

Renoncement aux soins pour raisons financières

Solidaris – Édition 2024



**Votre santé
mérite
le meilleur**

Table des matières

Les constats-clefs	- 2 -
Introduction.....	- 3 -
Note méthodologique	- 4 -
Résultats.....	- 5 -
Evolution globale des résultats en Belgique francophone (2015-2024)	- 5 -
Analyse du renoncement en fonction du genre	- 8 -
Analyse du renoncement en fonction de l'âge	- 11 -
Analyse du renoncement en fonction des groupes socio-économiques	- 14 -
Analyse du renoncement en fonction de la situation professionnelle	- 17 -
Analyse du renoncement en fonction de la situation familiale	- 20 -
Conclusions et recommandations	- 23 -
Bibliographie	- 25 -

Les constats-clefs

- En 2024, 41% des Belges francophones déclarent avoir dû renoncer à au moins une prestation de santé pour des raisons financières.
- Le renoncement financier est globalement en baisse cette année. Le taux de renoncement par discipline revient même à des niveaux observés avant la pandémie.
- Néanmoins, à l'exception du généraliste, toutes les prestations de santé étudiées sont marquées par une hausse du renoncement financier comparativement à 2015. Les soins de santé mentales enregistrent quant à eux la plus forte évolution sur neuf ans (+ 6 points).
- Les tendances précitées se répartissent différemment au sein de la population, reflétant à la fois l'existence d'inégalités sociales et une précarisation des profils les plus vulnérables.
- En 2024, près d'une femme sur deux (48%) déclare avoir dû renoncer à au moins un soin au cours de l'année pour des raisons financières, les hommes sont seulement un sur trois à déclarer avoir dû renoncer à un soin de santé pour raison financière (33%).
- Les aînés renoncent de plus en plus à des prestations de santé au fil des années. La part (en %) des plus de 60 ans déclarant avoir dû renoncer à au moins un soin pour des raisons financières augmente de 25 points en 9 ans (40% en 2024). Désormais, les trois catégories d'âges étudiées se tiennent dans un mouchoir de poche avec des taux avoisinants les 40%.
- Invariablement depuis 2017, nous constatons l'existence d'un gradient social au niveau du renoncement financier. Seul les groupes sociaux 1 et 2 conservent un taux de report faible et surtout stable depuis 2015. L'écart de renoncement entre les groupes sociaux 5-6 et 7-8 s'amenuise en 2024, laissant penser à la fois à une précarisation de la « classe moyenne inférieure » et à un phénomène d'homogénéisation du renoncement auprès de la moitié des moins bien nantis de la population.
- Malgré une baisse significative en un an (- 16 pts), les personnes en incapacité continuent d'être la catégorie « professionnelle » la plus touchée par le renoncement financier et à un seuil extrêmement élevé (63%).
- En ce qui concerne les structures familiales, toutes enregistrent une hausse du renoncement à au moins un soin sur neuf ans : les personnes isolées connaissent la plus forte hausse (+20 pts, 45% en 2024), suivies des familles monoparentales (+13 pts, 60% en 2024).

Introduction

L'analyse du renoncement financier à des soins de santé permet de mettre en lumière ses déterminants sociologiques : le genre, l'âge, la situation professionnelle et familiale, l'état de santé ou encore la capacité financière sont autant de facteurs pouvant influencer le renoncement.

Si nous les examinons de manière séparée par soucis de méthode, il est important de se rappeler qu'un individu est, d'une certaine façon, la somme de ces attributs. Or, le cumul et l'interrelation de ces derniers est susceptible d'en amplifier les effets. A titre d'exemple, une femme seule de 40-59 avec des enfants et incapacité de travail est d'autant plus susceptible de renoncer à des soins de santé pour des raisons financières qu'un homme marié sans enfants et en activité.

Bien que cela ne soit pas l'objet de cette étude, nous devons également garder à l'esprit les rapports spécifiques à la santé¹ induits par ces attributs sociologiques. Ce rapport influe, à son tour, sur la propension à recourir à des soins de santé, et, par voie de conséquence, sur la propension à y renoncer.

Le fonctionnement et l'évolution de notre système de soin de santé a également une incidence sur la dimension financière du renoncement. L'accessibilité financière à une prestation de santé dépend notamment du niveau d'intervention et du financement de l'assurance-maladie, du taux de conventionnement des prestataires, des honoraires fixés, des mécanismes de remboursements (avance sur honoraire/ tiers-payants), du déploiement de protections spécifiques pour les publics les plus vulnérables (ex : statut BIM) mais également du niveau d'information des patients quant à leur droit et à la facilité d'accès à ces protections.

Ces éléments expliquent en partie pourquoi certains soins enregistrent invariablement des taux de renoncement plus élevés que d'autres, et ce, indépendamment du profil considéré.

Enfin, même si cette étude se concentre exclusivement sur le report de soins pour raison financière, notre Baromètre Confiance Bien-Etre 2024 révélait que l'accessibilité physique perçue continue, elle aussi, à décliner et atteint même des seuils historiquement bas. En 2015, plus de trois quarts des personnes sondées estimaient avoir suffisamment de professionnels de santé dans leur région. En 2024, seulement 51% des personnes interrogées le pensent encore. Dans le même temps, 83% estiment que le temps d'attente pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste est trop long.

Alors que nous sommes actuellement plongés dans un climat d'incertitude politique, notamment quant à l'avenir de notre Sécurité Sociale et de son financement, l'analyse du renoncement financier continue de montrer les inégalités qui pèsent en matière d'accessibilité financière aux soins de santé. Fort de ce constat, nous ne pouvons que plaider en faveur d'une protection sociale forte capable de garantir à toutes et tous des soins accessibles et de qualité.

¹ Nous pensons notamment à la perception qu'une personne a de sa santé (psychique ou physique), de la maladie, des symptômes qui y sont associés, des soins et des pratiques qu'elle suppose, des dispensateurs de soin qui les appliquent, de la relation avec les praticiens et les structures de soin que cela implique, etc.

Note méthodologique

L'étude du renoncement financier à des prestations de santé est une partie "sous-thématique" de notre enquête plus large portant sur la confiance et le bien-être de la population Belge francophone. Le Baromètre Confiance Bien-être a été réalisé pour la première fois en 2015. Depuis lors, nous relevons annuellement la perception de la population belge francophone sur ce sujet.

Afin de mener à bien cette étude, notre institut de sondage interroge, chaque année, un peu plus d'un millier de Belges francophones par téléphone et via internet. L'échantillon de personnes à interroger a été construit de manière à être représentatif de la population en termes d'âge, de sexe, d'origine géographique et de groupe social.

La thématique du renoncement s'articule autour de plusieurs items (cf. infra) mis en perspective dans le temps et croisés avec les données socio-démographiques récoltées. Cette analyse croisée permet de mettre à jour des disparités en matière d'accessibilité aux soins en fonction des profils établis. Pour des raisons d'intelligibilité et lisibilité, nous analysons distinctement ces derniers.

Cette étude se centre exclusivement sur la dimension financière du renoncement. Il est évident que d'autres dimensions du renoncement existent mais celles-ci n'ont pas été envisagées ici. Nous ne prétendons donc pas recouvrir exhaustivement cette thématique large et complexe.

Il nous semble que la dimension financière du renoncement est, par définition, la plus pertinente lorsqu'il s'agit de mettre en lumière les inégalités sociales en matière d'accessibilité financière. Son analyse, sur le temps long, peut servir à évaluer de manière indirecte les effets des politiques en matière de santé.

Les résultats présentés sont calculés sur base de l'ensemble des répondants. La marge d'erreur se situe à environ 3% pour un intervalle de confiance de 95%.

Ci-dessous la liste des six items sélectionnés et des abréviations que nous leur avons données afin de simplifier les présentations graphiques :

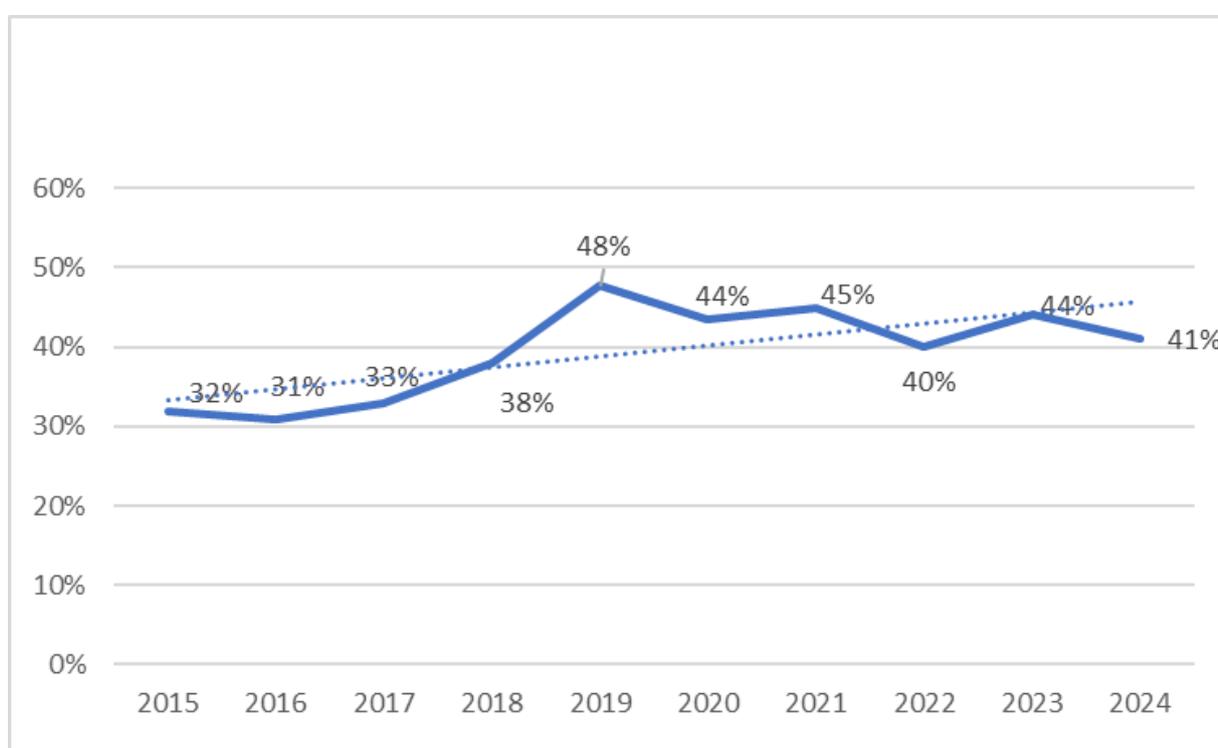
- "Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à des soins dentaires ou à une/des visites chez un dentiste pour des raisons financières." = **dentiste** ;
- "Au cours des 12 derniers mois, j'ai dû renoncer à des soins en optique ou à une/des visites chez un ophtalmologue pour des raisons financières." = **ophtalmologue** ;
- "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." = **psychologue** ;
- "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**.

Résultats

L'étude du renoncement financier pour l'année 2024 révèle des résultats contrastés. L'évolution annuelle est encourageante : globalement, le renoncement est en diminution et atteint même parfois, des niveaux que nous n'avions plus observés depuis la période précédant la pandémie. Pour autant, les résultats demeurent nettement plus élevés que ceux connus lors de nos premières observations.

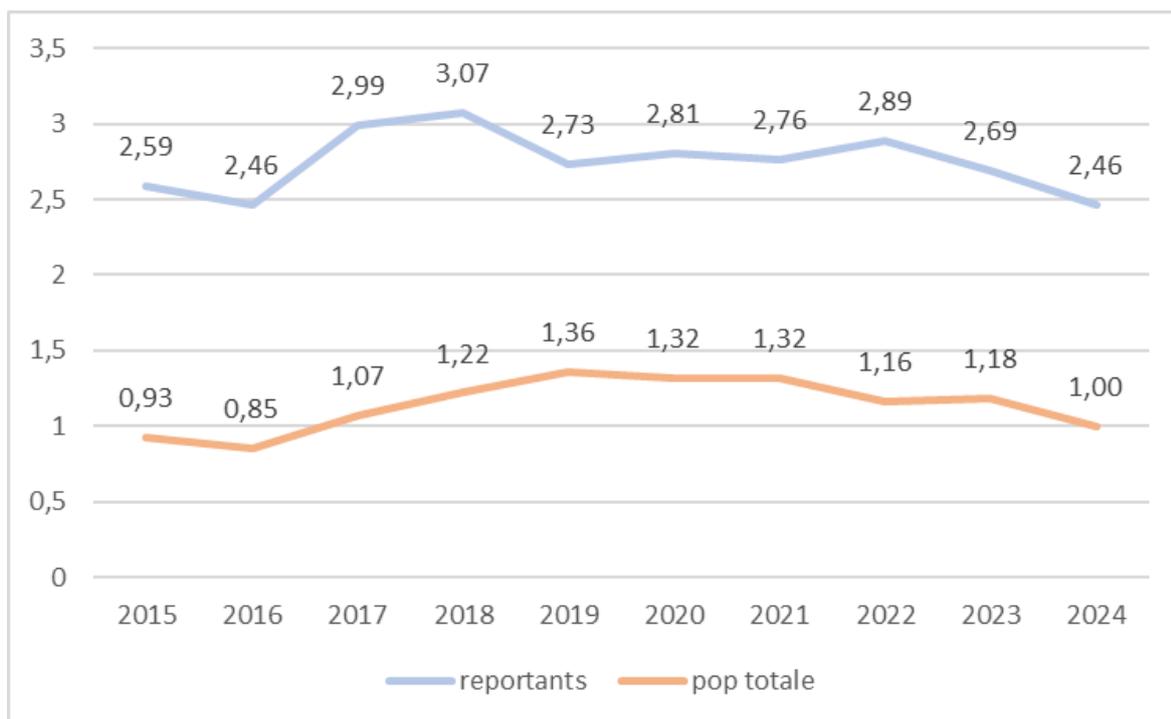
Par ailleurs, nous le verrons, cette tendance ne s'uniformise pas pour l'ensemble de la population. Les variations sont sensiblement différentes selon les catégories de la population envisagée.

Evolution globale des résultats en Belgique francophone (2015-2024)



Graph 1. Evolution de la part de la population ayant renoncé à au moins un soin pour des raisons financières

En 2024, ce sont 41% des Belges francophones déclarent avoir dû renoncer à au moins un soin au cours de l'année pour des raisons financières. Bien que la tendance annuelle soit encourageante (diminution de 3 points), le taux de renoncement reste supérieur à celui de 2022 et demeure nettement au-dessus des niveaux connus avant 2019.

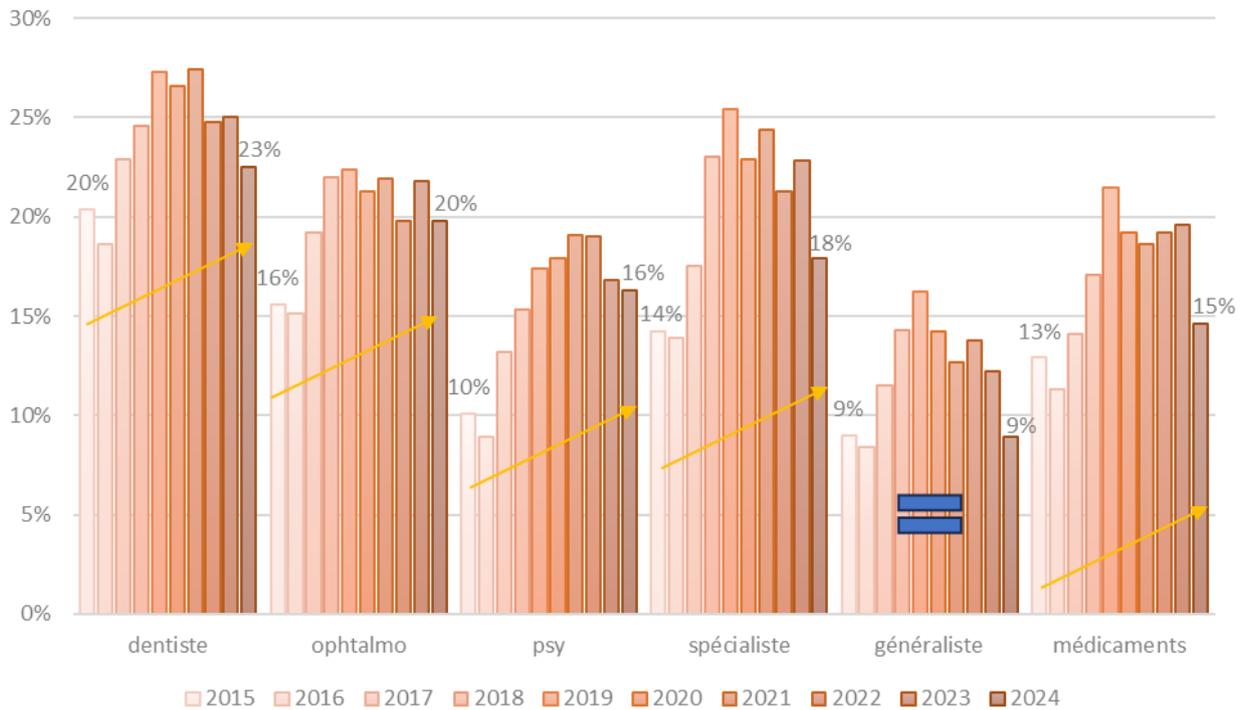


Graph 2. Evolution de la moyenne du nombre de type de soins renoncés

L'évolution annuelle de la moyenne du nombre de type de soins différents renoncés confirme la tendance baissière. La population Belge francophone renonce en moyenne à un soin en 2024. La moyenne diminue tendanciellement depuis son pic connu en 2019 et n'avait plus connu un seuil aussi bas depuis 2017.

Si nous nous intéressons plus spécifiquement au sous-ensemble dit des « reportants »², la moyenne des soins renoncés se situe à 2,46. Il s'agit ni plus ni moins de la plus basse mesure enregistrée (ex aequo avec 2016) depuis que nous réalisons l'enquête.

² La catégorie des « reportants » est un sous-ensemble constitué des personnes ayant déclaré avoir renoncé à au minimum un soin parmi les six prestations de santé étudiées.



Graph 3. Taux de renoncement en fonction de la prestation médicale et évolution depuis 2015

Le renoncement par discipline en 2024 revient lui aussi à des taux connus avant la pandémie, appuyant la tendance à la baisse de cette année. A l'exception des prestations en psychologie, les taux de renoncement par discipline sont même inférieurs au relevé de 2018.

Néanmoins, si l'on se réfère à l'année 2015, seul le renoncement au généraliste reste « stable » (9%). Celui des autres disciplines est en hausse sur neuf ans. L'évolution est plus marquée au niveau des soins en santé mentale (+ 6pts), des spécialistes (+4pts) et des soins en optique (+4pts).

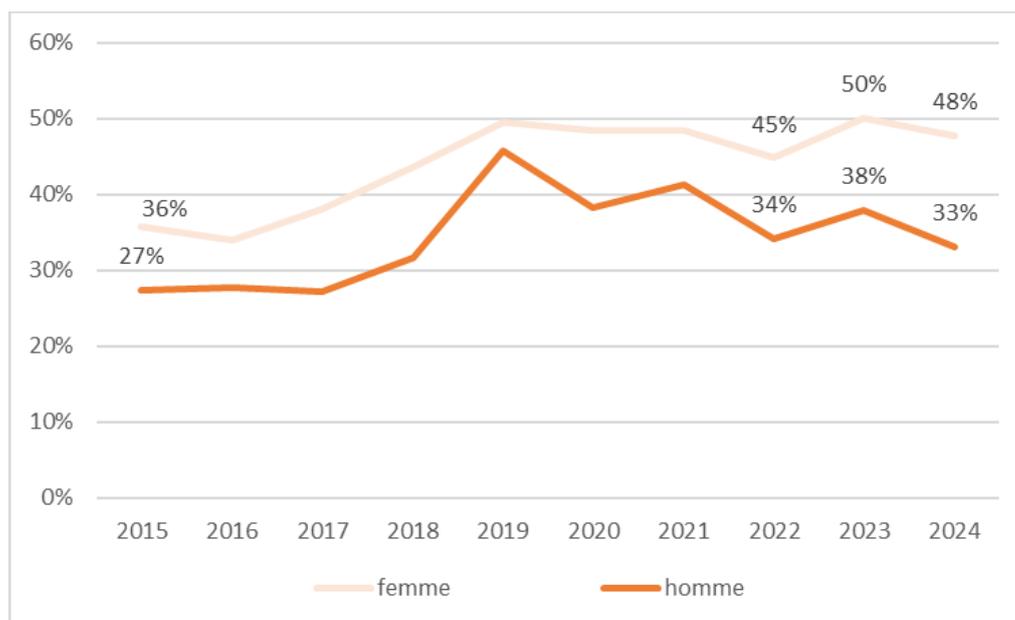
Le dentiste demeure invariablement le soin le plus renoncé avec, en 2024, un peu moins d'une personne sur quatre (23%) ayant déclaré voir dû renoncer à des soins dentaires ou à une/des visites chez un dentiste pour des raisons financières. A l'inverse, le médecin généraliste est la prestation qui connaît le plus faible taux de renoncement, retrouvant même un taux équivalent à l'année 2015.

Analyse du renoncement en fonction du genre

L'analyse du renoncement financier montre les disparités qui existent entre les hommes et les femmes en la matière. Elle corrobore les nombreuses recherches qui ont démontré l'importance du facteur « genre » en matière d'inégalités en santé.

Si des attributs biologiques influent indubitablement l'état de santé, ceux-ci n'en détiennent pas l'apanage exclusif. D'autres facteurs socio-culturels et comportementaux, en lien avec le genre, s'y retrouvent également mêlés. Les représentations sociales et les stéréotypes liés au genre appellent à un rapport au corps et à la santé différencié, influençant le recours et donc potentiellement le renoncement à des soins de santé.

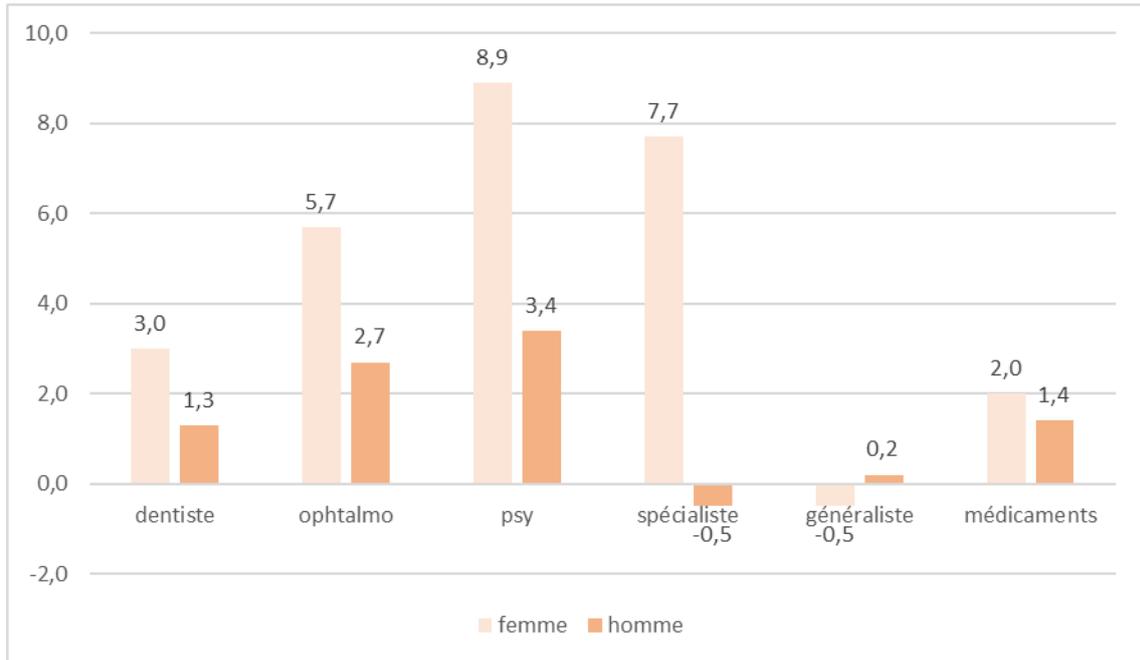
Nos travaux sur le renoncement financier montrent également à quel point celui-ci est intrinsèquement lié au revenu de la personne (cf. section relative aux GS). Or, les femmes constituent à ce niveau une population plus vulnérable que les hommes, surtout lorsqu'elles sont seules et qu'elles doivent assumer la charge des enfants (cf. partie liée à la structure de ménage). Comme nous allons le voir ci-après, les femmes renoncent sensiblement plus à des soins pour raisons financières.



Graph 4. Evolution H/F du renoncement à au moins un soin

Par rapport à 2023, le renoncement à au moins un soin est en diminution tant auprès des femmes que des hommes. Cette régression du renoncement est cependant plus marquée chez les hommes, avec une baisse de 5 points en un an, atteignant 33%, il n'avait pas été aussi bas depuis 2018.

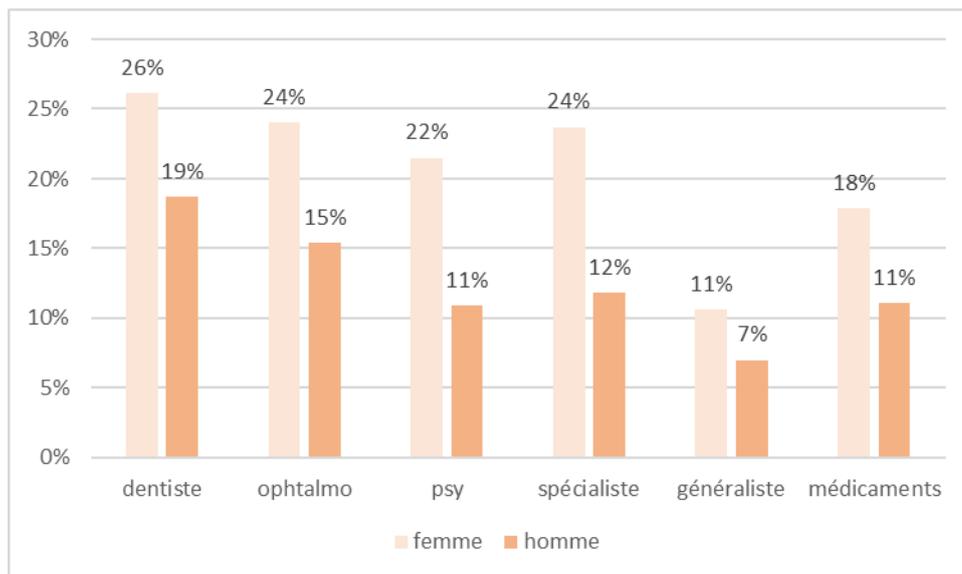
Les femmes renoncent moins cette année, certes. Pour autant, le taux de renoncement (48%) pour cette catégorie reste spectaculairement élevé et ne décroît tendanciellement plus depuis 2017. En 2024, l'écart entre les hommes et les femmes est de 15 points.



Graph 5. Evolution (2015-2024) en pts de % du renoncement par presta de santé en fonction du genre

Si nous nous intéressons maintenant à l'évolution du renoncement par type de soin et par genre en rapport à l'année 2015 (année de référence), plusieurs constats peuvent être tirés :

- les femmes et les hommes renoncent conjointement plus pour les prestations suivantes : dentiste, soins en optique, psychologie et les médicaments. L'évolution pour ces soins est davantage marquée chez les femmes que chez les hommes alors même que le renoncement était initialement plus élevé ;
- Le renoncement au généraliste est relativement stable pour les femmes (-0,5pts) et les hommes (+0,2pts) ;
- Partant d'une situation initialement moins favorable, le renoncement aux spécialistes est en nette augmentation auprès des femmes (+7,7pts) alors qu'il diminue marginalement pour les hommes (-0,5pts) ;
- Les soins en santé mentale rencontrent les plus fortes évolutions tant pour les hommes (+3,4 pts) que pour les femmes (+8,9 pts).



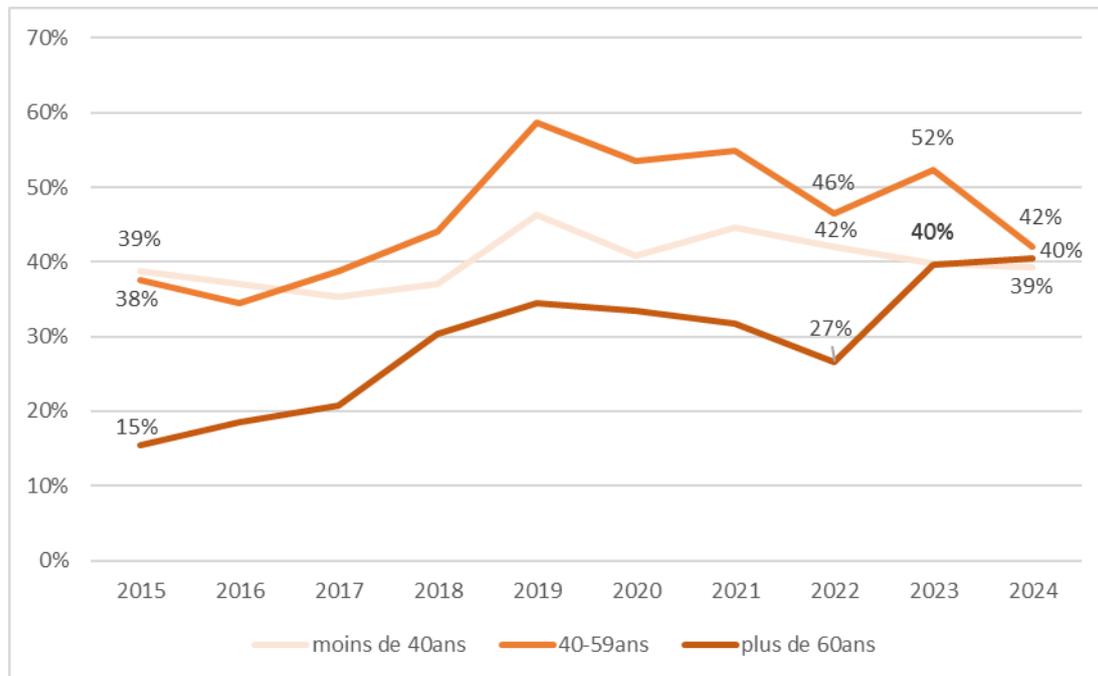
Graph 6. Taux de renoncement par soins en fonction du genre en 2024

Le taux de renoncement par prestation de santé traduit bien les différences entre les femmes et les hommes en la matière. Le renoncement pour raisons financières est en effet systématiquement plus élevé pour les femmes.

Pour certaines prestations, telles que les soins en santé mentale et auprès des spécialistes, le renoncement est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le plus faible écart se situe au niveau du généraliste.

Analyse du renoncement en fonction de l'âge

L'étude du renoncement financier aux soins de santé au regard de l'âge est à n'en pas douter un des éléments marquants de cette année. L'observation des résultats laisse entrevoir une dégradation des seniors. Ce profil ne cesse de se précariser avec un taux de renoncement qui augmente de 13 pts en trois ans et 25 pts depuis le début de nos relevés.

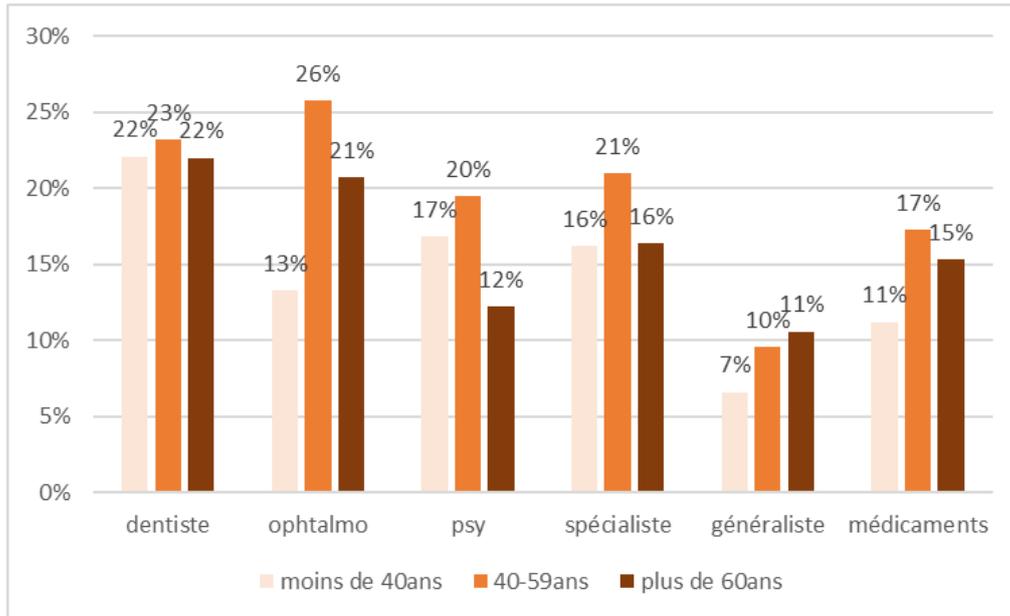


Graph 7. Evolution (2015-2024) du renoncement à au moins un soin en fonction de l'âge

A la suite d'une hausse subite en 2023 (+6 pts), nous remarquons que la catégorie intermédiaire des « 40-59 ans » renonce notablement moins à au moins un soin cette année (42%, - 10 pts en un an). Le taux de renoncement pour cette catégorie n'avait plus été aussi bas depuis 2017.

La baisse du renoncement chez les juniors amorcée en 2021 se poursuit, atteignant en 2024 un taux de 39%. Inversement, nous observons que les seniors renoncent davantage que l'année précédente (+0,8 pts), confirmant ainsi la forte hausse subie en 2023.

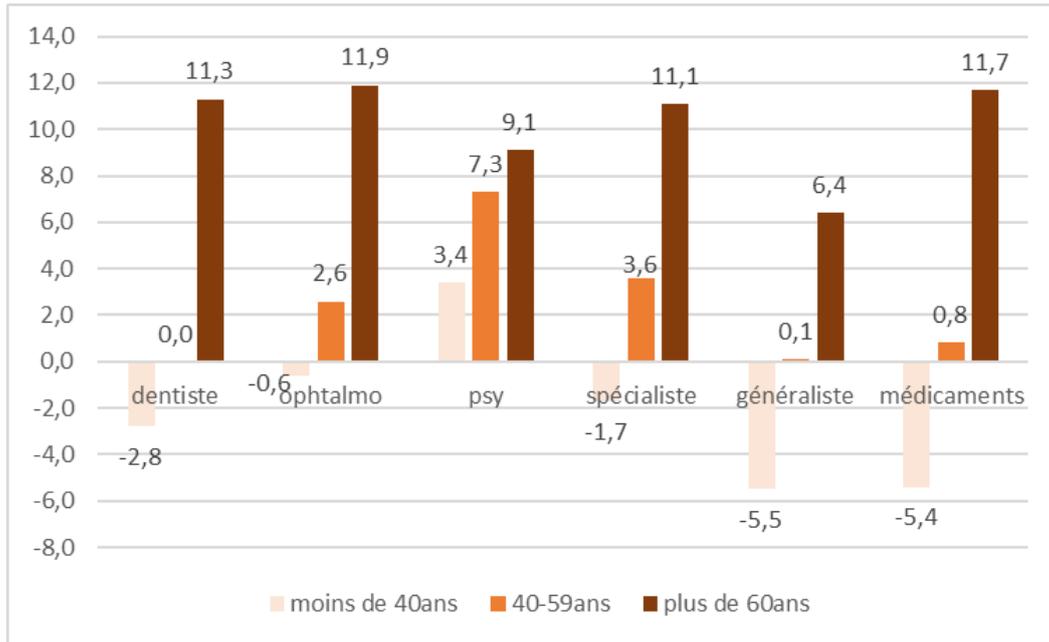
Désormais, et c'est une première dans nos relevés, le taux de renoncement des seniors dépasse celui des juniors. Par ailleurs, les trois catégories d'âges se tiennent désormais dans un « mouchoir de poche » avec des taux avoisinants les 40%.



Graph 8. Taux de renoncement par prestation en fonction de la catégorie d'âge en 2024

Lorsqu'on se penche sur le renoncement par prestation de santé, les différences entre les catégories d'âges ne sont plus aussi marquées qu'en 2023. C'est très notable au niveau des soins dentaires. Ceci étant dit, la catégorie « intermédiaire » reste celle qui renonce le plus par prestation de santé (exception faite du généraliste).

Il est à noter que la catégorie des « plus de 60 ans » rattrape celle des « moins de 40 ans » au niveau du dentiste (22%) et des spécialistes (16%). Toujours en comparaison aux plus jeunes, le renoncement financier est désormais plus élevé chez les seniors concernant les soins en optique, les médicaments et le médecin généraliste. L'examen de cette dernière prestation est à la fois inédite et symptomatique des tendances précitées puisque le taux de renoncement des aînés au médecin généraliste (11%) est désormais supérieur à celui des plus jeunes (7%) mais aussi et surtout à celui des 40-59 ans (10%).



Graph 9. Evolution (2015-2024) par type de soin et catégorie d'âge

La tendance que nous avons tenté d'esquisser apparaît une nouvelle fois clairement dans l'évolution comparative entre notre premier relevé et ce dernier relevé :

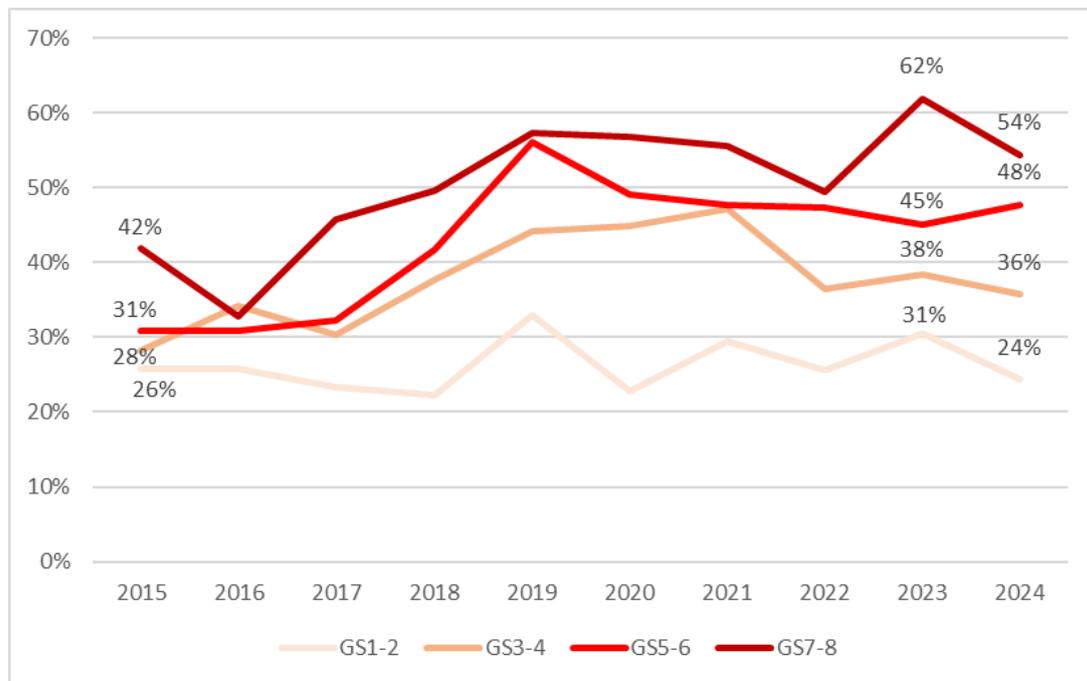
- En neuf ans, le renoncement des aînés explose pour toutes les prestations de santé (~10 pts par soin) ;
- Inversement, celui des juniors est quasiment à la baisse dans toutes les disciplines, sauf au niveau des soins de santé mentale ;
- L'évolution est stable pour les intermédiaires au niveau des médicaments, du généraliste, du dentiste alors qu'elle est à la hausse au niveau des soins de santé mentale (+7,3pts), des spécialistes (+3,6pts), des soins en optique (+2,6pts).

Notons également que les soins en santé mentale constituent la seule catégorie de soins connaissant une hausse du renoncement quel que soit le profil envisagé. Cette évolution est trois fois plus prononcée chez les aînés (+9,1 points) par rapport aux individus de moins de 40 ans (+3,4 points).

Analyse du renoncement en fonction des groupes socio-économiques

Les groupes socio-économiques tels que nous les entendons ici relèvent d'une construction statistique. Nous constituons quatre classes (ou catégories appelées groupes sociaux) divisant la population en autant de parts équivalentes. Ainsi, chaque groupe social (GS) représente 25% de la population et se calcule à partir du relevé de la structure du ménage, de la profession et du niveau d'étude des répondants (et de leurs éventuels conjoints). Schématiquement, nous pouvons dire que les personnes appartenant aux GS1-2 représentent les 25% les mieux « nantis » tandis que les personnes appartenant aux GS7-8 correspondent aux 25% les plus précaires.

Cette méthodologie met en lumière le déterminant socio-économique du renoncement financier : plus une personne bénéficie d'un revenu élevé, et plus elle est diplômée, plus le taux de renoncement pour des raisons financières est faible, et inversement. C'est presque une lapalissade. Ce « gradient social » apparaît néanmoins systématiquement depuis 2017 (cf. graphique 10).



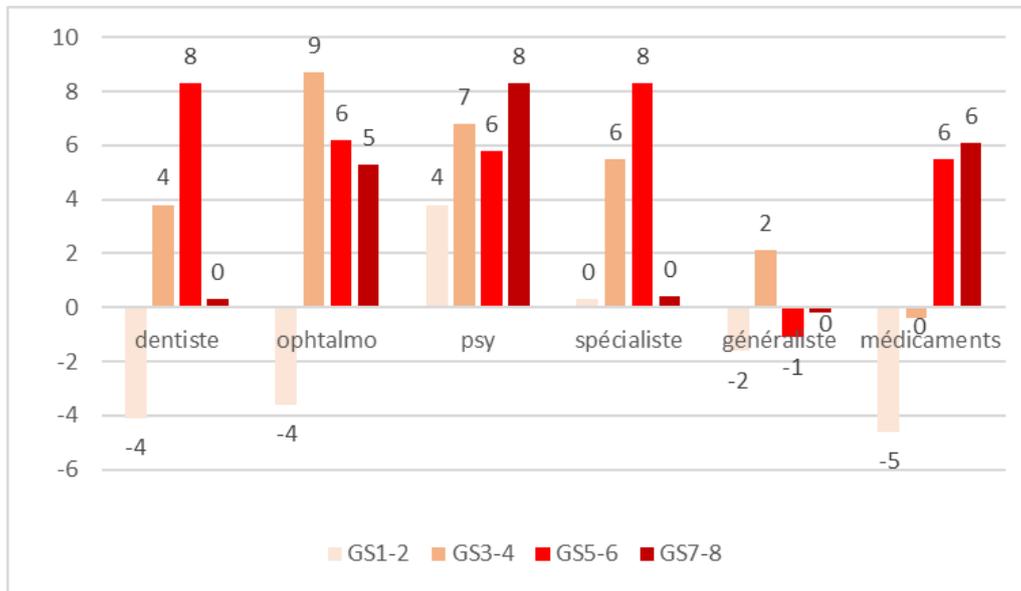
Graph 10. Evolution de 2015 à 2024 du renoncement à au moins un soin en fonction du GS

Entre 2023 et 2024, seul les GS « 5-6 » rencontrent une augmentation du renoncement (+3 pts). Les autres profils sont en baisse. C'est particulièrement le cas pour les GS « 1-2 » (-7 pts) et GS « 7-8 » (-8 pts).

Nous devons signaler que, si cette diminution du renoncement des « plus précarisés » est positive, elle fait suite à une forte hausse observée en 2023 (record historique) et se doit donc d'être relativisée :

- D'une part, au sein des GS « 7-8 », ils sont encore plus d'une personne sur deux à déclarer avoir dû renoncer à au moins une prestation de santé ;
- D'autre part, l'augmentation des GS « 5-6 » (48% en 2024) pourrait laisser penser à une « homogénéisation » du taux de renoncement auprès de la moitié des « moins nantis » de la population ;

- Sur neuf ans, seuls les GS « 1-2 » semblent se porter bien, connaissant même une diminution de deux points de pourcentage relativement à notre première année de relevé. Ce constat se retrouve également lorsqu'on se penche plus spécifiquement sur l'évolution des différentes prestations de santé étudiées entre 2015 et 2024 (cf. graphique ci-dessous).



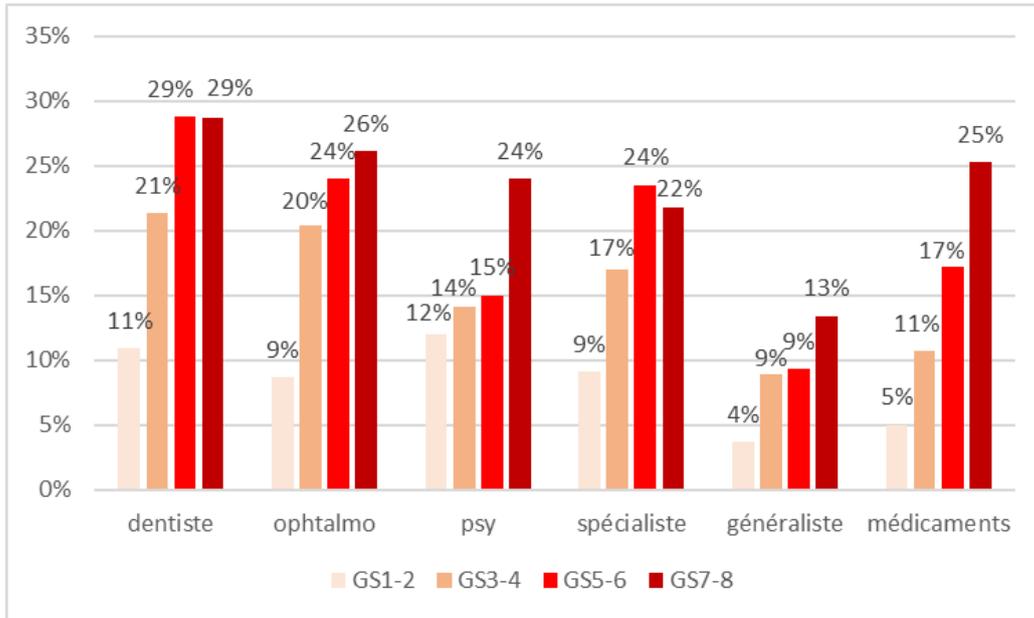
Graph 11. Evolution (2015-2024) par type de soin en fonction du GS

Les GS « 1-2 » renoncent ainsi moins qu'en 2015 au niveau de quatre disciplines : les médicaments (-5 pts), le dentiste (-4 pts), l'ophtalmologie (-4 pts) et le généraliste (-2 pts).

Seul les GS « 3-4 » renoncent davantage au médecin généraliste par rapport à 2015 (+2 pts). Cette prestation est en effet la seule qui connaît une diminution du renoncement tant pour les GS « 1-2 » que pour les 50% les moins bien nantis (GS « 5-6 » et « 7-8 »). Rappelons par ailleurs que le médecin généraliste est le soin dont le taux de renoncement est le plus faible quel que soit le groupe socio-économique envisagé (cf. graphique 13). Cette évolution est donc positive, le généraliste étant le premier niveau de contact entre le patient et le système de santé.

Les soins de santé mentale sont, quant à eux, en nette augmentation pour l'ensemble des GS étudiés. Le renoncement augmente plus nettement auprès des 25% les plus précaires (+ 8 pts), alors même qu'ils partaient d'un renoncement supérieur aux autres GS en 2015.

Le coût des médicaments se répercutent davantage chez les 50% les moins nantis. En effet, par rapport à 2015, seuls les GS « 5-6 » et « 7-8 » renoncent davantage aux médicaments (hausse respective de 6 points). Exception faite du généraliste, le renoncement financier des GS « 5-6 » est en augmentation par rapport à 2015. Les évolutions les plus notables se situent au niveau des spécialistes et du dentiste (+8 pts).



Graph 12. Renoncement par type de soin et en fonction du groupe social en 2024

La lecture du renoncement par prestation de santé fait apparaître à la fois un phénomène de gradient social et d'homogénéisation du renoncement auprès des 50% les moins bien nantis.

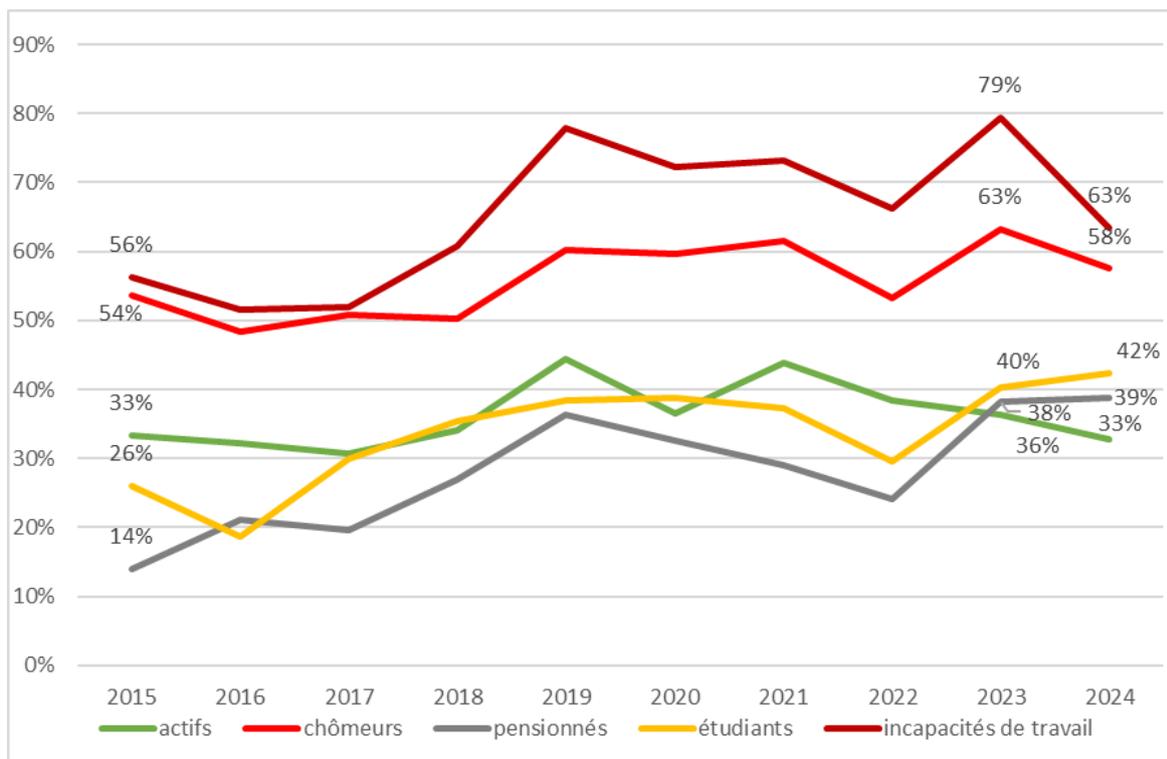
Le gradient social est très nettement marqué au niveau des médicaments. Nous constatons ici que le taux de renoncement des GS « 7-8 » (25%) est cinq fois plus élevé que celui des GS « 1-2 » (5%).

De manière générale, les GS « 7-8 » renoncent davantage que les autres catégories socio-économiques. Nous remarquons néanmoins que le renoncement aux spécialistes est légèrement supérieur pour les GS « 5-6 ». Ces deux catégories ont un taux de renoncement similaire au niveau des soins dentaires (29%). Enfin, l'écart de renoncement oscille relativement peu (de 0 à 6 pts) entre elles, hormis pour les soins en santé mentale. Le renoncement au soin de santé mentale est en effet remarquablement plus élevé chez les plus précaires (24%) relativement aux autres GS.

A l'inverse, en comparaison au reste du peloton, les GS « 1-2 » se démarquent par des taux de renoncement systématiquement « bas ». Ainsi, à l'exception des soins en santé mentale, la variation de renoncement entre les mieux nantis et les autres peut aller du double à plus du triple.

Analyse du renoncement en fonction de la situation professionnelle

Invariablement, année après année, le renoncement des personnes en incapacité de travail³ est supérieur aux autres catégories « professionnelles ». Il y a, en effet, statistiquement plus de chance que cet agrégat renonce davantage à des prestations de santé, à la suite de besoins en soins plus fréquents. La question de l'arbitrage entre les dépenses en santé est une réalité concrète d'autant plus prégnante que ces personnes bénéficient très souvent de moindres revenus. Nous avons déjà fait ce constat au niveau des GS. Nous l'observons aussi ici : plus d'une personne sur deux en situation d'incapacité de travail (63%) ou de chômage (58%) déclare avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières.

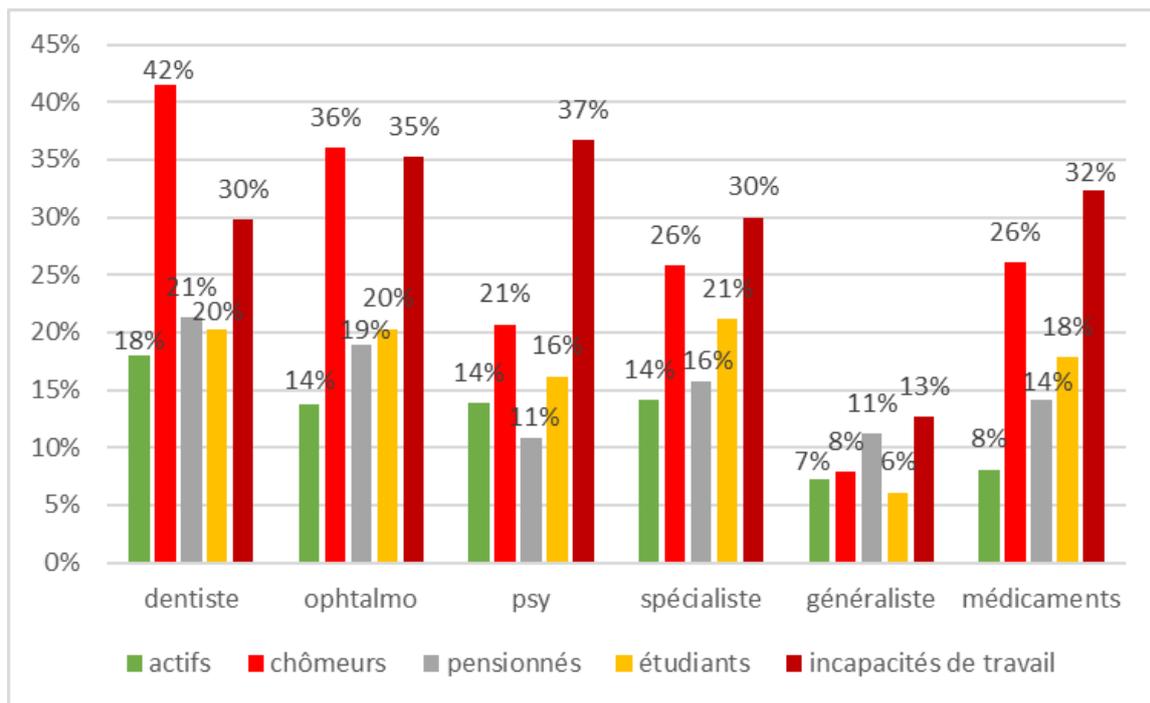


Graph 13. Evolution annuelle du renoncement financier à au moins un soin en fonction de la situation professionnelle

Ces deux catégories rencontrent tout de même une diminution du renoncement entre 2023 et 2024 : moins seize points pour les personnes en incapacité ; moins cinq points pour les personnes en situation de chômage. Pour autant, leur taux de renoncement reste spectaculairement élevé.

Le renoncement auprès des personnes en activité continue de diminuer et atteint 33% en 2024. A l'inverse, les étudiants (42%) et les pensionnés (39%) renoncent davantage que l'année passée.

³ Nous appelons personne « en incapacité de travail » un agrégat d'individus constitué à la fois des personnes en incapacité de travail, des personnes en invalidité mais également des personnes en situation d'handicap bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus (ARR).



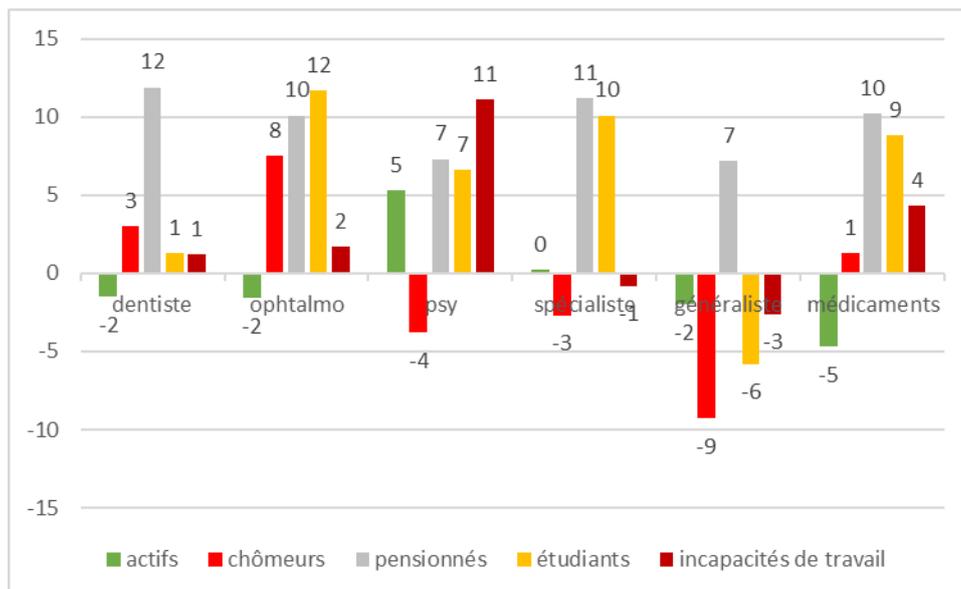
Graph 14. Renoncement par situation professionnelle en fonction du type de soin

En 2024, 42% des personnes en situation de chômage ont déclaré avoir dû renoncer à aller chez le dentiste pour raisons financières, soit une augmentation de neuf points en un an. Le renoncement aux soins dentaires de cette catégorie est deux fois plus élevé que celui des actifs, des pensionnés ou encore des étudiants.

Hormis le généraliste, environ une personne sur trois en incapacité de travail doit renoncer à chacune des prestations de santé étudiées. Les services de santé mentale sont ceux auxquels les personnes en incapacité renoncent le plus, avec un taux de renoncement de 37 %. Nous connaissons pourtant l'importance des soins de santé mentale pour ces personnes : les troubles mentaux sont notamment une des causes principales d'entrée en invalidité.

Le renoncement des soins en optique est nettement plus élevé auprès des personnes en incapacité (35%) et en situation de chômage (36%) relativement aux autres statuts professionnels. Toutefois, cette prestation connaît des taux de renoncement élevés pour tous les statuts professionnels et constitue même le second « poste » auprès des étudiants (20%) et des pensionnés (19%).

Les soins dentaires sont quant à eux le premier poste de renoncement pour les personnes en activité (18%) et les pensionnés (21%).



Graph 15. Evolution 2015/2024 du renoncement par situation professionnelle en fonction de la prestation de santé

Sur 10 ans, la tendance générale est à la hausse du renoncement. Toutefois, nous constatons que les personnes en activité renoncent de manière générale moins qu'en 2015, sauf au niveau du psy (+5 pts). Les personnes en situation de chômage enregistrent également des diminutions au niveau du généraliste (- 9pts), du spécialiste (- 3 pts) et du psy (- 4 pts).

A la lumière des évolutions observées entre 2015 et 2024, tous les voyants sont au rouge en ce qui concerne les pensionnés. Nous le signalons à nouveau : si les seniors étaient jusqu'alors « épargnés » par le renoncement, les récentes évolutions forcent à présent un constat inverse. Cette catégorie est « en voie de précarisation » depuis trois ans.

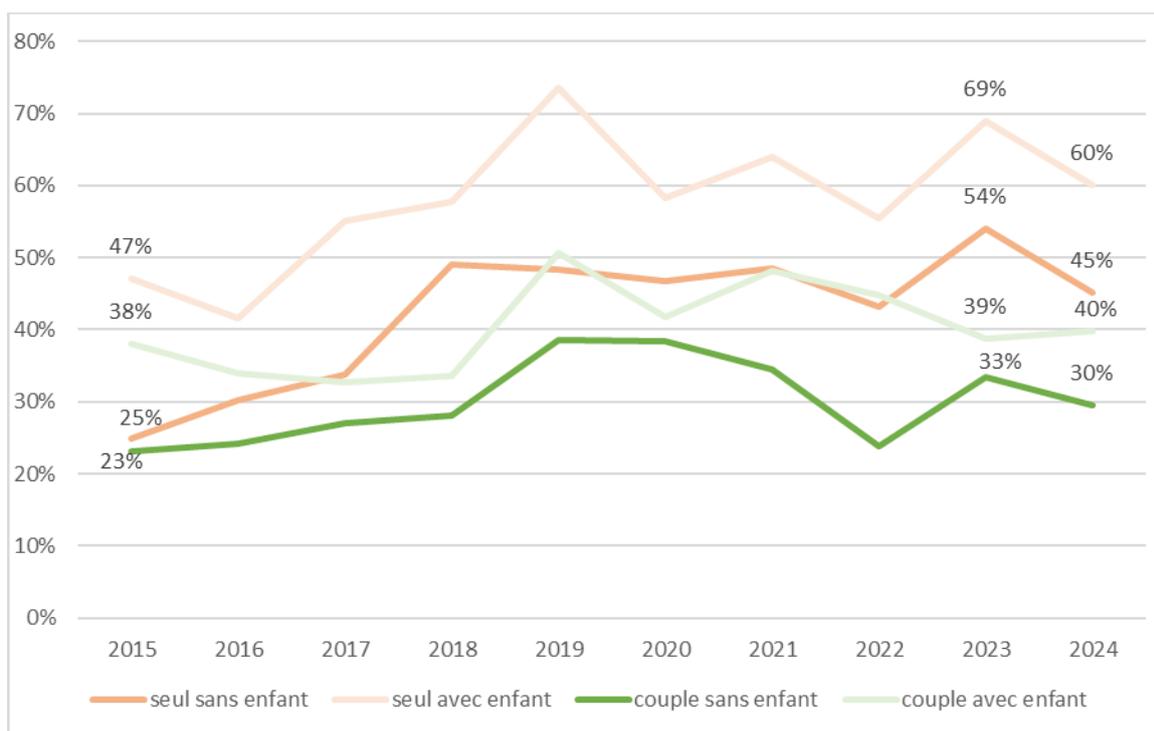
Cette hausse du renoncement chez nos aînés est d'une ampleur similaire pour tous les soins envisagés et tourne aux alentours des dix points de pourcentage en neuf ans. Relativement aux autres statuts professionnels, cela se marque très nettement au niveau des soins dentaires (+ 12 pts), du spécialiste (+ 11 pts) mais aussi au niveau du généraliste (+ 7pts) puisque les pensionnés sont les seuls à subir une nette augmentation sur ces neuf années.

Analyse du renoncement en fonction de la situation familiale

La sphère familiale a une incidence tant sur l'état de santé d'une personne (Cairney & al., 2003 ; De Koninck, M. & Disant, M., 2010) que sur le renoncement à des soins pour raisons financières.

L'étude du renoncement financier à des prestations de santé montrent à quel point ce dernier diffère en fonction de la structure familiale envisagée. A ce propos, les familles monoparentales⁴ constituent, sans surprise, un profil particulièrement fragile et précaire. En Belgique, les personnes isolées ou les familles monoparentales représentent 25% de la population⁵. Dans l'écrasante majorité des cas, la femme assume la charge effective et permanente des enfants (M. Wagener & al, 2014). Selon une étude menée à l'échelle européenne, le risque de pauvreté en Belgique est nettement plus élevé pour les familles monoparentales par rapport aux autres structures familiales⁶.

Année après année, nos rapports font état d'une précarisation des structures familiales plus vulnérables. Les résultats de cette année viennent une nouvelle fois appuyer cet état de fait.



Graph 16. Evolution 2015-2024 du renoncement à au moins un soin en fonction de la structure familiale

Seuls les couples avec enfant rencontrent une hausse du renoncement (+1 pts) à au moins un soin entre 2023 et 2024. Les autres profils connaissent ainsi une diminution en 2024.

⁴ Nous définissons une famille monoparentale comme un ménage composé d'un seul parent avec au moins un enfant à charge, qui éduque seul son ou ses enfant(s) (en continu ou en alternance) et assure totalement ou pour partie la responsabilité financière (M. Wagener & T. Lemaigre, 2013).

⁵ Nous reprenons ici les données de statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-personnes-seules-et-les-familles-monoparentales-representent-45-des-menages-belges>

⁶ Se référer ici aux enquêtes sur les conditions de vie EU-SILC et notamment au rapport de statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-familles-monoparentales-les-chomeurs-et-les-locataires-sont-les-plus-vulnerables-la>

Pour autant, sur neuf ans, chaque structure de ménage enregistre un nombre de plus en plus élevé de personnes déclarant renoncer à au moins un soin : les personnes seules enregistrent l'évolution la plus frappante (+ 20 pts), suivies des familles monoparentales (+ 13 pts).

Les familles monoparentales, dont le taux de renoncement était déjà sensiblement plus élevé en 2015, se trouvent dans une situation extrêmement préoccupante : elles sont 60% en 2024 à déclarer avoir dû renoncer à au moins un prestation de santé pour des raisons financières. C'est deux fois plus que les couples sans enfant (30%).



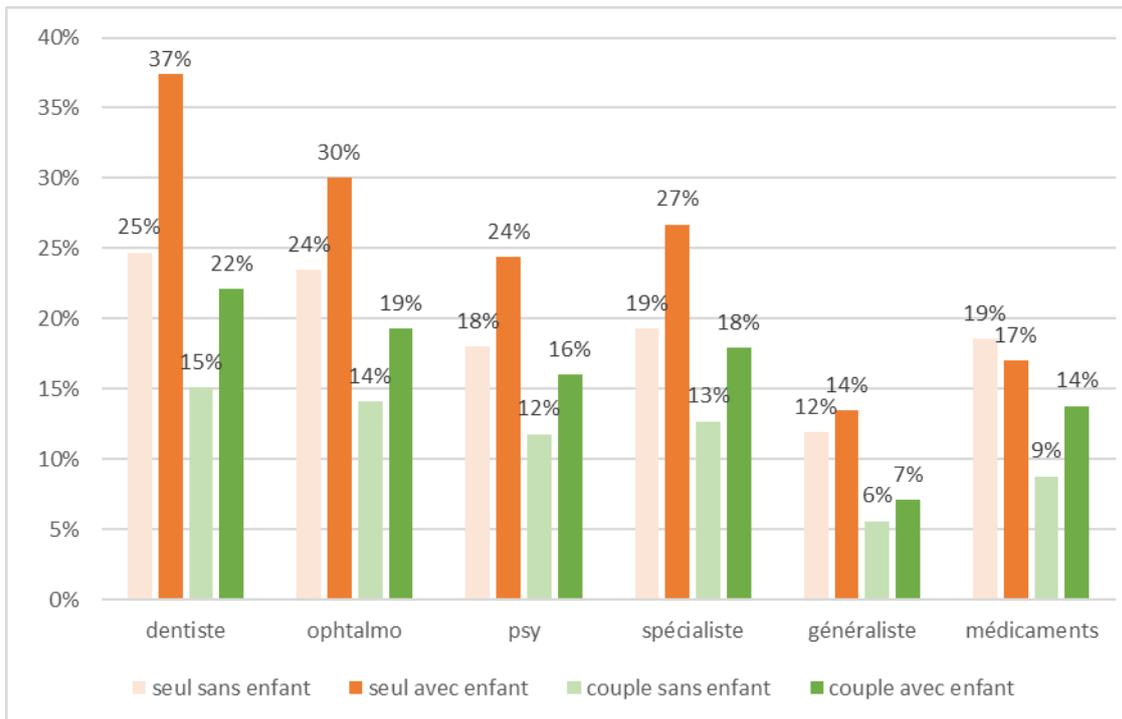
Graph 17. Evolution du renoncement par type de soin (2015-2024) en fonction de la situation familiale

En mettant la focale sur l'évolution par type de prestations médicales, nous observons une hausse généralisée du renoncement pour les personnes isolées (~ 10 points par prestation). Celles-ci se démarquent d'ailleurs du reste du peloton au niveau du généraliste, avec une augmentation de 5 points, alors que la tendance est à la baisse pour les autres structures.

Les familles monoparentales renoncent significativement plus aux dentistes (+ 11 pts) et aux soins psychologiques (+6 pts). A l'inverse, au niveau des médicaments, elles enregistrent la plus forte diminution en neuf ans toutes structures confondues (- 7pts).

Le renoncement aux soins en santé mentale, qui était déjà notablement plus élevé chez les familles monoparentales en 2015, est également en hausse (+6 pts). Les soins en santé mentale font d'ailleurs « consensus » pour l'ensemble des structures de ménage avec une augmentation généralisée en dix ans.

Les couples avec enfant ne sont pas épargnés par cette dernière augmentation (+5 pts) mais connaissent néanmoins des diminutions au niveau du généraliste (-5 pts), des médicaments (-4 pts) et du dentiste (-4 pts). Cette dernière prestation est pourtant en hausse auprès de toutes les autres structures de ménage.



Graph 18. Part du renoncement pour les différentes structures familiales pour chaque type de soin en 2024

Les personnes isolées, avec ou sans enfant, renoncent systématiquement plus aux soins de santé que les personnes en couple. Ce sont les familles monoparentales qui, exception faite des médicaments, enregistrent les plus hauts taux de renoncement.

Quelle que soit la structure de ménage envisagée, les soins dentaires sont la prestation la plus renoncée. Les soins en optique se situent en seconde position en terme de renoncement pour toutes les familles également. Le renoncement des familles monoparentales à ces deux soins est deux fois plus élevé que celui des couples sans enfant.

Conclusions et recommandations

Les enseignements que nous tirons de notre baromètre 2024 sur le renoncement aux soins sont contrastés. Depuis le pic de 2019, l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières est encourageante. Le taux de renoncement est en diminution en 2024 et atteint même parfois des niveaux que nous n'avions plus observés depuis la période précédant la pandémie.

Les mesures prises durant la dernière législature pour améliorer l'accessibilité financière aux soins ne sont probablement pas étrangères à cette évolution. Citons, par exemple, l'instauration d'un nouveau plafond de tickets modérateurs réduit à 250 € pour bénéficier du maximum à facturer pour les ménages à faibles revenus, à la généralisation du tiers-payant sur base volontaire, à l'élargissement de l'octroi automatique du statut BIM pour les personnes en incapacité de travail, ainsi qu'à celles bénéficiant d'allocations de chômage pendant au moins trois mois.

Pour autant, les taux de renoncement demeurent nettement plus élevés que ceux relevés lors de nos premières observations.

En 2024, 41% des Belges francophones déclarent avoir dû renoncer à au moins une prestation de santé pour des raisons financières. En 2015, ce taux était encore de 32 %. Invariablement depuis 2017, nous constatons l'existence d'un gradient social au niveau du renoncement financier. La question de l'arbitrage entre les dépenses en santé et la satisfaction d'autres besoins primaires (comme le logement ou l'alimentation) reste une réalité concrète pour les ménages disposant de moindres revenus. Ainsi, plus d'une personne sur deux en situation d'incapacité de travail (63 %) ou de chômage (58 %) déclare avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières. Quant aux familles monoparentales, elles sont 60 % en 2024 à déclarer avoir dû renoncer à au moins une prestation de santé pour des raisons financières. Enfin, les aînés renoncent de plus en plus à des prestations de santé au fil des années et le taux de renoncement des plus de 60 ans a désormais rejoint celui des autres catégories d'âge aux alentours de 40 %.

Pour Solidaris, il est inacceptable que 4 personnes sur dix en francophonie doivent encore renoncer à se soigner pour raisons financières.

Pour lutter contre le renoncement aux soins, il faut actionner **3 leviers** :

- 1) **Garantir un niveau de revenu digne pour les personnes en incapacité de travail** qui continuent d'être la catégorie « professionnelle » la plus touchée par le renoncement financier. Nous proposons :
 - de relever les indemnités minimales à 10% au-dessus du seuil de pauvreté et de garantir ces minima dès le premier mois d'incapacité de travail (aujourd'hui à partir du 3ème mois).
 - de revoir les règles actuelles de calcul des indemnités en cas de reprises du travail à temps partiel défavorables aux travailleurs à faible revenus.
- 2) **Renforcer la protection financière des publics précarisés ou plus fragiles.**
 - Interdiction des suppléments d'honoraires pour les BIM : c'est en cours pour une mise en place progressive en 2025 et 2026.
 - Elargir l'octroi automatique du statut BIM à d'autres catégories sociales, notamment les familles monoparentales.
 - Généraliser l'obligation du tiers-payant à tous les patients et tous les soins ambulatoires. Cette obligation est uniquement d'application pour les consultations des médecins généralistes des BIM.
 - Instaurer une facture maximale au prix d'hébergement dans les maisons de repos. Ce plafond

maximal serait fixé eu égard aux revenus des résident.es et au juste financement des institutions.

3) **Des soins mieux remboursés et plus de sécurité tarifaire pour les patients.**

Les études internationales récentes⁷ soulignent que les ménages belges consacrent une plus grande part de leur revenu aux dépenses de soins de santé qu'aux Pays-Bas, en France ou en Allemagne, des pays comparables sur le plan économique et socio-démographique mais aussi que cette part augmente aussi plus rapidement⁸. Selon Eurostat, les contributions personnelles des patients⁹ oscillent entre 18% et 20% du coût total des soins de santé contre 9% à 12% dans les pays voisins. Une des raisons est à trouver dans la forte croissance des prestataires de soins déconventionnés observée en particulier parmi les dentistes, les kinésithérapeutes, les logopèdes et certaines spécialités médicales (cf. gynécologues, ophtalmologues, dermatologues, orthopédistes, urologues).

Nous proposons :

- Une norme de croissance de 3% du budget de l'assurance maladie pour permettre de répondre à l'évolution des besoins découlant du vieillissement et de l'évolution des techniques médicales.
- D'augmenter le remboursement des soins insuffisamment couverts par l'assurance maladie : en particulier les soins dentaires et les soins de santé mentale
- Une réforme du système de conventionnement pour inciter davantage de prestataires de soins à respecter les tarifs de l'assurance maladie. Nous demandons que cette réforme prévoit l'instauration d'un « bouclier tarifaire », soit une disposition légale qui plafonnerait automatiquement les suppléments d'honoraires facturables au patient lorsque le taux de conventionnement tombe en dessous d'un certain seuil qui ne permet plus d'assurer un niveau d'accessibilité financière suffisante que ce soit au niveau d'un arrondissement ou pour l'ensemble du pays.

⁷ Rapport OECD - State of Health in the EU | Belgium: Country Health Profile 2023

⁸ "Belgen zien gezondheidsuitgaven sneller stijgen dan in buurlanden", De Tijd, 3 décembre 2024

⁹ C'est-à-dire hors remboursement par l'assurance maladie obligatoire ou des assurances privées.

Bibliographie

Articles

Aïach, P. (1997). La santé et ses inégalités. *Esprit*, 229, 63-71

Cairney J., Boyle M., Offord D.R., Racine Y., 2003, « Stress, social support and depression in single and married mothers », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(8), p. 442-449.

De Koninck, M., Disant, M., 2003, « Inégalités de santé et influence du milieu familial. », in Cresson, G. et Mebtoul, M. (dir.), *Famille et santé*, Presses de l'EHESP, 63-72

Elder G.H., Johnson M.K., Crosnoe R., 2003, « The emergence and development of life course theory », in Mortimer J. T., Shanahan M. J. (eds.), *Handbook of the Life Course*, Springer, p. 3-19.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International journal of epidemiology*, 32(4), 652-657

Mesnil, M. (2014). Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 44(3), 35-42

Shmueli A. (2003). Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures: the Issue of Reporting Heterogeneity. *Social Science & Medicine*, 57, 125-134.

Schumacher R., Vilpert S., (2011) « Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005) », *Demographic Research*, 25(8), p. 285-310.

Wagener, M., Defever, C., Mortelmans, D., (2014). Les familles monoparentales en Belgique : une approche par les trajectoires professionnelles in Vranken, J., Lahaye, W., & al – *Pauvreté en Belgique - annuaire fédéral 2014*, Leuven, ACCO.

Livres

FASSIN, D.(1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.

Wagener, M., Lemaigre, T., (2013). *Monoparentalités à Bruxelles : état des lieux et perspectives*, Bruxelles, Plateforme technique de la monoparentalité en région de Bruxelles-Capital.