

Enquête



LES CONSTATS CLEFS

- 44% des Belges francophones déclarent avoir dû renoncer au moins un soin en 2023. Cela constitue une augmentation de 4pts par rapport à 2022.
- Toutes les prestations de santé rencontrent une hausse du renoncement depuis 2015. Les plus fortes évolutions se situent au niveau des spécialistes (+9pts vs 2015) et des médicaments (+7pts vs 2015).
- Cette hausse généralisée se répartit irrégulièrement au sein de la population traduisant à la fois l'existence d'inégalités sociales en matière de renoncement financier mais aussi une précarisation constante des profils les plus touchés.
- Les personnes âgées/ pensionnées connaissent une très forte hausse du renoncement en 2023. Alors qu'ils constituaient une catégorie historiquement "épargnée" par le renoncement, les seniors rejoignent, voir dépassent dans certains cas, les juniors et les actifs.
- L'état de santé général est un facteur décisif du renoncement au soin. Près de huit personnes en incapacité de travail sur dix déclarent avoir dû renoncer à au moins un soin pour des raisons financières.
- Nous constatons l'existence d'un gradient social dans le renoncement financier à des soins de santé. Le groupe social des plus précaires continue d'être le GS le plus touché par le renoncement. C'est particulièrement le cas pour l'optique (35%), les médicaments (35%), le dentiste (33%) et le spécialiste (31%).
- Les inégalités de genre persistent : une femme sur deux déclare avoir dû renoncer à au moins un soin pour des raisons financières, contre 38% des hommes.
- Les inégalités de genre se retrouvent également dans la précarisation constante des familles monoparentales (dont 80% des ménages sont des femmes). En 2023, près de sept familles monoparentales sur dix déclaraient avoir dû renoncer à au moins un soin au cours de l'année 2023. De l'ordre de 34% (avec une évolution de 16pts en 9 ans), le renoncement des familles monoparentales à des prestations de santé mentale nous apparaît particulièrement élevé au regard des autres structures de ménage.
- Le dentaire continue d'être la prestation de santé la plus touchée par le renoncement financier, indifféremment du type de profil envisagé. À l'inverse, le généraliste est presque systématiquement la prestation avec les plus faibles taux de renoncements.

Renoncement aux soins pour des raisons financières

Édition 2023

Introduction

L'analyse du renoncement financier à des soins de santé permet de mettre en lumière ses déterminants sociologiques. Nous verrons que le genre, l'âge, la situation professionnelle ou familiale, l'état de santé ou encore la capacité financière sont autant de facteurs susceptibles d'influencer le renoncement. De manière plus subtile, ces attributs sociologiques, informant sur la position objective occupée par une personne dans l'espace social, déterminent un rapport spécifique à la santé¹ qui influence en retour positivement ou négativement le recours à des soins de santé, et donc leur renoncement. Si, pour des raisons méthodologiques (cf. infra), nous analysons ces facteurs séparément, nous devons garder en tête à la fois l'influence réciproque qui s'exerce entre eux et la démultiplication des effets lui étant liée.

À ces déterminants proprement sociologiques, viennent se juxtaposer des paramètres d'ordre politique influençant la dimension financière du renoncement. Nous les appelons politiques car ils sont la résultante directe de choix politiques en matière de santé. L'accessibilité financière d'un soin dépend ainsi du niveau d'intervention de l'assurance maladie-obligatoire, des honoraires, des mécanismes de remboursement mis en place (avance sur honoraire, tiers-payants), du taux de conventionnement, du déploiement de protections spécifiques pour les publics précarisés, du niveau d'information et de la facilité d'accès à ces protections, etc.

Ces paramètres expliquent notamment que certains soins connaissent des taux de renoncement systématiquement plus élevés que les autres (et inversement) et ce, quel que soit le type de profil envisagé. Si l'on devait décerner un oscar du renoncement, il irait à n'en pas douter aux soins dentaires. Nos études sur le conventionnement ont notamment pointé du doigt le problème d'accessibilité géographique aux soins dentaires conventionnés et montré la détérioration chronique de son offre².

¹ La perception qu'une personne se fait d'un « bonne » ou d'une « mauvaise » santé (psychique ou physique), de la maladie, aux symptômes qui lui sont liés, aux soins et aux pratiques qu'elle suppose, aux dispensateurs de soin qui les appliquent, à la relation aux praticiens et aux structures de soin que cela implique, etc.

² Pour plus d'information, voir notamment : <https://www.institut-solidaris.be/index.php/etudes/accessibilite-aux-soins-de-sante/accessibilite-geographique-soins-dentaires/> ; <https://www.institut-solidaris.be/index.php/etudes/inegalites-sociales/les-inegalites-sociales-aggravees/>

Méthodologie

L'étude du renoncement financier à des prestations de santé est une "sous-thématique" de notre enquête portant sur la confiance et le bien-être de la population belge francophone. Le baromètre confiance bien-être a été réalisée pour la première fois en 2015. Depuis lors, nous relevons annuellement la température de la Belgique francophone sur ce sujet.

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

La thématique du renoncement articule 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'intelligibilités et lisibilités, 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. Une telle étude demanderait à être complétée par d'autres analyses tant quantitatives que qualitatives.

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, elle, servir à évaluer de manière indirecte les effets des politiques en matière de santé.

Ci-dessous la liste des six items sélectionnés et des abréviations que 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**.

Le rapport sur "la performance du système de santé belge" récemment publié par la KCE va en ce sens également en tirant le constat d'une régression constante du volume d'activité ambulatoire des dentistes conventionnés³ année après année.

Par ailleurs, ce même rapport montre que les contributions personnelles (dépense directement à charge du patient) en pourcentage des dépenses courantes se situent à 65% pour les prestations dentaires⁴, contre 34% pour les autres soins ambulatoires. Or, ces contributions personnelles sont à la fois tributaires des mécanismes de protections sociales en matière de soins de santé et de l'adhésion des praticiens aux conventions tarifaires négociées au sein des instances de concertation⁵.

Enfin, notre Baromètre Confiance Bien-Etre révèle que l'accessibilité physique perçue est elle aussi en déclin. En 2015, plus de trois quarts des personnes sondées estimaient avoir suffisamment de professionnels de santé dans leur région. En 2023, ils sont seulement un peu plus d'une personne sur deux. De la même façon, plus de huit personnes sur dix estiment que le temps d'attente pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste est trop long. Ce chiffre a augmenté de 13 points en l'espace d'un an.

Il est intolérable que des inégalités sociales en matière d'accessibilité aux soins de santé persistent et s'accroissent année après année dans un pays économiquement avancé comme la Belgique et dont le système de soin de santé est pointé comme un des meilleurs au monde. Car elle en montre les carences, l'étude des déterminants sociologiques du renoncement financier offre la possibilité de mettre en place des politiques publiques éclairée et ciblée en matière d'accessibilité financière aux soins de santé. Les paramètres politiques doivent être eux compris comme autant de levier d'actions par lesquels il est possible de prendre le problème à bras le corps. Le tout devant permettre de mener une politique de santé socialement juste.

³ Selon le rapport de la KCE, ce dernier est passé de 34,3% à 26,3% de 2012 à 2021. Autrement dit, "seul 1 contact patient sur 4 a été effectué par un dentiste conventionné [en 2021]". (Gerkens, S & al. 2024). Un constat similaire, voir plus critique, peut être tiré pour certaines spécialités médicales.

⁴ C'est largement supérieur à la moyenne des états membres de l'union européenne qui est à 57%. La moyenne des états-membres les plus développés économiquement (EU-14) se situent elle à 53%.

⁵ Le taux de conventionnement officiel des dentistes se situaient aux alentours de 60% en 2022. Ce chiffre est non seulement en régression constante depuis une quinzaine d'année mais il se doit d'être relativisé au regard du volume d'activité ambulatoire des dentistes conventionnés (cf. supra).

Méthodologie (suite)

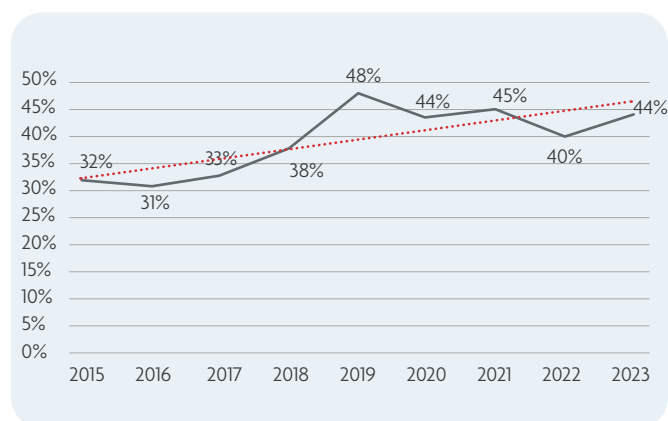
- “Au cours des 12 derniers mois, j’ai dû renoncer à aller chez un professionnel de la santé mentale comme un psychologue, psychiatre, etc... pour des raisons financières” = **psychologue**.
- “Au cours des 12 derniers mois, j’ai dû renoncer à aller chez un médecin spécialiste pour des raisons financières” = **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**.

Les résultats sur base de l’ensemble des répondants.

La marge d’erreur se situe à environ 3% pour un intervalle de confiance de 95%.

Résultats

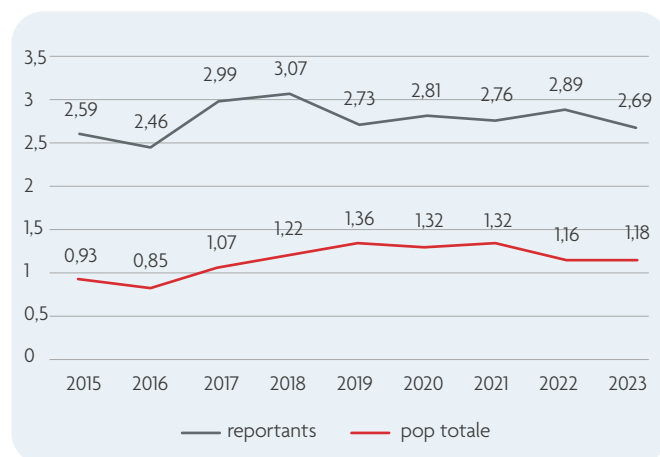
Évolution globale des résultats en Belgique francophone (2015-2023)



Graph 1. Évolution de la part de la population ayant dû renoncer à au moins un soin pour des raisons financières.

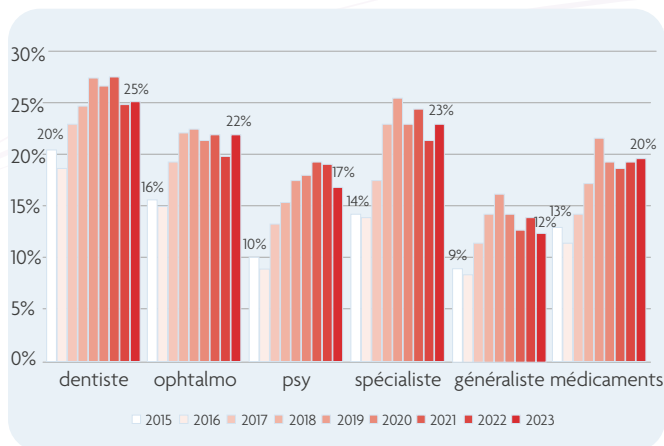
En 2023, 44% des Belges francophones déclarent avoir dû renoncer à au moins un soin au cours de l’année.

Si 2022 semblait amorcer un retour aux années précédant la pandémie, indiquant que la période covid et post-covid faisait figure d’exception à la norme, l’année 2023 nous rappelle qu’il se pourrait bien que la période post-covid fasse désormais figure d’état “normal”. Soulignons toutefois une bonne nouvelle : si la part de la population amenée à renoncer à au moins un soin est en augmentation, la moyenne des soins reportés au sein de celle-ci est, elle, en diminution (cf. graphe ci-dessous).



Graph 2. Évolution de la moyenne de soin reportés pour la population totale et pour les reportants

En effet, le nombre moyen de soins reportés parmi les “reportants” est de 2,69 en 2023. Il faut remonter à 2016 pour connaître un chiffre aussi bas. Malgré tout, la moyenne de soins reportés pour la population totale est à 1,18 en 2023. Cela constitue une légère hausse par rapport à l’année précédente bien que cela reste globalement inférieur au pic de 2019.



Graph 3. Distribution du renoncement en fonction de la prestation médicale

Le dentaire reste encore et toujours la prestation connaissant les taux de renoncement les plus élevés avec une personne sondée sur quatre déclarant avoir dû y renoncer en 2023. Inversement, les médecins généralistes représentent la prestation de santé ayant les plus faibles taux de renoncement. Cet état des faits est à peu de chose près valable pour tous les profils analysés ci-après.

Si l'on se réfère à l'année 2015, nous remarquons une hausse généralisée du renoncement pour chacune des prestations de santé analysées. Le renoncement croît particulièrement au niveau du spécialiste (+9pts), des médicaments (+7pts) ainsi qu'au niveau des prestations en optique (+6pts).

Cette hausse généralisée peut être relativisée au regard de l'année 2019. En effet, relativement à celle-ci, le renoncement financier par prestation est globalement en baisse. Nous constatons également une régression (-2pts) du renoncement de 2022 à 2023 concernant les consultations en psychologie et chez le généraliste. Le reste est en augmentation si l'on se réfère à 2022. Nous allons voir que les tendances susmentionnées varient sensiblement selon le type de profil envisagé. L'analyse par profil fait en effet apparaître de fortes inégalités en matière d'accessibilité financière. Cela se traduit à la fois par de fortes disparités dans les taux de renoncement par profil ainsi qu'une disproportion dans l'évolution de ces taux.

De l'inégalité en matière de soin renoncé

Inégalité de genre dans le renoncement à des soins de santé

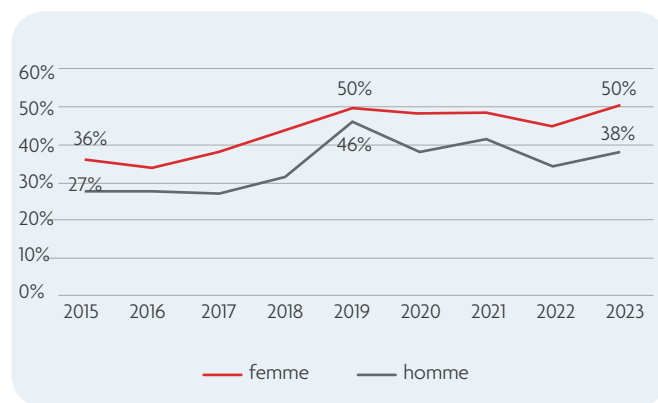
Les inégalités de santé liées au genre ne sont plus à prouver et sont largement documentées dans la littérature scientifique (D. Fassin, 1996 ; P. Aïach, 1997 ; E. Annandale & K. Hunt, 2000 ; N. Krieger, 2003 ; M. Mesnil, 2014 ; etc.).

Dans sa thèse intitulée le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités, et à la suite d'autres auteurs, An-

ne-Sophie Cousteaux (2011) a notamment montré le caractère paradoxal de la longévité féminine : victimes de la domination masculine et sujettes à une sur-morbidité, les femmes vivent toutefois plus longtemps que les hommes. Cet "avantage féminin" devant la mort se voit en réalité être la résultante de l'enchevêtrement de facteurs biologiques, historiques et sociaux, les deux derniers se manifestant "tout à la fois par un recours aux soins plus fréquent et par une moindre propension aux comportements à risque" (ibid.).

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle la propension à recourir à des soins influence le renoncement. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans la section relative à l'état de santé général. Dans cette partie, nous montrons que ces inégalités en matière de santé trouvent leur extension "logique" dans le renoncement au soin pour des raisons financières.

Évolution du renoncement à au moins un soin en fonction du genre

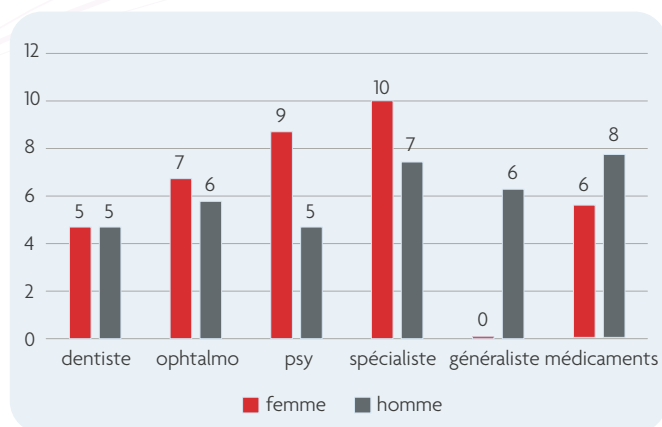


Il existe une différenciation marquée entre les femmes et les hommes concernant le renoncement financier à des soins de santé. Ainsi, une femme sondée sur deux déclare avoir dû renoncer à au moins un soin au cours de l'année 2023, contre 38% pour les hommes.

L'évolution annuelle indique une hausse globale du renoncement à au moins un soin. Cette augmentation n'est pas strictement la même en fonction du genre : il existe en effet une disparité homme-femme au niveau de cette tendance, plus marquée chez les femmes (+14 points depuis 2015) que chez les hommes (+11points).

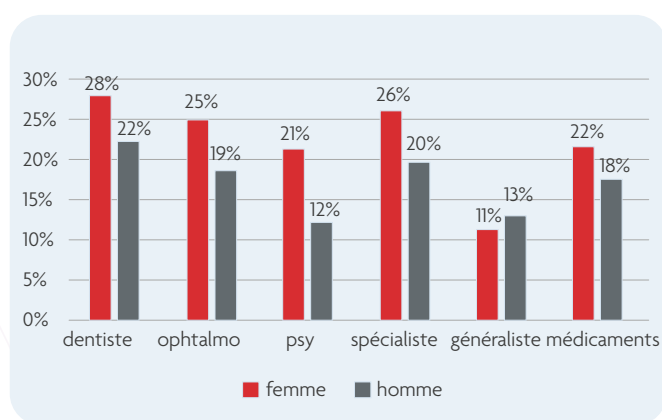
Si la baisse de 2022 semblait encourageante pour les deux genres, le renoncement financier repart à la hausse en 2023. En franchissant le cap symbolique des 50%, celui-ci revient même à son niveau le plus haut (celui de 2019) depuis 2015 concernant les femmes.

Évolution (2015-2023) du renoncement par type de soin et par 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. En premier lieu, toutes les prestations de santé connaissent une hausse du renoncement de 2015 à 2023 quel que soit le genre retenu. Ensuite, ces évolutions varient en fonction du type de soin et du genre étudié : partant d'une situation déjà plus défavorable pour la population féminine en 2015, l'écart entre les genres s'accroît au niveau du spécialiste, du psychologue et des prestations en optique alors qu'il évolue de manière assez constante pour le dentiste. À l'inverse, on remarque une forte hausse du renoncement au médecin généraliste pour les hommes (+6 pts) tandis que l'évolution pour les femmes est, elle, marginale (+0,1 pts). De fait, en 2023 le renoncement au généraliste est plus prégnant chez les hommes que chez les femmes (cf. infra). On notera également une évolution plus marquée pour les hommes au niveau du renoncement aux médicaments.

Distribution du renoncement par type de soin et par genre en 2023



La distribution du renoncement par genre et par type de soin en 2023 traduit bien les disparités femmes/hommes à ce sujet. Ainsi, exception faite du médecin généraliste, la part des femmes déclarant avoir dû renoncer à un type particulier de soin pour des raisons financières est systématiquement plus élevée que celle des hommes.

La variation par genre est sensiblement la même pour le dentiste, l'optique, le spécialiste et les médicaments avec 6 points d'écart entre les genres. Elle passe à 9 points concernant le renoncement à des consultations en psychologie.

Quelles pourraient être les causes de telles disparités ? Pourquoi, à l'exception du généraliste, les femmes ont systématiquement plus tendance à renoncer à des soins pour des raisons financières ?

En l'état, nous ne pouvons formuler que des hypothèses qui appellent à des investigations plus élaborées. Tout d'abord, à la question du renoncement aux soins pour raison financière, vient la réponse spontanée des ressources financières : en moyenne, les femmes disposeraient de moins de ressources financières, ce qui les contraindrait à renoncer davantage à certains soins. À ce propos, il est remarquable de noter que la tendance au renoncement s'inverse au niveau du médecin généraliste, prestation de santé la plus accessible financièrement (cf. supra). Ensuite, une explication "biologique" se juxtapose à la dimension financière : partant du fait que la sur-morbidité féminine est plus élevée, les femmes seraient confrontées à des besoins en santé plus importants et donc des dépenses plus conséquentes, affectant à la hausse le renoncement financier à des soins de santé. Ce déterminant biologique doit cependant être tempéré par le fait qu'il s'agit de sur-morbidité féminine déclarée, que celle-ci "s'exprime essentiellement par des troubles mineurs sous des formes psychologiques ou somatiques" (A.-S. Coutseaux, 2011) et pose davantage la question des causes sociales qui amènent les femmes à signaler plus souvent de tels problèmes de santé et à recourir plus souvent à des soins de santé.

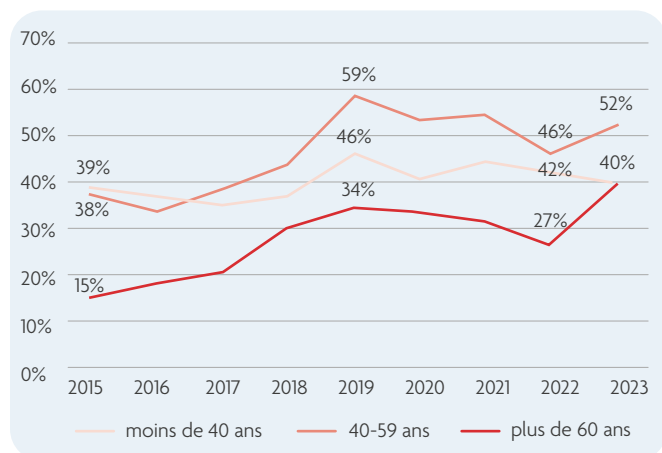
En effet, l'identification de symptômes et le recours à des services de santé sont liés aux représentations que les individus se font de la santé (et de la maladie), de leur rapport au corps mais aussi de leur rapport et représentation du système de soin de santé (structures de soins, pratiques, praticiens, etc.). Or, ces représentations et attitudes sont socialement déterminées et différenciées (C. Després & al, 2011) par la place occupée par les individus dans l'espace social. Autrement dit, elles répondent à des normes sociales qui varient en fonction de groupes d'appartenances. Et le genre ne fait pas exception à la règle. À ce propos, l'exemple de la santé mentale est particulièrement intéressant. L'étude réalisée par Soralia en 2022 intitulée "La dépression : une réalité genrée ?" montre bien à quel point santé mentale et construction sociale du genre sont intrinsèquement liées. Il ressortait notamment que "près de la moitié des hommes concernés par un trouble de santé mentale ne consulte pas d'aide médicale" (Ibid.). Le sous-diagnostic et la sous-consommation des soins de santé mentale pourraient-ils percoler sur le renoncement à ce type de soin pour les hommes ? C'est l'hypothèse que nous formulons. Car, pour qu'il y ait consultation, et à fortiori renoncement, encore faut-il qu'un besoin en soin ait été identifié. Cela pourrait expli-

quer le fait que la santé mentale apparaisse d'une part comme le type de soin avec le plus faible taux de renoncement dans la population masculine (13%) et que, d'autre part, la différence la plus marquée entre les hommes et les femmes (+9%) se situe précisément là.

Le renoncement aux prestations de santé : une question d'âge ?

Le relevé annuel du renoncement aux soins de santé pour des raisons financières montre que le taux de renoncement varie en fonction de l'âge : il connaît une forte augmentation à partir de 45 ans puis est relativement stable jusque 60 ans. Il chute subitement vers 60 ans, âge à partir duquel s'amorce une diminution progressive du renoncement jusque 80 ans et plus.

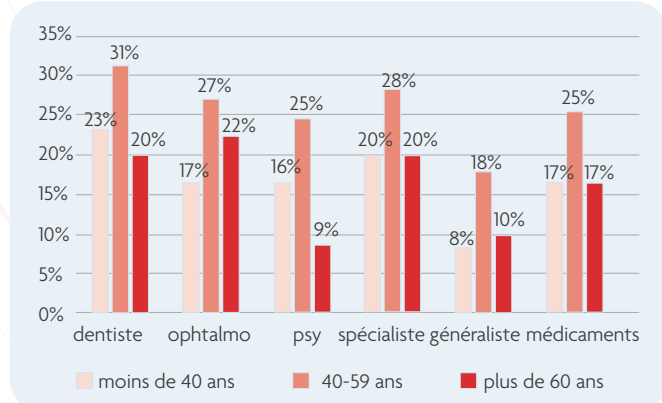
Évolution du renoncement à au moins un soin en fonction de l'âge depuis 2015



La catégorie intermédiaire des 40-59 ans continuent d'être, depuis 2017, la catégorie la plus touchée par le renoncement à des prestations de santé. La hausse de 6 points enregistrée entre 2022 et 2023 ne fait que conforter leur position.

Pour la première fois depuis notre relevé du renoncement, les "seniors" (+ de 60ans) rattrapent et égale les "juniors" (- de 40 ans) suite à une augmentation de 13 points pour les premiers et une diminution de 2 points pour les seconds par rapport à 2022. Ce constat d'une hausse abrupte du taux de renoncement chez les seniors se retrouve également, et logiquement, dans la partie sur la situation professionnelle (cf. infra) au travers de la catégorie des pensionnés.

Distribution du renoncement par catégorie d'âge et type de soin en 2023

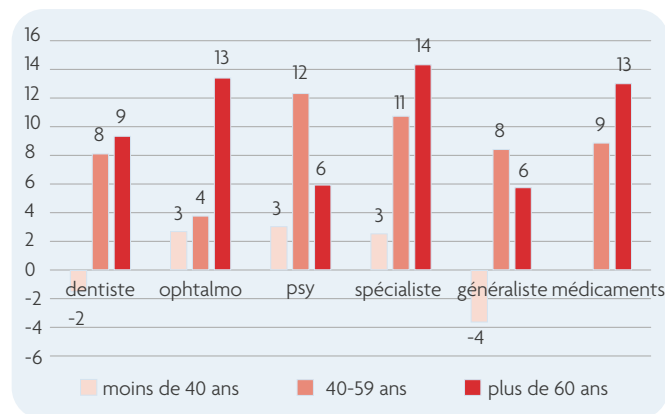


Quel que soit le type de soin envisagé, les 40-59 ans restent la catégorie d'âge avec les taux de renoncement les plus hauts. Le taux de renoncement des plus de 60 ans égalisent celui des moins de 40 ans en ce qui concerne les médicaments (17%) et le spécialiste (~20%) ; il est plus élevé concernant les prestations en optique et pour le généraliste.

Le dentaire est le soin le plus renoncé pour les "juniors" (23%) et les "intermédiaires" (31%). En ce qui concerne les "seniors", il s'agit des soins en optique (22%), suivi du dentaire (20%). Le spécialiste connaît également des taux élevés de renoncement relativement à chaque catégorie.

Les évolutions les plus marquées chez les "seniors" entre 2022 et 2023 se situent au niveau des soins en optique (+9pts), du spécialiste (+8pts), et des médicaments (+7pts). Concernant les "juniors", les régressions sont particulièrement marquées pour le généraliste (-6pts), les médicaments (-6pts) et le psychologue (-4pts).

Évolution (2015-2023) par catégorie d'âge et type de soin



L'évolution sur neuf ans laisse apparaître des résultats contrastés pour les différentes catégories d'âges. Les moins de 40 ans constituent la catégorie d'âge subissant les plus faibles augmentations, voir même une régression du renoncement concernant le généraliste (-4 pts) et le dentiste (-2pts). A l'inverse, les plus de 60 ans paient le prix fort, avec des hausses sensibles du renoncement notamment pour les soins liés aux spécialistes (+14pts) et à l'optique (+13pts) ainsi que les médicaments (+13 pts) et le dentiste (+9pts).

Entre les deux, les 40-59 ans connaissent également une nette hausse du renoncement pour tous les soins, certes moins marquée en comparaison au plus de 60 ans mais, en partant, rappelons-le, d'un taux de renoncement par type de soin notablement plus élevés relativement aux deux autres catégories d'âge.

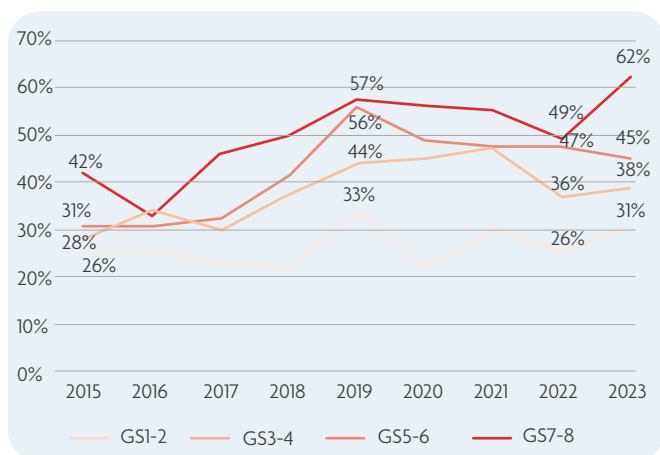
Stratification sociale dans le renoncement au soin

Le capital économique et culturel que nous possédons affecte notre rapport à la santé et aux soins de santé et détermine de facto notre état de santé. Des recherches ont notamment démontré la corrélation entre ces variables. Il est notamment bien établi que les taux de morbidités et de mortalités sont inversement proportionnels au degré d'étude et à la "catégorie professionnelle" à laquelle appartient une personne (P. Aiach, 1997).

L'analyse du renoncement financier parvient à ce même constat. Celui-ci est fonction inverse du "niveau" d'étude et de profession. Autrement dit, plus une personne bénéficie d'un revenu élevé, et plus elle est diplômée, plus le taux de renoncement à un soin pour des raisons financières est faible.

La santé, à l'instar de nombreux autres domaines, révèle ainsi une fracture manifeste entre les couches socio-économiques qui composent notre société. Nous montrons cette tendance dans la partie qui suit.

Évolution (2015-2023) du renoncement à au moins un soin en fonction du groupe social



Le graphique ci-dessus illustre la progression du renoncement à au moins une prestation de santé par "groupe social"⁶, de 2015 à 2023.

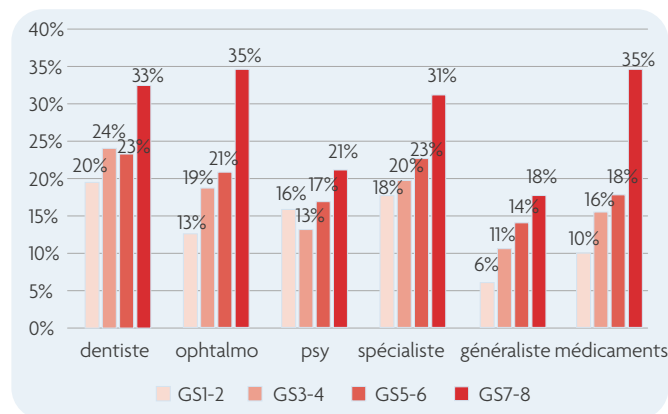
Il apparaît en premier lieu une hausse généralisée du renoncement au regard de l'année 2015, quel que soit le GS. Toutefois, nous remarquons de fortes disparités dans la variation des évolutions des GS envisagés : plus nous descendons dans la stratification sociale, plus la variation de l'évolution (2015-2023) est importante : le groupe social le plus précaire connaît une évolution du renoncement quatre fois supérieur à celle du groupe social des plus favorisés (20 pts pour les GS7-8 contre 5 pts pour les GS1-2).

Comparé à 2022, seul les GS5-6 connaissent une baisse du renoncement (-2pts). Cette baisse est à tempérer par un niveau toujours très élevé de renoncement (45%) pour ce groupe.

La situation des plus précaires (GS7-8) se détériore elle de manière préoccupante avec une hausse de 13 points par rapport à l'année précédente. Cet état des faits est d'autant plus préoccupant à la lumière des résultats de 2023 : avec 62% de personnes déclarant avoir dû renoncer à au moins une prestation de santé pour des raisons financières, les GS7-8 établissent un triste "record" dans notre analyse longitudinale du renoncement à au moins un soin (dépassant le pic de 2019). Cela ne représente pas moins du double de la part du renoncement des GS1-2 qui reste, elle aussi, élevée (31%).

Enfin, l'analyse longitudinale du renoncement à au moins un soin par groupe social laisse entrevoir un phénomène de "palier" entre les groupes sociaux où le 1er quartil ("les plus aisés") et le 4^e quartil ("les plus précaires") se démarquent notablement du 2^e et du 3^e.

Renoncement par type de soin et en fonction du groupe social



L'existence d'un gradient social s'illustre bien au travers d'une lecture du renoncement par prestation de santé. Ce gradient est manifeste pour les prestations en optique, le spécialiste, le généraliste et les médicaments.

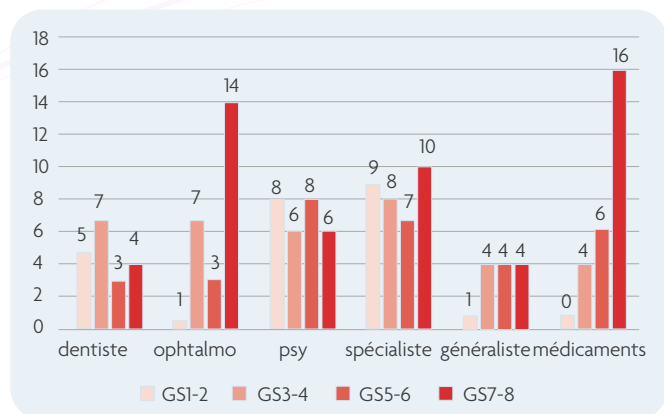
Peu importe la prestation envisagée, les personnes appartenant au groupe social le plus précaire (GS7-8) renoncent davantage à des soins que les autres groupes sociaux⁷. Cette tendance croît en fonction de l'écart entre les groupes sociaux et est particulièrement marquée lorsque nous mettons en parallèle les parts de renoncement des "plus précaires" (GS7-8) et celles des "plus favorisés" (GS1-2) : apparaissent alors des variations allant de plus du simple au triple (généraliste et médicaments). Notons enfin que, relativement aux autres soins, les prestations dentaires connaissent un taux de renoncement par GS élevé. Le dentaire constitue, en effet, le premier "poste"⁸ de renoncement chez les GS1-2 et 3-4, le deuxième pour les GS5-6 et le troisième pour les plus précaires.

⁶ Les groupes sociaux (GS) opèrent une division de la population en quatre part égale et se calculent en fonction de la structure du ménage, du diplôme et de la profession. De manière schématique, nous pouvons dire que les personnes appartenant au GS1-2 sont les mieux "nantis" tandis que les personnes appartenant au GS7-8 correspondent aux plus précaires.

⁷ À l'exception du psychologue et du généraliste, le taux de renoncement des GS7-8 est toujours supérieur à 30%.

⁸ À l'inverse, le part de renoncement au généraliste est, elle, la moins élevée tous GS confondus.

Évolution (2015-2023) par type de soin et par groupe social



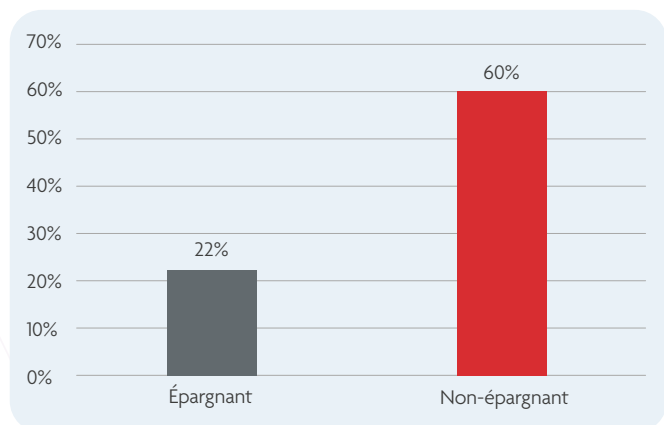
Premier constat, tous les soins étudiés rencontrent des hausses de renoncement au regard l'année 2015 et des groupes sociaux ici analysés.

Ensuite, alors même qu'ils partaient d'une situation nettement plus critique, les GS7-8 rencontrent les plus fortes hausses de renoncement de 2015 à 2023 concernant les médicaments, l'ophtalmologie, le spécialiste et le généraliste. Les médicaments et l'optique sont les prestations de santé où le taux de renoncement des GS7-8 est d'ailleurs le plus élevé en 2023.

À l'inverse, les GS1-2 connaissent une évolution marginale concernant les médicaments (0,3), l'ophtalmologie (0,5pts) et le généraliste (0,8pts). Toutefois, ils rencontrent la seconde plus forte évolution de 2015 à 2023 concernant le spécialiste (8,9pts), le psychologue (7,6pts) et le dentiste (4,7pts).

Le renoncement aux médecins spécialistes connaît une évolution notable pour tous les groupes sociaux.

La capacité à épargner comme facteur d'influence du renoncement financier

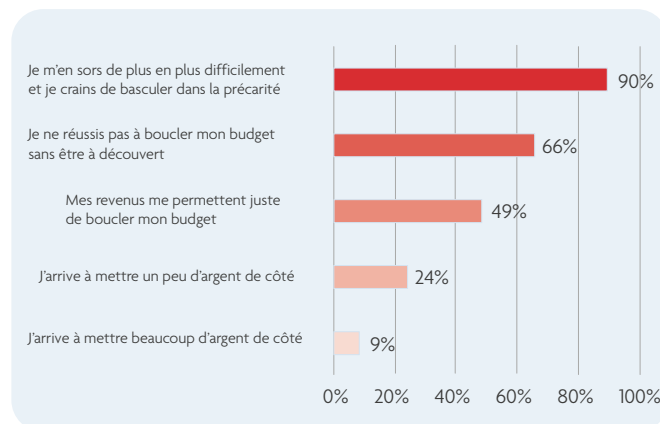


Graph a. Part du renoncement à au moins un soin des épargnants et des non-épargnants.

Intiment liée au capital économique des individus, et donc à leur positionnement au sein de la stratification sociale, la capacité d'épargne se révèle être (somme toute logiquement)

un déterminant majeur du renoncement au soin de santé pour des raisons financières. Ainsi, 60% des personnes n'étant pas en capacité d'épargner ont dû renoncer à au moins un soin en 2023, contre 22% des "épargnants".

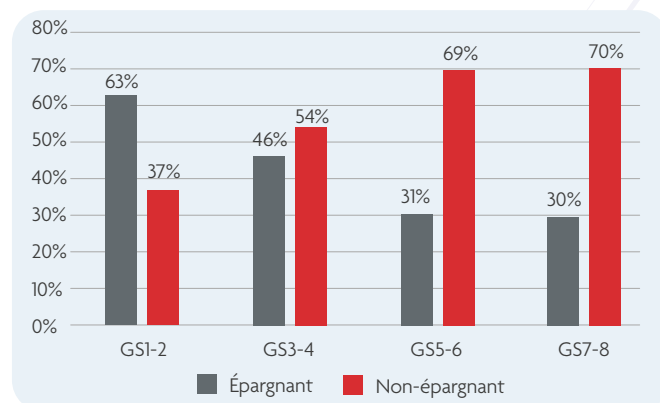
Cette réalité est d'autant plus préoccupante lorsque nous procédons à un examen détaillé de ce que revêt la capacité d'épargne telle qu'ici envisagée.



Graph b. Part du renoncement à au moins un soin en fonction de la situation financière actuelle.

Afin de constituer la catégorie épargnante, nous avons regroupé les personnes ayant déclarées réussir à mettre "un peu d'argent de côté" et "beaucoup d'argent de côté". Les non-épargnants constituent tout le reste.

Or, ce "reste" revêt en réalité des situations financières hétérogènes et sensiblement différentes. De même que le renoncement à des prestations de santé est sensiblement différent selon la situation financière ici envisagée. Ainsi, 90% des personnes déclarant craindre de "basculer dans la précarité" ont été contraintes de renoncer à au moins un soin en 2023. En comparaison, la part de renoncement des personnes qui épargnent "beaucoup" est dix fois moindre (9%). Le renoncement est de 66% pour les personnes se déclarant "à découvert", il passe sous les 50% pour ceux qui s'en sortent "tout juste". Le renoncement de ces derniers est deux fois plus élevé que celui des "petits épargnants" (49% contre 24%).



Graph c. Part d'épargnant et de non épargnant par groupe social

En se penchant désormais sur la part d'épargnants par profils socio-économiques, on remarque sans surprise que le GS1-2 constitue le groupe avec le plus gros effectif d'épargnants (63%), alors que le GS7-8 est le groupe avec le plus faible effectif (30%).

Fait qui mérite d'être souligner, la balance "épargnants" / "non-épargnants" s'inverse dès le GS3-4 (46% contre 54% de non-épargnants). Cette tendance s'accroît nettement avec les GS5-6 & 7-8.

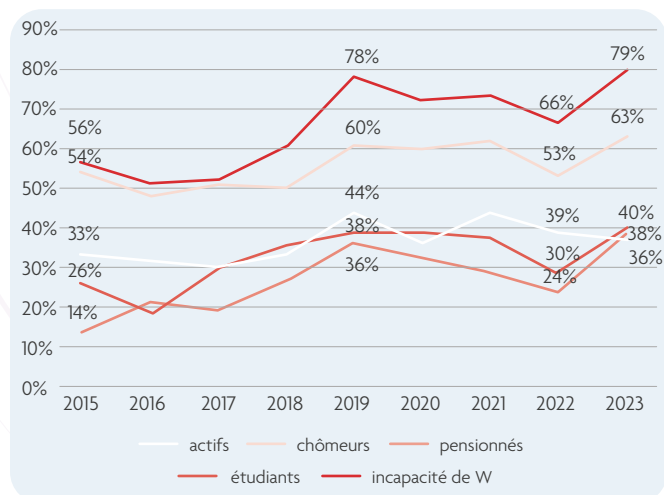
Nous pourrions, ici encore, détailler les réalités sous-jacentes de ces deux catégories. Une telle analyse nous dirait que plus du trois quarts des personnes ayant déclaré "craindre de se retrouver dans la précarité" sont des individus appartenant aux groupes sociaux les plus défavorisés (5-6 et 7-8), ou encore que les 81% des personnes se déclarant "à découvert" se répartissent (assez homogènement) entre les GS7-8, 5-6 & 3-4. À l'opposé, 50% des personnes déclarant "mettre beaucoup d'argent de côté" se trouvent être des GS1-2.

Ce que nous avons ici tenter de montrer, c'est la relation entre position dans la stratification sociale et capacité d'épargne, et les effets de cette dernière sur le renoncement financier. Ce qui devrait ressortir comme une évidence de cette analyse, c'est l'impérieuse nécessité de mécanismes de protections en matière de soin de santé, spécifiquement (mais non exclusivement) à destination des publics les plus précarisés. Car, en définitive, ce sont ces derniers qui, à l'heure actuelle, s'acquittent du plus lourd tribut en matière d'inégalités face à la santé.

Situation professionnelle et renoncement : vers une santé sacrifiée ?

Non sans lien avec la partie précédente, nous investiguons à présent la relation entre situation professionnelle et renoncement aux soins de santé. Si l'adage nous dit "le travail, c'est la santé", l'analyse du renoncement au soin en 2023 nous amène à rectifier cet angle d'approche : "Travaille pour te payer une bonne santé".

Évolution (2015-2023) du renoncement à au moins un soin en fonction de la situation professionnelle



Nous sommes amenés à tirer le même constat année après année : les personnes qui nécessitent le plus de prestations de santé, à savoir les personnes en incapacité de travail, sont en même temps celles qui sont le plus touchées par le renoncement à des prestations de santé pour des raisons financières.

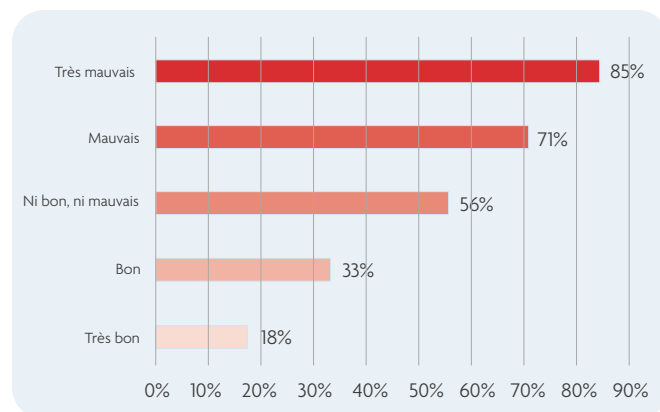
En l'occurrence, l'année 2023 est symboliquement marquante puisque les personnes en incapacité de travail dépasse désormais leur précédent pic avec 79% de personnes en incapacité déclarant avoir renoncé à au moins un soin.

Il ne s'agit cependant pas d'un cas isolé : l'ensemble des catégories en "inactivité professionnelle" subissent une hausse remarquable de 2022 à 2023, dépassant également toutes leurs précédents plafonds.

La catégorie des actifs connaît, quant à elle, une baisse du renoncement de l'ordre d'un point entre 2022 et 2023. Il y a fort à parier que la baisse différenciée du pouvoir d'achat suite au contexte inflationniste actuel ait une incidence sur la différence d'évolution entre actifs et inactifs.

Au regard cette fois de notre année de référence (2015), nous constatons une augmentation généralisée du renoncement, bien qu'elle prenne des proportions différentes en fonction de la catégorie envisagée. Les catégories les plus touchées par cette hausse sont en premier lieu les pensionnés (+24pts) et les personnes en incapacité de travail (+23pts), suivent les étudiants (+14pts) et les personnes en situation de chômage (+10pts mais partant d'un taux de renoncement déjà très élevé).

État de santé générale et renoncement financier à au moins un soin

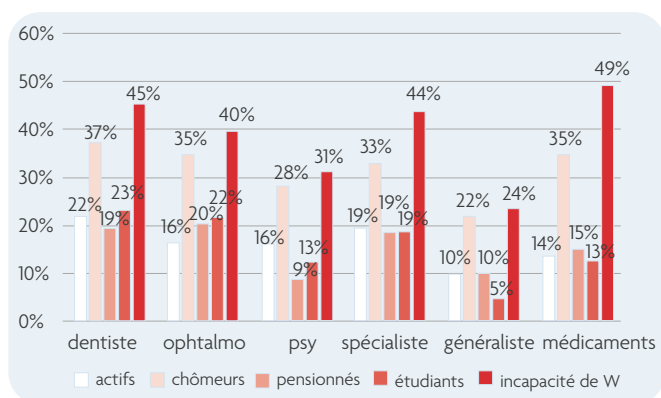


Graph a. Renoncement à au moins un soin en fonction de l'état de santé déclaré

Lorsque nous croisons le renoncement à au moins un soin avec l'état de santé générale déclaré, il ressort en premier lieu que celui-ci touche davantage, et en de forte proportion, les personnes en moins bon état de santé. À titre indicatif, 64% des personnes en incapacité de travail se déclarent en très mauvais ou mauvais état de santé général.

Une lecture entre les lignes de ce diagramme laisse entrevoir une hypothèse que nous énonçons comme suit : au plus les besoins en soin d'un individu augmentent (dû notamment ici à un mauvais état de santé), au plus des situations d'arbitrages entre des soins (mais pas que !) sont susceptibles d'émerger⁹, au plus la probabilité de renoncer à des soins augmente. Les analyses du renoncement au regard de la situation professionnelle, des groupes sociaux et de la capacité d'épargne viennent parfaire cette hypothèse en posant que l'émergence de situations d'arbitrages est inversement proportionnelle au niveau de revenu. Ou, du moins, qu'elles se font davantage pressentir à bas niveau de revenu. L'analyse genrée pose, elle, la question de la perception du besoin en soin, donc de la propension à recourir à des prestations de santé et à fortiori du renoncement. Autrement dit, les situations d'arbitrages ne peuvent arriver qu'à partir du moment où des besoins en soins sont identifiés clairement par une personne. Or, nous l'avons évoqué plus tôt, cette identification est en quelque sorte socialement construite, du moins jusqu'à un certain point.

Renoncement par type de soin en fonction de la situation professionnelle

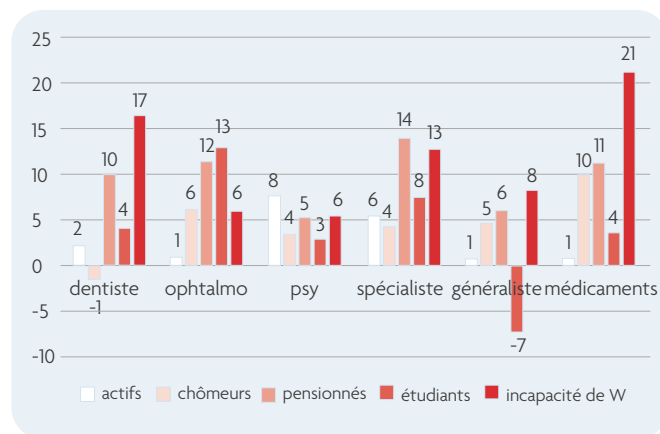


L'analyse du renoncement par type de soin vient consolider notre propos. Peu importe le soin envisagé, le taux de renoncement des personnes en incapacité de travail est systématiquement plus élevé que les autres, et de loin. Le constat est similaire pour les personnes en situation de chômage qui se retrouvent en seconde position pour les six soins envisagés. La variation du taux de renoncement entre d'une part les actifs, les étudiants et les pensionnés et, d'autre part, les personnes en situation d'incapacité de travail ou de chômage peuvent aller du simple à plus du triple.

Les pensionnés, dont le taux de renoncement par type de soin était historiquement faible relativement aux autres catégories, rattrapent le peloton des actifs et des étudiants concernant les médicaments (15%), le spécialiste (19%), le dentiste (19%) et les soins en optique (20%).

Le dentiste est la prestation qui connaît le plus gros taux de renoncement pour les actifs, les étudiants et les personnes en situation de chômage. Il est en seconde position pour les personnes en incapacité de travail (mais avec un taux de renoncement à 45%) et les pensionnés. Le généraliste est quant à lui la prestation avec les plus faibles taux de renoncement pour les personnes en incapacité de travail, en situation de chômage, les actifs et les étudiants. Les derniers mentionnés rencontrent d'ailleurs un taux de renoncement particulièrement bas pour cette prestation.

Évolution (2015-2023) par type de soin et par situation professionnelle



Exception faite du généraliste pour les étudiants (-7pts), et du dentaire pour les personnes en situation de chômage (-1pts), nous constatons une hausse généralisée du renoncement entre 2015 et 2023. Globalement, ce sont les personnes en incapacité de travail et les pensionnés qui enregistrent les plus fortes hausses.

Le poids de la famille dans le renoncement aux soins de santé

La situation familiale est un déterminant de notre santé. Ainsi, partager notre vie avec quelqu'un influence positivement notre état de santé et notre espérance de vie (Cairney & al., 2003 ; Elder & al., 2003 ; Schumacher & Vilpert, 2011 ; etc.). Or, en Belgique, les personnes isolées ou les familles monoparentales¹⁰ représentent un ménage sur quatre¹¹. Et, dans 80% des cas, ce sont les femmes qui assument la charge effective et permanente des enfants au sein des familles monoparentales (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 familiales¹². Par ailleurs, toutes les études menées par Solidaris ne cessent de montrer que les familles monoparentales sont de loin les plus précarisées. L'analyse du renoncement financier à des soins de santé en 2023 ne déroge pas à la règle.

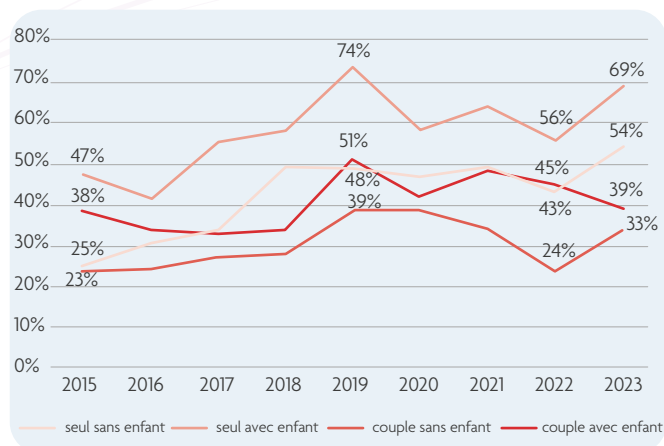
⁹ Un exemple caricatural de situation d'arbitrage : nous sommes le 20 février et Coline a cassé ses lunettes ce week-end. Parce qu'elle a du mal à joindre les deux bouts, Coline décide de renoncer à son traitement médicamenteux contre la dépression pour pouvoir se payer une nouvelle paire de lunettes.

¹⁰ 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).

¹¹ 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>

¹² 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>

Évolution (2015-2023) du renoncement à au moins un soin en fonction de la situation familiale

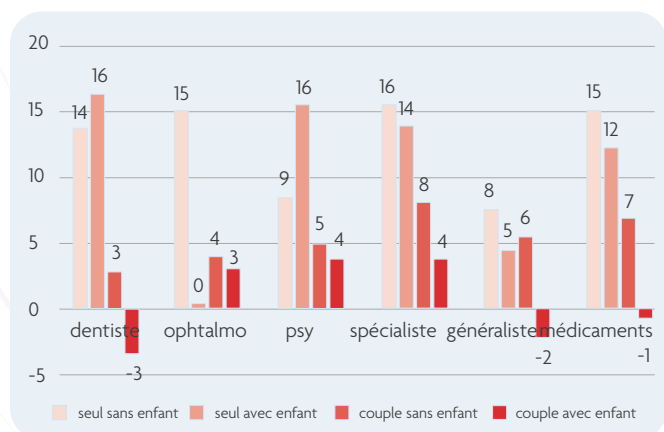


Nous constatons en premier lieu une nette démarcation entre les structures familiales dites “isolés” et celles en couple en 2023. Alors, que les premières ont un taux de renoncement supérieur à 50%, les secondes se situent en deçà des 40%.

L'analyse longitudinale du renoncement met en lumière les disparités entre structures familiales. Seuls les couples avec enfant(s) rencontrent une baisse du renoncement (moins 6 points) entre 2022 et 2023. Les isolés sans enfant atteignent, en 2023, leur pic de renoncement avec 54%. À la suite d'une sensible hausse (13pts) par rapport à l'année précédente, les familles monoparentales connaissent un score particulièrement élevé cette année avec pas loin de sept personnes sur dix déclarant avoir dû renoncer à au moins un soin cette année. Cela représente un peu plus du double du renoncement des couples sans enfant et un peu moins du double relativement à son pendant (couple avec enfant(s) dont le renoncement est à 39%).

Si l'on se rapporte à l'année 2015, toutes les structures de ménage rencontrent une hausse du renoncement. Néanmoins, cette hausse généralisée ne se traduit pas de la même manière selon la situation familiale : très forte hausse pour les familles isolées avec (22pts) ou sans enfant(s) (29pts), hausse significative pour les couples sans enfant (10pts), hausse marginale pour les couples avec enfant(s) (1pts).

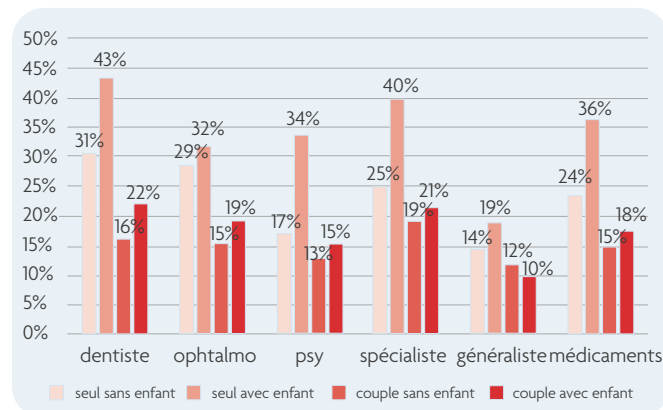
Évolution (2015-2023) par type de soin et par situation familiale



Ces disparités se retrouvent également dans l'évolution (2015-2023) par type de soin. Le dentiste est peut-être à ce niveau, l'exemple le plus criant.

Notons que les couples avec enfant(s) sont ceux qui s'en sortent le mieux pour tous les types de soin. Ils rencontrent même une régression concernant le dentiste, les médicaments et le généraliste.

Renoncement en fonction de la situation famille et du type de soin



L'analyse du taux de renoncement par prestation en 2023 ne vient que renforcer ce qui a été dit précédemment. Quelle que soit la prestation de santé, les familles monoparentales constituent la structure familiale avec le taux de renoncement le plus élevé. Celui-ci est systématique supérieur à 30% (hormis le généraliste). Il atteint même les 40% pour le spécialiste et les dépasse pour les prestations dentaires. À l'inverse, les couples sans enfant connaissent les plus bas taux de renoncement par type de soin (exception faite du généraliste).

Fait notable, lorsqu'il s'agit de consultations en psychologie, le renoncement des familles monoparentales est très nettement supérieur à l'ensemble des autres structures de ménages¹³.

Enfin, le dentaire constitue la prestation avec les taux de renoncement les plus élevés. Les consultations chez le médecin généraliste sont, à l'inverse, celles qui connaissent les plus faibles taux de renoncement.

Solidaris ne se contente pas de tirer la sonnette d'alarme. Face à ces constats, nous préconisons une batterie de mesures qui permettraient de garantir une accessibilité financière aux soins de santé pour tous.

Recommandations

Axe 1. Lever tous les obstacles financiers aux soins de base en première ligne.

- Rembourser totalement les consultations et les visites à domicile (plus de 75 ans) chez le médecin généraliste et les soins bucco-dentaires de base (notamment soins préventifs, consultations, extractions) pour les patients ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin traitant ;
- Instaurer le tiers-payant obligatoire généralisé à tous les patients et tous les soins de santé ambulatoires (médecins, dentistes, kinés, logopèdes, infirmiers).

Axe 2. Renforcer la protection financière des publics précarisés et plus vulnérables sur le plan de la santé notamment en :

- c'est déjà d'application pour les paramédicaux et sera d'application au 1^{er} janvier 2026 (avec première phase 1^{er} janvier 2025) pour les dentistes et médecins ;
- automatisant l'octroi du statut BIM ; et en majorant de 10% les plafonds de revenus pour bénéficier du BIM ;
- en élargissant l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les BIM aux soins hospitaliers ;
- en renforçant le mécanisme du maximum à facturer pour les malades chroniques et les patients souffrant de problèmes de santé mentale (concrètement prendre en compte dans le maximum à facturer les tickets modérateurs payés sur le prix de journée en hôpital psychiatrique pour les séjours de longue durée (plus d'un an)) ;
- en développant davantage de maisons médicales au forfait et en élargissant la pratique multidisciplinaire aux psychologues cliniciens et aux dentistes ; en réduisant les montants de tickets modérateurs des soins infirmiers à domicile pour les personnes fortement dépendantes.

Axe 3. augmenter le remboursement des soins insuffisamment couverts par l'assurance maladie

- Supprimer les limites imposées au nombre de séances remboursées de psychologues de première ligne la première année du traitement et gratuité des séances jusqu'à 23 ans ;
- Élargir à davantage de patients les remboursements des lunettes, des appareils auditifs et de certains soins dentaires (cf. extractions, examen bucco-dentaire annuel, parodontologie, prothèses) en abaissant les seuils (niveau de dioptrie, niveau d'audition) et supprimant progressivement les limites d'âge pour les soins bucco-dentaires à partir desquels l'assurance maladie intervient ;
- Rembourser intégralement les soins orthodontiques pour raisons médicales ;

- Mieux rembourser les coûts des transports non-urgent de patients (inter-hospitaliers et vers un établissement de soins ou chez un dispensateur de soins) en particulier pour les patients chroniques et réguler les prix facturés ;
- Un remboursement majoré du coût des implants, prothèses à l'hôpital et des appareils auditifs en priorité pour les ménages à faible revenu (BIM).

Axe 4. Une protection renforcée contre les suppléments d'honoraires

- Instaurer "bouclier tarifaire" plafonnant les suppléments d'honoraires pour les ambulatoires lorsque le taux de conventionnement est trop faible au niveau local ou national ;
- Plafonner les suppléments d'honoraires à l'hôpital en chambre individuelle ;
- Interdire les suppléments d'honoraires pour les spécialités pour lesquelles le patient ne choisit pas son médecin (radiothérapie, imagerie médicale, biologie clinique) ;
- Élargir l'interdiction des suppléments d'honoraires en chambre double à toutes les professions paramédicales intervenant dans l'hôpital (dentistes, kinés, etc.) ;
- Encadrer les suppléments de chambre et lutter contre toute forme de suppléments cachés (frais administratifs, recours à des prestations non remboursables, etc.).
- Imposer la remise d'un devis standard au patient pour une série d'interventions courantes à l'hôpital. Ce devis doit faire office d'engagement du prestataire de soins/gestionnaire à ne pas dépasser le prix renseigné ;
- Réguler la pratique privée et imposer un niveau d'activité minimum par médecin hospitalier sans supplément d'honoraires. Parallèlement, mieux financer la permanence et les gardes à l'hôpital.

Bibliographie :

Articles scientifiques

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), 442-449.

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, 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.

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

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), 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

Annandale E., Hunt K. (2000a). *Gender inequalities in health*, Buckingham-Philadelphia, Open University Press.

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-Capitale.

Thèse

Cousteaux, A-S. (2011). *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.

Enquête



Institut
Solidaris

Kurt Chabeau
Nathan Martin
Delphine Ancel