



Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières

Rapport d'enquête – Institut Solidaris

Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières

I. Note méthodologique

Cette thématique est issue de notre grande enquête annuelle sur la confiance et le bien-être des populations belge et française. Depuis 2015 pour la Belgique et 2016 pour la France, nous interrogeons chaque année en septembre 1000 personnes dans chaque pays, sur plus de 200 items. L'échantillon interrogé par téléphone et par mail est scientifiquement représentatif en termes d'âge, sexe, groupes sociaux et d'origine géographique.

Dans le cadre du renoncement à des soins de santé, nous avons créé plusieurs items que nous mettons en perspective dans le temps et que nous croisons des données sociodémographiques pour mettre en évidence des différences d'accès aux soins.

Ci-dessous la liste des items sélectionnés et des abréviations que nous leur avons données pour simplifier les présentations graphiques notamment.

- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à des soins dentaires ou à une/des visites chez un dentiste pour des raisons financières => **dentiste**
- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à des soins en optique ou à une/des visites chez un ophtalmologue pour des raisons financières => **ophtalmo**
- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à aller chez un professionnel de la santé mentale comme un psychologue, psychiatre, etc... pour des raisons financières => **psy**
- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à aller chez un médecin spécialiste pour des raisons financières => **spécialiste**
- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à aller chez un médecin généraliste pour des raisons financières => **généraliste**
- Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à l'achat de médicaments prescrits par un médecin pour des raisons financières => **médicaments**

Les résultats sont toujours présentés sur base des personnes concernées.

II. Synthèse

❖ 4 personnes sur 10 qui en avaient besoin, ont renoncé au moins à un soin pour des raisons financières en Wallonie et à Bruxelles

Tous types de soins confondus, 39,8% de la population belge francophone qui en avait besoin, a déclaré avoir été concernée par la problématique, soit + 4pts en 4 ans.

❖ C'est le report des consultations chez les médecins spécialistes qui a le plus augmenté en 4 ans

La part des personnes ayant dû reporter une consultation chez les spécialistes a augmenté de 7,9pts en 4 ans. Pour les généralistes c'est +4,5pts, les soins dentaires +2,4pts et le report d'un achat de médicament prescrit +3,1pts.

On peut faire le lien avec notre étude récente sur les suppléments d'honoraires demandés lors des soins ambulatoires. Quelques chiffres clés ci-dessous :

- *Les patients se voient facturer un supplément d'honoraire dans un cas sur trois lorsqu'ils consultent un prestataire de soins (médecin généraliste, spécialiste, dentistes et kinés) à son cabinet. Au total, ces coûts supplémentaires sont estimés à 290 millions d'euros en 2017, soit une augmentation de 15% par rapport à 2016.*
- *80% de ces suppléments sont facturés par des prestataires de soins non-conventionnés. Ainsi, le patient Belge paie en moyenne la moitié du coût d'une consultation auprès d'un spécialiste non conventionné (22,5 € soit 45% du coût total)*
- *Ces résultats sont d'autant plus alarmants que sous l'effet de la politique d'austérité menée dans l'assurance maladie, un nombre croissant de prestataires de soins se déconventionnent, entraînant à la hausse la facturation de suppléments aux patients. Ainsi, 62% des soins dentaires et près de la moitié des consultations de spécialistes sont aujourd'hui attestés par des prestataires de soins non conventionnés. Dans certains arrondissements, il devient très difficile pour le patient de pouvoir être soigné sans devoir payer des suppléments d'honoraires si bien que la sécurité tarifaire du patient n'est plus assurée pour toutes les disciplines médicales et paramédicales dans toutes les régions du pays.*
- *Voir les chiffres de spécialistes déconventionnés ci-joints (dernier accord médico-mut 2018-2019) : ophtalmologue 60% ; dermato 69% ; gynécologue 49% ; orthopédiste 42%.*

Pour les soins dentaires, on peut faire le lien avec l'impact du trajet de soins buccaux instauré en 2016, que nous avons récemment évalué :

- *Dans 3 cas sur 10, le patient ayant consulté un dentiste en 2017 n'a pas eu de contact l'année précédente (ou qui a par exemple dû reporter des soins dentaires une année) et s'est donc vu facturer un ticket modérateur majoré : cela engendre un surcoût financier de 27 € par patient en moyenne mais qui monte à plus de 35 € pour un patient sur 4 et dépasse 83 € pour 5% d'entre eux.*
- *Notre analyse montre également que le non suivi du TSB touche davantage les patients qui vivent dans les quartiers les plus précarisés : 39% d'entre eux se sont vus facturer un ticket modérateur majoré car ils n'avaient pas eu un*

contact avec leur dentiste l'année précédente contre 25% pour les personnes situées en haut de l'échelle sociale.

- *Le TSB pénalise surtout les populations plus précarisées qui sont justement celles qui « sous-consomment » ces soins, de sorte qu'in fine les soins dentaires préventifs deviennent encore plus chers et inaccessibles pour une frange de la population déjà affaiblie sur le plan socio-économique.*
- *Cela risque de creuser davantage le clivage social observé dans ce domaine de la santé dentaire, comme on le constate avec les chiffres de report de soins en matières de soins dentaires.*

❖ L'inégalité entre hommes et femmes n'a pas cessé de croître quant à l'accès aux soins de santé

En 2018, en fonction du type de soin, l'écart de report entre hommes et femmes est d'au minimum 5.4pts (spécialistes) et maximum 11.6pts (médicaments prescrits). Et surtout, ce sont 46,3% de femmes vs 33% d'hommes qui renoncent au moins à un soin de santé.

❖ Les pensionnés sont de plus en plus nombreux à devoir renoncer à certains soins

Si les plus de 60 ans restent les mieux armés face à la situation, c'est en leur sein que le report de soins progresse le plus ; +12.3pts pour le spécialiste et +8pts pour le généraliste à titre d'exemples.

❖ Les inégalités sociales en matière de report de soins se creusent. En particulier, la classe moyenne ne résiste plus au manque de moyens pour se soigner

Jusqu'à 2016, seuls les groupes sociaux les plus faibles se distinguaient par des difficultés nettement supérieures. En 4 années, la donne a totalement changé. Si pour les groupes sociaux les plus élevés la situation n'a pas bougé, voire s'est même améliorée, le report de soins a augmenté dans les autres groupes. Pour les classes moyennes, l'augmentation se situe entre 6,8 et 9,8pts. Notons que pour les plus défavorisés c'est +3,8pts et 50,9% de personnes concernées pour au moins un soin alors qu'elles en auraient eu besoin. Les inégalités sociales pèsent donc de plus en plus lourd dans l'accessibilité aux soins de santé.

Plusieurs études récentes confirment l'augmentation des inégalités sociales en termes d'accessibilité aux soins et à la santé. Ainsi, nos chiffres sont dans la lignée de ceux du dernier rapport de la Commission européenne sur les inégalités en termes d'accessibilité à la santé (cf. European Social Policy Network (ESPN), « Thematic Report on Inequalities in access to healthcare : Belgium - 2018 », Juin 2018) et viennent confirmer le constat que le système de soins de santé belge est loin d'être aussi performant qu'on le souhaiterait, comme le dénonçait encore il y a peu plusieurs experts de soins de santé (cf. carte blanche du 22/03/2019 dans la Libre, <https://www.lalibre.be/debats/opinions/la-belgique-excelle-dans-l-acces-aux-soins-pas-si-sur-5c93bee67b50a60b45402046>) sur base du dernier rapport ESPN (« Inequalities in access to healthcare – A study of national policies », Novembre 2018). Voir la partie annexes pour plus de détails sur le contenu de ce rapport.

Par ailleurs, nos résultats sont aussi à mettre en lien avec l'étude récente (février 2019) du bureau fédéral du plan sur l'évolution du bien-être de la population qui montre que le bien-être des personnes à revenu moyen a diminué en 2016 et 2017 et cela s'explique surtout par la dégradation de leur santé.

❖ Pour de plus en plus d'entre nous, un seul revenu ne permet plus de couvrir dignement les besoins en soins de santé

59,9% des familles monoparentales sont affectées, c'est +10,8pts en 4 ans et l'écart avec les autres types de structures familiales est énorme. La progression la plus forte est cependant dans le chef des personnes seules sans enfant, 50,7% de personnes concernées ; +24,1pts.

Les situations d'incapacité de travail sont de plus en plus problématiques

Trop souvent considérées comme les boucs-émissaires d'une Sécurité Sociale en péril, la situation des personnes en incapacité de travail est effarante. Alors que notre gouvernement souhaite les remettre au travail au plus vite coûte que coûte¹, 61,1% des personnes en incapacité, concernées par l'un ou l'autre de ses soins, ont dû reporter au moins un soin en 2018 ; +2,7pts en 4 ans. Pour 28% d'entre eux, ce fut le cas pour une consultation d'un médecin généraliste et pour 41,6% ce fut le cas pour une consultation de spécialistes.

Dans notre précédente étude sur le profil socio-sanitaire des affiliés en incapacité de travail, on montrait que :

- *L'incapacité de travail n'est pas une situation confortable : les personnes en incapacité de travail ont un état de santé fortement dégradé et elles voient leur facture de soins de santé multipliée par 4 alors qu'elles doivent faire face à une forte diminution de leur pouvoir d'achat.*
- *Elles sont dès lors davantage exposées à un risque de pauvreté et donc de report de soins. Ainsi, 32% des personnes avec une incapacité de travail de plus de 6 mois ont le statut BIM. Et parmi les bénéficiaires ordinaires, une personne sur 5 est en détresse financière occasionnelle soit 3 fois plus que ce qui est observé chez les actifs sans incapacité de travail.*

¹ <https://www.rtl.be/info/belgique/politique/le-projet-de-sanctions-pour-les-malades-de-longue-duree-peut-etre-adopte-ce-matin-que-risquent-les-travailleurs-et-leurs-employeurs--1022936.aspx>

L'enquête de Solidaris montre que le report de soins a sensiblement augmenté depuis 2016 pour les populations les plus fragiles mais aussi, et c'est nouveau, pour les populations appartenant à la classe moyenne. La politique d'austérité sans précédent menée dans l'assurance maladie au cours de cette législature n'est pas étrangère à cette évolution.

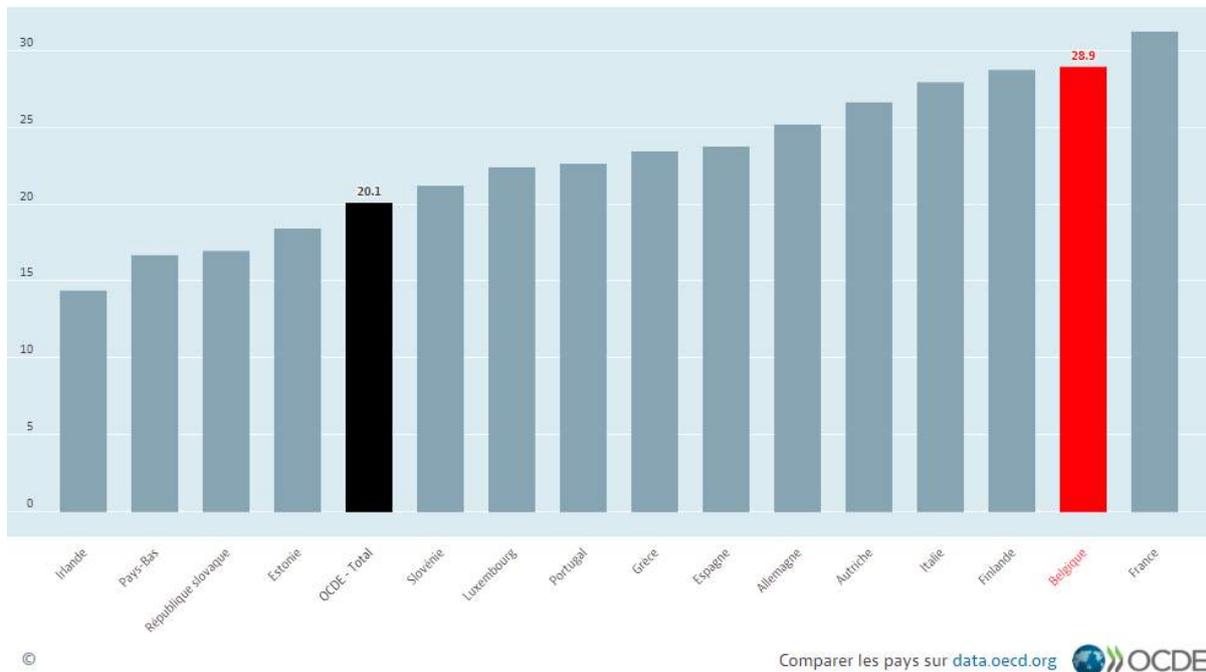
Pour Solidaris, il est urgent de réinvestir des moyens dans l'assurance maladie obligatoire afin de lever tout obstacle financier aux soins de base pour l'ensemble de la population. Mais il faut aussi renforcer les mécanismes de protection des populations plus fragiles sur le plan socio-économique et de la santé et lever les freins à l'accès aux droits. Enfin, le système de sécurité sociale doit être renforcé. Pour Solidaris, il est inadmissible que l'arrêt forcé d'une activité suite à la maladie expose au risque de pauvreté. Les malades de longue durée doivent bénéficier d'un niveau d'indemnité suffisant pour que la maladie ne débouche pas sur la précarité.

Concrètement Solidaris propose :

1. le **remboursement intégral des soins de base en première ligne** (consultations du MG, consultations et soins dentaires préventifs, extractions, huit premières séances chez le psychologue de première ligne) **pour les patients ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste**
2. **Le tiers-payant obligatoire généralisé à tous les soins pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques**
3. **Soutenir le développement des maisons médicales et étendre le modèle des maisons médicale au forfait aux prestations de base des dentistes et des psychologues cliniciens**
4. **Le relèvement des indemnités minimales jusqu'à 10% au-delà du seuil de pauvreté dès le premier jour d'incapacité**

III. Résultats

A. Introduction et contexte



Graphique 1 : Classement des pays de la zone euro (+ moy. des pays de l'OCDE) selon la part des dépenses de protection sociale dans le PIB.

En 2018, la Belgique a consacré 28.9% de son PIB à son système de Sécurité Sociale. Ce ratio nous positionne en 2^e place du classement des pays de l'OCDE qui consacrent le plus gros pourcentage de leur budget aux dépenses de protection sociale².

	Maladie/ Soins de santé	Incapacité	Vieillesse	Survie	Famille/ Enfants	Chômage	Logement	Exclusion sociale
EU28								
EU15	8,32	2,06	11,27	1,51	2,41	1,38	0,61	0,56
BE	7,74	2,35	10,89	1,90	2,13	3,09	0,23	0,65
DK	6,25	4,04	11,51	2,03	3,46	1,51	0,70	1,46
DE	9,65	2,26	9,04	1,83	3,16	1,02	0,55	0,29
ES	6,62	1,73	9,66	2,38	1,28	2,16	0,10	0,25
FR	9,11	2,04	12,80	1,74	2,46	1,98	0,82	0,94
IT	6,64	1,68	14,14	2,66	1,72	1,73	0,04	0,22
LU	5,42	2,43	6,73	1,72	3,40	1,45	0,31	0,50
NL	9,28	2,67	10,80	1,14	1,09	1,47	0,12	1,24
FI	7,24	3,22	12,36	0,84	3,19	2,65	0,69	0,88
SE	7,50	3,34	12,22	0,34	2,99	1,05	0,44	0,95
UK	8,97	1,68	11,57	0,08	2,75	0,39	1,34	0,63

² <https://data.oecd.org/fr/socialexp/depenses-sociales.htm#indicator-chart>

Graphique 2 : % du PIB dans les dépenses sociales par secteur en 2015³

Toujours selon un prisme de lecture uniquement budgétaire, en 2015 en Belgique, 7,74% du PIB a été consacré aux soins de santé et 2,35% aux invalidités. La somme de ces nombres, 10,09%, représente ce qu'on dénomme « assurance maladie invalidité » en Belgique et nous place en dessous de la moyenne EU15. Les pays scandinaves ainsi que la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni mais aussi les Pays-Bas et le Luxembourg octroient une part plus grande de leur PIB respectifs aux dépenses en assurance maladie invalidité. Donc, si les dépenses de protection sociale trustent le haut du classement européen et mondial dans leur ensemble, ce n'est pas le cas en matière de santé.

Dès lors, ces statistiques budgétaires et le positionnement de la Belgique rencontrent-ils les attentes de la population belge francophone ? C'est ce que nous allons essayer de voir en regard de 4 années de mesures.

Avant d'entrer concrètement dans le sujet du report de soin, voici quelques éléments nouveaux qui proviennent de notre enquête et qui peuvent déjà apporter une part de la réponse.

En 2018 :

- **69,3% des belges francophones estiment que globalement le système de soins de santé est bien adapté à eux. (76,2% en 2015)**
- **71,7% trouve que le système de santé en Belgique est d'excellente qualité. (77,7% en 2015)**
- **81,5% estiment qu'il y a suffisamment de structures hospitalières dans leur région. (80,8% en 2015)**
- **70,6% estiment qu'il y a suffisamment de professionnels de santé dans leur région. (72,3% en 2015)**

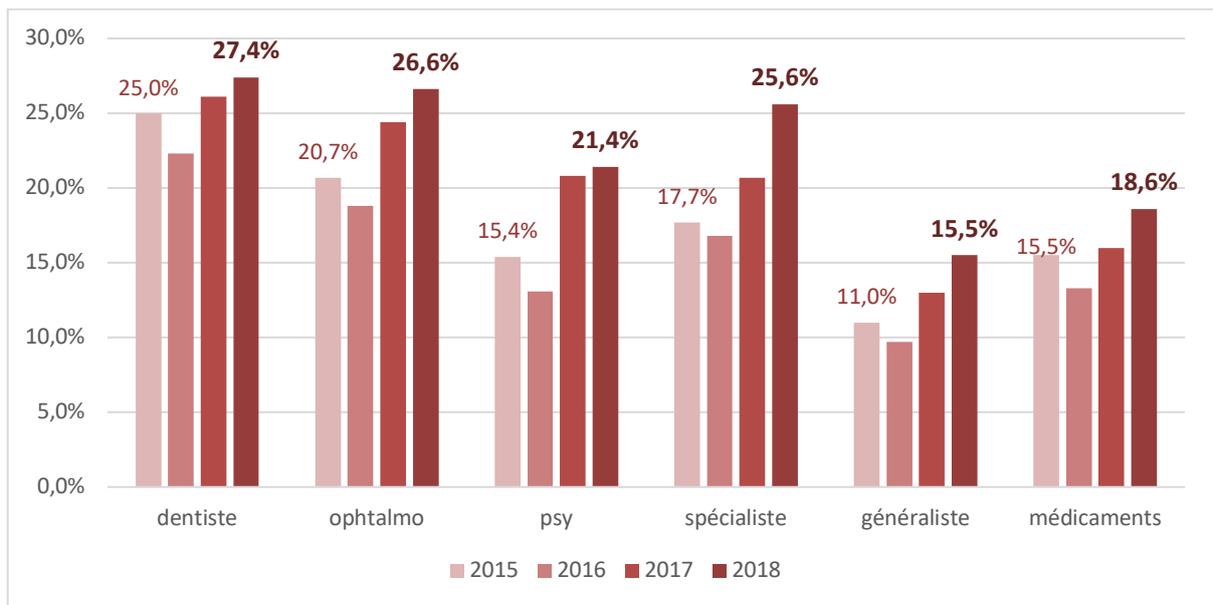
MAIS...

³ <https://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/la-protection-sociale-en-belgique-donnees-sespros>

- **69,4% pensent que la qualité des soins est actuellement menacée pour des raisons de coûts. (67,8% en 2015)**
- **48,6% sont vraiment inquiets de la place de plus en plus importante que prennent les dépenses de médicaments dans leur budget. (45,2% en 2015)**
- **78,4% estiment qu'il y a vraiment trop de temps d'attente pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste. (75,3% en 2015)**
- **59,9% pensent qu'il y a vraiment trop de temps d'attente pour être admis à l'hôpital. (51,4% en 2015)**

En règle générale, chaque item est jugé plus négativement en 2018 qu'en 2015. Si certains penseront qu'il est exagéré de dire que, souvent porté aux nues, le système de santé belge est en déliquescence, il sera tout autant difficile de ne pas concéder qu'il est en sérieuse perte de vitesse. Les éléments suivants abonderont d'ailleurs dans ce sens.

B. Évolution des résultats en Belgique



Graphique 3 : évolution du renoncement à une prestation médicale en Belgique depuis 2015

Tout d'abord, le constat est sans appel. Du point de vue de la population, il est de plus en plus difficile financièrement d'avoir accès aux soins en temps voulu. Il est évident que si chacun des items a évolué dans le même sens sur 4 années, on peut en conclure qu'on est en présence d'une véritable et tragique lame de fond.

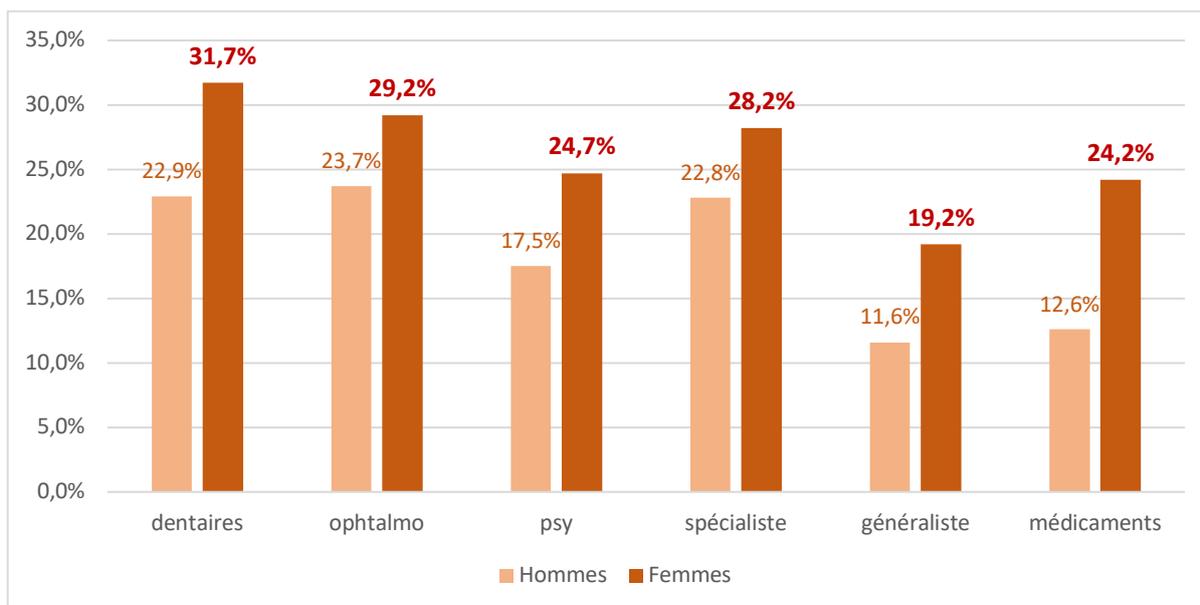
Ensuite, les prestations de soins dentaires emportent cette bien triste palme du type de soins le plus reporté avec 27.4% des répondants qui y ont renoncé au cours de l'année dernière. Il est clair que le coût élevé de la dentisterie et des prises en charge souvent insuffisantes sont les causes directes de ce résultat.

Fort heureusement, au vu de son rôle de première ligne, le médecin généraliste reste le type de soin le moins reporté, 15.5%. Toutefois, cela signifie que presque d'1 personne sur 6 a renoncé à consulter son médecin par manque de moyens ce qui reste très inquiétant. Le rôle de prévention du médecin généraliste est donc mis à mal pour une frange non négligeable de la population. Pourtant, en matière de santé et de budget pour la Sécurité Sociale, l'importance de prendre à bras le corps les problèmes de santé le plus tôt possible n'est plus à démontrer. C'est d'ailleurs dans cette optique que Solidaris a fait le choix de rembourser les tickets modérateurs du médecin généraliste, pour tous, par le biais de son assurance complémentaire.

Par ailleurs, la plus forte progression entre 2015 et 2018 en terme de renoncement, se situe dans le giron des prestations de médecins spécialistes ; +7.9pts. Aujourd'hui, 1 personne sur 4 est concernée par cette situation.

Au final, ce sont 39.8% (+4 pts sur 4 ans) de Belges qui ont dû au moins renoncer à un soin au sein de la liste établie et en moyenne, 1.22 soins (+31% sur 4 ans) par personne.

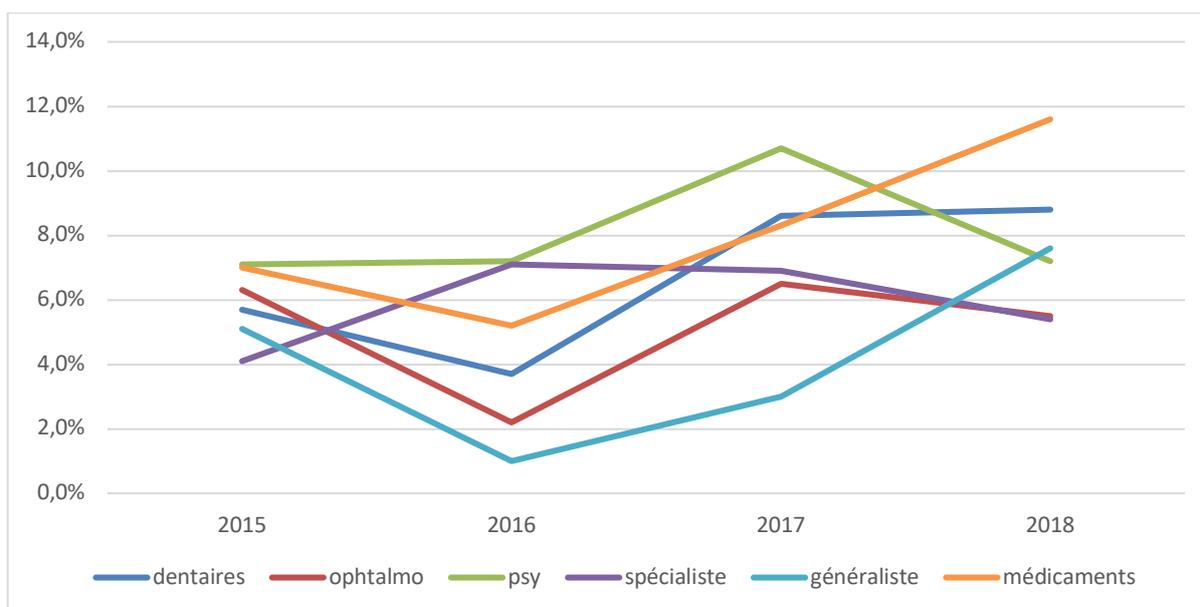
C. Un accès au soin trop genré



Graphique 4 : Comparaison du report de soins entre hommes et femmes en 2018

Il est regrettable de constater que comme dans beaucoup d'autres domaines, l'égalité des sexes n'est pas du tout au rendez-vous en matière d'accessibilité financière aux soins. Des différences qui vont de 5.4pts pour les consultations de spécialistes jusqu'à 11.6pts pour l'achat de médicaments prescrits.

Si on prend le report des soins dans son ensemble et qu'on abandonne provisoirement la lecture par type de soin, c'est même 46.3% (+7 pts) des femmes qui sont confrontées à au moins un renoncement de soins tandis que c'est 33% (+1pt) des hommes, soit près de 13 points d'écart. Par ailleurs, elles renoncent en moyenne à 1.44 soins (+35% sur 4 ans) quand les hommes sont à 0.99 (+28%).



Graphique 5 : Evolution du différentiel de report de soins entre hommes et femmes sur 4 ans

Le graphique 5 est construit de la manière suivante : le résultat du report de soins des hommes a été soustrait à celui des femmes pour ne garder que le différentiel. L'exercice a été réalisé

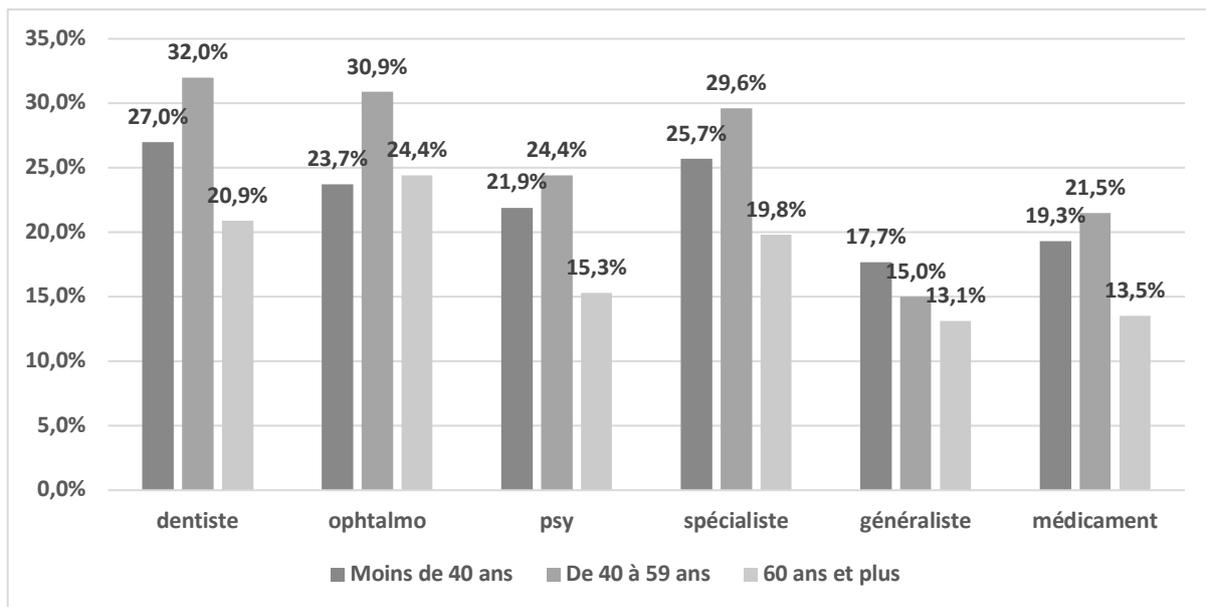
pour chaque année et chaque type de soin. La visualisation en courbe apporte deux enseignements.

D'une part, malgré les efforts et les nombreux débats autour de la lutte pour l'égalité entre hommes et femmes, le fossé s'est creusé en 4 ans ; les courbes sont montantes. Entre 2015 et 2018, c'est +2.5pts pour le généraliste, +3.1pts pour le dentaire ou encore +4.6pts pour l'achat de médicaments prescrits. Il n'y a que pour l'ophtalmologie que le différentiel s'est atténué ; -0.8pts.

D'autre part, si les différentiels étaient relativement proches selon le type de soin en 2015, c'est moins le cas en 2018. Il y a avait 3pts d'écart entre le soin le plus grand différentiel (psy) et le plus petit (généraliste) en 2015. À présent, c'est 6.2pts d'écart entre le plus grand différentiel (médicaments) et le plus petit (spécialiste). Ce constat amène à penser que, pour les femmes, il faut de plus en plus choisir entre les types de soins, l'accès à l'ensemble des prestations médicales est de plus en plus limité.

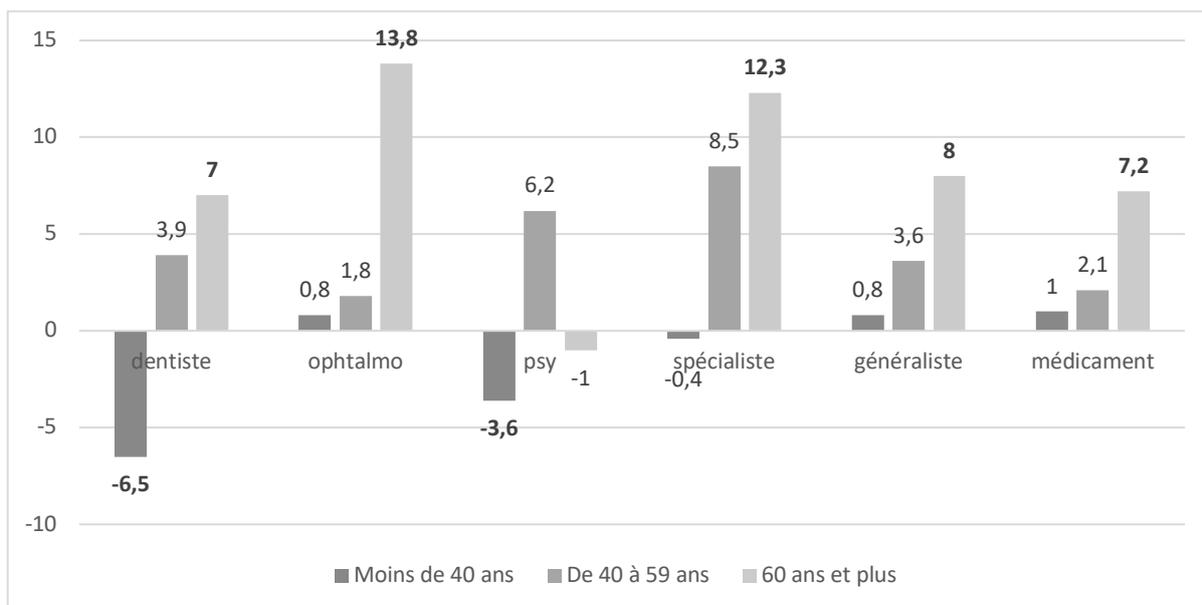
En résumé, des inégalités de genre qui se creusent à la fois dans le temps et dans le type de soin.

D. Que nous cachent les séniors ?



Graphique 6 : Comparaison du report de soins selon l'âge en 2018

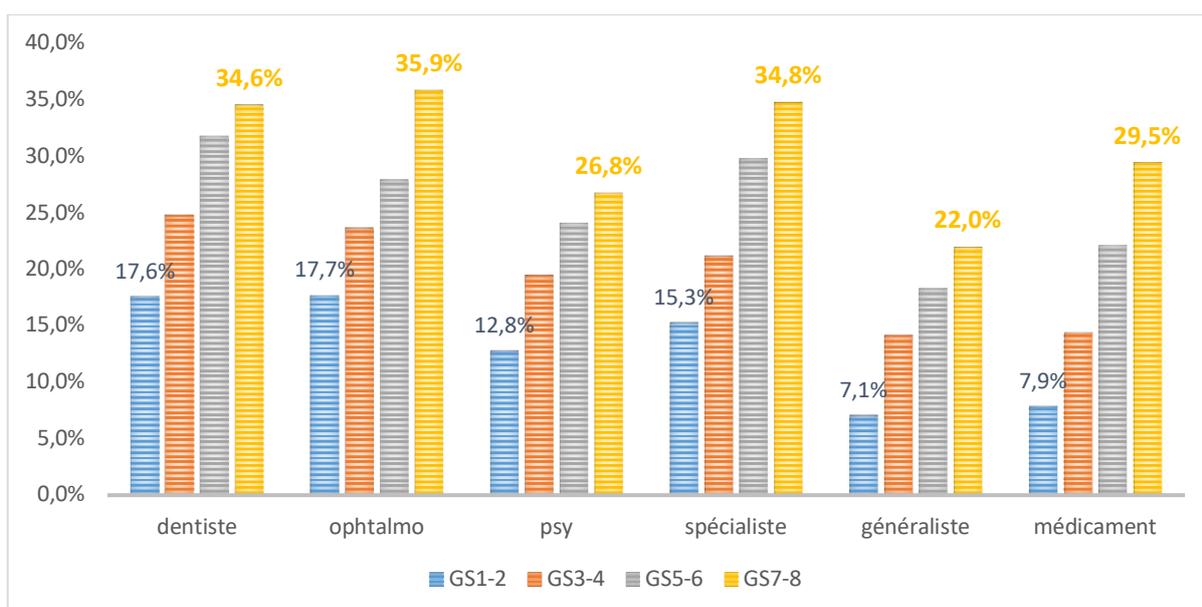
Les 60 ans et plus est la catégorie qui s'en sort le mieux. Pourtant, le graphique 7 montrera qu'il ne faut pas s'en réjouir pour autant. Ce sont les 40-59 ans qui sont les plus touchés par le report de soins. Tous types de soins confondus, ce sont 45.6% (+2.8pts) des 40-59 ans (1.41 soins en moyenne, +21.6%) qui sont concernés par le report alors que c'est 38.9% (-7.4 pts) des moins de 40 ans (1.2 soins en moyenne, +1.7%) et 32.7% (+13.7pts) des plus de 60 ans (0.97 soins en moyenne, +120.5%). L'hypothèse du « poids » de la famille dans le budget disponible pour les soins est vraisemblablement un facteur explicatif de ce résultat. En effet, entre 40 et 59 ans, il est fort probable qu'il y ait plus de personnes au sein du ménage que dans les autres tranches d'âge. Par conséquent, le nombre de dépenses en matière de santé est plus important et des arbitrages sont à faire. En remarque, le généraliste est plus souvent reporté chez les moins de 40 ans.



Graphique 7 : Evolution du report de soins par tranche d'âge entre 2015 et 2018

Ici, les chiffres présentés sont le résultat de la soustraction des données de 2018 par celles de 2015. Cette construction graphique met en lumière les évolutions en 4 ans. Si les plus de 60 ans étaient les moins touchés par le report de soins (graphique 6), c'est en leur sein que le report de soins progresse le plus ; +12.3pts pour le spécialiste et +8pts pour le généraliste à titre d'exemple. À l'inverse, la situation est restée stable pour les moins de 40 ans et s'est même améliorée sur les soins dentaires et psychologiques. En ce qui concerne les 40-59 ans, la tendance penche plutôt du côté de la dégradation même si elle est moins accentuée que chez leurs aînés.

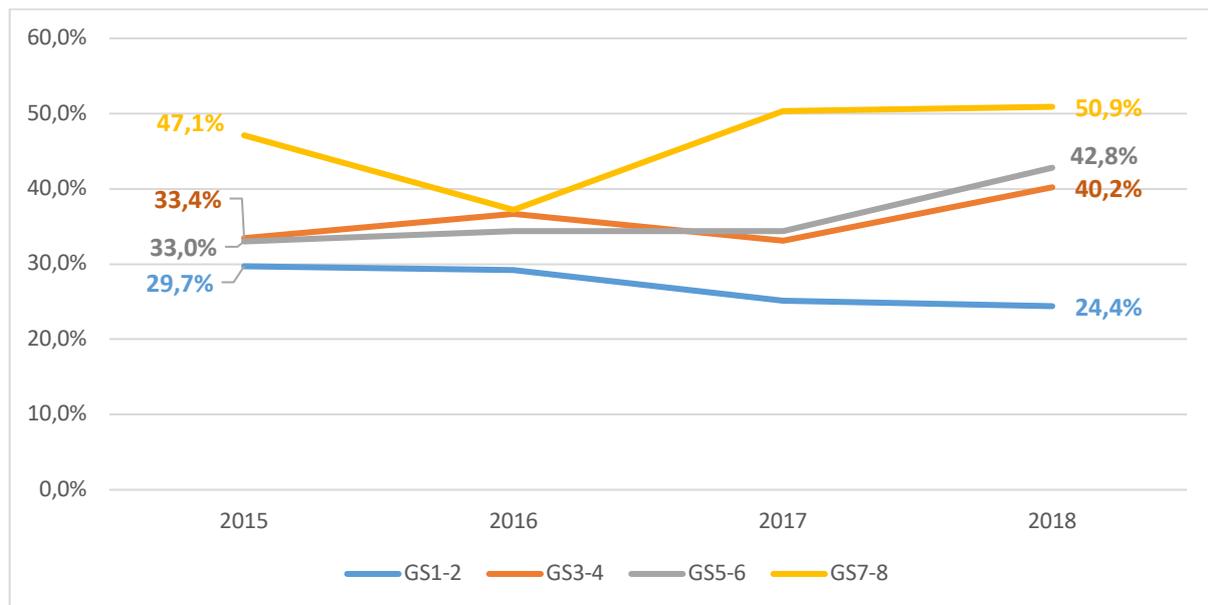
E. Le groupe social, un point central



Graphique 8 : Comparaison du report de soin entre les groupes sociaux en 2018

Pour commencer, petit rappel sur la dénomination groupe social. Les groupes sociaux sont calculés sur base de la structure du ménage, de la profession et du niveau d'étude. Chaque groupe social divise la population de manière équivalente. Donc, le GS1-2 (niveau social le plus élevé) représente 25% de la population tout comme chacun des trois autres groupes.

La lecture du graphique 8 est accablante pour les plus fragilisés, leur vulnérabilité par rapport aux plus nantis est sans équivoque. Au minimum et pour tous les types de soins, ils sont deux fois plus nombreux à avoir du renoncer à des soins pour des raisons financières que le groupe social le plus élevé. Pour l'achat de médicaments, c'est presque 4 fois plus.



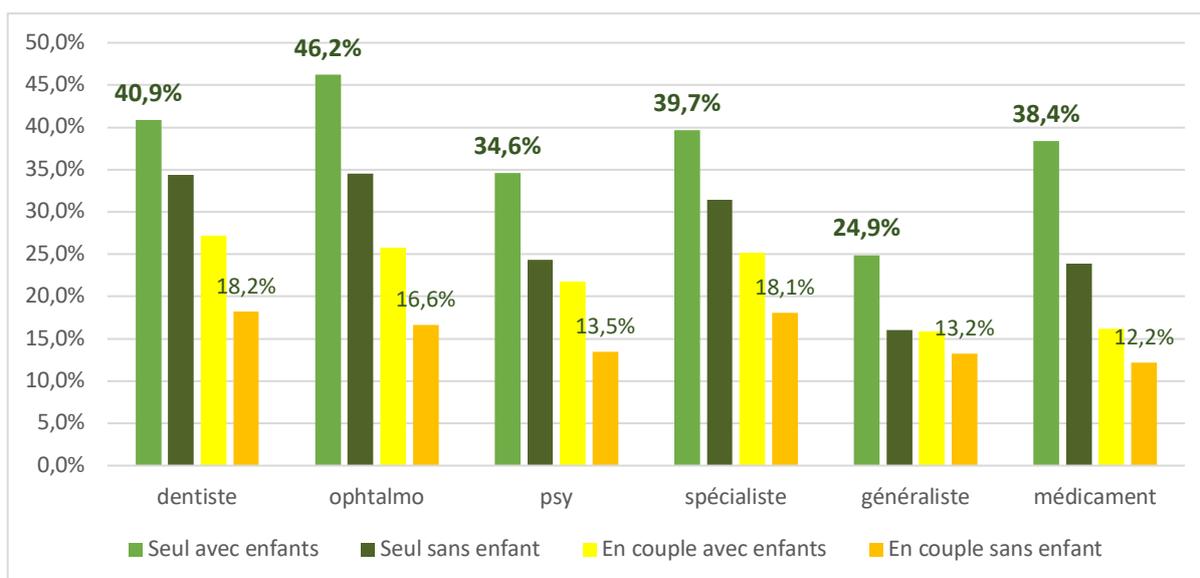
Graphique 9 : Evolution du report d'au moins un soin par groupe social

Première constatation à la lecture de ce graphique n°9, si on ne se réfère qu'à 2018, la corrélation entre groupe social et renoncement est quasiment, et malheureusement, parfaite. Les groupes sociaux les plus précaires renonçant 2 fois que les groupes sociaux élevés.

Deuxième élément, jusqu'à 2016 les GS1 à GS6 donnaient des résultats assez proches, seul le GS7-8 se distinguait par des difficultés nettement supérieures. En 4 années, la donne a totalement changé. Alors que pour le GS1-2 la situation s'est même améliorée, le report de soins a augmenté dans les autres groupes. Pour le GS3-4 c'est +6.8pts, pour le GS5-6 c'est +9.8 pts et pour le GS7-8 c'est +3.8pts. Les inégalités sociales pèsent donc de plus en plus lourd dans l'accessibilité aux soins de santé.

A noter qu'en moyenne, les GS1&2 reportent 0.68 soins (stable) quand les GS7&8 en reportent 1.71 (+28,6%). A nouveau ce sont les GS intermédiaires et notamment les GS5&6 (1.38) qui sont touchées par une augmentation plus franche encore, de près de 50%.

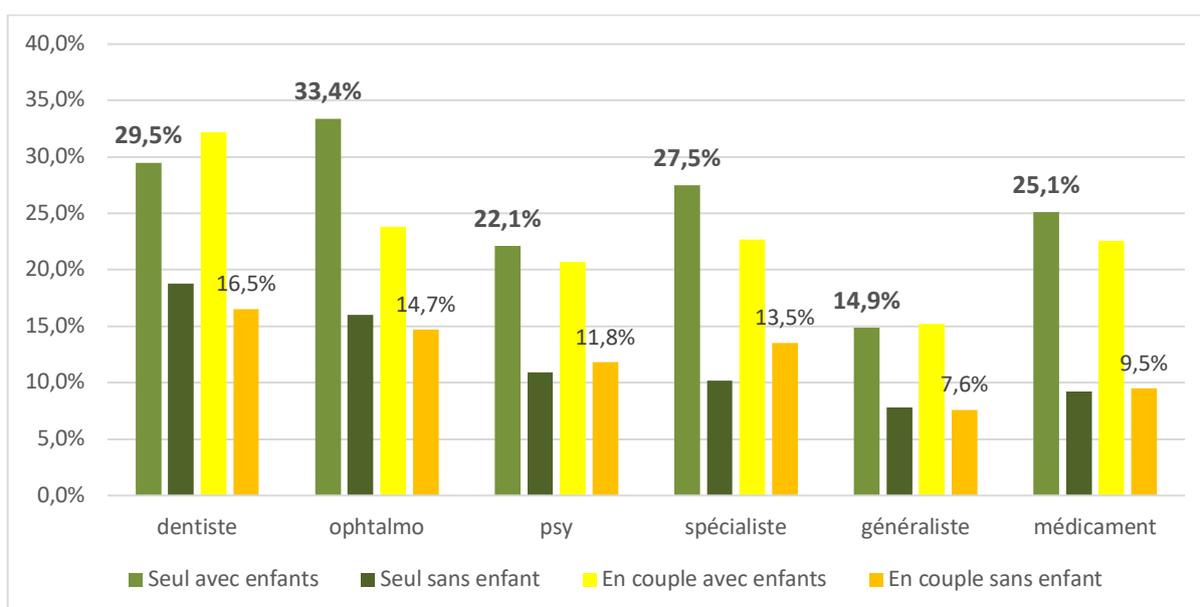
F. Si la structure des ménages a tendance à changer, le report de soins aussi



Graphique 10 : Comparaison du report de soins selon la structure du ménage en 2018

Cela a été montré et démontré pour ainsi dire à chaque étude réalisée par Solidariris, la famille monoparentale est de loin la structure familiale qui est le plus en difficulté. Cette bien triste vérité se vérifie aussi sur le report de soins en 2018. Presque la moitié de ces familles a dû renoncer à des soins optiques et environ 40% d'entre elles ont reporté des soins dentaire, l'achat de médicaments prescrits et/ou la consultation d'un spécialiste. L'écart avec les couples avec enfants est presque systématiquement d'au moins 10pts.

Deuxième observation, le « classement » entre les 4 types de structure familiale ne varie pas d'items en items, ce qui souligne une tendance profonde. À ce propos, les personnes seules arrivent en deuxième lieu, ce qui n'était pas le cas en 2015.

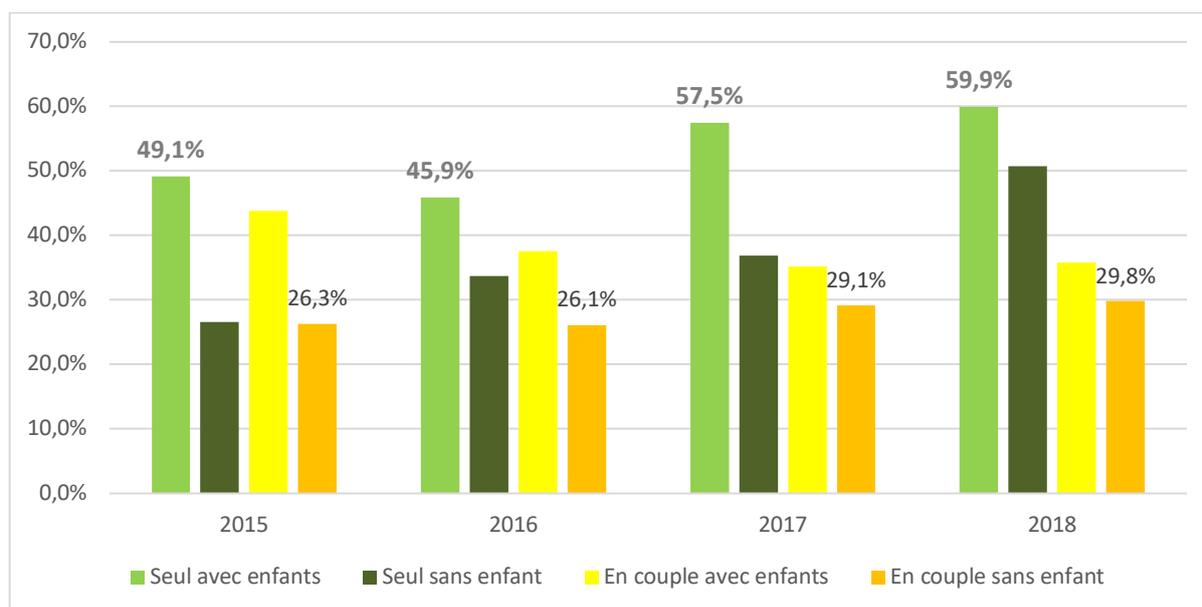


Graphique 11 : Comparaison du report de soins selon la structure du ménage en 2015

Tout d'abord, le graphique 11 permet d'observer l'évolution qui a touché toutes les structures familiales. Ce sont les personnes seules (avec et sans enfant) qui ont subi les plus fortes

augmentations de report de soins en 4 an. Pour les famille monoparentales, c'est environ +10pts sur chaque type de soin. Dans le même temps, le nombre des personnes seules devant renoncer à des soins pour des raisons financières passe du simple au double.

Par ailleurs, l'augmentation spectaculaire du report des personnes seules (avec et sans enfants) marque un changement important. En 2015, ne pas avoir d'enfant offrait une certaine « protection » contre le report de soins. En 2018, ce n'est plus du tout le cas ; c'est le couple qui offre le moins mauvais rempart. Il n'est sans doute pas déraisonnable de penser que, famille ou pas, un salaire unique expose à des difficultés financières plus lourdes, y compris en matière de santé. Dans une société où le schéma familial classique est de moins en moins la norme, ce résultat est encore plus interpellant.



Graphique 12 : Evolution du report d'au moins un soin par structure familiale

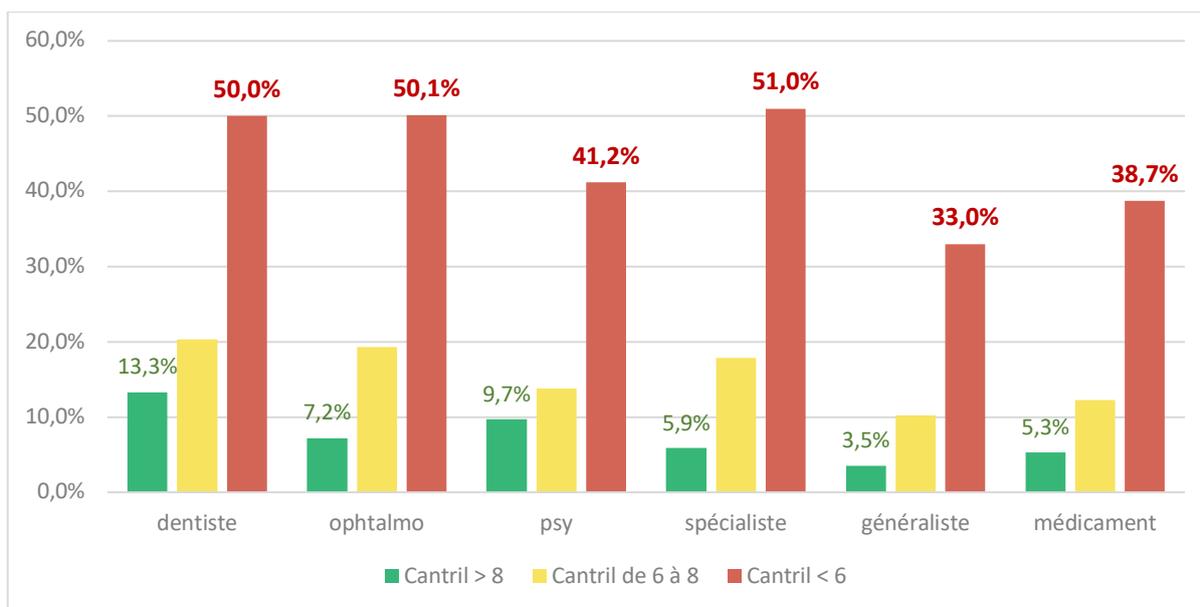
Comme déjà réalisé précédemment dans ce rapport, les chiffres présentés dans le graphique concerne la part de gens ayant renoncé à au moins un soin.

Au-delà, de l'évolution du report marquée sur toutes les structures familiales, ce graphique montre un changement de paradigme évoqué plus tôt. Les couples ont été les moins fragiles à l'évolution du report de soins. Il n'en a pas été de même pour les personnes seules (avec ou sans enfant). Pour les familles monoparentales, c'est +10,8pts en 4 ans et l'écart avec les autres types de structures familiales est énorme. La progression la plus forte est dans le chef des personnes seules sans enfant, +24.1 pts.

Nb moy. de soins reportés pour raisons financières	2015	2018	Var.
Seul avec enfant(s)	1,46	2,02	+38,4%
Seul sans enfant	0,68	1,51	+122,1%
En couple avec enfant(s)	1,16	1,19	+2,6%
En couple sans enfant	0,65	0,83	+27,7%

Autre indicateur qui témoigne des difficultés grandissantes pour les personnes seules : si en moyenne au sein de cette population (quand elle est sans enfant) on reportait 0.68 soins en 2015 (parmi la liste des 6 types de soins évalués), on est passé à 1.51 soins en moyenne, soit un bond de 122%. En comparaison, les couples avec enfant(s) passent de 1,16 soins reportés en moyenne à 1.19, ce qui est quasiment stable. Mais, ce sont les familles monoparentales qui détiennent tristement le plus grand chiffre avec, en moyenne, plus de 2 soins reportés (et une progression de 38.4% sur 4 ans).

G. Quand la vie n'est pas simple, aller chez le médecin ne l'est pas non plus

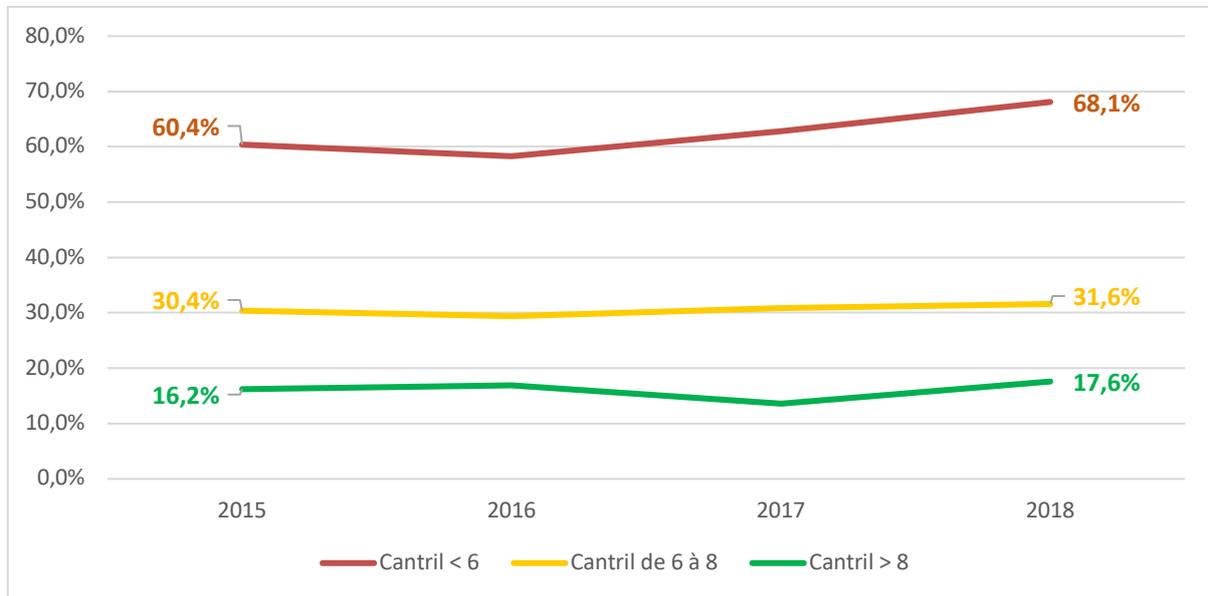


Graphique 13 : report de soins selon l'échelle de Cantril en 2018

L'échelle de Cantril, parfois appelée échelle du bonheur, est une auto-évaluation globale de la vie de quelqu'un. L'échelle est graduée de 0 à 10, la valeur 10 représente "la meilleure vie possible" tandis que la valeur 0 "la pire vie possible". La liaison entre cet indice et le report de soins est plus que flagrante. Les déterminants du report de soin d'un côté et les déterminants du bonheur de l'autre expliquent cette corrélation cyniquement logique. Plus la vie est difficile, plus l'accès aux soins l'est aussi ; plus l'accès aux soins est limité, plus la vie est difficile. Un système de sécurité sociale juste et efficace ne devrait-il justement pas tendre à éviter ce cercle vicieux ?

Lorsque l'on estime sa vie comme étant insatisfaisante, le renoncement aux soins touche une personne sur deux pour le spécialiste, l'ophtalmologie et/ou le dentiste. Quant au généraliste, c'est une personne sur trois. Par contre, quand on est très satisfait de sa vie, l'accès aux soins

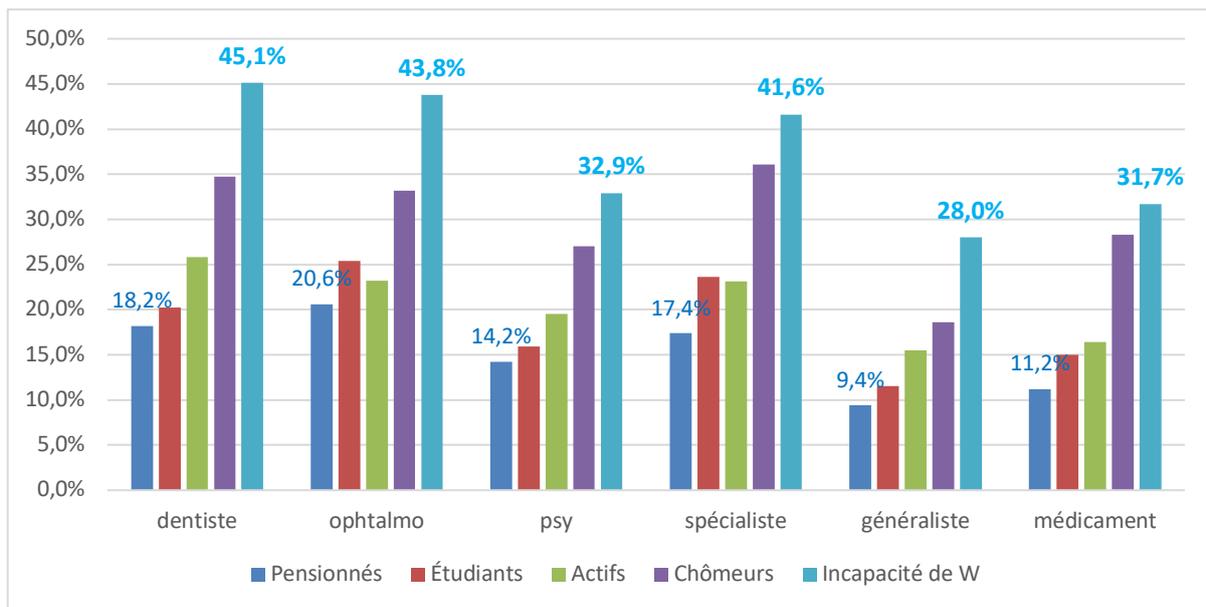
est beaucoup plus facile que pour monsieur tout le monde. Reprenons l'exemple du généraliste, 3.5% des très satisfaits de leur vie ont reporté une consultation au cours de la dernière année : c'est, en moyenne, 5 fois moins que la moyenne générale, 10 fois moins qu'une personne vivant seule.



Graphique 14 : Evolution du report d'au moins un soin selon l'échelle de Cantril

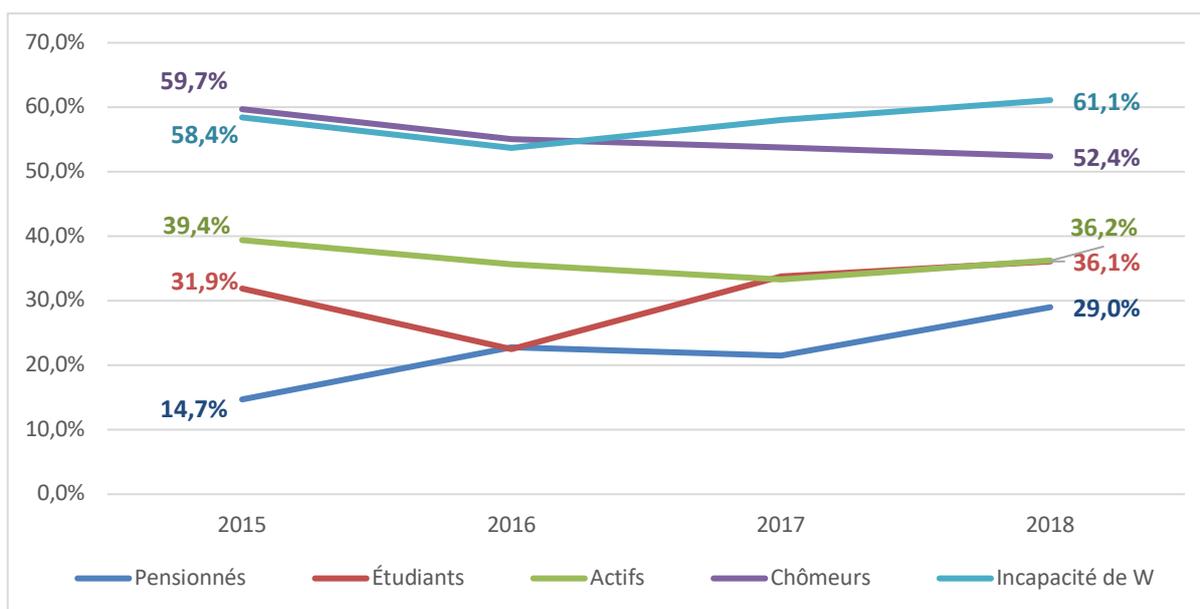
En terme d'évolution, le ciel reste au beau fixe pour les très satisfaits de leur vie, leur situation s'améliore même légèrement. Pour les satisfaits, le report augmente de 1,2pts en 4 ans. Même si le graphique ne rend pas forcément cette impression, parmi ce groupe il y a tout de même près de deux fois plus de personnes que pour les très satisfaits qui reportent des soins par manque d'argent. Enfin, pour les insatisfaits c'est +7.7pts sur 4 ans comme si la vie n'était déjà pas assez dure, et près de 70% d'entre eux qui sont concernés par au moins un report. À nouveau, cette lecture montre la même chose que d'autres graphes présentés plus tôt : l'évolution du report est plus grande pour les moins bien lotis ce qui engendre encore une augmentation des inégalités.

H. T'es malade ? Reste-le..



Graphique 15 : Report de soins selon le statut professionnel en 2018

Paradoxe renversant, les personnes en incapacité de travail sont les plus touchées par le report de soins (c'est aussi ceux qui en ont le plus besoin, ils sont par définition malades). Alors que la pression s'intensifie toujours plus sous cette dernière législature pour limiter les arrêts de travail, on ne leur donne pas la capacité/les moyens de se soigner correctement : 41.6% de ces personnes malades ont dû renoncer à une visite chez un spécialiste, 31.7% à acheter un médicament prescrit et 28% à consulter le généraliste. Les personnes sans emploi sont aussi plus fortement touchées que les actifs, les étudiants ou les pensionnés. Les pensionnés seraient les moins affectés par le report de soins. Toutefois les scores restent élevés et gardons à l'esprit qu'une partie des pensionnés les plus précarisés ne sont sans doute déjà plus là pour dire qu'ils doivent reporter des soins. Les étudiants sont moins touchés que les personnes actives. C'est sans nul doute l'effet cumulé d'un besoin moindre (du simple fait de leur jeunesse) et du soutien financier des parents.



Graphique 16 : Evolution du report d'au moins un type de soin selon le statut professionnel

En terme d'évolution, tous les profils ont vu la part de gens qui reportent des soins augmenter sauf parmi les chômeurs. Sur ce point précis, n'oublions pas la limitation dans le temps des allocations de chômage intervenue en 2015. Cette disposition a exclu et continue d'ailleurs d'exclure des personnes vraisemblablement les plus précaires de ce profil.

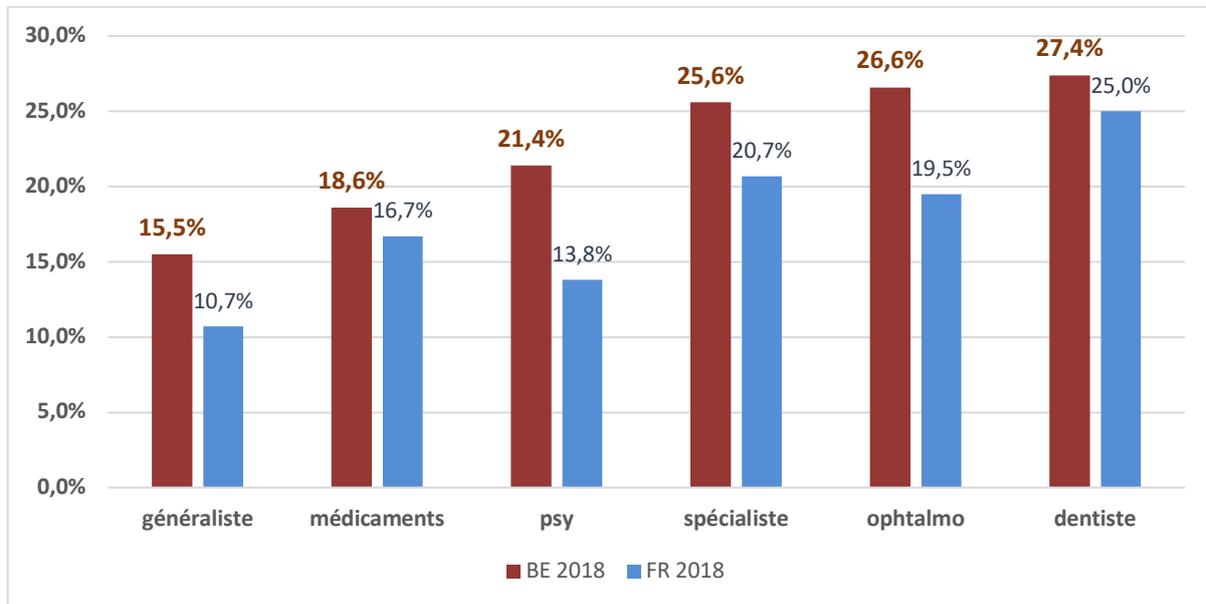
Alors qu'ils sont jusqu'à présent les moins impactés, la plus forte évolution (+14.3 pts) touche les pensionnés, non sans lien avec le constat réalisé dans la section « âge » d'ailleurs.

La situation des personnes en incapacité ne s'améliore pas avec le temps, +2,7 pts en 4 ans. Parmi eux, 61.1% ont reporté au moins un soin en 2018 c'est 24.9 pts en plus que les actifs.

Nb moy. de soins reportés pour raisons financières	2015	2018	Var.
Pensionnés	0,36	0,82	+128%
Étudiants	0,84	1,01	+20%
Actifs	0,94	1,10	+17%
Chômeurs	1,80	1,64	-9%
Incapacité de W	1,68	2,05	+22%

L'impact plus grand sur les pensionnés se voit aussi au travers de cet autre indicateur : en moyenne cette population reporte en 2018 0.82 soins, soit un bond de 128% sur 4 ans. Comme mentionné juste avant c'est le public des personnes en incapacité qui a les résultats les plus élevés : en moyenne ils reportent plus de 2 soins et ça progresse de 22% sur 4 ans.

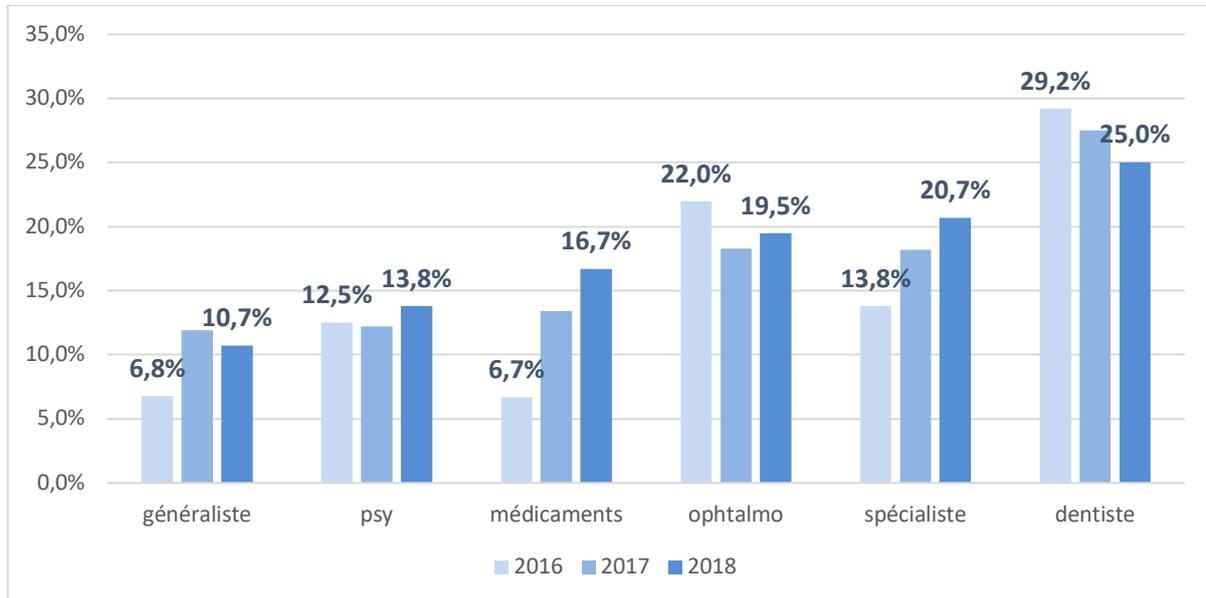
I. Comparaison des résultats belges et français



Graphique 17 : Comparaison du report de soins entre la Belgique et la France pour 2018

Ce graphe montre que la perception de devoir reporter des soins pour raison financière est moindre en France. Cette observation se vérifie d'ailleurs sur l'ensemble des items. Notre système est donc sans nul doute perfectible. Au vu de tout ce que nous avons montré précédemment, la question serait de savoir si il faut d'avantage de moyens budgétaires pour des remboursements plus élevés ou une orientation plus ciblée sur les publics en difficulté ? La réponse optimale se trouve sans doute dans une combinaison de ces deux leviers d'action, reprendre d'une main pour mieux donner de l'autre n'est en tout cas pas un idéal à atteindre pour Solidararis.

J. Evolution des résultats français sur 3 ans (2016-2018)



Graphique 18 : Evolution du renoncement à une prestation médicale en France depuis 2016

En France, le renoncement à des soins dentaires pour raisons financières est celui qui est le plus important : il concerne $\frac{1}{4}$ de la population qui en a besoin. Mais sur 3 ans on peut souligner une diminution de 4 points. A l'inverse, l'accès aux spécialistes et aux médicaments prescrits sont les deux domaines où l'évolution est la plus inquiétante : respectivement + 6.9 pts et +10 points sur 3 ans.

IV. Annexes

Dernier rapport ESPN (« *Inequalities in access to healthcare – A study of national policies* », Novembre 2018) :

- Dans l'UE, la Belgique est **le plus mauvais élève en matière d'accès aux soins** : l'inégalité d'accès aux soins entre les hauts et les bas revenus est la plus marquée et de plus en plus de Belges n'ont pas ou plus accès au système de soins.
- Ce chiffre est en hausse constante depuis 2011 : **le nombre de personnes n'ayant pas accès aux soins de santé a doublé parmi les personnes ayant des faibles revenus ou les peu qualifiés.**
- **Le report de soins est particulièrement élevé dans notre pays**, surtout au niveau des **soins dentaires** (environ 20% de report pour une visite chez le dentiste pour des raisons financières) et de **santé mentale** (21% et 36% parmi les faibles revenus).
- En termes de **recommandations**, les auteurs plaident en priorité pour diminuer la quote-part personnelle qui reste élevée pour les patients, supprimer le paiement au comptant de la consultation (vers une généralisation du tiers payant, cf. recommandation aussi de Christine Mahy lors de notre rencontre mercredi passé) et les nombreux dépassements d'honoraires + développement des maisons médicales multidisciplinaires et forfaitaires.