UE, à part en Belgique, les avances de paiement pour les soins ambulatoires s'appliquent en France et au Luxembourg.

Plus particulièrement, les avances de paiement chez les kinésithérapeutes, les dentistes, les médecins spécialistes et pour les visites à domicile des médecins généralistes sont considérées comme un frein très important à l'accès aux soins de santé. Des coûts élevés et des avances de paiements important pour la nutrition entérale et parentérale et pour l'équipement sont particulièrement difficiles à supporter pour les patients en situation précaire qui se trouvent alors parfois dans l'incapacité de se nourrir.

L'application généralisée du tiers payant pour les soins dispensés par les médecins généralistes aux groupes vulnérables est généralement saluée comme une mesure améliorant considérablement l'accès aux soins primaires. Néanmoins, lorsque le tiers payant n'est pas appliqué automatiquement, les règles sont très complexes et peuvent donc être un obstacle. En effet, non seulement le patient doit comprendre à quels services de santé le système du tiers payant peut s'appliquer et vérifier s'il est autorisé à en bénéficier mais il lui appartient également de contacter le professionnel de santé pour s'assurer qu'il est prêt à appliquer le tiers payant dans son cas particulier. Le fait que l'application des règles dépende de la volonté du prestataire n'est en outre pas conforme aux politiques sociales visant à garantir un droit social pour tous.

2.3.3 L'importance globale des frais de santé restant à charge du patient

Le niveau des frais de santé qui restent à charge du patient est un facteur explicatif important des besoins de santé non satisfaits. Dans les pays où la part des dépenses des ménages dans les dépenses totales de santé est élevée, la probabilité de besoins non satisfaits est plus élevée. Même s'il est difficile de comparer le niveau global des frais de santé à charge des patients/ménages entre pays, les chiffres disponibles suggèrent que, par rapport aux pays voisins, le niveau global des restes à charge en Belgique est relativement élevé.

Les personnes interrogées ont expliqué les différents mécanismes entraînant des besoins en soins de santé non satisfaits pour des raisons financières. Toutefois, elles n'ont pas toujours précisé le type de frais auxquels elles se référaient (tickets modérateurs, suppléments de frais ou soins non remboursés).

2.3.4 Les frais d'hospitalisation à charge du patient

La couverture des soins hospitaliers par le système obligatoire de soins de santé est faible en Belgique par rapport aux autres pays de l'UE. Alors que dans l'ensemble de l'UE, 93 % des coûts des soins hospitaliers sont couverts en 2016, ils ne le sont qu'à 77 % en Belgique.

Des avances et des restes à charge élevés ont été signalés pour les patients hospitalisés en chambre commune, y compris pour les bénéficiaires de l'intervention majorée ⁽¹²⁾. Diverses raisons ont été avancées, notamment le coût des longs séjours (en particulier dans les services de soins intensifs) et les équipements de santé spécifiques coûteux (par exemple, les prothèses). Des coûts prohibitifs pour le transport entre hôpitaux sont facturés aux patients, en particulier dans les hôpitaux régionaux peu spécialisés.

Un autre obstacle important à l'accès aux soins de santé hospitaliers est le fait d'avoir une facture d'hospitalisation impayée. D'une part, certains hôpitaux refusent de traiter les patients qui ont des arriérés et, d'autre part, les patients reportent des soins pour ne pas alourdir cette dette. Il a également été signalé que certains médecins hospitaliers effectuent moins d'examens médicaux pour les patients en retard de paiement ou qui sont susceptibles d'avoir des difficultés à payer la facture de leur séjour hospitalier. La politique de certains CPAS consistant à ne pas apurer la dette d'hospitalisation explique en partie ces pratiques.

2.3.5 Les restes à charge pour les soins ambulatoires

La couverture obligatoire pour les soins médicaux ambulatoires, les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques est légèrement plus élevée en Belgique que la moyenne de l'UE. Cependant, la plupart des pays voisins ont généralement une meilleure couverture pour la plupart de ces services et biens de santé. Pour les soins dentaires, elle est plus élevée par rapport à l'UE dans son ensemble (42% des coûts couverts en Belgique contre 30% pour l'UE dans son ensemble).

L'accès aux soins prestés par les médecins généralistes est considéré globalement comme bon, en particulier pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, tant dans les cabinets individuels que dans les maisons médicales.

Les maisons médicales jouent un rôle crucial pour garantir l'accès aux soins de santé des personnes défavorisées. D'une part, les patients ne doivent pas avancer des frais remboursés et le montant du ticket modérateur reste négligeable voire nul. D'autre part, ils soutiennent leurs patients activement, notamment par la recherche des traitements les moins coûteux et des solutions financières alternatives (prêt des dispositifs/équipements médicaux, accords avec une pharmacie...). Ces centres permettent l'accès aux traitements pour les plus précaires. Cependant, ils ne couvrent actuellement qu'environ 4% de la population belge.

12. Certaines catégories d'assurés, à faible revenu, paient des tickets modérateurs moins élevés, sur la base d'un statut appelé « intervention majorée ».

L'accès financier à la kinésithérapie et aux soins dentaires est souvent considéré comme difficile, et pas seulement pour les personnes vulnérables. Les coûts prohibitifs des soins dentaires pour les patients peuvent être dus aux tickets modérateurs et/ou à des soins non remboursables, en particulier pour l'orthodontie.

Les médicaments sont souvent difficiles à payer par les personnes ayant un faible revenu. Les patients n'achètent donc pas tout ou partie des médicaments prescrits, ou diffèrent l'achat de certains d'entre eux en fonction du degré de nécessité du médicament estimée par eux-mêmes. La polymédication est aussi une cause de difficultés financières, tout comme l'achat de certains produits pharmaceutiques prescrits mais non remboursés. Le coût élevé des médicaments pour les affections psychiatriques a également été souligné. Selon plusieurs personnes interrogées, le coût des médicaments pour le patient a considérablement augmenté au fil du temps.

Les lunettes, les appareils auditifs et les prothèses dentaires ont également été souvent mentionnés comme étant difficiles à acheter par des personnes en situation précaire. Les équipements cassés ne sont parfois pas remplacés en raison de leur coût.

Les soins de santé ambulatoires post-hospitalisation peuvent être très coûteux pour les patients, en particulier en cas de faible revenu, que ce soit pour des soins des plaies, la kinésithérapie ou les médicaments. Des interruptions de soins après la sortie de l'hôpital ont été constatées par les professionnels interrogés. Or, dans certains cas, elles ont entraîné des complications majeures.

Des difficultés à payer les frais de transport pour les déplacements récurrents à l'hôpital afin de bénéficier d'un traitement médical comme la dialyse, la chimiothérapie ou la radiothérapie, ont été signalées, et cela malgré le soutien financier assuré par le système d'assurance maladie (pour les transports publics ou l'usage d'un véhicule personnel). Ce sont souvent des patients n'ayant pas de voiture ou n'ayant pas la capacité physique d'utiliser leur voiture ou les transports en commun qui sont concernés.

2.3.6 Les suppléments d'honoraires

Des suppléments d'honoraires peuvent s'appliquer lorsque les prestataires de soins de santé ne sont pas conventionnés, c'est-à-dire, qu'ils n'ont pas consenti aux tarifs tels que définis par les conventions conclues entre les mutuelles et les représentants des prestataires de soins. Ces prestataires peuvent néanmoins bénéficier du financement prévu par le système public.

Pour les soins ambulatoires, les patients ne sont pas toujours conscients des différences de statut entre les médecins conventionnés et ceux qui ne le sont pas. En plus, ceux qui connaissent le système ne sont pas toujours en mesure d'examiner si leur prestataire est conventionné ou non. Les problèmes de supplément d'honoraire pour des personnes en situation précaire est d'autant plus aigu dans les disciplines où il y a une pénurie de praticiens conventionnés, comme les soins dentaires et l'ophtalmologie. Lorsque le nombre de professionnels de la santé conventionnés est insuffisant, l'obtention d'un rendez-vous implique alors de longs délais d'attente.

Pour les patients hospitalisés, les suppléments d'honoraires des médecins ne peuvent être facturés que pour les patients ayant opté explicitement pour une chambre individuelle. Ceci s'applique à la fois pour une hospitalisation de jour et en cas d'hospitalisation avec nuitée. Lors de leur admission à l'hôpital, les patients doivent signer un formulaire déclarant qu'ils sont informés des frais hospitaliers dus en chambre individuelle. Néanmoins, les patients n'ont pas toujours reçu les informations précises sur les frais réclamés ou alors pas bien compris les conséquences de leur choix. De plus, ils signent ce formulaire lors de leur admission à l'hôpital, à un moment potentiellement stressant entravant leurs facultés de jugement. Des exemples nous ont également été fournis de patients qui ont reçu des factures élevées erronées, alors même qu'ils avaient opté dans le formulaire pour une chambre commune, ou qu'ils n'avaient pas été hospitalisés dans une chambre individuelle.

2.3.7 La complexité du système

La complexité du système de santé est un obstacle additionnel important à l'accès aux soins. Cette complexité s'applique à tous les niveaux du système : les procédures administratives pour obtenir une couverture et les exemptions de paiement des cotisations, le droit à une réduction du ticket modérateur, le choix d'un prestataire de soins conventionné, le droit au système de tiers payant, la trajectoire des soins, l'accès au soutien financier du CPAS, etc.

La numérisation des services sanitaires, sociaux et administratifs ajoute une couche de complexité. Les personnes qui ne maîtrisent pas l'informatique ou qui n'ont pas l'équipement nécessaire ont un accès de plus en plus réduit aux services sociaux. Le manque de soutien personnel direct pour résoudre des problèmes parfois complexes représente également, pour les personnes vulnérables, un obstacle important à l'obtention de leurs droits.

2.3.8 Les conséquences sur la santé des problèmes en matière d'accès aux soins de santé

Notre étude démontre le lien entre les besoins en soins de santé non satisfaits et la détérioration de l'état de santé. De nombreux exemples de patients ont été fournis, surtout ceux qui souffrent de maladies chroniques, dont des problèmes de santé pouvaient être directement attribués à la difficulté à se payer les traitements (par exemple, complications de plaies en raison de l'absence de traitement adéquat après la sortie de l'hôpital). En raison d'une rupture de continuité des soins, une détérioration rapide de l'état de santé a été observée, nécessitant dans certains cas une nouvelle hospitalisation.

Ainsi, les besoins non satisfaits en matière de soins de santé sont un facteur d'inégalités de santé additionnel à de nombreux autres déterminants en amont (par exemple, le type de travail, l'alimentation, d'autres facteurs de stress, etc.).

2.4 L'efficacité des mesures de protection des groupes vulnérables ⁽¹³⁾

Dans cette section, nous discutons les deux mesures les plus importantes pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables : l'intervention majorée et l'intervention du CPAS pour les tickets modérateurs.

2.4.1 Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)

Il a été généralement reconnu que ce statut constitue une aide importante aux personnes à faibles revenus pour accéder aux soins de santé. Toutefois, divers problèmes liés à ce statut ont été soulevés :

Premièrement, il existe un non-recours important au statut pour les personnes ne bénéficiant pas automatiquement du statut. En dépit des efforts importants effectués au cours de ces dernières années pour améliorer le recours à ce statut, les personnes en situation précaire n'en font souvent pas la demande ou bien n'effectuent pas les démarches administratives dans leur totalité.

Deuxièmement, le manque de progressivité du droit a été identifié comme un problème important. Les personnes dont le revenu se situant juste au-dessus du plafond pour bénéficier du BIM n'ont droit à aucun avantage. Ils peuvent toutefois être confrontés à davantage de difficultés financières pour accéder aux soins que les personnes ayant le statut BIM, notamment lorsqu'ils ont des frais élevés de santé ou lorsqu'ils doivent être hospitalisés pour une période longue.

Troisièmement, les restes à charge des patients qui bénéficient du statut de l'intervention majorée sont parfois, malgré tout, élevés pour certains types de soins de santé. Cela concerne principalement les soins hospitaliers, mais aussi les appareils médicaux et les médicaments.

Il convient de noter que dans 22 des 28 États membres de l'UE (y compris le Royaume-Uni), les groupes vulnérables sont entièrement exemptés des tickets modérateurs pour une large gamme de services de santé.

2.4.2 Le rôle des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS)

Les CPAS, établis dans chaque commune en Belgique, jouent un rôle crucial dans le soutien financier des patients les plus démunis pour les frais de santé. Néanmoins, les approches des CPAS, concernant la nature et les conditions de l'aide financière octroyée, sont diverses.

13. Le système du 'maximum à facturer' (MAF) a à peine été relevé par les personnes interrogées. Le MAF est une mesure de protection financière pour éviter des dépenses de santé excessives et pour limiter les frais de santé annuels des ménages. L'objectif n'est donc pas d'éviter des besoins non satisfaits en matière de soins de santé mais bien les difficultés financières dues au recours aux services de santé coûteux pour les ménages. En effet, un système de protection financière (ex post) tel que le MAF ne peut pas éviter des besoins non satisfaits en raison des coûts car les ménages doivent d'abord pouvoir avancer les frais et payer les tickets modérateurs pour atteindre un certain seuil qui donne droit à une exemption des tickets modérateurs.

Dans certains CPAS, la couverture des frais à charge des patients est accordée pour une période donnée, soit pour une large gamme de services et produits de soins de santé qui ne sont pas définis a priori ; soit pour des dépenses spécifiques et récurrentes qui doivent être préalablement justifiées par une prescription médicale. Les critères d'éligibilité au soutien financier varient également considérablement d'une commune à l'autre. Dans certaines municipalités, seuls les revenus du ménage sont pris en compte, tandis que dans d'autres, les dépenses pour les biens et services essentiels, comme le logement, sont également prises en compte. Par ailleurs, certains CPAS n'accordent leur soutien financier qu'à ceux dont le revenu du ménage reste inférieur à un certain plafond, tandis que dans d'autres, il y a une certaine progressivité dans le calcul de l'intervention financière. Une autre différence importante identifiée concerne le soutien financier destiné à couvrir les frais d'hospitalisation à charge du patient : dans certaines municipalités, il n'y a pas de soutien financier pour ces frais et les patients qui ont des retards de paiement se voient alors proposer un plan de paiement. Ces différences de politiques entre CPAS induisent des inégalités géographiques de traitement entre les personnes.

Conclusion

Si l'accès aux soins de santé est, pour l'ensemble de la population, relativement bon en Belgique, les inégalités d'accès aux soins de santé entre les personnes les plus démunies et les plus riches ont considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. Cela s'explique principalement par le fait que les personnes ayant de faibles revenus ont de plus en plus de mal à payer les frais de santé et à avancer les frais remboursables.

Notre étude n'a pas identifié de changements évidents dans le système de santé qui pourraient expliquer cette évolution. Au contraire, plusieurs mesures ont été mises en œuvre au cours de cette même période pour améliorer l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables. Nous supposons donc que l'un des facteurs potentiels qui pourrait expliquer cette tendance est la détérioration du budget disponible des ménages de certains groupes vulnérables après la déduction des coûts d'autres biens et services essentiels. La proportion élevée et l'augmentation significative des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux parmi les personnes ayant des arriérés sur leurs factures de services publics ou de logement, ainsi que l'augmentation significative des besoins non satisfaits des locataires, sont des indications dans ce sens.

Nos résultats montrent que le système d'assurance maladie belge n'est pas équipé pour répondre de manière adéquate aux problèmes émergents rencontrés par les personnes vulnérables et les personnes qui sont confrontées à des diminutions soudaines de revenus. Les comparaisons européennes montrent également une performance relativement faible du système de santé belge pour la population à faible revenu. En conséquence, la population vulnérable, qui a le plus besoin de soins de santé, est aussi la plus exposée aux risques de renoncement ou de report des soins de santé et de dégradation de l'état de santé.

Certaines des caractéristiques de base du système de santé, telles que la rémunération à l'acte des prestataires de soins de santé en lien avec l'avance des frais remboursables, rendent plus difficile la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins de santé. Les mesures prises dans le cadre du système d'assurance maladie pour protéger les personnes vulnérables contre les coûts prohibitifs des soins de santé se sont avérées insuffisantes. Les nombreuses raisons de cette situation sont examinées dans le rapport. Notre étude montre également le rôle clé joué par le régime résiduel, organisé par les municipalités (CPAS), pour apporter un soutien financier aux personnes à faibles revenus pour accéder aux soins de santé, sur la base d'une vérification des ressources. Toutefois, comme les critères d'éligibilité et les conditions d'octroi de l'aide financière sont déterminés au niveau local, ce système entraîne des inégalités géographiques d'accès aux soins de santé.

À la lumière de ces résultats, nous invitons les parties prenantes à engager une discussion approfondie sur la manière d'avancer vers une couverture maladie universelle¹⁴. Nous préconisons une discussion ouverte sur la conception même du système pour garantir l'accès aux soins de santé à tous et sur la charge financière des restes à charge pour les patients, en particulier pour les plus vulnérables.

Dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, l'urgence d'un tel débat est encore plus grande. En effet, les revenus de nombreuses personnes ont soudainement chuté, et notre analyse a montré que cela pose un risque important de besoins en soins de santé non satisfaits. Les indépendants sont parmi les groupes les plus affectés par une chute brutale de revenu et risquent de ne plus être en mesure de payer leurs contributions sociales. De plus, de nombreux patients atteints de COVID-19 restent à l'hôpital pendant de longues périodes et en soins intensifs. Or, notre étude montre que les séjours à l'hôpital de longue durée, et en particulier les séjours en soins intensifs, peuvent entraîner de graves problèmes de paiement pour certains patients et familles modestes.

Garantir l'égalité d'accès aux soins de santé et protéger les patients contre les frais excessifs doivent être les principaux objectifs du système d'assurance maladie obligatoire, non seulement dans le principe mais aussi dans leur réalisation en pratique.

14. La couverture maladie universelle telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signifie que tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans rencontrer de difficultés financières.

Recommandations politiques

Sur la base de notre analyse, nous formulons les recommandations politiques suivantes :

1) Couverture universelle de la population

Tout d'abord, nous invitons les parties prenantes à engager une réflexion approfondie sur la couverture de la population en matière de soins de santé. La couverture universelle de la population, basée sur la résidence, ainsi qu'un meilleur suivi du respect de l'obligation de paiement des cotisations sociales pour ceux qui ont des moyens financiers, peut en fin de compte être bénéfique pour l'ensemble des acteurs concernés.

2) Extension du système de tiers-payant

Le système de tiers-payant devrait être étendu à tous et devrait en priorité s'appliquer automatiquement aux groupes vulnérables, pour tous les types de soins ambulatoires.

3) Réformer le régime d'intervention majorée

Les personnes bénéficiant du statut d'intervention majorée devraient être totalement exemptées de ticket modérateur, comme c'est le cas pour les personnes vulnérables dans la plupart des pays de l'UE. Celui-ci devrait, dans la mesure du possible, être accordé automatiquement.

Nous proposons, en outre, de créer une catégorie supplémentaire de bénéficiaires : les personnes dont le revenu est légèrement supérieur au plafond actuel prévu pour bénéficier de l'intervention majorée.

L'application de suppléments d'honoraires aux personnes ayant le statut d'intervention majorée doit être interdite, tant pour les soins ambulatoires que pour les soins hospitaliers.

4) Protéger les enfants des tickets modérateurs

Les enfants doivent avoir accès aux soins de santé gratuitement, comme c'est le cas dans la plupart des pays européens, quel que soit le statut d'assurance de leurs parents.

5) Développer davantage les maisons médicales

Nous préconisons vivement l'expansion des maisons médicales et une meilleure définition de leurs rôles. Elles devraient jouer un rôle central dans la promotion de la santé, la prévention des maladies ainsi que dans l'intégration des soins au niveau local.

6) Améliorer la couverture de l'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation en chambre commune doivent être strictement limités. En particulier, les coûts et les avances hebdomadaires de frais d'hospitalisation en cas de longs séjours et les coûts des prothèses doivent être réduits, et pas seulement pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.

Un débat est nécessaire sur la question de savoir qui doit couvrir les arriérés de paiement pour l'hospitalisation des patients insolubles, la situation actuelle étant très problématique pour les patients.

7) Améliorer la couverture pour des types de soins spécifiques

Bien que pour les personnes en situation de vulnérabilité, les coûts de tout type de soin de santé peuvent potentiellement être difficiles à supporter, il est nécessaire d'améliorer pour eux la couverture de certains types de soins spécifiques, qui ne sont actuellement pas ou peu remboursés. Il s'agit notamment des soins suivants :

- Certaines catégories de médicaments prescrits non remboursables ;
- Les dispositifs médicaux, en particulier les lunettes, les prothèses dentaires et certains matériels de soins spécifiques et les bandages ;
- Les frais de transport pour les patients qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital et dont l'état de santé ne permet pas l'usage des transports en commun ou d'un véhicule personnel.

8) Améliorer l'accès aux services de santé mentale

L'accès aux services de santé mentale devrait être considérablement amélioré. Cela implique une amélioration de la couverture et de la disponibilité des services.

9) Accroître la transparence sur les coûts pour les patients

Une plus grande transparence est nécessaire en ce qui concerne le statut conventionnel des prestataires de soins de santé. Les conséquences financières du choix d'une chambre individuelle doivent aussi être clairement communiquées et leur application doit être supervisée/contrôlée.

Dans l'ensemble, les patients doivent être mieux informés du coût du traitement, sur les montants des tickets modérateurs et sur tout autre coût non remboursé.

10) Harmonisation de l'aide financière résiduelle fournie par le CPAS

Nous préconisons une harmonisation des politiques du CPAS en matière de couverture des tickets modérateurs et des paiements directs. Cela permettrait d'éviter les inégalités géographiques dans l'accès financier aux soins de santé.

11) Un soutien accessible des services sociaux

Les services sociaux doivent être facilement accessibles aux personnes vulnérables. Ils devraient offrir des possibilités suffisantes de contact personnel/direct, à des fins administratives, comme alternative aux services en ligne. Une réflexion est nécessaire sur les moyens possibles de faciliter l'accès aux services pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou physique.

12) Simplification administrative

Des efforts substantiels doivent être faits pour simplifier les processus administratifs et pour rendre, dans la mesure du possible, les procédures automatiques.