

L'accès aux soins de santé, définition et enjeux

Sophie Cès — Service d'études
Remerciements à Clara Noirhomme

Résumé

Le droit à l'accès aux soins de santé s'impose en tant que droit humain fondamental (Nations Unies, 1948). Au niveau international, la Couverture Sanitaire Universelle (définie par l'Organisation Mondiale de la Santé) est mise en avant pour orienter les politiques publiques en faveur de l'accès aux soins de santé pour tous. Toutefois, les conditions de sa réalisation ne sont pas définies. L'objectif de cet article est d'explicitier ce que signifie l'accès aux soins de santé à l'aide des modèles conceptuels existants et des études empiriques afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents susceptibles de l'entraver. L'accès aux soins de santé à tous ne peut se réaliser que si l'offre est suffisamment adaptée pour atteindre la population dans toute sa diversité. Ainsi, l'accès aux soins dépend aussi bien de facteurs contextuels liés à l'offre que des caractéristiques de la demande de soins.

Ces facteurs peuvent être classés en quatre dimensions principales :

- *la sensibilité aux besoins en soins de santé correspond à la capacité à identifier le problème/le risque de santé ;*
- *la disponibilité correspond au fait que les services soient atteignables (physiquement ou à distance) ;*
- *l'accessibilité financière correspond au fait que les contributions personnelles sont suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patients à des difficultés financières ;*
- *l'acceptabilité correspond au seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patients acceptent de recourir aux soins de santé.*

L'accès est compromis dès que des difficultés apparaissent dans une seule dimension.

Cet article montre la multiplicité des problèmes qui peuvent intervenir dans chacune des dimensions, à la fois du côté de l'offre de soins mais aussi de la demande. Certains sous-groupes de population sont plus à risque d'être confrontés à des difficultés dans plusieurs dimensions qui se renforcent les unes par rapport aux autres. Des pistes de réflexion sont proposées pour résoudre les difficultés d'accès dans les quatre dimensions. Ce constat appelle une approche holistique de la lutte contre les inégalités d'accès par la mise en œuvre de processus de transformation impliquant l'ensemble des acteurs afin de promouvoir des actions conjointes et différenciées en faveur des publics les plus à risque de difficultés d'accès.

Mots-clés : *Accessibilité financière, disponibilité des soins, besoins en soins de santé, offre et demande de soins de santé, équité*

1. Introduction

Les soins de santé sont des biens essentiels au sens où ils sont indispensables à chacun d'entre nous pour nous préserver des aléas de la maladie et permettre de conserver notre capacité à nous réaliser tout au long de notre vie. Dans les sociétés modernes, la reconnaissance de l'importance des soins de santé constitue le point de départ de la construction historique de l'assurance maladie obligatoire (indépendamment des approches choisies). La Charte de Tallinn signée par l'ensemble des pays membres de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 énonce explicitement le droit fondamental humain d'atteindre « le meilleur état de santé » possible. Elle reconnaît ainsi le rôle essentiel des systèmes de santé qui permettent, au niveau individuel, non seulement « l'amélioration de la santé » mais aussi de « sauver des vies ». Au niveau sociétal, le système de santé contribue non seulement « au bien-être social » mais aussi « au développement économique » (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

L'accès aux soins de santé est à priori relativement simple à comprendre car nous en faisons tous régulièrement l'expérience, qu'elle soit positive ou non. Les problèmes d'accès aux soins de santé se traduisent par une sous-utilisation¹ des soins de santé (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020) avec des effets sur la santé non négligeables (Dourgnon, Jusot, & Fantin, 2012; Cès & Baeten, 2020; Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Ce problème est plus fréquent chez les personnes en situation de précarité mais l'ensemble de la population est susceptible d'être concerné, en particulier lorsque les besoins en santé sont importants.

Le but de l'étude est de définir un modèle conceptuel de l'accès aux soins de santé en s'appuyant non seulement sur les différents modèles existants mais aussi sur les études empiriques de l'accès aux soins. Il s'agit ensuite d'explicitier, à partir du modèle proposé, les enjeux principaux qui se posent pour améliorer l'accès en Belgique. La première partie porte sur la formalisation pour comprendre comment l'accès aux soins de santé est formalisé au niveau supranational et national (partie 2). Ensuite, un cadre conceptuel est proposé afin, d'une part, de circonscrire ce que revêt la notion d'accès aux soins de santé (partie 3) et, d'autre part, de proposer des pistes d'amélioration pour répondre à certains défis importants dans ce domaine (partie 4).

2. Historique du principe de l'accès aux soins de santé

2.1. Le principe d'accès aux soins de santé défendu au niveau supranational

Au niveau international, la reconnaissance de la contribution sociétale majeure des soins de santé tant au niveau individuel que collectif se traduit par la mise en avant de principes généraux communs pour orienter les politiques de santé en faveur d'un meilleur accès aux soins de santé. Plusieurs textes officiels, signés à l'initiative de différentes instances internationales, précisent de mieux en mieux au fil du temps les contours de l'accès aux soins de santé de façon normative, à la fois par rapport aux valeurs sous-jacentes défendues et les principes de justice sociale retenus, et à ce que recouvre les soins de santé et leur qualité attendue.

Tout d'abord, l'accès aux soins de santé est défendu depuis 1948 comme un droit humain fondamental. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée par les Nations Unies en 1948 établit pour la première fois un ensemble de droits fondamentaux, parmi lesquels figure « le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (Nations Unies, 1948, article 25).

En 2006, au niveau européen, le Conseil de l'Union Européenne (Council of the European Union, 2006, nous traduisons) définit les valeurs communes aux systèmes de santé comme suit : « L'universalité signifie que personne ne peut se voir interdire l'accès aux soins de santé ; la solidarité est étroitement liée au régime financier de nos systèmes de santé nationaux et à la nécessité de garantir à tous l'accès aux soins ; par équité on entend un accès identique pour tous selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du sexe, de l'âge, du statut social ou de la capacité à payer ». Le principe de justice sociale est ici explicitement décrit pour l'accès aux soins, c'est le principe d'équité : l'accès égal en fonction des besoins dont la garantie ne peut être assurée qu'à la condition de l'absence d'influence de tout autre facteur que les besoins déterminés par l'état de santé. En 2008, la Charte de Tallinn reprend également le principe d'universalité (Organisation Mondiale de la Santé, 2008) mais le texte va plus loin en ajoutant que le recours aux soins de santé ne doit pas appauvrir les individus, un autre principe de justice sociale appliqué à l'accès aux soins de santé. En 2017, ces valeurs et principes communs trouvent leur traduction juridique dans un principe du socle européen des droits sociaux qui porte explicitement sur le droit à l'accès aux soins de santé au travers de l'article 16 :

1. La sous-utilisation des soins de santé se définit comme la non-utilisation ou l'utilisation insuffisante des services de santé alors qu'un besoin objectif existe d'un point de vue clinique (celui-ci étant dépendant de l'état des connaissances médicales à un moment donné).

« toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs, et curatifs abordables et de qualité » et 18 : « toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité » (Tajani, Ratas, & Juncker, 2017).

En 2019, un texte de déclaration politique des Nations Unies (Nations Unies, 2019, p. 1) définit de façon précise le but à atteindre pour les systèmes de santé au travers de la Couverture Sanitaire Universelle qui « implique que toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels et nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateurs à des difficultés financières, avec un accent particulier sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés ». Cette définition accorde une place centrale à la question de l'accès puisque sa garantie à tous est le préalable indispensable à la réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle.

2.2. Le principe d'accès aux soins de santé défendu au niveau national

En Belgique, à l'orée de la construction de la sécurité sociale et du régime obligatoire d'assurance maladie-invalidité, l'objectif énoncé est « de soustraire aussi complètement que possible aux craintes de la misère, les hommes et les femmes laborieux » (Van Acker, 1944, p. 1730). Pour ce faire, il est prévu de garantir la sécurité sociale à tous et d'ainsi remédier à « la crainte d'un accident ou d'une maladie, suspendant, réduisant ou annulant la capacité de travail et imposant, même si la capacité de travail n'est pas interrompue, des charges écrasantes à un budget familial déjà difficile à équilibrer sans cet aléa » (Van Acker, 1944, p. 1730). Alors que l'assurance invalidité a pour objectif de palier la perte de revenus, le principe qui sous-tend la construction de l'assurance maladie est de protéger la population du risque financier encouru lié au recours aux soins de santé et de préserver la capacité de travail au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale.

Si la garantie de l'accès aux soins de santé à tous et ses principes sont bien formalisés au niveau supranational, les condi-

tions de sa réalisation ne sont pas énoncées. Il s'agit d'un objectif général que chaque État doit s'efforcer d'atteindre en fonction du contexte, des moyens dont il dispose et selon des modalités qui restent à déterminer (Nauleau, Destremau, & Lautier, 2013). Or, mener des politiques de santé favorables à l'accès aux soins de santé nécessite d'identifier les facteurs sur lesquels il est à la fois pertinent et possible d'agir. En effet, un certain nombre de facteurs sont plus difficilement modifiables à court terme car ils relèvent de politiques dans d'autres secteurs, notamment de politiques économiques plus globales (par exemple le niveau de revenu des ménages).

3. Les facteurs influençant l'accès aux soins de santé

Avant de définir les dimensions relatives à l'accès aux soins de santé, il est nécessaire de bien délimiter le domaine de l'accès aux soins de santé.

3.1. La distinction entre les besoins, la demande et l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé (préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs et de longue durée) ne se justifie que dans le cas où les besoins sont objectifs d'un point de vue clinique². Cela implique la réalisation de deux conditions : d'une part, l'existence d'un problème (ou d'un risque de problème de santé) somatique ou psychique et, d'autre part, l'existence d'un traitement pour améliorer l'état de santé, préserver la qualité de vie ou prévenir la dégradation de l'état de santé³.

Selon le point de vue du patient ou du professionnel de santé, l'appréciation de ces deux conditions peut être différente. Il est possible de catégoriser ces situations de la façon suivante.

- Les besoins perçus par les patients ne correspondent pas nécessairement à des besoins objectifs, soit parce que la personne n'a pas de problème de santé d'un point de vue clinique (ou qu'elle n'est pas à risque de problème de santé) ou soit parce qu'il n'existe pas de traitement pour le besoin identifié (ou de soins préventifs pour le risque de problème de santé identifié).

2. À noter que le besoin en soins de santé fondé sur un jugement clinique peut être en réalité difficile à établir, les preuves médicales n'étant pas toujours univoques, en particulier pour les cas cliniques complexes présentant des comorbidités. L'état de la science médicale étant en constante évolution, le jugement clinique est également susceptible de varier au cours du temps en fonction des avancées médicales. Enfin, la question de la construction de la maladie comme phénomène social serait intéressante à développer mais elle dépasse le cadre de la réflexion théorique sur l'accès aux soins de santé.
3. Il ne s'agit pas ici de discuter de la pertinence du traitement qui renvoie à une autre dimension de la performance du système de santé, l'adéquation des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps » (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006).

- Les besoins en soins de santé identifiés par les professionnels de santé (objectifs) ne sont pas nécessairement perçus par les patients.
- Et enfin, les besoins objectifs peuvent ne pas être détectés du tout que ce soit par les patients (par exemple en cas d'absence de symptôme) ou les professionnels de santé (le problème de non-dépistage).

C'est pourquoi la demande en soins de santé exprimée par les patients⁴ ou induite par les professionnels ne se superpose pas entièrement aux besoins objectifs⁵.

3.2. Les types de problèmes d'accès aux soins de santé

Les différents types de problèmes d'accès aux soins de santé peuvent se décliner en fonction des deux étapes nécessaires à l'obtention d'un traitement (voir Figure 1). Pour bien comprendre ce que recouvre l'accès aux soins de santé, il est nécessaire de distinguer « l'accès primaire », qui correspond à l'entrée dans le système de soins, le premier contact avec les professionnels de santé, de l'« accès secondaire » qui correspond au déclenchement des soins après le premier contact (Lombrail 2005), l'accès au traitement (avec éventuellement des étapes additionnelles de diagnostic). Un certain nombre de problèmes de santé simples et sans gravité peuvent être résolus au cours d'une consultation chez un médecin généraliste : l'identification des besoins et la délivrance du traitement sont quasi concomitantes. Mais lorsque les problèmes sont plus compliqués ou encore complexes (Gray, 2017), l'accès primaire doit permettre d'enclencher une prise en charge impliquant différents intervenants de santé issus de disciplines différentes (qui peut également inclure des étapes de diagnostic intermédiaires), dans une trajectoire donnée ou non, correspondant à la délivrance d'un traitement.

Les problèmes d'accès correspondent aux besoins en soins de santé objectifs non satisfaits. Ils peuvent être classés selon deux cas de figure :

1. Lorsque le besoin en soins de santé objectif **est perçu par le patient**, le besoin n'est pas (entièrement) satisfait :
 - si le patient renonce à l'accès primaire (pas de contact avec le système de santé) ;
 - si le diagnostic n'est pas établi par les professionnels (l'accès primaire est réalisé mais le traitement n'est pas obtenu) ;
 - si le diagnostic est établi par les professionnels mais le patient renonce ou reporte (éventuellement partiellement) les soins⁶ (l'accès primaire est réalisé mais il n'y a pas d'accès au traitement).
2. Lorsque le besoin en soins de santé objectif **n'est pas perçu par les patients**, le besoin ne peut pas être (entièrement) satisfait :
 - Si le patient renonce ou reporte (partiellement) les soins proposés (par exemple parce qu'il n'en ressent pas le besoin en cas de problèmes asymptomatiques ou pour d'autres raisons, financières ou autres), malgré le diagnostic établi par les professionnels de santé lors des contacts avec le patient pour d'autres besoins (par exemple, lors d'un dépistage d'un problème de santé non ressenti).
 - Si le besoin n'est pas non plus identifié par les professionnels (par exemple le dépistage des limitations fonctionnelles chez la personne âgée).

Ainsi, l'accès aux soins de santé peut se définir de la façon suivante : c'est l'obtention d'un traitement (au sens large) en cas de besoin de soins objectifs d'un point de vue clinique⁷. La satisfaction des besoins correspond à l'étape finale de la délivrance du traitement qui nécessite la réalisation de plusieurs étapes préalables, dépendantes de plusieurs conditions, à la fois du côté de la demande mais aussi du côté de l'offre (voir Figure 1).

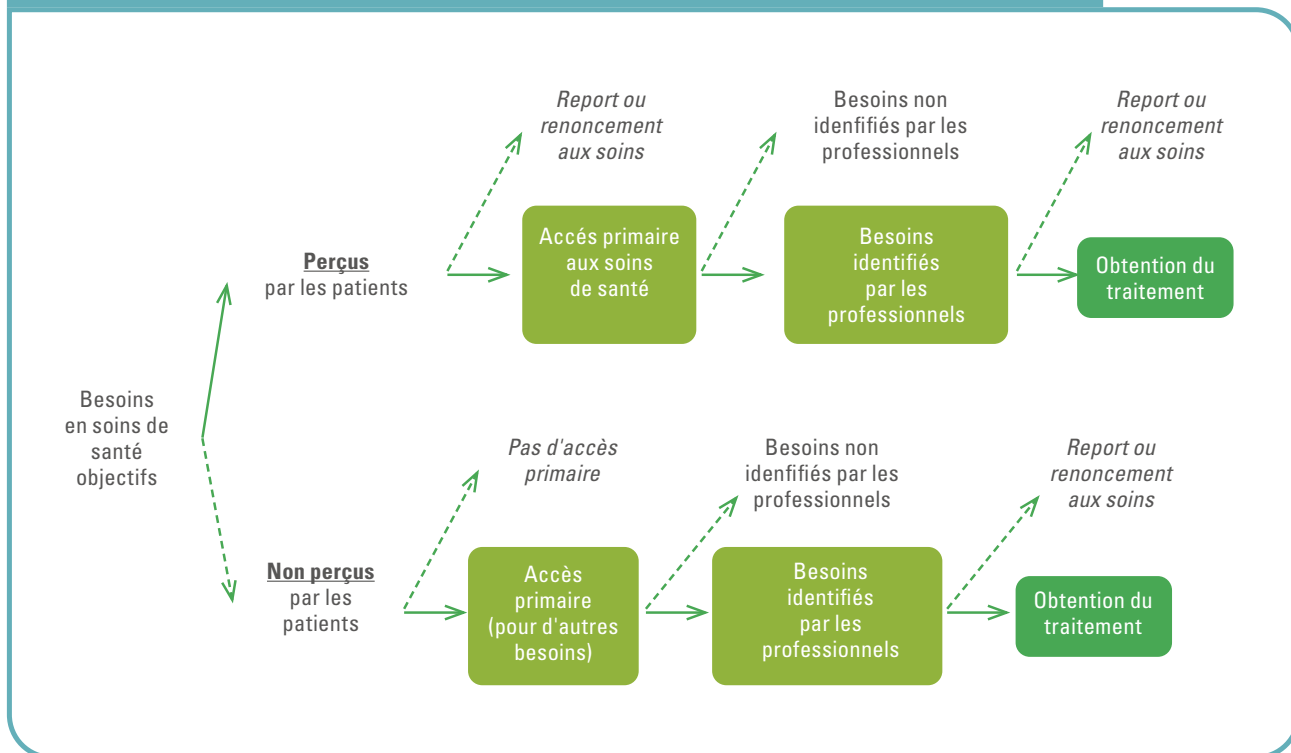
4. Par souci de simplification, la demande exprimée par les patients est appelée demande dans la suite du texte.

5. À noter que la figure 1 n'inclut pas la catégorie des besoins en soins de santé perçus par les patients non objectifs du point de vue clinique. En effet, il ne s'agit pas d'un problème d'accès aux soins de santé d'un point de vue théorique (tel que défini plus haut).

6. L'obtention du traitement peut être partielle au sens où le patient renonce partiellement à certains soins. Par ailleurs, il est également possible que l'étape diagnostique fasse l'objet d'un report ou d'un renoncement de la part des patients s'il est nécessaire de faire des tests diagnostiques ou des consultations additionnelles.

7. Dans la réalité, le besoin objectif peut être difficile à identifier : lorsque le bénéfice clinique du traitement est difficile à établir ou encore lorsque que le rapport bénéfice/risque n'est pas favorable. Il faut noter également que la question de l'autonomie du patient dans le choix du traitement (selon son appréciation du rapport bénéfice/risque ou d'autres critères personnels) n'est pas une problématique directement reliée au domaine de l'accès aux soins de santé. Il en est de même pour les questions plus larges liées au respect des objectifs de vie, à la participation du patient dans le cadre de ses soins. Ces questions dépassent le cadre cet article et ne seront donc pas abordées.

Figure 1 : Les problèmes de distorsion entre le besoin objectif, la demande et l'accès effectif aux soins de santé



3.3. Les dimensions de l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé est un processus dynamique complexe qui dépend des caractéristiques du système de santé mis en place et de celles de la population desservie par ces services. Les cadres conceptuels diffèrent selon les auteurs, en particulier sur le nombre de dimensions permettant de catégoriser les facteurs qui influencent l'accès. Selon Penchansky, l'accès aux soins de santé ne peut se réaliser que si l'offre est suffisamment adaptée pour atteindre la population concernée avec ses caractéristiques particulières : « l'"accès" est défini ici comme un concept représentant le degré de "concordance" entre les patients et le système » (Penchansky & Thomas, 1981, p.128, nous traduisons). Levesque définit l'accès comme étant « la possibilité d'identifier les besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de soins de santé, d'atteindre les ressources en matière de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de se voir effectivement proposer des services adaptés aux besoins de soins » (Levesque, Harris, & Russel, 2013, p.4, nous traduisons).

Le modèle théorique ci-dessous est inspiré du modèle de Levesque. L'intérêt de celui-ci est de reconnaître que l'accès, se détermine à la fois par les caractéristiques de la demande et de l'offre (Raynaud, 2015; Cu, Meister, Levebvre, & Ridde, 2021). La classification des déterminants de l'accès proposée

ici donne une définition normative de chacune des dimensions retenues. Dans chacune des dimensions, les facteurs qui déterminent l'accès à la fois du côté de l'offre et de la demande sont davantage développés. Le modèle se distingue en particulier du modèle de Levesque par la reconnaissance du rôle des prestataires de santé dans l'identification des besoins de soins et dans le déclenchement de l'accès en cas de non perception des besoins de soins par les patients (cf. partie 3.2). La dernière dimension proposée par Levesque relative au caractère approprié des soins n'a pas été retenue car elle englobe un ensemble de problématiques trop nombreuses et non liées directement à celle de l'accès aux soins de santé. L'exercice a été réalisé en s'appuyant également sur des problèmes d'accès identifiés en Belgique ou dans d'autres pays. Chaque dimension se décline différemment pour l'offre de soins de santé et la demande en soins de santé exprimée par les patients.

3.3.1. La sensibilité aux besoins en soins de santé

La sensibilité est la première dimension de l'accès aux soins de santé correspondant à la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique.

Du côté de l'offre, il est essentiel de reconnaître que l'initiative de l'accès aux soins de santé ne repose pas entièrement sur

les patients en raison de la non perception de certains besoins objectifs (en l'absence de symptômes ou en cas de négligence ou de déni). Les prestataires de santé ont la responsabilité de détecter ces besoins et d'initier l'accès secondaire : c'est la demande induite en soins de santé. Cette responsabilité comprend non seulement l'étape d'identification du problème ou du risque de santé (par un dépistage précoce par exemple) mais aussi l'accès secondaire aux soins de santé, c'est-à-dire le déclenchement de la prise en charge. Cette étape est particulièrement importante lorsque différents prestataires, services ou organisations sont impliqués. L'organisation de la communication entre les différents services et organisations doit permettre de garantir que le suivi sera bien enclenché en cas de dépistage d'une maladie.

Du côté de la demande, l'identification des besoins en soins de santé va dépendre de la capacité des personnes à percevoir leurs besoins. Celle-ci est influencée non seulement par le niveau de littératie en santé, les croyances personnelles mais aussi par le réseau social de la personne : par exemple, les personnes âgées isolées risquent davantage de passer à côté d'un problème de santé que celles qui vivent en couple ou qui ont un réseau social. L'identification des besoins dépend également de la capacité de discernement en fonction des circonstances personnelles, c'est-à-dire le niveau de distraction des personnes par rapport à leur santé. Les problèmes parfois nombreux auxquels les personnes doivent faire face dans d'autres domaines – professionnel, familial, financier ou autre – sont une cause d'inattention à l'égard des besoins en soins de santé. La précarité socio-économique est sans doute la situation qui présente le plus grand risque de négligence car les besoins en soins de santé sont masqués par d'autres besoins plus impérieux à satisfaire au quotidien, notamment se loger ou se nourrir. Dans ces cas, la banalisation ou le déni des problèmes de santé peuvent être observés (Cès & Baeten, 2020).

3.3.2. La disponibilité

La disponibilité des services correspond au fait que les services sont atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patients, par exemple en garantissant la communication dans la langue du patient ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite. Elle inclut également la disponibilité de l'offre pour les personnes qui ne sont pas physiquement ou légalement en mesure de se déplacer : les prestations urgentes et non urgentes de soins à domicile ou encore en résidence collective (les maisons de repos, en prison, en hôpital psychiatrique). Cette dimension porte, d'une part, sur la question quantitative de la régulation de l'offre des prestataires de soins en fonction des besoins de la population et, d'autre part, sur les aspects organisationnels et pratiques de la mise en œuvre des services de santé (la commodité).

Du côté de l'offre, la disponibilité suppose deux préalables principaux : d'une part, l'existence d'une offre suffisante et matériellement accessible et, d'autre part, l'absence de toute forme de discrimination qui empêche ou freine l'accès aux services (par exemple, les patients avec des arriérés de facture hospitalière sont parfois refusés à l'hôpital ou encore le refus de soins pour diverses raisons comme la séropositivité (Pezeril, 2012)). La disponibilité est influencée par un ensemble de facteurs : la répartition géographique sur le territoire, le développement d'une offre de services mobiles, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients via des canaux accessibles et utilisables par l'ensemble de la population, incluant aussi la communication pour faire connaître les services.

Du côté de la demande, même si les services sont suffisamment disponibles, leur accès requiert que les personnes soient capables de les atteindre. L'accès nécessite tout d'abord d'être capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail ou le temps de garde des enfants ou encore au soutien d'un proche dépendant, etc. Les responsabilités familiales ne permettent pas toujours de dégager du temps pour se rendre à des rendez-vous ou pour se faire hospitaliser (par exemple pour certains ménages monoparentaux qui n'ont pas de réseau social) (Cès & Baeten, 2020). Les conditions matérielles de vie influencent aussi la capacité à atteindre les services, en particulier les moyens de transport et les moyens de communication à disposition. L'état de santé général des personnes a également un impact sur la capacité à atteindre les services. Un état de santé fort dégradé implique une moindre capacité à se déplacer (pour faire un examen médical ou se rendre chez un spécialiste). Les personnes âgées, précarisées et/ou malades chroniques sont plus à risque de rencontrer des difficultés dans cette dimension à cause d'une moindre capacité pour atteindre les services qui exacerbe les difficultés pratiques (les problèmes de mobilité, la fatigue physique, d'accès à l'information, etc.). Certains problèmes de santé mentale peuvent également entraver la capacité à atteindre les services, à comprendre le système de santé, à avoir accès à l'information, à prendre contact, à organiser des soins, etc. (Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Dans cette dimension, le fait de pouvoir bénéficier d'un soutien ponctuel ou régulier de proches constitue une aide parfois indispensable pour accéder aux soins de santé (Cès, et al., 2017).

3.3.3. L'accessibilité financière

L'accessibilité financière correspond au fait que les contributions personnelles des patients sont suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en

cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours.

Du côté de l'offre, l'accessibilité financière dépend tout d'abord du droit à la couverture maladie obligatoire. Les personnes qui ne rentrent pas dans les critères d'éligibilité supportent l'intégralité des frais de santé (en l'absence d'assurance privée). Pour les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire, l'accès financier dépend des conditions financières fixées pour recourir aux soins de santé. Différents types de contributions existent :

- les paiements directs : paiements pour des biens ou des services de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (éventuellement couverts (en partie) par une assurance supplémentaire) ;
- la quote-part personnelle : une partie des coûts des soins de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire reste à la charge des patients (éventuellement couverts (en partie) par une assurance complémentaire), les tickets modérateurs ;
- les suppléments d'honoraires : ce sont des frais facturés en plus des tickets modérateurs définis par la réglementation pour des soins de santé fournis par les prestataires de soins de santé qui n'adhèrent pas à la convention médico-mutualiste (éventuellement couverts (en partie) par une assurance complémentaire) ;
- Le fait de devoir avancer les frais de santé remboursés influence l'accès aux soins de santé également.

La participation financière des patients pour les soins couverts par l'assurance-maladie trouve sa justification dans l'hypothèse de risque moral *ex post*. Au-delà de l'effet assurantiel recherché, c'est-à-dire la solvabilisation de la demande de soins indispensables et coûteux par la mutualisation du risque financier, une certaine part de la demande en soins ne serait pas justifiée d'un point de vue clinique et correspondrait à un gaspillage des soins de santé, c'est-à-dire qui n'apporterait pas de bénéfice de santé. Le ticket modérateur est donc une mesure financière incitative pour responsabiliser les assurés sociaux. Cette participation présenterait le double avantage de modérer la consommation des soins de santé tout en constituant une source de financement pour les soins de santé couverts par l'assurance maladie. Il faut toutefois noter que le risque de surutilisation à l'initiative du patient reste limité à certains soins de santé accessibles directement par les patients (Bardey, Couffinal, & Grignon, 2002) comme les consultations et visites médicales ou le service des urgences. Par ailleurs, l'effet limi-

tatif recherché du ticket modérateur dépend du niveau de revenu des personnes : celles avec des faibles revenus risquent de ne pas recourir aux soins, y compris dans les cas justifiés, alors que les personnes, mieux dotées financièrement, seront peu incitées à modifier leur recours aux soins. Certains indicateurs confirment le recours accru à certains soins de santé par les personnes favorisées : le nombre de visites chez les spécialistes est en moyenne significativement plus élevé chez les personnes avec de hauts revenus, indépendamment du statut de santé (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Le ticket modérateur est également utilisé pour encourager ou décourager le recours à certains soins de santé. Toutefois, l'efficacité de l'incitant financier comme outil pour influencer les comportements n'est pas clairement établie. L'exemple des trajets de soins buccaux illustre l'échec de l'incitation financière pour augmenter le recours aux soins dentaires préventifs chez les personnes socio-économiquement défavorisées (Vandeleene & Lambert, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Si les assurances facultatives privées permettent de réduire les frais de santé à charge des patients, elles ne peuvent répondre au besoin de protection financière pour les groupes socio-économiques défavorisés et pour les catégories de risque de santé élevé. D'une part, le montant des primes varie en fonction de la nature du contrat (collectif, négocié par l'employeur ou individuel). D'autre part, ce montant peut être dépendant du niveau de risque de santé : les primes augmentent avec le risque de santé et en particulier avec l'âge. Lorsque le montant n'est pas dépendant du risque, le montant forfaitaire de la prime reste moins accessible aux personnes avec de faibles moyens financiers. Ces modes de calcul de la prime contreviennent au principe d'équité qui prévaut dans les systèmes de santé au niveau européen : la garantie de l'accès égal à tous selon les besoins, quelle que soit la capacité financière⁸ (cf. partie 1). Ainsi, le développement du marché assurantiel privé pour couvrir les soins de santé essentiels risque de renforcer les inégalités d'accès aux soins entre les groupes favorisés et défavorisés et de creuser encore davantage les inégalités sociales de santé.

C'est pourquoi il est essentiel d'assurer, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, une couverture des soins de santé suffisamment étendue pour l'ensemble de la population, non seulement par rapport aux choix des soins indispensables à la santé qui sont remboursés mais aussi par rapport à l'importance de la quote-part personnelle réclamée. En effet, l'assurance maladie obligatoire permet de garantir un accès financier équitable par un double mécanisme de solidarité (Jusot, Legal, Louvel, Pollak, & Shmueli, 2016) : par son carac-

8. En Europe, la nécessité de la progressivité des différentes sources de financement des soins de santé (l'accroissement du taux des contributions avec le niveau de revenu) est largement admise : « La justification principale du calcul de ces mesures de progressivité par les économistes est le quasi-consensus (du moins en Europe) sur le fait que le financement des soins de santé ne devrait pas être fondé sur le principe de bénéfice mais sur celui de la capacité à payer » (Shokkaert & Van de Voorde, 2014).

tère obligatoire, les personnes à faible risque de santé contribuent au financement des soins et donc à la mutualisation des risques entre malades et bien-portants (la solidarité ex post entre classes de risques). Le fait que certains prélèvements obligatoires finançant l'assurance maladie soient progressifs permet de réaliser globalement une redistribution ex ante entre niveaux de revenus (calculs réalisés pour 2015, c'est la solidarité entre niveaux de revenu ex ante) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Les choix budgétaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ont, non seulement, des implications directes sur l'importance des frais à charge des patients mais également sur le développement du marché assurantiel privé en santé. Il en découle ainsi des choix sociétaux implicites en matière de justice sociale. En particulier, la fixation d'une norme de croissance réelle annuelle du budget des soins de santé à un niveau inférieur à l'accroissement « naturel » des dépenses de santé (principalement dû au vieillissement de la population, à l'évolution de la prévalence des maladies chroniques et au progrès médical) (Lambert, 2020) risque de détériorer de manière durable et significative l'accès aux soins de santé et, par la même, l'équité du système de santé.

Du côté de la demande, la capacité à payer inclut la capacité à supporter les frais des soins de santé, les coûts de transport et les coûts d'opportunité éventuels liés à la perte de revenu (pour le temps passé aux soins). Le niveau de revenu et la couverture santé sont des facteurs déterminants mais pas seulement, le réseau social et familial joue aussi un rôle, en particulier, en cas de problème grave de santé. Au sein des familles, la solidarité financière entre les membres peut intervenir dans la couverture des frais de santé de façon régulière ou plus ponctuellement (Cès & Baeten, 2020). C'est la raison pour laquelle les personnes isolées qui n'ont pas de réseau social sont plus à risque de difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Celles-ci ont une moindre capacité financière directe (un seul revenu disponible) et elles ne bénéficient pas de la solidarité familiale en cas de besoins importants. Il faut noter toutefois que les inégalités socio-économiques persistent lorsqu'il s'agit de la solidarité familiale : le capital économique et financier à l'échelle d'une famille reste inégalement réparti entre les groupes favorisés et défavorisés. Les possibilités de soutien financier dans les groupes défavorisés risquent d'être plus limitées que dans les catégories plus aisées financièrement.

3.3.4. L'acceptabilité

L'acceptabilité correspond à la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé.

Du côté de la demande, cette adéquation est réalisée lorsque les conditions de prestation des soins rencontrent certains besoins sociaux :

- le besoin de respecter certaines normes sociales, par exemple les règles de politesse ou encore de certaines attentes culturelles, spirituelles qui peuvent être plus prégnantes à certaines étapes de la vie, comme lors de l'accouchement ou en fin de vie ;
- le besoin de respecter certains choix relatifs à l'organisation pratique des soins ou à la prestation de soin elle-même (par exemple pour les soins à domicile) ;
- le besoin de recevoir une communication suffisante et adaptée à la situation individuelle, c'est-à-dire à la fois compréhensible et complète (relative aux risques de santé encourus, à la littératie en santé, à la nécessité de réalisation d'examen complémentaires, au diagnostic, aux possibilités de traitements préventifs, curatifs, au rapport bénéfice/risque, au coût du traitement et autres frais, etc.) afin de favoriser l'adhésion au traitement et de circonscrire les possibilités d'adaptations. Ce besoin comprend non seulement la nécessité d'accéder aux informations pertinentes mais aussi d'être suffisamment écouté afin de garantir une interaction de qualité entre les prestataires et les patients, ces derniers n'ayant pas tous la même capacité à communiquer leurs problèmes de santé ou dans d'autres domaines. Consacrer davantage d'effort à la communication est d'autant plus important que les difficultés dans les autres dimensions sont significatives (par exemple, en cas de traitement coûteux pour le patient ou pour un problème de santé non ressenti par le patient).

D'autres éléments sur la qualité des soins peuvent également être considérés, comme le besoin d'avoir confiance dans les compétences des prestataires, la qualité des équipements, ou encore au besoin d'avoir un confort minimum (subjectivement perçu), etc.

Du côté de l'offre, l'acceptabilité est influencée par un ensemble varié de facteurs, comme la qualité des infrastructures et des équipements, la formation des prestataires, en particulier relative à la façon de communiquer avec les patients et la sensibilisation à la lutte contre les comportements discriminatoires, les possibilités d'interagir différemment selon le profil des patients, en particulier, la possibilité de consacrer plus de temps à certains patients lors des contacts. C'est une dimension particulièrement importante pour les personnes avec des problèmes de santé chroniques ou de perte d'autonomie (par exemple, les soins infirmiers à domicile avec le problème des horaires de prestation de soins qui sont parfois difficile à concilier avec le rythme de vie des personnes âgées dépendantes) (Cès, et al., 2017).

Cette dimension renvoie à la nécessité d'assurer avant tout une relation de confiance entre prestataires et patients afin que le rôle de chacun puisse s'exercer au mieux pour favoriser l'accès aux soins. Au-delà de la question des choix stratégiques de santé que les personnes doivent pouvoir poser (une

problématique qui dépasse le cadre de cet article), la capacité d'adaptation des processus de soins à certains besoins particuliers constitue un défi important pour le système de santé car cela implique de mettre en œuvre un cadre suffisamment souple pour pouvoir différencier la prise en charge en fonction des patients, et parfois même d'adapter les ressources consacrées selon le profil des personnes. Cela revient à acter le fait, qu'à besoins en soins égaux, les patients ne soient pas traités de façon égale selon des considérations qui dépassent la sphère médicale. Cette possibilité devrait être non seulement explicitement reconnue mais aussi évaluée, en particulier les freins à l'adaptabilité minimale requise pour fournir des soins suffisamment acceptables à tout type de public. Il faut noter toutefois que l'acceptabilité se distingue de la satisfaction au sens où elle correspond au seuil de satisfaction minimum en dessous duquel les soins de santé ne vont pas être sollicités.

4. Des pistes pour améliorer l'accès dans chaque dimension

4.1. Les différents niveaux de détermination des facteurs influençant l'accès

Le système de santé s'organise de façon complexe avec de nombreux lieux de décisions qui s'influencent mutuellement. Néanmoins, il est possible d'identifier trois niveaux principaux où les facteurs influant sur l'accès aux soins de santé vont se déterminer (les obstacles ou les facilitateurs de l'accès) : le niveau macro, méso et micro (d'autres politiques publiques peuvent également influencer indirectement de façon significative l'accès aux soins de santé, mais cette question n'est pas le sujet de l'article). Le niveau macro concerne les décisions relatives au système de santé, le niveau méso concerne l'organisation des soins de santé à un niveau local impliquant principalement les organisations de soins de santé et les prestataires et le niveau micro concerne le niveau d'interaction entre les patients et les professionnels de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2003).

Au niveau macro, divers facteurs agissent sur l'offre et la demande de soins de santé. Du côté de l'offre, de nombreuses décisions auront un impact direct sur l'accès aux soins de santé, en premier lieu, le niveau des ressources budgétaires allouées au secteur des soins de santé ou encore les réglementations prises pour réguler l'accès aux professions de santé. Ces questions renvoient à des choix collectifs qui vont dépendre du type de système de protection sociale adopté historiquement. Ces choix sont soumis en permanence à des ajustements par la mise en tension, d'un côté, de la nécessité de rendre accessible les progrès médicaux, d'adapter l'offre à l'évolution des besoins de santé de la population et d'avoir une couverture financière suffisante pour les soins de santé et, d'un autre côté, de financer cet accroissement des dépenses de santé.

Au niveau méso, les prestataires de soins de santé et les organisations du secteur des soins de santé peuvent également entraver significativement l'accès aux soins de santé, par exemple en introduisant des mesures de discrimination explicite pour exclure certains patients avec des profils particuliers (par exemple, en cas d'arriérés de paiement de facture hospitalière ou en l'absence d'assurance complémentaire (Cès & Baeten, 2020)) avec un faible niveau socio-économique ou avec des difficultés sociales ou avec des problèmes de santé mentale, etc. Ces caractéristiques n'étant pas mutuellement exclusives, un public particulièrement précarisé a un risque accru d'un accès moindre des soins de santé.

Le niveau micro est le niveau d'interaction directe entre les patients et les prestataires de santé. À ce niveau, l'accès aux soins de santé est influencé par des facteurs individuels liés aux patients et aux prestataires de santé.

Les pistes d'amélioration de l'accès dans les quatre dimensions proposées ci-dessous ne sont pas exhaustives. Elles partent des problèmes importants d'accès aux soins de santé qui ont été identifiés dans le système de santé au travers d'études. Ceux-ci peuvent être caractérisés en fonction des niveaux auxquels ils se déterminent.

4.2. Améliorer la sensibilité aux besoins en soins de santé

La sensibilité aux besoins en soins de santé représente une étape préalable à l'accès aux soins de santé qui doit être explicitement reconnue comme telle, étudiée et intégrée dans les politiques de santé. L'enjeu de la sensibilité est la détection précoce des problèmes et des risques de santé afin de déclencher l'accès au traitement ou aux soins préventifs en fonction des risques individuels de santé.

Du côté de l'offre, elle renvoie tout d'abord à la lutte contre les préjugés et les comportements discriminatoires à l'égard de certains groupes sociaux ou personnes. Un rapport récent a mis en évidence le fait que les personnes en institution psychiatrique sont victimes de préjugés et de stigmatisation (Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Le risque de non-détection des problèmes de santé somatiques chez ces patients est élevé, en particulier parce que les professionnels ont des difficultés pour reconnaître les problèmes de santé somatiques chez ces patients. Les plaintes physiques peuvent être attribuées aux troubles mentaux. En dehors du contexte psychiatrique, la stigmatisation des patients psychiatriques conduit au report de soins : ces patients ne sont pas prioritaires ou encore ils peuvent être victimes de certaines représentations chez les spécialistes par rapport à leur capacité d'adhésion aux traitements, celles-ci étant supposées moindres que chez les autres patients, les traitements ne sont alors pas proposés. Ce problème a déjà été identifié dans des contextes différents et pour des populations différentes : les femmes d'origine asiatique à Londres bénéficiaient d'un dépistage

moins fréquent du cancer du col de l'utérus. Les médecins interrogés anticipaient, de façon erronée, le fait que ces femmes ne feraient pas le dépistage (Lang, 2009). Les personnes homosexuelles rencontrent également des difficultés d'accès aux soins. En particulier, dans le domaine préventif, un moindre dépistage est observé chez les femmes homosexuelles pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein par rapport aux femmes hétérosexuelles (Albuquerque, et al., 2016).

Une autre cause de la non-détection des problèmes de santé est le manque d'attention portée au patient, soit parce que les médecins n'investiguent pas suffisamment au-delà de la raison principale de consultation, comme par exemple le risque de non-dépistage du besoin d'aide au quotidien chez les personnes âgées par les médecins généralistes (par exemple pour les soins d'hygiène) (Cès, et al., 2017; Cès, et al., 2020), ou encore parce que les médecins ne disposent pas des connaissances ou des compétences suffisantes pour décrypter le ressenti des patients. L'expérience des patients atteints d'une maladie rare illustre particulièrement bien ce problème de la sensibilité. Pour ce type de maladie, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic peut être très long (parfois plusieurs années) en raison du manque de sensibilité des prestataires à l'évocation des symptômes (à cause de déni, de méconnaissance de la maladie, de minimisation des symptômes) avec les conséquences désastreuses pour les patients (détresse psychologique, retard de traitement, prise en charge des douleurs, etc.) (Loridan & Noirhomme, 2020).

Un autre axe potentiel d'amélioration de la sensibilité serait la meilleure prise en considération des facteurs de risques sociaux (psychosociaux/socio-économiques) de la maladie. Le paradigme biomédical, principalement centré sur les variables médicales et biologiques, qui oriente les protocoles de soins exclut la composante sociale de la maladie. Or, certaines caractéristiques sociales sont parfois au moins autant significatives en termes de risque que des facteurs biomédicaux. Ainsi, il existe une sous-estimation structurelle systématique des risques dans les groupes socio-économiquement défavorisés de la part des prestataires de santé. La détection tardive ou l'absence de soins préventifs en cas de risque avéré contribue à l'accroissement des inégalités sociales de santé. Par exemple, les personnes défavorisées ne sont pas suffisamment dépistées en fonction de leur risque accru de maladies cardio-vasculaires (Lombrail, 2010). En Belgique, les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)⁹ consultent le médecin généraliste de la même façon que la population en moyenne, toutefois ils accèdent moins à certains soins préventifs (comme le dépistage du cancer du sein) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Mann parle de socioparésie de la santé publique (Mann, 1998) pour désigner l'inaptitude à intégrer les déterminants sociaux de la santé pour corriger les inégalités sociales de santé. La reconnaissance de la construction sociale des inégalités de santé offre pourtant un cadre de réflexion pour améliorer les pratiques des professionnels de santé. Une meilleure intégration des différents types de savoirs issus de disciplines a priori moins perméables, les connaissances biomédicales, épidémiologiques et celles issues des sciences sociales est une piste à considérer pour améliorer les protocoles de soins et la pratique médicale. Ce constat appelle également à une réflexion sur les critères normatifs utilisés pour juger de la performance du système de santé. L'égalité d'utilisation de certains soins de santé, à état de santé comparable, notamment dans le domaine du dépistage ne devrait pas être interprétée comme un résultat souhaitable car elle occulterait les différences de risques de santé liées au gradient social.

Du côté de la demande, les patients doivent pouvoir être en mesure d'identifier leurs besoins en soins de santé. Cette aptitude est non seulement influencée par le contexte de vie des personnes (voir infra, le réseau social ou les problèmes et préoccupations rencontrés dans d'autres domaines) mais plus globalement par le niveau de littératie en santé : « De la capacité d'une personne à trouver, comprendre, évaluer et assimiler les informations relatives à sa santé, de manière à pouvoir ensuite, dans sa vie quotidienne, poser des choix et prendre des décisions pour maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie » (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019). C'est pourquoi la capacité à percevoir ses besoins en soins de santé devrait être intégrée explicitement comme une matière à part entière de la littératie en santé. Si les situations individuelles de vie ne sont pas directement modifiables, la sensibilisation à la perception des besoins en soins de santé, pourrait être améliorée, en premier lieu, au niveau micro, dans le cadre des interactions avec les prestataires de santé. De façon plus large, d'autres acteurs ont également un rôle important dans l'éducation à la santé (par exemple l'école, le travail, les services de promotion de la santé et d'éducation du patient, le secteur socio-culturel, les mouvements de jeunesse, l'aide à la petite enfance (ONE/Kind en Gezin), les médias, etc.). En 2019, les résultats de l'Enquête nationale de Santé montrent que le niveau de littératie est insuffisant ou problématique pour 33% de la population (échantillon représentatif de la population belge). L'amélioration du niveau de littératie au sein de la population relève d'une responsabilité collective, sociétale et politique (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). Elle devrait faire l'objet d'une coordination au niveau national qui intègre la multitude d'acteurs concernés (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019).

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

4.3. Améliorer la disponibilité des soins de santé

La disponibilité des prestations à domicile est un problème qui a été identifié (Cès & Baeten, 2020). L'offre de soins à domicile risque d'être plus limitée dans certaines zones géographiques. Les prestataires qui acceptent de faire des visites à domicile risquent de se raréfier dans certaines zones rurales ou moins favorisées économiquement pour plusieurs raisons : une rémunération insuffisante pour compenser le coût du transport, incluant le coût d'opportunité du temps passé en transport et les conséquences négatives éventuelles comme la fatigue. Le développement d'une offre de soins de proximité à domicile et en ambulatoire reste un enjeu majeur pour les années à venir. D'une part, le vieillissement de la population a pour conséquence un accroissement rapide de la demande de services d'aide et de soins (en raison de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes et du souhait de rester aussi longtemps que possible à domicile (Cès, et al., 2017)). D'autre part, avec le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, un ensemble de services de santé (ambulatoires et à domicile), de services d'aides à domicile et de services sociaux doivent pouvoir être davantage mobilisés pour assurer la continuité des soins post-hospitaliers. Cela implique à la fois une augmentation en volume de la capacité de prise en charge pour ce type de services et une réactivité plus rapide (le retour à domicile devant être organisé plus rapidement).

Avec le développement des technologies numériques, les modalités de prestation de l'offre de soins à distance se sont diversifiées¹⁰. Ces prestations réalisées à distance du patient constituent une alternative innovante pour permettre une meilleure disponibilité des soins de santé, tant du côté de l'offre de soins que de la demande par la levée de certaines contraintes : la suppression du déplacement sur le lieu de prestation de soins, pour les professionnels et les patients (en particulier pour les personnes en résidence collective ou qui ont des problèmes de mobilité), en réduisant le temps pris sur d'autres activités (par exemple pour les aidants proches ou les parents isolés), la facilité de contact rapide entre le prestataire et le patient. Le retour d'expérience des patients durant le confinement sur la téléconsultation montre que cette modalité de contact peut être utile pour certaines demandes comme la prescription de médicaments, les questions administratives et le suivi des maladies chroniques. Cependant, elle ne peut remplacer le contact direct dans beaucoup de cas (Avalosse, et al., 2020). La numérisation des services administratifs constitue également une opportunité d'amélioration importante, par la rapidité, la facilité des flux et l'économie de ressources générée. Toutefois, la normalisation des échanges

induite par l'interface numérique limite les possibilités de traitement administratif des situations individuelles complexes ou atypiques.

Ces innovations posent des problèmes d'accès d'une autre nature. Le recours aux interfaces numériques entre les utilisateurs et les services génère de nouvelles formes d'exclusion de publics moins bien dotés en équipement numérique (29% des ménages avec de faibles revenus ne disposent pas de connexion Internet) ou en termes de connaissances requises pour l'utilisation (40% des belges ont peu ou pas de connaissances numériques (Brotcorne & Mariën, 2020)). C'est pourquoi la possibilité d'interaction directe et rapide par des canaux de communication utilisables par tous reste un préalable indispensable qu'il faut impérativement garantir et contrôler. Or, la tendance actuelle à la dématérialisation des services publics, accélérée par la pandémie de COVID-19, constitue un risque majeur pour l'accès aux soins de santé des publics vulnérables. Selon l'Observatoire Bruxellois de la Santé et du Social, l'impact de cette numérisation imposée à tous est sous-estimée, notamment par rapport au risque de non-recours aux droits sociaux (Noël, 2021; Desprez, Noël, & Solis Ramirez, 2020).

Un autre axe de réflexion concerne la disponibilité de l'offre ambulatoire. Les projections récentes de la démographie médicale montrent une diminution du nombre de médecins généralistes dans les années à venir (-3% entre 2021 et 2026) alors que les projections anticipent un accroissement de la demande en nombre de contact (+7.1% entre 2020 et 2025) (Lefèvre & Gerkens, 2021). La pénurie de prestataires conventionnés implique un délai d'attente important pour l'obtention d'un rendez-vous, en particulier en dermatologie (taux de conventionnement de 25%), en ophtalmologie (33%), dentisterie (29%), gynécologie (44%) (De Wolf, et al., 2020).

4.4. L'amélioration de l'accessibilité financière

Les frais à charge des patients posent deux difficultés : le report ou le renoncement aux soins de santé et les dépenses catastrophiques, celles-ci étant susceptibles d'entraver également l'accès ultérieurement (Thomson, Cylus, & Evetovits, 2019). En grevant significativement le budget des ménages, les restes à charges sont susceptibles de porter atteinte à la capacité des ménages à subvenir à d'autres besoins tout aussi essentiels pour la santé (par exemple l'alimentation, le logement, le chauffage, etc.) et impacter l'état de santé (notamment à cause du stress psychologique) (Cès & Baeten, 2020).

10. Les soins numériques prennent différentes formes : la téléconsultation (la consultation à distance entre le prestataire de soins et le patient par téléphone, vidéo, chat ou email), le télé-monitoring (« un soignant contrôle et suit à distance les paramètres de santé d'un patient »), la télé-assistance (« le médecin dirige (ou réalise) à distance une intervention médicale comme par exemple un examen d'imagerie ou une intervention chirurgicale ») et la télé-expertise (« les prestataires de soins se concertent à distance à propos d'un patient spécifique, sans que celui-ci ne soit présent ») (Mistiaen, Devriese, Poupeze, Roberfroid, & Savoye, 2020).

Les résultats de l'étude OSE établissent clairement le lien causal direct entre le report de soins pour raisons financières et la détérioration importante de l'état de santé observée chez certains patients aux services des urgences. Ces cas d'urgence vitale ne constituent que la partie visible d'un ensemble plus grand de patients qui subissent, suite à un report ou un renoncement aux soins, une détérioration moins facilement perceptible mais néanmoins significative de leur état de santé (par exemple, la perte de chance de survie en cas de diagnostic tardif ou les problèmes de santé évitables qui perdurent dans le temps). Ces difficultés financières d'accès contribuent de façon importante à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

En Belgique, les soins sont plus difficiles d'accès pour les personnes socio-économiquement défavorisées : 6,4% des personnes qui ont de bas revenus déclarent avoir des besoins non satisfaits en soins médicaux pour raisons financières¹¹ (versus 0% pour la catégorie de revenu la plus élevée en 2018) (cf. Eurostat site). Avec ce résultat, la Belgique se situe parmi les pays d'Europe avec la plus forte inégalité d'accès financier aux soins.

Différents obstacles financiers importants ont été identifiés (Cès & Baeten, 2020).

- L'absence de couverture maladie au sein de la population représente 1% des personnes résidentes officiellement en Belgique en 2017 (OCDE, 2017). C'est donc encore un obstacle majeur à l'accès pour un nombre important de personnes. Additionnellement, il existe un certain nombre de situations individuelles qui sont exclues de cette estimation, en particulier les personnes qui ont perdu leur droit à la couverture maladie obligatoire depuis plus de deux ans, les travailleurs non déclarés, les travailleurs étrangers détachés non couverts dans leur pays d'origine et les personnes qui ne résident pas officiellement en Belgique (par exemple, les personnes sans papiers, les personnes radiées de façon erronée du registre de population).
- l'avance des frais de santé remboursés est un obstacle non négligeable pour certains publics avec une faible capacité financière.
- un ensemble de soins de santé avec une plus-value thérapeutique significative qui ne sont pas ou peu remboursés (par exemple le matériel de soins de plaies, certains médicaments, les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires).
- les tickets modérateurs : s'ils ne sont pas la seule source de difficulté financière, l'étude OSE montre qu'ils constituent un obstacle financier pour une population socio-économiquement défavorisée. Deux mesures de protection financières existent pour limiter les tickets modérateurs : le statut BIM et le Maximum à Facturer¹² (MàF). Toutefois, l'efficacité de ces deux mesures à protéger des frais excessifs les personnes pourrait être améliorée, à commencer par l'automatisation du statut BIM pour résoudre le problème de non take-up (Baeten, 2021).
- Les frais hospitaliers à charge des patients sont également problématiques pour certains patients qui ont d'importants problèmes de santé et/ou une faible capacité financière (41% des séjours en chambre à deux lits ou plus pour plus d'une nuit, coûtent plus de 200 euros aux patients) selon le rapport de AIM-IMA (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021).
- Les problèmes des frais de transports interhospitaliers et réguliers en ambulatoire sont également des causes de dépenses excessives au regard de la capacité financière des patients.

Des mesures d'amélioration de l'accès financier peuvent être rapidement mises en œuvre (une liste est proposée suite à une enquête auprès d'un certain nombre d'acteurs du système de santé (Baeten, 2021) : l'extension du tiers-payant, ou encore l'abaissement du plafond MàF pour les personnes BIM, l'exonération totale des tickets modérateurs pour les mineurs, une meilleure couverture pour certains matériels ou équipements. L'amélioration de l'accès financier doit pouvoir s'appuyer sur un ensemble de mesures équilibrées pour à la fois améliorer l'accès financier des personnes qui bénéficient du statut de l'intervention majorée mais aussi pour prévenir les difficultés d'accès financier pour le reste de la population. En effet, les problèmes d'accès financiers sont susceptibles de toucher un ensemble large de la population (en particulier les personnes en arrêt de travail, ou encore avec des problèmes de santé chroniques). La nécessité d'améliorer l'accès financier est d'autant plus forte que le contexte économique est particulièrement défavorable.

4.5. L'amélioration de l'acceptabilité

La première priorité dans cette dimension est la lutte contre les comportements discriminatoires ou de certaines représentations erronées à l'égard de certains groupes sociaux

11. La population de référence inclut également les personnes qui n'ont pas eu de besoins en soins médicaux et exclut certains groupes de population vulnérables. Ce taux serait donc théoriquement plus élevé s'il était calculé seulement sur la population qui a eu au moins un besoin médical au cours des 12 derniers mois.

12. Au-delà d'un certain plafond, les tickets modérateurs accumulés sur une année ne sont plus socialement acceptables parce qu'ils deviennent une charge financière trop importante. Lorsque le plafond (dépendant des revenus familiaux nets imposables) est dépassé, les tickets modérateurs sont remboursés.

minoritaires qui présentent des caractéristiques différentes du reste de la population que ce soit du point de vue de la santé (par exemple, les personnes avec un trouble mental, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap) ou du point de vue social (les personnes précarisées, avec des orientations sexuelles différentes, d'origine étrangère, les prostitués, etc.). Il faut noter que les facteurs de discrimination ne sont pas mutuellement exclusifs. En effet, il est possible de combiner plusieurs caractéristiques qui peuvent conduire à des discriminations (c'est l'intersectionnalité) (Crenshaw, 1989), celles-ci pouvant se cumuler ou être de nature encore différente de celles qui concernent un seul facteur de discrimination. Certains jeunes en situation de précarité rapportent avoir subi des propos racistes ou violents de la part de professionnels de santé (Maes, 2021).

Il s'agit tout d'abord de lutter contre des attitudes négatives de la part des prestataires de santé qui ne sont pas forcément conscientisées. Par exemple, s'agissant du report de soins, les personnes précarisées craignent d'être jugées négativement par les professionnels de santé à cause de leur incapacité supposée à comprendre les difficultés économiques et/ou sociales auxquelles ils se trouvent confrontés (Maes, 2021). Cela peut passer par la formation des professionnels mais aussi par la mise en œuvre de processus participatifs d'amélioration de la qualité impliquant les patients. Au-delà des comportements discriminatoires, l'adaptation des comportements des prestataires en fonction du profil de patient est plus ou moins aisée en fonction de la distance sociale avec le patient.

En outre, il est nécessaire de reconnaître que la capacité d'adaptation de l'offre en soins de santé est limitée structurellement par diverses contraintes, qu'elles soient financières, organisationnelles, éthiques, pratiques, etc., les patients qui présentent un profil plus atypique seront davantage à risque de rencontrer des difficultés dans cette dimension (comme par exemple le temps non financé pour mieux communiquer avec certains patients) ou en raison de la rigidité de l'organisation du processus de soins (comme par exemple, les horaires de prestation des soins). De nombreuses possibilités d'investigations existent pour faire émerger des solutions innovantes de transformations du processus de soins (par exemple en s'appuyant sur des approches participatives comme la méthode Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Il s'agit enfin de reconnaître que la problématique de l'acceptabilité est un domaine à part entière. En particulier, il doit être pensé dans le cadre des politiques en faveur des soins centrés sur le patient à partir des trois niveaux potentiels d'actions (macro, méso, micro), le risque étant de reléguer cette problématique au niveau micro, par la seule possibilité d'adaptation

informelle de l'interaction entre le prestataire et les patients. L'amélioration de l'acceptabilité passe par la remise en cause du principe de traitement standardisé, et en particulier par l'allocation de moyens supplémentaires pour atteindre davantage certains publics vulnérables.

4.6. Synthèse des quatre dimensions

Le résultat de cette analyse confirme tout d'abord le fait que les difficultés d'accès ne sont pas également réparties dans la population. Les difficultés se cumulent et se renforcent dans les différentes dimensions pour certains sous-groupes vulnérables (voir Tableau 1 ci-dessous, les exemples de difficultés d'accès dans chaque dimension). Cela permet de mettre également en évidence la complexité des mécanismes qui conduisent au report des soins de santé et le risque de cercle vicieux chez les personnes défavorisées : une moins bonne santé risque d'avoir un impact négatif sur le statut socio-économique, impliquant une dégradation de la situation dans plusieurs domaines de la vie (conditions matérielles, vie familiale, professionnelle, etc.) qui aura des répercussions sur la capacité à avoir accès aux soins de santé et qui risque de détériorer à terme encore davantage le statut de santé des personnes. Ces constats permettent de mieux comprendre la persistance de l'inéquité dans l'accès aux soins, une autre dimension de la loi inverse des soins : « La disponibilité de soins médicaux de qualité est inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971; The Lancet, Editorial, 2021).

Il est intéressant de noter que les difficultés au sein d'une même dimension se renforcent également parfois entre l'offre et la demande, par exemple, le risque de sous-dépistage des problèmes de santé, en raison de discrimination ou de sous-estimation des facteurs de risques du côté de l'offre est d'autant plus élevé lorsque les patients ne perçoivent pas leurs besoins en soins de santé (en cas de déni, d'absence de symptômes ou de négligence du besoin en soins de santé).

La figure 2 ci-dessous illustre l'interdépendance des quatre dimensions entre elles pour la réalisation de l'accès et également entre l'offre de soins et la population :

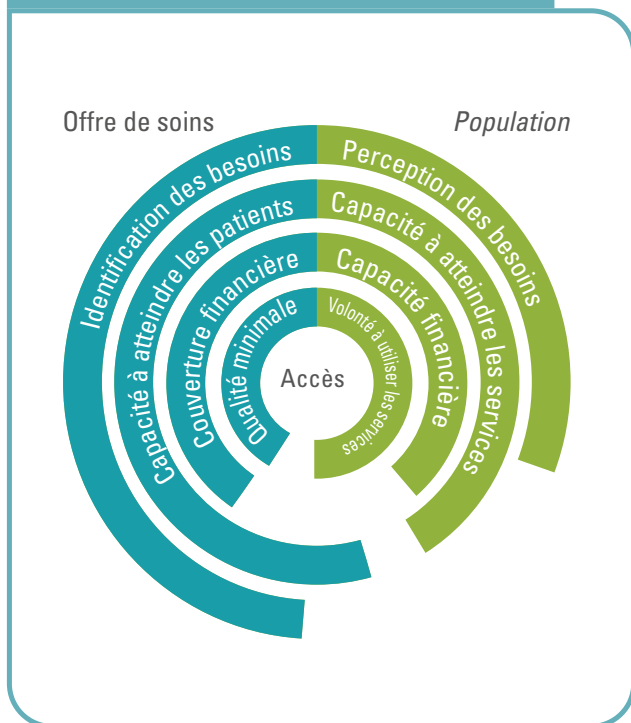
- La sensibilité aux besoins : identification des besoins du côté de l'offre et perception des besoins du côté de la population.
- La disponibilité : capacité à atteindre les patients du côté de l'offre et la capacité à atteindre les services du côté de la population.
- L'accessibilité financière : la couverture financière des soins et la capacité financière du côté de la population.
- L'acceptabilité : la qualité minimale des soins et la volonté à utiliser les services du côté de la population.

Tableau 1 : Exemples de problèmes d'accès aux soins de santé dans chacune des dimensions

Dimension	Offre	Demande
Sensibilité	<p>Manque d'identification des besoins en soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-diagnostic en raison de discriminations, de préjugés (de façon délibérée ou non) • Sous-diagnostic par la non-prise en considération des symptômes • Sous-estimation des facteurs de risque 	<p>Incapacité à percevoir les besoins en soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dénier ou banalisation des problèmes de santé • Problèmes plus aigus dans d'autres domaines (financiers, familiaux, professionnels, etc.) • Non-perception en l'absence de symptômes (exemples, hypertension, diabète, cancer, etc.)
	<p>Incapacité à atteindre les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente pour les professionnels de santé conventionnés • Offre limitée de prestataires pour des visites à domicile • Accueil non adapté aux personnes à mobilité réduite • Exclusion des patients socio-économiquement défavorisés ou d'autres profils (par exemple les personnes sans assurance complémentaire ou avec des arriérés de paiement à l'hôpital) 	<p>Incapacité à atteindre les services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps (charge familiale, activité professionnelle, etc.) • Difficultés matérielles (absence de moyens de transport, de communication) • Capacité physique et/ou mentale réduite en raison de problèmes de mobilité, de troubles mentaux ou de dégradation de l'état de santé (maladies chroniques ou épisodes aigus)
Accessibilité financière	<p>Contributions personnelles élevées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montant des tickets modérateurs trop élevé • Avance des frais problématique (absence de tiers-payant) • Facturation de suppléments d'honoraires • Absence de transparence sur la facture (par exemple pour les analyses de laboratoire en ambulatoire ou la facture hospitalière) • Facturation de frais non remboursables excessifs 	<p>Incapacité à payer les services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renoncement/report de soins pour raisons financières • Difficultés financières induites par le recours à des soins de santé onéreux • Non-take up du statut BIM • Absence de couverture maladie • Coût d'opportunité du temps dédié aux soins de santé (par exemple pour les indépendants) • Revenu de remplacement insuffisant pour couvrir les dépenses courantes et les frais de santé
	<p>Qualité insuffisante des services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements discriminatoires selon le genre, l'orientation sexuelle, l'origine, le statut socio-économique, l'âge, etc. • Communication non adaptée au profil du patient • Processus ou conditions de soins non modifiables 	<p>Réticence à rechercher les services (liée à une expérience passée ou à des anticipations)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoins sociaux non rencontrés : besoin d'être écouté • Besoin d'adaptations dans le processus de soins non respecté

La figure 2 montre un problème de concordance (cercles non joints) dans les quatre dimensions avec d'un côté, des difficultés pour la population dans chacune des dimensions et, de l'autre côté, l'offre qui n'est pas suffisamment adaptée aux difficultés rencontrées par la population.

Figure 2 : Les quatre dimensions de l'accès aux soins de santé



5. Les politiques d'améliorations de l'offre de soins de santé

Les différents problèmes cités dans les quatre dimensions mettent en évidence le fait que l'accès aux soins de santé relève avant tout de la responsabilité collective au travers de la mise en œuvre de politiques favorables à l'accès aux soins de santé.

5.1. Le cadre juridique

Cette mise en œuvre doit se faire en premier lieu au travers des dispositions légales, les droits humains fondamentaux, les droits sociaux, les droits du patient et de façon plus opérationnelle, de normes et réglementations (par exemple, concernant les règles de facturation hospitalière). Il est tout d'abord

nécessaire de veiller à ce que les normes juridiques nouvellement adoptées ne puissent détériorer l'accès aux soins de santé, notamment en ne contrevenant pas au cadre légal dans lesquelles elles s'inscrivent ou aux principes et valeurs fondamentaux du système de santé (par exemple l'égalité de tarif des soins de santé sur le territoire). Et il est essentiel de veiller à ce que l'ensemble de ce cadre réglementaire soit réellement appliqué du côté des prestataires de santé mais aussi de l'administration publique. En particulier concernant l'application des droits sociaux, l'automatisation de l'octroi de ces droits devrait être reconnue comme une responsabilité à part entière des services publics.

La lutte contre les discriminations devrait être explicitement reconnue dans le cadre des politiques d'accès aux soins de santé, principalement dans trois dimensions (la sensibilité, la disponibilité et l'acceptabilité). La diversité des acteurs et des mécanismes sous-jacents nécessitent des approches à différents niveaux. En amont, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé devraient inclure cette problématique de façon explicite afin de prévenir les comportements discriminatoires qui ne sont pas nécessairement conscientisés. Forichon parle de « discriminations larvées de la part des professionnels et institutions » (Forichon, 2005) qui seraient largement répandues dans les organisations, les hiérarchies sociales étant reproduites au sein de l'organisation hospitalière ce qui induirait des différences sociales de prise en charge. En aval, les initiatives développées dans le cadre de l'assurance qualité ont également un rôle à jouer pour prévenir ou mettre en évidence les comportements discriminatoires. Le respect des droits fondamentaux pour assurer l'égalité de traitement et prévenir les discriminations constitue un des principes les plus fréquemment mis en avant par les pratiques d'assurance qualité dans le cadre des soins de longue durée en Europe (Cès & Coster, 2019). Le meilleur contrôle de certaines pratiques dans la dimension disponibilité (par exemple, pour éviter la sélection des patients) serait bénéfique afin de lutter contre l'exclusion de certains patients avec un profil moins désirable d'un point de vue social ou financier. Par exemple, un système d'enregistrement des plaintes ou de forum de discussions permettrait d'obtenir des données précises sur ces comportements afin d'entreprendre des actions ciblées. Le Centre interfédéral pour l'égalité des chances recommande « une approche coordonnée et le développement de données relatives à l'égalité et à la discrimination » (y compris dans le domaine de l'accès aux soins de santé) (voir unia.be).

5.2. Identification des groupes à risque de difficultés d'accès

Un deuxième axe de réflexion porte sur la reconnaissance des sous-groupes de population avec d'importants besoins en soins et qui sont plus à risque d'avoir des difficultés d'accès dans les quatre dimensions. D'une part, cela doit passer par

l'identification des différents publics, des difficultés d'accès et de leurs causes sous-jacentes, et, d'autre part, par la constitution d'une connaissance théorique et pratique de ces publics particuliers qui soit partagée par les professionnels de santé. L'organisation de l'offre de soins de première ligne sous la forme de maisons médicales est une réponse possible parmi d'autres. Elle permet de constituer un savoir-faire et un savoir-être pour répondre aux besoins particuliers de ces sous-groupes de population (Cès & Baeten, 2020). Plus largement, la segmentation de la population permettrait de mener des réflexions plus approfondies sur la façon dont il est possible d'atteindre les publics plus à risque d'avoir des difficultés d'accès.

Le principe d'universalisme proportionné est une piste intéressante qu'il faudrait davantage développer pour favoriser l'accès aux soins de santé et prendre en considération les différences de risques de difficultés d'accès : les actions à mener devraient pouvoir être davantage adaptées en fonction des besoins de chacun. Par exemple, au sein des programmes de dépistages, des actions d'intensité variable permettrait d'aborder le problème de la sensibilité (le problème de la détection des besoins en soins) pour la population vulnérable.

5.3. Développement d'une offre adaptée aux besoins de la population

Un troisième axe de réflexion est la question des investissements et mesures à prendre pour développer une offre de soins adaptée aux besoins de la population. Le développement d'une offre à la fois disponible et financièrement accessible reste un enjeu majeur (Lefèvre & Gerkens, 2021; Cès & Baeten, 2020; De Wolf, et al., 2020). En effet, dans certaines disciplines, la raréfaction des prestataires de santé, se combinant avec un moindre conventionnement, risque de creuser encore davantage les inégalités d'accès, avec d'un côté, une offre conventionnée mais non accessible dans un délai raisonnable et, d'un autre côté, la médecine déconventionnée, accessible rapidement mais inaccessible financièrement par une grande partie de la population.

Un quatrième axe de réflexion est issu du constat que le cumul des difficultés au niveau individuel crée le besoin d'être aidé dans les démarches pour accéder aux soins de santé. En raison de la complexité du système de santé et des situations individuelles, certaines personnes ne sont pas en mesure d'organiser leurs soins de santé (Cès & Baeten, 2020; Cès, et al., 2017). Ce problème est d'autant plus aigu pour les personnes qui ont des besoins en soins de santé importants (malades chroniques, avec des problèmes de santé mentale, les personnes âgées dépendantes), ou encore de façon transitoire, à certains moments particuliers lorsque les personnes

n'ont pas la faculté physique et/ou mentale d'organiser leurs soins de santé (par exemple, lors du suivi post-hospitalier). Ce rôle important d'organisation des soins de santé est souvent assumé de façon informelle par les aidants proches lorsqu'ils sont présents (Cès, et al., 2017). Pour certains publics avec d'importants besoins en soins de santé (par exemple pour les personnes âgées dépendantes), ce type de soutien est déjà implémenté (sous forme de projets pilotes) par les services de coordination de soins à domicile ou de case management (à noter que ces services ont des missions plus larges que l'accès aux soins) (Van Durme, Schmitz, Cès, & Macq, 2015; Cornelis, Desmedt, Chevalier, Camaly, & Christiaens, 2021). Il serait cependant nécessaire de pouvoir élargir ce type de soutien à toute personne qui se retrouve dans l'impossibilité, temporaire ou chronique, d'organiser ses soins (par exemple en cas d'épisode dépressif). Par ailleurs, cette attention portée également aux personnes fragilisées nécessite une meilleure implication plus systématique et proactive des services sociaux de façon plus ou moins intensive en fonction des situations individuelles (par exemple, les projets pilotes Community Health Workers pour les publics vulnérables).

Les décisions politiques en faveur de l'accès aux soins devraient être davantage coconstruites avec les acteurs (représentants des prestataires de soins et des patients, les organismes assureurs et les associations de patients). En effet, la complexité des mécanismes qui déterminent l'accès nécessite de privilégier des approches plus participatives et expérientielles (par exemple par les méthodes de type Service Design ou participatory leadership). Celles-ci mettent en avant un ensemble de principes pour permettre, à la fois l'émergence de propositions de changements, de transformations pour favoriser l'accès aux soins et leur expérimentation (OMS, 2021; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Enfin, il est primordial de monitorer l'accès aux soins de santé de façon continue afin d'ajuster les mesures à prendre de façon suffisamment précoce et prévenir ainsi une détérioration de l'accès aux soins de santé délétère pour l'état de santé général de la population. À cette fin, les données administratives de consommation de soins de santé sont d'ores et déjà exploitées de façon approfondie et les résultats des analyses sont rendus publics au travers de différents rapports régulièrement publiés. Il serait cependant utile de mener une réflexion plus large pour compléter cette évaluation. D'une part, afin d'évaluer plus précisément certaines dimensions de l'accès, des indicateurs plus spécifiques (par exemple, le calcul du fardeau financier) pourraient être calculés et mis à jour régulièrement, à partir des données déjà collectées. Et, d'autre part, il serait nécessaire également de collecter d'autres données pour obtenir une évaluation complète de l'ensemble des problématiques liées à l'accès aux soins de santé, notamment pour évaluer le problème du report de soins.

6. Conclusion

L'accès aux soins de santé est une préoccupation ancrée historiquement dans la construction de la protection sociale et de l'État-providence. Par la mise en défaut de la capacité du système de santé à prendre en charge l'urgence sanitaire, la pandémie de COVID-19 a replacé au cœur du débat public la question de l'accès aux soins de santé. Cette crise a permis de mettre en lumière l'importance de ce que la société est prête à sacrifier pour garantir l'accès aux soins de santé aux personnes les plus atteintes. Au-delà de cette crise, le droit à l'accès aux soins de santé à tous doit être défendu comme une valeur fondamentale du système de santé et s'affirmer comme un prérequis constitutif de toute politique de santé. C'est dans cette philosophie que la Mutualité chrétienne s'engage à défendre le respect de ce droit humain fondamental dans le cadre de ses différents mandats en tant qu'organisme assureur et à mettre en œuvre les services de soutien aux membres nécessaires pour en assurer sa réalisation effective.

Au travers des quatre dimensions, le modèle conceptuel met en évidence l'étendue du domaine d'actions possibles pour améliorer l'accès en incluant le plus exhaustivement possible

l'ensemble de ses déterminants. En particulier, il met en lumière deux dimensions moins connues mais non moins essentielles pour la réalisation de l'accès, la sensibilité aux besoins en soins de santé et l'acceptabilité des soins. Il montre également l'interdépendance de chacun des acteurs dans la réalisation de l'accès en tant que processus dynamique, tant du côté de l'offre que de la demande de soins. Il offre ainsi un cadre de réflexion plus complet pour mieux comprendre l'ensemble des facteurs explicatifs des inégalités d'accès.

Si les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples, la persistance de difficultés d'accès aux soins de santé pour la population vulnérable contribue de façon importante à l'aggravation de ces inégalités en Belgique (Cès & Baeten, 2020). Au regard de la diversité des mécanismes qui influencent l'accès aux soins de santé et de la complexité des interdépendances entre toutes les composantes de l'accès, les politiques en faveur la Couverture Sanitaire Universelle devraient être pensées de façon holistique et participative (OMS, 2021; OMS, Open mindsets Participatory Leadership for Health, 2016) sous la forme d'un plan global pour que les soins de santé puissent atteindre davantage les personnes qui en ont le plus besoin et réduire significativement les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- Albuquerque, G. A., De Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Juscinaiide Henrique Alves, M., Moreira Belém, J., Winter dos Santos Figueiredo, F., & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), 1-10.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Consultations à distance : qu'en pensent les belges ? Une enquête intermutualiste. *MC-Informations*, 282, 46-59.
- Baeten, R. (2021). *Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé. Rapport de synthèse*. Bruxelles: Observatoire Social Européen (OSE).
- Bardey, D., Couffinal, A., & Grignon, M. (2002). *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé*. Bulletin d'information en économie de la santé. Paris: Centre de Recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 53, 1-8.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 334 D/2020/10.273/30.
- Brotcorne, P., & Mariën, I. (2020). *Baromètre de l'inclusion numérique 2020*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Carlier, M. (1980). La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 7-8(872-873), 1-48.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Bruxelles: Observatoire Social Européen (OSE).
- Cès, S., & Coster, S. (2019). *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report*. European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles : Commission Européenne.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Cès, S., Lambert, A.-S., Mello, J., Declercq, A., Speybroek, N., Annemans, L., & Macq, J. (2020). The direct cost of disability of

- community-dwelling older persons in Belgium. *Ageing and Society*, 41(10), 2214-2241.
- Cornelis, J., Desmedt, M., Chevalier, E., Camaly, O., & Christiaens, W. (2021). *Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en Belgique : une évaluation de la troisième phase du Protocole 3*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE reports 346Bs.
 - Council of the European Union. (2006). *Council Conclusions on Common Values and principles in European Union Health System*. Official Journal of the European Union, C 146.
 - Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist, Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
 - Cu, A., Meister, S., Levebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(116), 1-14.
 - De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., Landtmeters, B., & Lona, M. (2021). État des lieux des coûts hospitaliers à charge, Données 2019. Bruxelles: IMA-AIM.
 - De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Bruxelles: IMA-AIM.
 - Desprez, A., Noël, L., & Solis Ramirez, F. (2020). *Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie*. Fédération Wallonie-Bruxelles IWEP/ Observatoire de la Santé et du Social/Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussels.
 - Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 28-29(1-2), 123-149.
 - Forichon, E. (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? *Empan*, 4(60), 86-90.
 - Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying and understanding of complexity to medicine. *Journal of primary health care*, 9(4), 258-261.
 - Hart, T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
 - Jaspers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, I., & Mistiaen, I. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 338 D/2021/10.273/4.
 - Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., & Shmueli, A. (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, XXXI(4), 15-62.
 - Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy The solid facts*. World Health Organisation.
 - Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-information*, 281, 4-22.
 - Lang, T. (2009). Populations vulnérables et accès aux soins de santé Principes et réalités. Dans I. Poirot-Mazères (dir.) *L'accès aux soins. Principes et réalités* (pp. 221-227). Toulouse : Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole.
 - Lefèvre, M., & Gerkens, S. (2021). Évaluation de la soutenabilité du système de santé belge au moyen de projections – Complément au rapport « Performance du système de santé belge – 2019 ». Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 341B D/2021/10.273/13.
 - Levesque, J.-F., Harris, M., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
 - Lombrail, P. (2010). Le système de soins et les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, 24(73), 24-26.
 - Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 3(8), 31-39.
 - Loridan, J., & Noirhomme, C. (2020). *Analyse de terrain des trajets existants des patients atteints de maladie rares dans l'EMR*. Euregio Meuse-Rhin : Projet EMRaDi.
 - Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle*, 6, 2-5.
 - Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique*, 10(3), 239-250.
 - Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 328 D/2020/10.273/03.
 - Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris : Nations Unies.
 - Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York : United Nations.
 - Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Tiers Monde*, 3(215), 129-148.
 - Noël, L. (2021). Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise/Niet-gebruik van rechten en bestaanszekerheid in het Brussels Gewest. *La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles/ Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel, Brussels Studies*. Collection générale, 157, 1-18.
 - OCDE. (2017). Couverture des soins de santé. *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OECD Publishing.
 - Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Des soins novateurs pour les maladies chroniques*. Rapport mondial.
 - Organisation Mondiale de la Santé. Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé, Regional Office for Europe.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Voice, agency, empowerment Handbook on social participation for Universal Health Coverage*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care*, 9(2), 127-140.
- Pezeril, C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête «Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles)»*. Plateforme Prévention Sida (PPS), Observatoire du sida et des sexualités (OSS).
- Raynaud, J. (2015). *Inégalités d'accès aux soins Acteurs de santé et territoires*. Paris: Economica Anthropos.
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries?* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 322 D/2019/10.273/63.
- Shokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2014). Equité du système de santé belge. *Revue française d'économie*, XXIX(4), 129-172.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Tajani, A., Ratas, J., & Juncker, J. (2017). *Les 20 principes clés du socle européen des droits sociaux*. Gothenburg: Sommet Social pour des emplois et une croissance équitables.
- The Lancet, Editorial. (2021). 50 years of the inverse care law. *The Lancet*, 397, 767.
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for healthcare ? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Van Acker, A. (1944). Rapport au Régent précédant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. *M.B. du 30 décembre 1944*, p.1730.
- Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., & Macq, J. (2015). Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé conjugée*, 72, 71-76.
- Vandeleene, G., & Lambert, L. (2019). Les soins dentaires : les incitants financiers en question. *MC-informations*, 276, 4-17.