

# NUMERO 16

SOINS DE SANTÉ :  
DIFFICULTÉS D'ACCÈS ET NON-RECOURS

ANAÏS ROBERT

**PAUVÉRITÉ**

Le trimestriel du Forum -  
Bruxelles contre les inégalités



# Introduction

Employée à mi-temps dans une petite entreprise d'informatique à Evere, Alice vit seule avec sa fille Sophie atteinte de la maladie de Crohn. Celle-ci a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital et suit un traitement qui n'est pas entièrement remboursé. Alice éprouve d'importantes difficultés à avancer l'argent pour le paiement des soins malgré la prise en charge des frais par la mutualité. Elle doit parfois attendre plusieurs jours, voire plusieurs semaines pour être remboursée. Il lui arrive alors de renoncer à certains soins quand elle ne peut plus avancer l'argent. Alice insiste sur le fait que Sophie est sa priorité, et avoue qu'elle se passe de certains soins *« comme pour son dos qui lui fait terriblement mal à cause des heures passées devant son ordinateur »*, et pour *« ses lunettes qui ne sont peut-être plus tout-à-fait adaptées à sa vue »*.

A 80 ans Josette touche une petite pension de survie. Pour se rapprocher de sa famille, elle a décidé de vendre sa petite maison ouvrière et d'habiter dans un appartement à 550€ de loyer. Elle a mal à la hanche et attend la vente de sa maison pour demander la visite d'un kinésithérapeute. Elle se plaint régulièrement d'infections buccodentaires mais refuse catégoriquement d'aller voir un dentiste. Elle a pourtant le statut BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée), mais ce n'est pas qu'un problème d'argent, il ne lui reste *« plus que trois dents de toute façon... »*.

*« On attend d'être payés », « J'attends 60 ans », « La priorité, c'est les enfants », « On étale les prises de médicaments », « J'ai dû emprunter à mes parents l'argent nécessaire », « Je rembourse par petites sommes », « Je peux encore attendre pour mes lunettes »<sup>1</sup>.*

Autant de paroles qui reflètent la problématique du report et du renoncement aux soins. Celles-ci dévoilent des situations fort différentes et complexes sur lesquelles il est important d'avoir une réflexion globale. Un certain nombre de dispositifs, souvent méconnus, existent et permettent de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la santé. Pourtant, une partie de la population plus fragile continue à reporter certains soins et ceci peut engendrer des dépenses successives nécessairement plus onéreuses pour la personne et pour la sécurité sociale.

Qui sont ces personnes qui renoncent ou qui postposent des soins ? Pourquoi le font-elles ? Pour des raisons purement financières ? Quelles stratégies mettent-elles en place ? Quels types de soins reportent-elles ? Les mesures existantes d'accessibilité aux soins sont-elles suffisantes ?

---

<sup>1</sup>/ MARTIN P., PIETTE M., Accessibilité et report de soins de santé, Baromètre social 2000, Synthèse, Union des Mutualités Socialistes, Bruxelles, novembre 2001.

# 1. LE REPORT DES SOINS : UN ENJEU DE TAILLE

Selon la dernière enquête réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique, les ménages déclarent consacrer en moyenne 108€ par mois pour les soins médicaux (pour les prestataires de soins, les médicaments prescrits et non prescrits, un séjour dans une institution de soins, les accessoires médicaux)<sup>2</sup>. Il s'agit là de la perception des ménages au sujet de leurs dépenses, sans prise en compte des remboursements éventuels ; cette moyenne n'est pas liée aux revenus des ménages et reste identique quels que soient ceux-ci. Il n'est donc pas étonnant que « 53% des ménages avec les revenus les plus faibles indiquent avoir des difficultés à assumer les dépenses en soins de santé par rapport à 7% des ménages avec les revenus les plus élevés »<sup>3</sup>. Ces dépenses pèsent naturellement plus lourd dans leur budget.

L'âge influence fortement le budget soins de santé des ménages, aussi les personnes plus âgées (plus de 75ans) déclarent dépenser environ 120€ alors que les plus jeunes (15-24 ans) parlent d'approximativement 31€<sup>4</sup>, les dépenses moyennes variant également en fonction de la composition du ménage (personne seule ou avec enfants).

---

2/ Demarest S., *Accessibilité financière aux soins de santé*, in : Drieskens S., Gisle L. (éd.), « *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux* », WIV-ISP, Bruxelles, 2015

3/ *Ibid.*, p. 791.

4/ *Ibid.* p. 799.

*Pour les visites  
chez le spécialiste  
et les soins  
optiques, les  
personnes  
ayant de bas  
revenus reportant  
davantage leurs  
soins.*

D'après l'enquête menée par le Deloitte Center en 2011, sur 12 pays<sup>5</sup>, 63% des personnes interrogées voient les soins médicaux comme un poste de dépenses restreignant d'autres postes essentiels comme le logement, la nourriture et l'éducation. Les ménages wallons et bruxellois indiquent reporter principalement les soins dentaires (22,3%) et les soins optiques (18,8%), ensuite viennent la consultation d'un médecin spécialiste (16,8%), les médicaments (13,3%), la consultation d'un professionnel de la santé mentale (13,1%) et enfin la consultation d'un généraliste (9,7%)<sup>6</sup>.

De fortes disparités entre les personnes avec un revenu bas et celles avec un revenu élevé existent, particulièrement pour les visites chez le spécialiste et les soins optiques, les personnes ayant de bas revenus reportant davantage leurs soins.

Bien que les résultats soient lissés par l'ensemble des répondants, de fortes disparités entre les personnes avec un revenu bas et celles avec un revenu élevé existent, particulièrement pour les visites chez le spécialiste et les soins optiques<sup>7</sup>, les personnes ayant de bas revenus reportant davantage leurs soins. Cependant, les consultations chez un généraliste sont moins reportées, y compris parmi les catégories sociales les plus faibles. Ces personnes ne sont pas hors du circuit médical et sont bien au contraire consommatrices de soins.

L'Institut de Santé Publique a observé une évolution irrégulière du report des soins au fil des enquêtes se situant autour des 10% en

---

5/ Keckley P.H., Coughlin S., Eselius L., 2011 *Survey of health Care Consumers Global Report, Key Findings, Strategic Implications*, Deloitte, p. 30.

6/ Baromètre Confiance et Bien-être, Institut Solidaris, 2017.

7/ *Ibidem*.

1997, 2001 et 2004, pour augmenter à 14% en 2008, et ensuite retomber à un taux inférieur en 2013 (8%). Une enquête réalisée par Solidaris en 2016 montre également une tendance à la baisse bien que moins significative<sup>8</sup>. Les répondants ont indiqué un report de soins inférieur à 2015 pour les soins dentaires, ainsi que pour les soins optiques, les consultations chez un spécialiste, chez un généraliste, chez un professionnel de la santé mentale, ou encore pour l'achat de médicaments. Nous manquons de recul pour nous prononcer sur cette tendance mais plusieurs hypothèses peuvent être formulées : il peut s'agir d'un effet ponctuel lié aux marges d'erreurs ou d'une simple évolution irrégulière, mais peut-être aussi d'un effet positif de l'élargissement des mesures d'accessibilité aux soins, et/ou de l'effet du travail d'information des organismes assureurs.

Malheureusement, cette baisse peut également refléter une exclusion plus importante de personnes de la société, et donc une plus grande invisibilité de celles-ci dans les statistiques. En effet, il est difficile de toucher les personnes les plus enclines à reporter les soins via ce type d'enquête : le taux de réponse étant généralement bas dans les populations les plus fragilisées, et certains publics étant difficiles à atteindre (par exemple les personnes n'ayant pas d'adresse). Si le taux de report baisse, les inégalités restent et se creusent.<sup>9</sup>

Bien que ces données permettent de quantifier le phénomène du report des soins, elles recouvrent des dimensions différentes qui doivent être explicitées : face à des difficultés financières, Alice envisage-t-elle un report de soins pour des examens préventifs tels qu'une mammographie ? De même, Josette pense-t-elle à un « renoncement » pour ses soins dentaires ?

---

8/ Baromètre Confiance et Bien-être, Institut Solidaris, 2017. 913 personnes interrogées par téléphone et via Internet en septembre 2016. Marge d'erreur : ±3,24%.

9/ SPF Economie – Statistics Belgium, Enquête sur les forces de travail 2015.

## **2. LE REPORT DES SOINS : QUELS PROFILS ET QUELLES STRATÉGIES ?**

Les différentes études sur le sujet démontrent que le report de soins touche d'avantage les femmes, les jeunes, les personnes ayant un revenu socio-économique bas, les familles monoparentales et les personnes en mauvaise santé. Les 30-34 ans sont les répondants qui renoncent le plus, en moyenne, à des soins. Après 60 ans, le report de soins est généralement moins important.

Le report ou renoncement peut être structurel ou conjoncturel : une personne peut décider de renoncer à des soins pour des raisons financières passagères (dans le cadre d'une séparation ou d'un déménagement par exemple) et ne pas en faire une habitude. D'un autre côté, certaines personnes ou ménages raisonnent de façon structurelle, et mettent en place des stratégies de report temporaire ou définitif des soins. Elles peuvent alors toucher une ou plusieurs personnes du foyer : Alice, la maman de Sophie, préfère renoncer à ses propres soins pour permettre à sa fille de se soigner. C'est une stratégie que l'on retrouve souvent dans les ménages où les parents donnent la priorité aux soins des enfants. Le report de soins touche d'avantage les femmes, les jeunes, les personnes ayant un revenu bas, les familles monoparentales et les personnes en mauvaise santé.



*Le report de soins touche d'avantage les femmes, les jeunes, les personnes ayant un revenu bas, les familles monoparentales et les personnes en mauvaise santé.*

Les motivations expliquant un report de soins peuvent donc être multiples : le manque d'argent, un choix à faire entre différents soins ou entre les personnes constituant le ménage, les conditions d'accès (par exemple, attendre l'âge de 50 ans pour se faire rembourser sa prothèse dentaire), la nécessité du recours au soin (ne plus avoir que trois dents), le coût trop élevé de certains soins, la situation géographique de la personne et du prestataire (le seul dentiste dans la région n'est pas conventionné ou se

situe trop loin), la décision de certains prestataires (refus de faire un étalement de paiement).

Le service social de la Mutualité Socialiste - Solidaris a voulu enquêter sur le phénomène de report des soins dans une logique non statistique mais axée sur la compréhension du profil des personnes<sup>10</sup>. Cette étude, bien que réalisée dans les années 2000 permet de présenter une typologie des comportements. Le report des soins touche plus spécifiquement les personnes ayant des revenus plus faibles, mais il peut également concerner des catégories de personnes ayant des revenus plus élevés. Les raisons évoquées sont alors différentes et le report sera lié à des facteurs spécifiques comme le fait que la personne vit seule dans un contexte socioprofessionnel peu stable malgré des revenus confortables.

La typologie proposée par cette étude comporte quatre catégories : « *La cohérence dans la difficulté* » (à peu près 50% des répondants) : il s'agit principalement de personnes ayant de faibles revenus (chômage, CPAS, ou des actifs à petits revenus ne bénéficiant donc pas des

---

10/ Martin P., Piette M., *Op.Cit.*

mesures d'accessibilité). Ces personnes reportent des soins pour des raisons financières, elles consommeraient plus de soins si leurs revenus augmentaient.

-« *La contradiction révélatrice* » (+/- 15% des répondants) : il s'agit de personnes ayant de faibles revenus, mais leur situation est moins précaire que les ménages de la catégorie précédente. La santé étant importante pour elles, le report se fait plutôt de manière ciblée, soit au niveau du type de soins, soit au niveau de la personne qui reportera les soins, les enfants étant prioritaires dans le ménage.

-« *Faire face, la santé avant tout* » (un peu moins de 30% des répondants) : on y retrouve principalement des actifs avec des problèmes de santé. Ces personnes préfèrent renoncer à d'autres dépenses qu'aux soins de santé.

-« *Si peu d'importance, les soins dentaires* » (moins de 10%) : on y retrouve des personnes actives, plutôt en bonne santé, ayant des revenus plus confortables. Ils ne donneront pas la priorité aux soins dentaires, qu'ils reportent à plus tard, sans renoncer aux autres soins.

Ces différents profils vont alors mettre en place des stratégies leur permettant de faire face à leurs dépenses :

-*Stratégie de la privation* : diminution des autres postes de dépenses en faveur des soins de santé, ou report aux mois suivants ou simplement renoncement aux soins ;

-*Stratégie du meilleur marché* : autant pour les soins de santé (maisons médicales, polycliniques) que pour d'autres postes de dépenses (bons d'achat pour l'alimentation, fournisseur d'énergie moins cher) ;

-*Stratégie gestionnaire* : priorisation et planification des dépenses (économiser pour payer l'appareil dentaire de son enfant) ;

-*Stratégie du recours à l'aide* : via des assurances (hospitalisation, dentaire), recours à l'entraide (familiale, réseau social), recours à l'étalement des factures ;

-*Stratégie de la prévention* : médicale (check-up annuels) mais aussi économique (épargne) ;

-*La non-stratégie* : « on vit au jour le jour ».

La stratégie utilisée sera fonction du profil de la personne et du ménage, et sera influencée par ses expériences passées (emplois précaires, absence de logement fixe), présentes (être en temps partiel, avoir une dette à rembourser) et futures (crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien dans l'année qui vient). Le report des soins ne se résume donc pas à une capacité de paiement actuelle.<sup>11</sup>

Même s'il est possible de dégager des comportements communs, en fonction des groupes sociaux, culturels, économiques, chaque parcours est individuel et les raisonnements sur la place accordée aux soins et à la santé seront différents.

---

11/ Deprès C., *Les différentes figures du renoncement aux soins*, La Santé de l'homme, INPES, novembre-décembre 2012, n°422, p. 44.

### **3. LA SANTÉ, CE N'EST PAS QUE DES SOINS**

Cette citation, reprise d'une intervention de Michel Roland, nous rappelle que la santé n'est pas déterminée que par des soins<sup>12</sup>. En effet, de nombreuses études ont mis au jour un déterminisme social qui se répercute sur tous les aspects de la vie d'une personne de sa naissance à son décès<sup>13</sup>. Des expériences passées, présentes et futures liées aux facteurs environnementaux ou aux comportements de santé comme le tabagisme, la manière de conduire, le fait d'être locataire sont autant de facteurs d'inégalité de santé. Par exemple, les enfants nés dans un ménage sans revenu ont deux fois plus de risques d'être mort-nés, les familles monoparentales ont plus tendance à être locataires de logements bon marchés avec plus de risques d'humidité, d'insalubrité pouvant provoquer des problèmes de santé tels que des maladies respiratoires<sup>14</sup>, etc.

Il existe un lien étroit entre la santé et l'appartenance sociale, déterminée, en partie, par le niveau de revenus, le niveau de formation et l'occupation socioprofessionnelle. Nous l'avons vu précédemment, les répondants issus des groupes sociaux les plus fragiles dépensent en moyenne le même montant que les catégories socioprofessionnelles supérieures. Etant plus souvent malades, ils devraient logiquement

---

12/ Intervention de Michel Roland, Journée « *Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation* », 28 novembre 2016.

13/ Vrijens F. et al., *La performance du système de santé Belge. Rapport 2012*, KCE Reports 196B, 2012.

14/ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016), *Baromètre social 2016*, Bruxelles, Commission communautaire commune.

*Il existe un lien étroit entre la santé et l'appartenance sociale, déterminée, en partie, par le niveau de revenus, le niveau de formation et l'occupation socioprofessionnelle.*

dépenser plus. On parle de gradient socio-économique. Une altération de l'état de santé pouvant conduire l'individu à la pauvreté et réciproquement, impliquant par-là même un gradient de santé : les inégalités sociales impacteront la santé d'un individu au cours de sa vie. Il existe un lien étroit entre la santé et l'appartenance sociale, déterminée, en partie, par le niveau de revenus, le niveau de formation et l'occupation socioprofessionnelle.

Le facteur économique n'est pas le seul déterminant dans le processus de report des soins, de nombreux autres facteurs impactant particulièrement les groupes sociaux les plus fragiles existent : des raisons administratives (faire des demandes auprès du CPAS pour obtenir un accord pour un achat de lunettes par exemple), la peur d'une prestation (« le dentiste fait mal ») ou d'une hospitalisation qui risque d'engendrer un suivi, la peur de découvrir une maladie plus importante, le manque de temps, la négligence, le manque de priorité accordée à la santé, l'occultation des autres besoins de soins par une maladie grave, les difficultés de déplacements, les contraintes liées au travail, etc.

De même, la notion de renoncement aux soins peut être utilisée comme indicateur d'accessibilité financière des soins même si cette dernière peut recouvrir différents aspects complémentaires<sup>15</sup> : accessibilité géographique (proximité des services et disponibilité), temporelle (liste d'attente), sociale et culturelle (accès à l'information, connaissance du système de soins, compréhension de ce système, health literacy<sup>16</sup>).

---

15/ Bonnet P., *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, in : « Dossier de DEA GEOS », Université Paul Valéry, Montpellier, 2002.

16/ Health literacy : « capacité d'un individu à trouver, à comprendre et à utiliser l'information santé de base, les options de traitement qui s'offrent à lui et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé », in : « Health Literacy : The solid facts », WHO, 2013.

## 4. QU'EN EST-IL EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ?

L'enquête de santé 2013 montre qu'il n'y a « pas de lien systématique entre les dépenses moyennes et le degré d'urbanisation du lieu de résidence »<sup>17</sup>. Elles sont de 104€ par mois pour les dépenses d'un ménage bruxellois, contre 108€ pour la moyenne belge.

*Le taux de report des soins est bien supérieur dans la Région bruxelloise, puisqu'il est de 22% en 2013, contre 9% pour la Wallonie et 5% pour la Flandre.*

Néanmoins, le taux de report des soins est bien supérieur dans la Région bruxelloise, puisqu'il est de 22% en 2013, contre 9% pour la Wallonie et 5% pour la Flandre. Alors que le report des soins global en Belgique diminuait significativement en 2013, cette diminution est bien moins marquée en Région bruxelloise puisqu'elle passe de 28% en 2008 à 22% en 2013. Enfin, si un ménage belge sur quatre indique avoir des difficultés à payer ses soins, ils sont plus d'un sur trois à le déclarer à Bruxelles<sup>18</sup>. Ces chiffres sont confortés par l'étude sur la géographie des soins réalisée par l'INAMI, montrant une sous-consommation de soins de santé à Bruxelles après correction pour l'âge, le sexe et le statut BIM<sup>19</sup>.

---

17/ Demarest S., *Op. Cit.*, p. 800.

18/ Demarest S., *Op. Cit.*, p. 807.

19/ *Rapports géographie de la consommation médicale en Belgique*, INAMI.

Le taux de report des soins est bien supérieur dans la Région bruxelloise, puisqu'il est de 22% en 2013, contre 9% pour la Wallonie et 5% pour la Flandre. Alors que le report des soins global en Belgique diminuait significativement en 2013, cette diminution est bien moins marquée à Bruxelles. Bien qu'il n'existe pas de lien entre les dépenses moyennes de soins de santé et l'urbanisation du lieu de résidence, il y a pourtant un lien évident entre affirmer avoir des difficultés pour assumer les dépenses de santé et vivre dans les zones urbaines. En effet, la probabilité de devoir reporter les soins est plus élevée en moyenne dans les grandes villes (le taux de report des soins en 2013 pour les zones urbaines est de 12%<sup>20</sup>), et encore plus dans la capitale, dû au coût de la vie plus élevé que dans de plus petites communes (logement, alimentation) mais aussi à sa composition sociale spécifique.

Bruxelles-Capitale se démarque par une population jeune plus importante que dans les deux autres régions (principalement entre 25 et 39 ans), une population en augmentation constante, internationale (un tiers de la population), une surreprésentation des personnes isolées (46,5% contre 24,1% en Belgique) et des familles monoparentales (11,6% contre 9,9% pour la Belgique)<sup>21</sup>. La Région bruxelloise est aussi caractérisée par de fortes inégalités au niveau socio-économique et dans l'accès à l'emploi<sup>22</sup>.

Nous y retrouvons une part importante de personnes non qualifiées et un chômage des jeunes conséquent. Un tiers de la population bruxelloise vit sous le seuil de pauvreté, ce qui est significativement plus important qu'en Wallonie et en Flandre<sup>23</sup> et plus d'un cinquième

---

20/ Demarest S., *Op. Cit.*, p. 828.

21/ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016), *Op. Cit.*

22/ SPF Economie – Statistics Belgium, *Enquête sur les forces de travail 2015*.

23/ *Sur base de l'enquête EU-SILC.*

des Bruxellois d'âge actif vit au sein d'un ménage sans revenu du travail, leur revenu étant inférieur au seuil de pauvreté. Ces inégalités étant plus marquées que dans le reste du pays<sup>24</sup>, celles-ci se traduisent également par de fortes inégalités en matière de santé. La multiculturalité de Bruxelles peut également expliquer le taux élevé de report de soins : méconnaissance de certains droits, barrière de la langue dans l'accès aux soins.

L'enquête de santé 2013, montre que les ménages bruxellois qui reportent le plus les soins sont les familles monoparentales (35,8%) et les isolés (22,8%) ; viennent ensuite les couples avec enfants (20,8%) et enfin les couples sans enfant (14,3%).

Comme dans les autres régions, l'accès aux soins dentaires est difficile pour les ménages bruxellois mais le taux de report est nettement plus élevé, plus d'une personne sur quatre ayant les revenus les plus bas reportent plus souvent les soins dentaires (27,4%) que dans les deux autres régions (8,9% et 10,3%). Il existe également des différences importantes entre les communes de Bruxelles, liées au statut socioéconomique de la commune<sup>25</sup>.

L'accès aux soins est donc plus difficile dans une région comme Bruxelles. Outre les disparités socio-économiques de la population, l'offre de prestataires conventionnés joue aussi un rôle négatif. Le taux de dentistes conventionnés<sup>26</sup> est de 60,3% à Bruxelles contre 69,7% en Wallonie et 60,6% en Flandre. Le taux d'adhésion des généralistes est également plus faible à Bruxelles (80,4%) qu'en Flandre (92%) et en Wallonie (86%).

Par ailleurs, le recours à la médecine générale est moins important

24/ *Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016), Op.Cit., p. 18.*

25/ *Martin P., Piette M., Op.Cit.*

26/ *Données 2015.*



*Les migrants sont plus enclins à reporter des soins en comparaison avec la population native.*

que dans les autres régions au profit d'un recours à la médecine spécialisée et aux hôpitaux plus important<sup>27</sup>. Ceci est lié au caractère urbanisé de Bruxelles : les personnes ayant des revenus plus faibles se rendront plus facilement aux « urgences » (visibles en nombre à Bruxelles avec les

différents centres hospitaliers présents sur le territoire). Il s'agit d'un réflexe culturel et économique, puisqu'il n'est pas nécessaire d'avancer les frais pour les soins prodigués aux urgences<sup>28</sup>.

Les migrants sont plus enclins à reporter des soins en comparaison avec la population native. Les chiffres sur les reports de soins seraient donc sans doute supérieurs si toutes ces personnes invisibles dans les statistiques étaient également prises en compte.

Les barrières à l'accès aux soins de qualité restent encore fortement présentes pour les populations socio-économiquement défavorisées à Bruxelles. Ignorer cette population défavorisée peut mener à des conclusions inadéquates et la priver des soins nécessaires.

Pourtant, le système de santé belge reposant sur la protection universelle financée en fonction des moyens de chacun<sup>29</sup> est reconnu comme un système de santé de qualité, couvrant globalement 99% de la population via l'assurance obligatoire dont l'accessibilité est optimisée par un ensemble de mécanismes comme le système du tiers-payant<sup>30</sup>, le Maximum à Facturer (MAF), le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Bien que ces mécanismes existent,

---

27/ *Rapports Géographie de la consommation médicale en Belgique*, INAMI.

28/ Demarest S., Op. Cit., «Rapport 3: utilisation des services de soins de santé et des services sociaux », p. 239 – 269.

29/ SPF sécurité sociale, *Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*, 2011, p. 195.

30/ Depuis le 1er octobre 2015, il y a une obligation légale pour les médecins généralistes d'appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.

certaines personnes particulièrement vulnérables ne sont pas intégrées totalement dans ce système telles les personnes en séjour irrégulier, les demandeurs d'asile, les personnes sous visa, les sans-abri, ou encore les Belges qui ne sont plus en ordre de mutuelle (par exemple un indépendant qui ne payerait plus ses cotisations). Restées hors du système de l'assurance obligatoire, elles sont invisibles dans nos analyses statistiques<sup>31</sup>.

Récemment, une étude sur le report des consultations des médecins généralistes a indiqué que les migrants sont plus enclins à reporter des soins en comparaison avec la population native<sup>31</sup>. Les chiffres sur les reports de soins seraient donc sans doute supérieurs si toutes ces personnes invisibles dans les statistiques étaient également prises en compte. Il s'agit d'une problématique particulière qui mérite notre attention.

---

31/ Lahaye W., Charlier E., *Vulnérables mais invisibles*, in : « *Pauvreté* », n° 11, mars 2016.

## 5. RECOMMANDATIONS

### *1) Élargir les mesures existantes :*

L'existence de barrières à l'accessibilité aux soins peut être démontrée en partie par un taux important de renoncement ou de report de soins. Ainsi, malgré le fait que notre pays bénéficie d'un système couvrant la majorité de la population et dispose de mécanismes élargissant l'accessibilité aux soins, il semble que l'accès à ceux-ci soit toujours lié à des facteurs socio-économiques. Depuis quelques années, des mesures correctrices ont été mises en place, elles peuvent encore être élargies et parfois simplifiées. Il nous semble important de continuer à travailler dans le sens d'un élargissement des mesures d'accessibilité aux soins comme étendre le droit automatique au statut BIM à certaines catégories – comme les familles monoparentales dont le titulaire est chômeur –, l'obligation du tiers payant en particulier aux bénéficiaires du statut « affections chroniques » ou aux patients ayant atteint le plafond du MAF (Maximum à Facturer). En effet, certains ménages actifs à bas revenus ne sont actuellement pas concernés par les mesures sociales existantes mais ont pourtant des difficultés d'accès à certains soins plus coûteux (soins dentaires, soins optiques...).

---

32/ Detollenaere J. et al., *Postponing a General Practitioner Visit : Describing Social Differences in Thirty-One European Countries*, in : "Health Research and Educational Trust", DOI : 10.1111/1475-6773.12669RESEARCH ARTICLE, 2017, p. 7-10.

*2) Continuer à travailler sur le volet information et simplifier les démarches administratives :*

Si les personnes les plus fragiles sont relativement protégées par les différentes mesures, elles n'ont pas toujours une bonne connaissance de leurs droits et certains obstacles subsistent, qu'ils soient culturels (la crainte du contrôle social, la crainte d'être mis dans un carcan juridique ou social) ou simplement pratiques comme des problèmes de déplacement par rapport à des lieux de soins, ou la garde des enfants. La difficulté étant de toucher les personnes qui sont les plus concernées, mais les moins réceptives. Certains mécanismes pour supprimer les barrières à l'accès aux soins existent aujourd'hui mais sont parfois méconnus du public. Plus simplement, des informations générales sur les coûts des soins, sur les prestataires conventionnés, sur les médicaments génériques peuvent être données. Dans le cadre de la facturation électronique, les informations relatives au statut « malade chronique » ainsi qu'au statut MAF (Maximum à Facturer) du patient devraient être directement accessibles aux prestataires de soins de première ligne via le réseau My Carenet.

*3) Soutenir des initiatives existantes :*

Certaines structures comme les maisons médicales permettent un accès moins onéreux aux soins. Celles-ci développent depuis plus de 35 ans des soins de première ligne pluridisciplinaires (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers) de qualité. Beaucoup d'entre elles ont également développé le volet psycho-social et santé mentale de leur offre. Certaines ont optés pour un financement au forfait : une fois inscrit, le patient ne paie plus ses consultations ou visites, pour les disciplines proposées par la maison médicale. En contrepartie, il s'engage à ne pas consulter ailleurs pour ces mêmes disciplines.

Les maisons médicales au forfait offrent alors une bien meilleure accessibilité, et ce même aux plus démunis<sup>33</sup>. D'une part, la fréquence d'inscription des BIM dans ces structures de soins le démontre (48 % des inscrits sont BIM contre 18 % de la population générale<sup>34</sup>). D'autre part, de nombreuses maisons médicales fournissent également des soins aux personnes sans couverture sociale (pas en règle de mutuelle, sans-abri, sans-papiers).

Ce système forfaitaire connaît un important développement ces dix dernières années (160 maisons médicales en 2016 contre 80 en 2007) et le nombre d'inscrits ne cessent d'augmenter (360.343 inscrits en 2016 contre 164.739 en 2007)<sup>35</sup>.

Or, depuis 2017, des économies sont imposées par le gouvernement à ce secteur. Le budget qui lui est alloué est inférieur au besoin généré par le simple développement des structures existantes provoquant un dépassement budgétaire. Le secteur a été mis sous audit, par une firme privée qui défend ouvertement la privatisation des soins de santé (KPMG). En attendant les résultats de l'audit et à défaut de budget disponible, plus aucune maison médicale ne reçoit pour le moment d'accord pour passer au système forfaitaire.<sup>36</sup>

#### *4) Investir dans la prévention et la promotion de la santé pour réduire les inégalités sociales :*

La prévention et la promotion de la santé demeurent les parents pauvres de notre système de santé. Or, pour réduire les inégalités en

---

33/ Boutsen, M. et Maron, L., *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Direction Etudes, Union Nationale des Mutualités socialistes, Bruxelles, 2011.

34/ Rapport d'audit, Maisons Médicales

35/ *Ibid.*

36/ Voir budget fédéral soins de santé 2017.

santé, les questions de santé doivent être prises en compte dans toutes les politiques (environnement, éducation, social : c'est le concept du Health In All Policies - HIAP) et combiner des actions sur l'ensemble de la population (approche universelle) et des actions différenciées sur les déterminants de la santé selon les publics et selon les besoins (universalisme proportionné).

*5) Prendre conscience des coûts cachés indirects :*

Le report des soins a une dimension financière évidente (besoin d'avancer l'argent d'une prestation, coût important de certains soins, soins non totalement remboursés), mais aussi des coûts cachés et indirects (prendre congé au travail, déplacements, frais de garde d'enfant). Ces coûts peuvent être structurels ou ponctuels (maladie/accident), et être ainsi programmés ou imprévisibles.

*6) Porter attention aux soins dentaires et aux lunettes :*

Ceux-ci sont parfois considérés comme des soins accessoires, bien qu'ils soient importants pour la santé et l'image de soi. Une dentition malsaine ou des lunettes peu adaptées pourront avoir un effet négatif dans une recherche d'emploi, ou sur la création de nouveaux contacts sociaux par exemple. Il est nécessaire de définir plus précisément les besoins de ces personnes et d'évaluer la possibilité d'intervention des organismes assureurs.

*7) Porter attention au report de consultations des généralistes :*

Même si le taux de report est moins important pour ce type de soins, il pose question. Une étude spécifique pour comprendre mieux ce fait devrait être lancée.

8) *Ne pas négliger les services déjà existants :*

Les services sociaux des mutualités, ouverts à tous et gratuits, conseillent dans de nombreux domaines liés à la santé et offrent de l'information sur les législations comme le travail, le logement, les tarifs sociaux. Ils peuvent en outre intervenir auprès d'autres organismes<sup>37</sup>.

Josette qui vit seule dans son petit appartement du Brabant Wallon, s'est vu octroyer le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) qui réduit le montant de son ticket modérateur et lui permet de payer uniquement sa quote-part personnelle chez son généraliste (système du tiers-payant social). Enfin, grâce au service social de sa mutuelle, elle a pu bénéficier d'une aide-ménagère via le service de soins à domicile, de tarifs sociaux préférentiels pour ses factures d'énergie, de transports et de télévision ●

---

37/ Exemples du travail accompli par les services sociaux mutualistes in : « *Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique* », Bruxelles, Inami-Kluwer, 2014, spec. p. 103.



Avec le soutien du CPAS de Saint-Gilles  
et de la Commission communautaire française.

---

Editeur responsable: Nicolas De Kuyssche - Rue Fernand Bernier  
40, 1060 Saint-Gilles - 02/600.55.66 - Graphisme: Gaëlle Grisard

---

Numéro 16, Septembre 2017.

## PRÉSENTATION

En octobre 2017, Le Forum – Bruxelles contre les inégalités rassemblera 40 experts belges et français dans un original Laboratoire de l'intervention sociale. Durant une semaine, ils dégageront des pistes concrètes pour lutter contre le phénomène de non-recours. En prélude à cet événement qui réunira les secteurs de l'action sociale et de la santé, nous ouvrons les colonnes de notre trimestriel à Anaïs Robert, du service d'étude de Solidaris (Mutualité Socialiste). Sur base des nombreuses enquêtes disponibles, l'auteur brosse le portrait d'un pays où l'accès aux soins de santé reste fonction du statut socio-économique. Malgré l'importance des dispositifs de santé qui leurs sont destinés, ce sont pas moins de 22% des Bruxellois qui se voient contraints de reporter des soins (9% en Wallonie, 5% en Flandre). Qui sont ces personnes qui renoncent à une visite chez le médecin ? Pourquoi le font-elles ? Pour des raisons purement financières ? Quelles stratégies mettent-elles en place ? Quels types de soins reportent-elles ? Les mesures existantes d'accessibilité aux soins sont-elles suffisantes ?

### *ANAÏS ROBERT*

Diplômée en Sciences Politiques, Anaïs Robert est responsable de projets et coordinatrice au sein de la Direction Etudes de Solidaris. Elle est également administratrice de l'association ANAMA qui a pour objectif de retisser des liens sociaux.