

# Bénéficiaires du revenu d'intégration sociale

## Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système de soins de santé ?

---

Elise Henin, Département Recherche et Développement

### Résumé

*Cette étude se penche sur une catégorie particulière de personnes : les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS). A l'aide de nos données de facturation, nous étudions le profil de consommation de soins de santé de ces personnes qui sont parmi les plus vulnérables de notre société. Nous comparons leur utilisation du système de soins de santé à l'utilisation qu'en fait un groupe de personnes du même âge, du même sexe et vivant au même endroit (province).*

*Comment les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale se soignent-ils ? Vont-ils plutôt chez un médecin généraliste ou aux urgences ? Ont-ils un Dossier Médical Global (DMG) ? Reportent-ils leurs soins ? Utilisent-ils les mécanismes mis en place pour la prévention des problèmes de santé ? Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale bénéficient-ils du Maximum A Facturer (MAF), du tiers payant social, de l'intervention majorée ? Si oui, les mesures de ce type atteignent-elles leurs objectifs ? Ce sont les questions auxquelles nous essayerons de répondre dans cet article.*

*Mots-clés : Revenu d'intégration sociale - soins de première ligne - soins préventifs - soins hospitaliers - médicaments - BIM - MAF - DMG - Tiers payant social.*

### 1. Introduction

#### 1.1. Pourquoi réaliser cette étude ?

Le sujet de cette étude est bien connu et malheureusement toujours d'actualité : *nous ne sommes pas tous égaux en matière de santé.*

Ces inégalités de santé peuvent s'expliquer par différents facteurs : une offre de soins de santé moins importante dans certaines régions, une communication qui ne touche pas tout le monde de la même manière, des représentations différentes de la médecine et des soins en général, un patrimoine génétique nous prédisposant à telle ou telle maladie, etc. Parallèlement à tout cela, l'explication la plus convaincante reste que les inégalités de santé sont le reflet des inégalités socio-économiques dans une société.

Le département R&D a déjà souligné à plusieurs reprises que plus on descend le long de l'échelle sociale, plus les indicateurs de santé se dégradent, autant au niveau des indicateurs de mortalité que de ceux liés à la morbidité (Avalosse H. *et al.* 2008). D'autres études, dont celle de Van Oyen H. *et al.* (2011), montrent que les personnes les plus défavorisées ne font pas le même usage des soins de santé et essaient de proposer des solutions pour une meilleure accessibilité à tous.

Dans cet article, par « inégalités », nous entendons les différences relatives, et interpellantes, dans la consommation de soins d'un groupe par rapport au reste de la société. Ces différences tendent à démontrer qu'il existe des inégalités dans l'accès à la santé pour ces personnes.

L'étude que nous présentons ici se penche sur une catégorie de personnes en particulier : les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), anciennement appelés « minimexés ». A l'aide

de nos données de facturation, nous étudions le profil de consommation de soins de santé de ces personnes parmi les plus vulnérables de notre société.

Comment les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale se soignent-ils ? Vont-ils plutôt chez un médecin généraliste ou aux urgences ? Ont-ils un DMG ? Reportent-ils leurs soins ? Utilisent-ils les mécanismes mis en place pour la prévention des problèmes de santé ? Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale bénéficient-ils du MAF, du tiers payant social, de l'intervention majorée ? Si oui, les mesures de ce type atteignent-elles leurs objectifs ?

## 1.2. Qu'est-ce que le revenu d'intégration sociale et qui en bénéficie ?

Les personnes qui bénéficient du revenu d'intégration sociale sont des personnes qui n'ont, avant intervention du CPAS, pas accès à un niveau de revenus leur permettant de vivre « conformément à la dignité humaine », et qui ne peuvent obtenir ces moyens via un quelconque droit à la sécurité sociale. Leur dernier filet de sécurité, le revenu d'intégration sociale, est donc fourni par le CPAS.

Cette aide de dernier recours peut être mise en perspective avec différents montants minimaux (voir tableau ci-dessous).

*Tableau 1 : Tableau comparatif des montants de revenus minimaux*

	RIS (05/2011)	Montant insaisissable (2011)	Seuil de risque de pauvreté (2010)
Personne isolée	755,08€	978€	1000€
Personne cohabitant	503,39€		500€
Personne isolée avec famille à charge	1006,78€ <sup>1</sup>	978€ + 60€ par enfant à charge	1300€ + 300€ par enfant supplémentaire

### *Encart : Montants les plus récents du revenu d'intégration sociale*

	RIS (montants les plus récents)
Personne isolée	801,34 €
Personne cohabitant	534,23 €
Personne isolée avec famille à charge	1.068,45 €

Nous constatons donc que le revenu d'intégration sociale est un montant très peu élevé, il est inférieur au montant insaisissable par le fisc<sup>2</sup> et au seuil de risque de pauvreté<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Au moins un enfant mineur à charge (forfaitaire donc).

<sup>2</sup> Quotité de revenu que le créancier qui désire obtenir le paiement des sommes qui lui sont dues ne peut pas saisir.

<sup>3</sup> Seuil de risque de pauvreté : seuil de revenus fixé à 60 % du revenu médian disponible au niveau individuel. Le revenu individuel est calculé à partir du revenu familial disponible, en tenant compte du nombre d'adultes et d'enfants dans le ménage. Un deuxième adulte dans un ménage compte pour 0,5 unité, un enfant pour 0,3. Le seuil de risque de pauvreté est calculé sur base de l'enquête EU-SILC. [http://statbel.fgov.be/fr/binaries/CP\\_SILC2011\\_fr\\_tcm326-201870.pdf](http://statbel.fgov.be/fr/binaries/CP_SILC2011_fr_tcm326-201870.pdf)

En 2011, on dénombrait 155.418 « ouvriers de droit »<sup>4</sup> au revenu d'intégration sociale sur le territoire belge (source : SPP Intégration Sociale). La mutualité chrétienne en comptait 34.622 parmi ses membres, soit 22 % des « ouvriers de droit ».

Notons que nous comptons parmi nos membres, les ménages des ouvriers de droit au revenu d'intégration sociale qui vivent également directement de ce revenu. Dans la présente étude, nous avons donc considéré comme bénéficiaires du RIS toute personne vivant de ce revenu (enfants et personnes à charge de l'ouvrier de droit), soit 65.516 personnes en 2010 et 63.805 en 2011. Nous remarquons que le droit au RIS est relativement instable ; en effet, seuls 74 % des membres MC bénéficiaires du RIS en 2011 l'étaient déjà en 2010.

## 2. Méthodologie

Nous partons des données concernant les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale en 2010 et en 2011. Dans cet article, nous présenterons principalement les résultats de 2011. Ils sont plus récents et les tendances sont les mêmes qu'en 2010.

Un des préalables pour pouvoir étudier la consommation de soins des bénéficiaires du RIS est de savoir si nous pouvons comparer ce groupe particulier au reste de nos membres. En d'autres mots, leur profil est-il le même que celui de nos autres membres ? L'idée sous-jacente est d'être certain qu'un différentiel de consommation est bien dû à la caractéristique « RIS » et non pas dû au fait que, par exemple, quelqu'un de plus jeune consomme globalement moins de soins que quelqu'un de plus âgé.

Nous avons donc comparé quelques caractéristiques importantes de ces deux populations (âge, sexe, domicile, taille des familles, etc.). Etant donné que les structures d'âge, la répartition homme-femme et les lieux de vie différaient significativement, nous avons opté pour la construction d'une population de contrôle. Pour y arriver, nous avons mis en œuvre une « technique de mise en correspondance » (matching), basée sur quelques caractéristiques que la personne « contrôle » partage avec le bénéficiaire du RIS (âge, sexe, lieu de résidence<sup>5</sup>). Concrètement, pour chaque bénéficiaire du RIS, on recherche un « correspondant » idéal, parmi les membres de la MC, ayant les mêmes caractéristiques, mais qui ne bénéficie pas du RIS. Au terme de la procédure, nous avons pu construire une population de contrôle afférente aux 63.805 bénéficiaires du RIS constituant notre population d'étude.

Quelques caractéristiques de base : ces deux populations (d'une part, la population d'étude, c.à.d. les bénéficiaires du RIS membres des mutualités chrétiennes, d'autre part, leurs correspondants de la population de contrôle) sont relativement jeunes, leur âge moyen est de 28 ans. En 2011, elles sont composées à 48,2% de femmes. Ces personnes vivent principalement dans les provinces d'Anvers (20,05 %), de Bruxelles-Capitale (17,52 %), de Liège (13,72 %) et de Flandre Orientale (13,02 %).

Dans cet article, nous comparons une série d'indicateurs de consommation de soins de santé calculés pour la population des bénéficiaires du RIS et pour la population de contrôle. Cela pour déterminer dans quelle mesure le profil d'utilisation de soins des RIS diverge, ou ne diverge pas, de celui d'une population de non-RIS comparables en termes d'âge, sexe et lieu de résidence.

---

<sup>4</sup> On entend par « ouvrier de droit » la personne qui touche directement le RIS (pour elle seule ou pour sa famille).

<sup>5</sup> En l'occurrence, la province de résidence.

Nous nous intéresserons à l'utilisation (1) des soins de première ligne (généralistes, maisons médicales, DMG), (2) de soins préventifs (dentaires, dépistages), (3) aux admissions à l'hôpital (urgentes ou non), (4) à la consommation de médicaments, (5) aux dépenses globales de ces publics (tickets modérateurs, suppléments et dépenses à charge de l'INAMI) et finalement, (6) à l'utilisation des mécanismes de protection mis en place par la sécurité sociale (DMG, BIM, MAF, Tiers payant).

### 3. Soins de santé

Un recours plus ou moins important aux différentes catégories de soins de santé étudiées peuvent indiquer des réussites ou des « dysfonctionnements » touchant le public particulier que sont les bénéficiaires du RIS.

#### 3.1. Soins de première ligne

Un premier indicateur de « bonne gestion de sa santé » est sans aucun doute la fréquence à laquelle une personne se rend chez un médecin généraliste ou dans une maison médicale afin de recevoir des soins dits « de première ligne ».

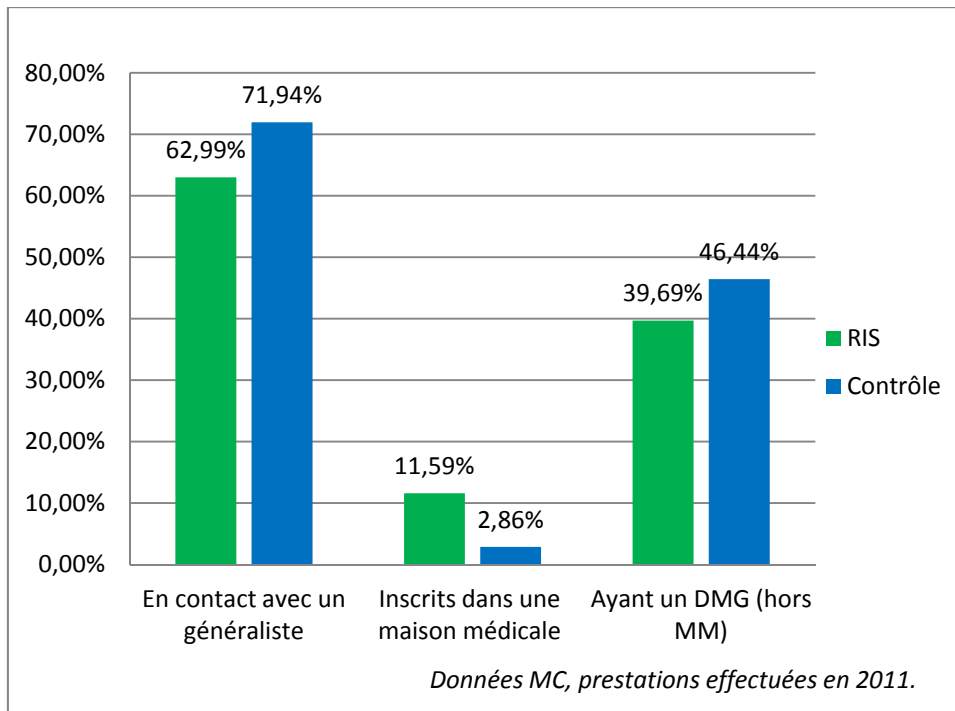
En effet, la première ligne peut non seulement directement gérer une grande partie des soucis de santé du patient mais elle peut également rediriger vers un spécialiste, ou un autre type de prestataire, le patient qu'elle ne peut traiter elle-même. La première ligne améliore donc la continuité des soins reçus.

De plus, la proximité et la relation plus régulière qu'entretient un patient avec son généraliste permet à celui-ci de détecter très tôt toute une série de problèmes et d'éviter un accroissement des besoins et des dépenses en soins suite à une aggravation de l'état de santé d'un patient.

Nous constatons trois phénomènes :

1. Tout d'abord, les bénéficiaires du RIS sont moins souvent en contact avec un médecin généraliste : 63 % de la population d'étude a eu au moins un contact avec un généraliste au cours de l'année contre 72 % de la population de contrôle. Par contre, lorsqu'ils consultent un généraliste, ils se rendent chez lui plus fréquemment.
2. Parallèlement à cela, bonne nouvelle, les bénéficiaires du RIS sont 4 fois plus souvent inscrits dans une maison médicale (12 % d'entre eux) que leurs correspondants de la population de contrôle.
3. Par contre, les personnes de la population d'étude qui ne sont pas inscrites en maison médicale sont moins nombreuses à avoir un Dossier Médical Global (39,7 % < 46,4 %). Remarquons toutefois que les taux de couverture des deux groupes sont très bas par rapport à la population belge dans son ensemble!

*Figure 1 : Utilisation des soins de première ligne*



Quelles sont les explications possibles à ces trois phénomènes ?

Si cette population plus pauvre que la moyenne est plus souvent inscrite en maison médicale, la gratuité y est sans doute pour quelque chose... Cependant, les maisons médicales ont d'autres caractéristiques attractives : elles se situent dans le quartier de vie des personnes et s'y font connaître, elles organisent d'ailleurs souvent des activités « extra-médicales ». Cela permet une communication plus large de leurs activités et rend la visite chez le médecin moins lourde, moins stigmatisante. En outre, la palette de soins de première ligne qu'offre la maison médicale est plus large que chez un docteur « traditionnel » : médecine généraliste, soins infirmiers, kinésithérapie, parfois même, soutien psychologique, en plus de leur fonction sociale d'accueil et d'écoute des patients.

Attention toutefois, 12 % de la population inscrits en maisons médicales, c'est bien mais c'est finalement peu ! L'offre est insuffisante et ce surtout, dans les milieux ruraux.

Les bénéficiaires du RIS sont moins en contact avec un généraliste. La première explication est naturellement la barrière du coût. Même si une consultation chez un généraliste « ne coûte pas les yeux de la tête », il faut quand même souvent pouvoir avancer l'argent pour le règlement d'une consultation, et ce même si on se fait rembourser par la suite. Avec un budget aussi limité que le RIS, ce n'est pas toujours simple. De plus, nous le verrons plus loin, le tiers payant social est encore loin d'être appliqué systématiquement.

Au-delà du prix de la consultation, il y a les coûts attendus du traitement : acheter des médicaments, aller chez un spécialiste, devoir faire un examen complémentaire. Obtenir un diagnostic est une chose, devoir se soigner en est une autre. On reporte aussi les consultations par peur de devoir se soigner.

Les populations plus paupérisées sont souvent en moins bonne santé que les populations plus aisées : travail plus harassant, inactivité « forcée » lors d'un chômage de longue durée, logement plus précaire, nourriture moins saine, etc. Cela en plus du fait qu'elles ont peut-être dû reporter leurs soins pendant longtemps. Devoir aller chez le médecin dans un « tel état », quand on ne peut

plus faire autrement, est souvent gênant. La peur du jugement et celle de ne pas être compris peuvent être deux raisons de plus pour continuer à postposer les contacts.

Les bénéficiaires du RIS qui sont en contact avec un médecin généraliste consultent plus souvent que les personnes de la population de contrôle et cela s'explique très certainement par les aspects mentionnés dans le paragraphe précédent. Leur état de santé est moins bon et ils ont reporté leurs soins plus longtemps. Si l'on arrive chez le généraliste, c'est souvent parce qu'on ne peut plus faire sans...

En regard de ces faits, la question de la couverture par le DMG reste entière. Le dossier médical global permet non seulement un meilleur suivi mais aussi un meilleur remboursement chez le médecin de famille. Les patients sont sans doute encore insuffisamment informés. D'autre part, ce public plus vulnérable, plus malade, éventuellement moins bon payeur, demande un investissement en temps et en énergie important, temps et énergie dont tout médecin ne dispose pas.

En conclusion, les soins de première ligne sont, dans leur ensemble, moins utilisés par les bénéficiaires du RIS mais les maisons médicales semblent être une solution pleine d'espoir...

### 3.2. Soins préventifs

« Mieux vaut prévenir que guérir », qui n'a jamais entendu ce vieil adage plein de bon sens ? Notre système de santé comporte quelques dispositifs de prévention dont les autorités publiques font régulièrement la promotion auprès de la population. Nous passons en revue trois aspects de la politique de prévention en Belgique : les soins préventifs dentaires, le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les soins dentaires sont souvent postposés... jusqu'au moment où la situation devient intenable. Cela signifie, outre la douleur, l'impact diététique et esthétique de ce genre de problème, des coûts élevés pour l'assurance maladie. Dès lors, des mécanismes incitatifs ont été mis en place afin d'encourager les gens à aller régulièrement chez le dentiste :

- les soins préventifs sont complètement remboursés pour les moins de 18 ans (pas de tickets modérateurs à payer) ;
- pour les plus de 18 ans, s'ils ont été chez le dentiste l'année précédente, les détartrages sont mieux remboursés.

La situation est pourtant catastrophique dans les deux populations, et encore plus parmi les bénéficiaires du RIS. 20 % des bénéficiaires du RIS ont reçu un soin préventif dentaire en deux ans, contre 40 % dans la population de contrôle. Des chiffres très bas donc, malgré des taux de remboursement favorables.

Par ailleurs, la situation n'est pas plus brillante dans le domaine du dépistage.

Les femmes de 50 à 69 ans bénéficiaires du RIS se font moins souvent dépister pour le cancer du sein... Que ce soit de façon opportuniste<sup>6</sup> (29 % de chances en moins) ou via le programme des autorités<sup>7</sup> (15 % en moins).

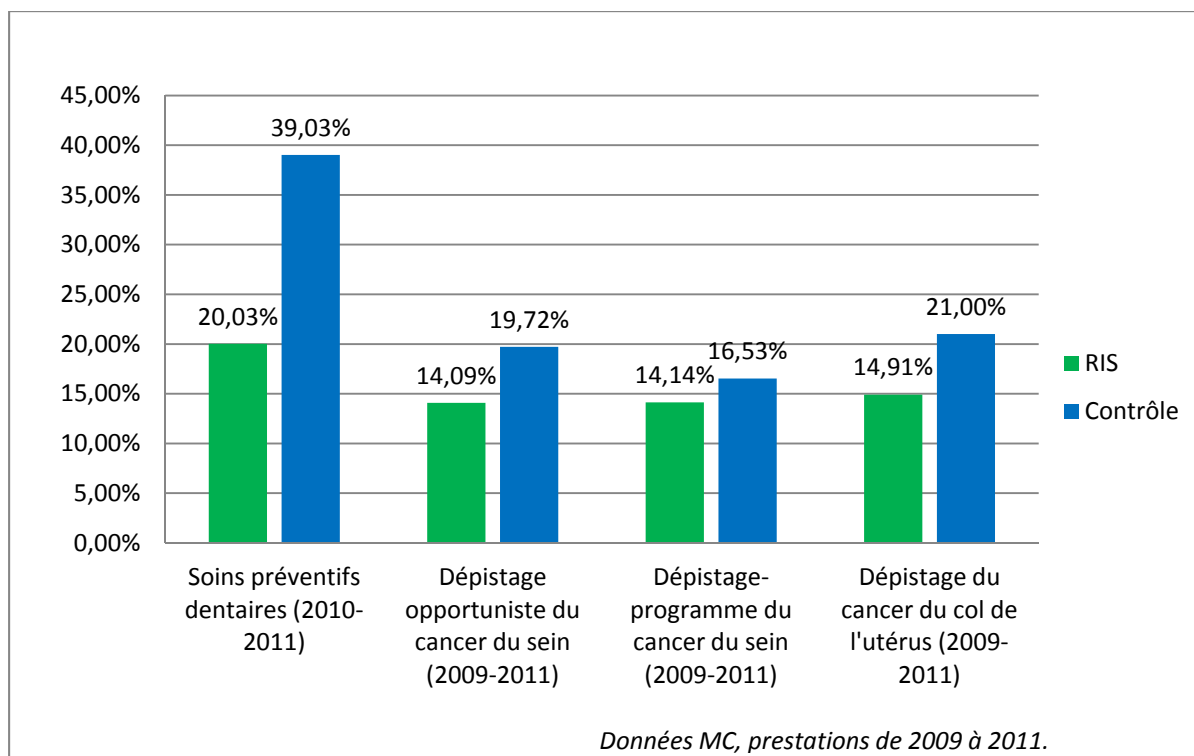
Quant à elles, les femmes de 25 à 64 ans bénéficiaires du RIS sont moins souvent dépistées (15 %) que les autres pour le cancer du col de l'utérus (21 %).

### *Figure 2 : Utilisation des soins préventifs*

---

<sup>6</sup> Dépistage lors d'une visite médicale pour une autre raison que le dépistage lui-même.

<sup>7</sup> Dépistage organisé par les autorités qui est gratuit



Pourquoi observe-t-on des chiffres aussi alarmants ?

Une fois de plus, la question financière est sans doute centrale. Si un médecin généraliste est parfois trop cher, on n'est jamais sûr de ce que l'on va devoir payer chez un dentiste ou chez un médecin spécialiste.

Encore plus que pour les soins de première ligne, la peur du coût du traitement qui va suivre est problématique. « On préfère ne pas aller chez le dentiste que de devoir refuser un appareil dentaire à notre enfant » nous expliquait un membre du réseau wallon de lutte contre la pauvreté.

Les taux de remboursement sont très élevés ou certaines prestations sont même gratuites à certaines conditions, ce devrait être un bon incitant mais ça n'a pas l'air de fonctionner... Pourquoi ?

Pour savoir si un prestataire est conventionné ou pas, il faut savoir ce que signifie le conventionnement et savoir où trouver l'info. Pour ne pas « sauter une année de traitement », il faut connaître le mécanisme de remboursement conditionnel... Tout cela est compliqué et nous savons que l'information ne touche pas de la même manière tous les groupes composant notre société. Un effort de vulgarisation de l'information et d'inventivité dans les canaux de communication est toujours nécessaire.

De même, les messages de sensibilisation ne passent pas toujours aussi bien auprès des populations plus « vulnérables ». Ces messages sont rédigés par des personnes qui ont fait des études, qui ont un travail, qui parlent français ou néerlandais... Cela crée un fossé si l'on n'y prend pas garde.

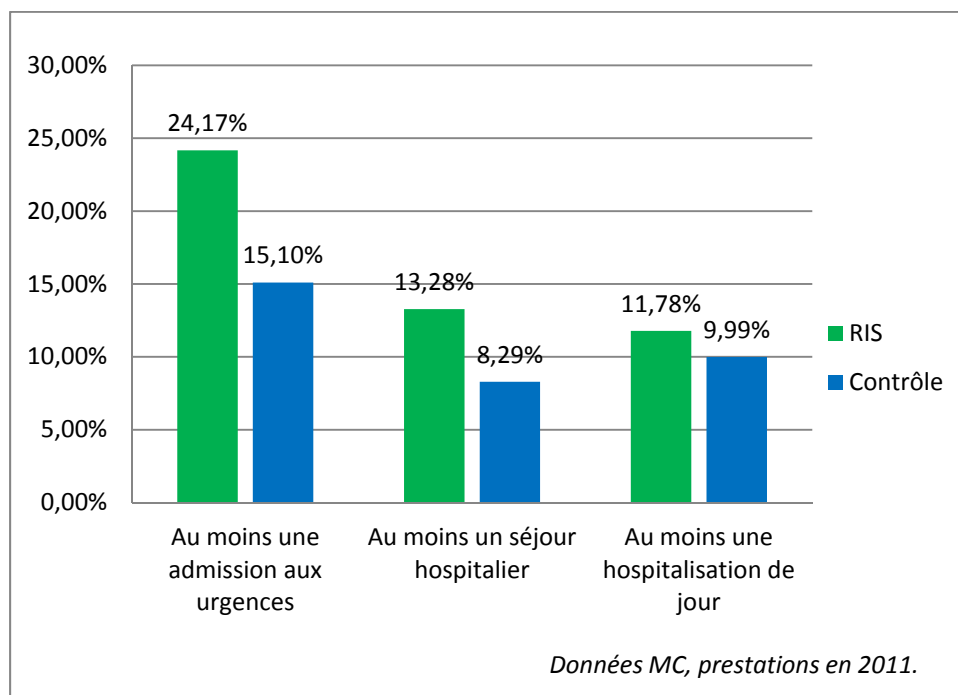
Une dernière explication probable est le fait que quand on est débordé par le présent, il est difficile d'en plus se soucier du futur et de dépenser des ressources limitées pour un problème de santé dont on ne souffrira peut-être jamais...

### 3.3. Soins hospitaliers

Le recours à l'hôpital est souvent synonyme de soins plus exceptionnels et plus lourds. Pourtant, des différences significatives existent entre nos deux populations et ce, à différents niveaux.

Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale ont 1,6 fois plus de chances que la population de contrôle de se rendre aux urgences. Ils sont également plus nombreux (13,3 % >>8,3 %) à séjourner à l'hôpital général ou psychiatrique. Enfin, ils sont un peu plus fréquemment hospitalisés de jour.

Figure 3 : Utilisation des soins hospitaliers



Quelles pourraient être les raisons de ces différences ? Après divers entretiens avec des médecins (conseils ou urgentistes), des assistants sociaux et des membres du réseau wallon de lutte contre la pauvreté, nous avons récolté diverses explications.

L'hôpital, même s'il fait parfois peur, est une institution plus sécurisante, qui inspire plus de confiance. Quand on va à l'hôpital, on a vraiment l'impression d'être soigné. Les prestations techniques sont toujours plus valorisées dans le chef de beaucoup de personnes. Un potentiel glissement pourrait donc se faire entre les visites chez un généraliste qu'on ne connaît pas vraiment et l'institution visible de la ville où l'on vit.

A l'hôpital et surtout aux urgences, de gros efforts ont été faits dans l'accueil des personnes socialement précarisées et plus personne ne peut être refoulé des urgences.

Parallèlement à cette évolution, la médecine de garde ne fonctionne pas toujours de manière optimale. Peu de médecins sont disponibles dans certaines régions ou moyennant un long trajet ou une longue attente. Se rendre aux urgences devient alors une solution plus facile. Cela permet parfois aussi d'éviter une visite à domicile qui pourrait être source de gêne ou de honte.

Notons par ailleurs que certaines hospitalisations sont encore aujourd'hui des hospitalisations pour motifs sociaux davantage que médicaux.

D'autre part, d'un point de vue financier, à l'hôpital ou aux urgences, on ne doit pas régler immédiatement ses factures. Même si le tiers payant chez le généraliste est supposé avoir le même effet, son utilisation n'est pas encore généralisée (cfr. section « mécanismes de protection »).



Un autre fait qui paraît avéré est que « les pauvres résistent mieux à la souffrance ». Après avoir reporté les soins le plus longtemps possible, on arrive dans le circuit des soins quand « il est trop tard » et l'hospitalisation est devenue inévitable.

Finalement, encore une fois, les conditions de vie d'une personne plus vulnérable financièrement sont souvent moins bonnes et ont une influence sur son état de santé. Etant en moins bonne santé, il est plus logique de devoir recourir aux soins hospitaliers plus fréquemment.

### 3.4.Médicaments

Un autre aspect qui nous semble important pour décrire la consommation de soins de nos deux populations, RIS et non-RIS, est l'utilisation faite de certaines classes de médicaments. Pour étudier cette question, notre dénominateur change : nous calculons le pourcentage de personnes auxquelles un médicament particulier a été prescrit parmi les personnes qui se sont rendues au moins un fois sur l'année chez un généraliste ou chez l'un des prescripteurs possibles de ce médicament.

Grâce à plusieurs études (Corveleyn & Maes, 2002 ; Dubois Grard C., 2008), nous savons que, d'une part, les publics plus vulnérables économiquement ont une santé mentale plus fragile et que, d'autre part, les problèmes de santé mentale (dépression ou autre) ont un impact important sur la capacité à travailler des individus et par là-même sur leurs revenus.

Nos chiffres le confirment : 10,5 % des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, ayant consulté un généraliste ou un psychiatre, ont consommé au moins un conditionnement d'antidépresseurs en 2011 (délivrance en officine ouverte) alors que ce pourcentage diminue à 8,2 pour la population de contrôle.

S'il semble avéré que l'on prend plus d'antidépresseurs dans cette population parce qu'on en a plus besoin (conditions de vie, de logement, de travail), les antidépresseurs sont parfois également une solution plus « facile » et plus acceptable (une fois encore quelque chose de technique, de palpable par rapport à du « qualitatif ») pour le patient et le docteur. L'orientation vers d'autres alternatives ou thérapies se heurte à des obstacles financiers bien sûr mais aussi culturels.

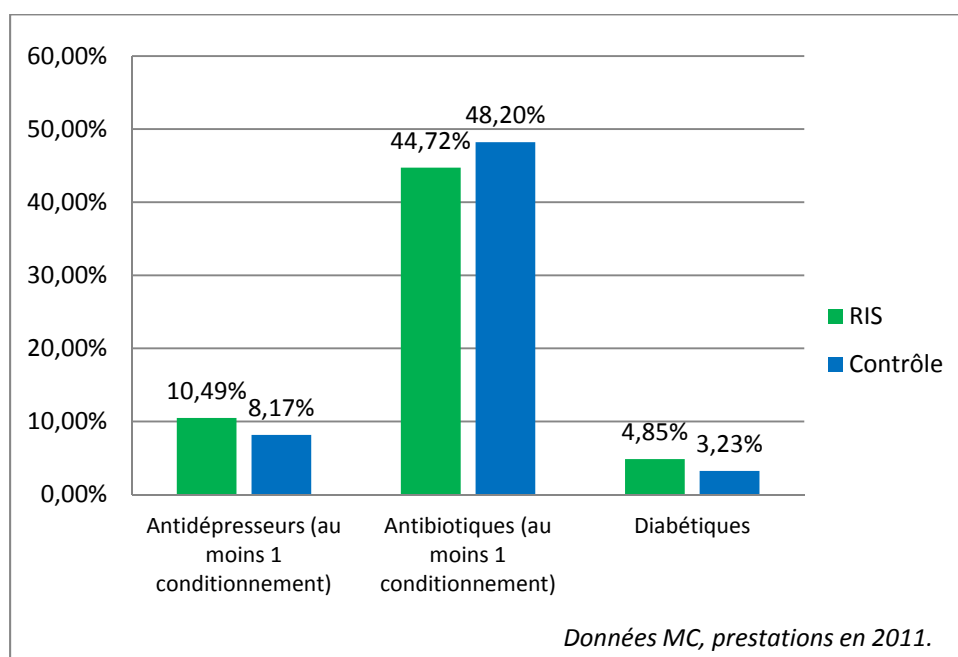
Tendance dans l'autre direction avec la consommation d'antibiotiques : les bénéficiaires du RIS qui se sont rendus chez un généraliste sont moins nombreux à avoir pris des antibiotiques en 2011 (et en 2010 d'ailleurs). Cette différence peut-elle être due à l'effet « maison médicale » ? L'étude sur la performance de la médecine générale réalisée par l'INAMI (Meeus P. *et al.* 2012) a montré que les maisons médicales ont une pratique de prescription plus sage en matière d'antibiotiques. Parallèlement à ce phénomène, consomme-t-on moins d'antibiotiques parce qu'il faut les acheter et que, même si le prix est raisonnable, c'est encore quelque chose qui s'ajoute à la série de frais auxquels il faut faire face ?

Enfin, en nous basant sur un croisement de données de facturation de médicaments et de prestations de soins, nous avons défini<sup>8</sup> et calculé le pourcentage de personnes diabétiques parmi nos deux populations (consultant un généraliste ou un diabétologue). Les bénéficiaires du RIS sont 1,5 fois plus nombreux que leurs correspondants de la population de contrôle à être diabétiques. La piste la plus convaincante pour expliquer ce phénomène reste l'argument de l'hygiène de vie : moindre tendance à faire du sport, nourriture saine souvent (beaucoup) plus chère que la « junk food », stress continu.

---

<sup>8</sup> Définition sur base de deux critères : sur l'année, (a) La personne a consommé plus de 30 DDD (*Defined Daily Dose - dose moyenne journalière*) d'anti-hyperglycémiques ou d'insuline (b) et/ou a eu au moins 2 dosages de glycohémostase en hémolyse en ambulatoire.

Figure 4 : Utilisation de médicaments.



N'oublions pas de noter que les bénéficiaires du RIS sont moins nombreux à être en contact avec un prestataire de soins. Les raisons ont été évoquées précédemment : coût, information, barrières culturelles, éducationnelles. Puisqu'ils se rendent moins systématiquement chez les généralistes ou spécialistes, il y a sans aucun doute un nombre plus important de personnes non-détectées ayant besoin d'antidépresseurs, d'antibiotiques ou étant diabétiques parmi le groupe des bénéficiaires du RIS (même à taux égal de prévalence de problème de santé).

### 3.5. Dépenses globales

En termes de volumes globaux, les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale dépensent en moyenne - heureusement ! - moins pour leurs tickets modérateurs (réduits puisque la plupart d'entre eux sont bénéficiaires de l'intervention majorée) et suppléments que la population de contrôle. L'assurance soins de santé, quant à elle, intervient globalement nettement plus pour ce public « plus vulnérable » (meilleur taux de remboursement et interventions dans le cadre du MAF).

Tableau 2 : Dépenses globales (interventions INAMI, tickets modérateurs et suppléments).

2011	RIS	Non-RIS
Intervention moyenne de l'assurance soins de santé	1937,82 €	1264,79 €
Intervention médiane de l'INAMI	389,55 €	319,81 €
Tickets modérateurs moyens avant MAF	79,75 €	140,36 €
Tickets modérateurs médians avant MAF	23,19 €	68,15 €
Tickets modérateurs moyens après MAF	66,20 €	129,29 €
Tickets modérateurs médians après MAF	22,69 €	67,23 €
Suppléments <sup>9</sup> moyens	39,22 €	80,34 €
Suppléments <sup>8</sup> médians	0,08 €	2,40 €

<sup>9</sup> Suppléments liés aux soins hospitaliers. Nous n'avons pas de vue sur les suppléments liés aux soins ambulatoires.

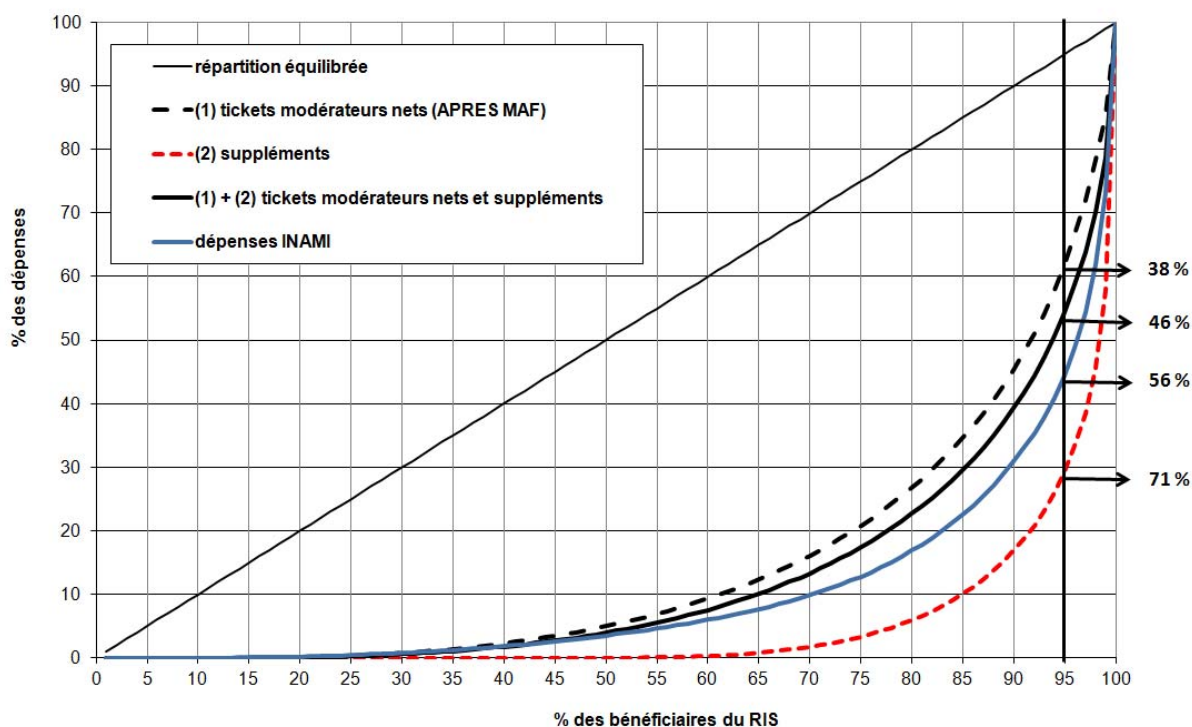
Par contre, constat alarmant, ces dépenses sont réparties de manière moins égalitaire parmi les bénéficiaires du RIS. Les courbes de concentration (dites courbes de Lorenz) ci-après nous permettent de le voir.

Encadré : comment interpréter des courbes de Lorenz ? Les courbes de Lorenz permettent d'évaluer la distribution des dépenses dans une population. La droite à 45° représente l'équilibre parfait : 1 % de la population dépense 1 % du budget total dépensé, 50 % en dépense 50 %, etc. Plus la courbe des dépenses réelles s'éloigne de cet équilibre, plus la répartition est inégale.

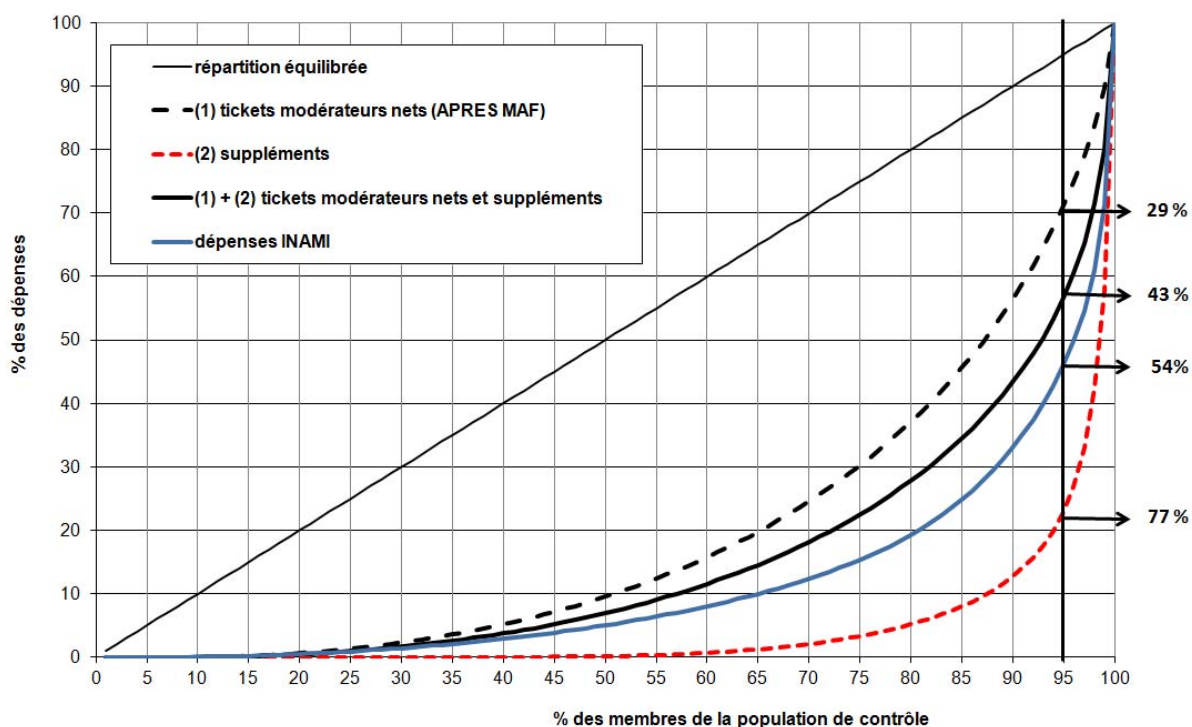
Les Figures 5 et 6 nous montrent que, quelque soit le groupe, les dépenses de santé sont toujours réparties de manière très inégale entre les personnes. Pour les bénéficiaires du RIS par exemple, nous voyons que 56 % des dépenses de l'assurance soins de santé sont consacrés à 5 % du groupe. De même, 46 % du budget total consacré aux tickets modérateurs et aux suppléments par tous les bénéficiaires du RIS sont dépensés par 5 % de ces bénéficiaires.

Cela signifie donc que la majorité des coûts de santé est supportée par un nombre de personnes très restreint (ces personnes sont éventuellement aidées par les CPAS). Elles font face à des dépenses très importantes et cumulent généralement les maladies. A ce point, s'enclenche souvent le cercle vicieux de la pauvreté qui rend malade et de la maladie qui rend pauvre.

*Figure 5 : Courbe de concentration des dépenses de soins de santé (tickets modérateurs, suppléments, dépenses INAMI) pour les bénéficiaires du RIS, 201.*



*Figure 6 : Courbe de concentration des dépenses de soins de santé (tickets modérateurs, suppléments, dépenses INAMI) pour la population de contrôle, 2011*



#### 4. Mécanismes de protection

Nous avons vu jusqu'à présent que les bénéficiaires du RIS et un groupe comparable en termes d'âge, sexe et lieu de domicile consomment différemment les soins de santé. De plus, les dépenses liées à ces soins ne sont pas réparties de la même manière.

Le groupe des bénéficiaires du RIS étant plus vulnérable, il est important de s'intéresser à la protection que nos systèmes leur offrent. Par mécanismes de protection, nous entendons l'intervention majorée, le dossier médical global (DMG) déjà évoqué précédemment, le maximum à facturer (MAF) et le tiers payant social.

L'intervention majorée offre aux personnes ayant de faibles revenus un meilleur remboursement de leurs soins de santé. 96 %<sup>10</sup> des bénéficiaires du RIS sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

Le DMG permet un meilleur suivi ainsi qu'un meilleur remboursement des consultations chez son médecin « de famille ». Nous l'avons mentionné : les bénéficiaires du RIS sont moins bien couverts par les DMG que la population de contrôle.

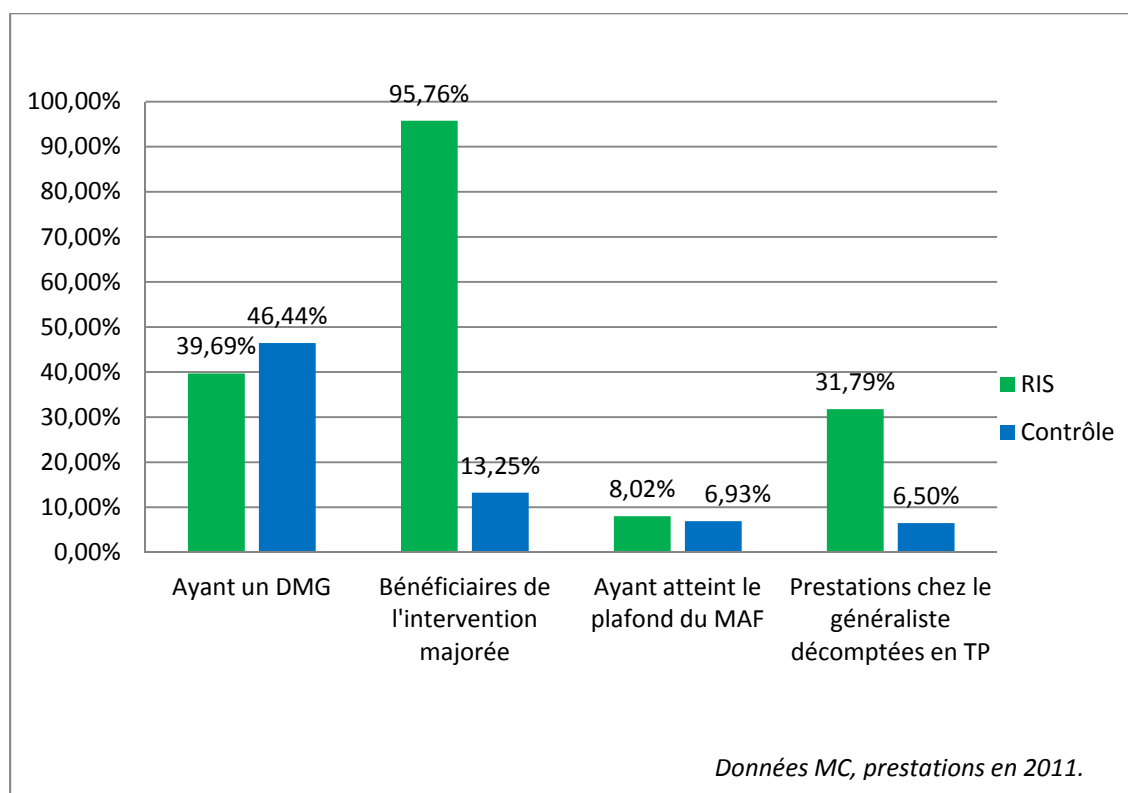
Deux questions se posent par rapport au MAF. Les bénéficiaires du RIS atteignent-ils autant le plafond du MAF que la population de contrôle? Ce plafond, même s'il est plus bas pour les personnes à faibles revenus, n'est-il pas trop élevé? Les chiffres nous indiquent que les bénéficiaires du RIS sont plus nombreux à atteindre le plafond du MAF. Cela nous rassure par rapport à la limite utilisée. Par contre, cela confirme que ces personnes font plus souvent face à des dépenses de santé répétées. Proportionnellement à leurs revenus, leurs dépenses de santé sont trop élevées.

<sup>10</sup> Les 4 % restants s'expliquent par la mobilité élevée dans cette population et les effets de transition de statut à statut.

La deuxième question concerne l'effet du MAF sur la répartition plus ou moins égalitaire des dépenses de santé. Si les interventions MAF réduisent bien les inégalités dans la répartition des dépenses, elles ne permettent pas aux bénéficiaires du RIS de « rattraper » le groupe de contrôle. En d'autres mots, le mécanisme aide mais pas suffisamment.

Pour finir, les médecins généralistes qui ont signé la convention devraient appliquer le tiers payant social aux patients BIM qui le leur demandent, c.à.d. qu'ils devraient rentrer leurs factures directement à la mutualité et ne demander au patient que son ticket modérateur. En 2011, seuls 32 % des consultations ou visites chez un généraliste ont été décomptées en tiers payant (TP). C'est peu mais les chiffres semblent heureusement s'améliorer d'année en année.

Figure 7 : Utilisation des mécanismes de protection.



## 5. Conclusions et recommandations

Nous l'avons constaté dans tous les domaines ou presque, la situation n'est pas optimale pour les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale. Ils ne trouvent pas facilement leur chemin, voire leur place, dans le système des soins de santé tel que nous le pensons et le communiquons aujourd'hui.

D'après les témoignages de personnes vivant dans la pauvreté, ce qui est le plus fatigant, le plus difficile, c'est vivre la précarité dans la durée. L'incertitude face au lendemain, la peur constante d'une nouvelle facture ou de nouveaux frais à engager alors qu'on ne dispose que du strict nécessaire, et ce même lorsque l'on est en bonne santé... Alors, lorsqu'un problème de santé pointe le bout de son nez, on essaie tant bien que mal de le gérer mais souvent, c'est la catastrophe, la goutte qui fait déborder le vase. On entre dans le cercle vicieux de la maladie qui rend encore plus pauvre et de la pauvreté qui rend encore plus malade (ou qui n'aide pas à se guérir du moins).

Comment faire évoluer les choses ?

a) D'une façon générale, s'attaquer aux inégalités de santé

Le rôle premier de la mutualité est d'être attentive à l'accessibilité des soins dans les différents groupes de la société et, en particulier, pour les personnes les plus vulnérables. Nous devons continuer, avec d'autres études, à (r)éveiller l'intérêt des responsables politiques pour une population très minoritaire et ne faisant que très rarement entendre sa voix.

Le programme à mettre en place doit dépasser le travail de la mutualité si l'on veut briser cet engrenage. Il faut travailler de manière multidimensionnelle et transsectorielle. Bien sûr, la mauvaise santé et la pauvreté s'entretiennent mutuellement mais bien d'autres éléments jouent en parallèle : la santé est influencée par les conditions de logement, de travail, de vie, de revenu, d'éducation ; la santé influence elle-même notre capacité à travailler, à gagner de l'argent et donc à pouvoir payer des études à nos enfants, à honorer le loyer d'un logement décent, etc. Plus que jamais la santé apparaît révélatrice et illustrative de la nécessité d'une politique globale et transversale.

b) Plus concrètement, que peuvent faire les mutualités ?

Si une collaboration et un travail d'équipe avec tous est plus que nécessaire, quelques pistes d'amélioration plus terre à terre et en connexion directe avec notre rôle de mutualité sont à explorer.

- Soutenir les maisons médicales et plus particulièrement, leur développement en milieu rural.

Les maisons médicales réussissent à capter des personnes que les généralistes n'arrivent pas à atteindre et ont souvent tendance à mieux gérer la santé de leurs patients (INAMI, performance de la médecine générale). Elles permettent, grâce à leur approche de proximité, à l'organisation d'activités connexes et à un accès plus facile, à certains « laissés pour compte » d'entrer, ou de rester, dans le circuit de soins.

Il est important de pouvoir soutenir ce genre d'initiatives et d'essayer de les développer dans les campagnes où les gens sont souvent plus isolés.

- Développer une communication plus adaptée et plus proche des publics plus pauvres.

Bien que certains soins ou dépistages soient peu chers ou gratuits, tout le monde n'en bénéficie pas et le public touché est encore moins important parmi les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale. Un des exemples les plus frappants est celui de la dentisterie. Ceci est en partie dû au fait que les informations relatives aux prestataires conventionnés, aux mécanismes d'incitation, aux conditions, etc. ne sont pas facilement compréhensibles ou même disponibles.

Notre communication doit continuer à toujours se remettre en question. Elle Notre communication doit bien entendu se construire avec les personnes visées par le message de sensibilisation. Des alternatives doivent être explorées : solutions de proximité, permanences dans les lieux de vie, dans les écoles, etc.

- Favoriser les interventions financières à priori.

Puisque l'information n'est pas parfaite et que les personnes les plus défavorisées sont souvent celles qui en paient le prix, une approche de responsabilisation pure et simple - supposant que si les mécanismes existent, il faut faire les démarches et les utiliser - serait trop simple.

Nous plaidons pour que les différents droits soient aussi automatiques que possible. Nous sommes sur la bonne voie mais les efforts doivent être poursuivis quant à l'automatisation des droits à

l'intervention majorée, pour la transparence des tarifs pratiqués par les différents prestataires, pour que le tiers payant social soit plus systématiquement appliqué.

- Au-delà des maisons médicales, un renforcement des collaborations avec la première ligne.

Les acteurs de première ligne sont proches de nos membres, c'est via eux que nous devons passer pour toucher un maximum de personnes.

Il faut continuer à les informer correctement sur les mécanismes existants allant du conventionnement au tiers payant social en passant par le DMG.

Une collaboration pourrait également être utile pour penser une médecine de garde plus optimale, projet dans lequel les services d'urgence ont certainement leur mot à dire. Différents projets se développent en Belgique allant du poste de garde dans la cour des urgences au tri par téléphone. Ces expériences devront être évaluées. A nouveau, il paraît clair que la communication joue un rôle clé dans le fait que le patient s'adresse au bon endroit au bon moment pour le bon problème.

- Développer des politiques de santé ciblées.

Actuellement, grâce à l'INAMI, à l'AIM (agence intermutualiste), au KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) et aux différents organismes assureurs, nous savons que certaines politiques ont atteint - ou sont en bonne voie d'atteindre - leurs objectifs dans certaines tranches de la population. Le DMG, pour ne donner qu'un exemple, est bien utilisé en Flandre, surtout parmi les personnes les plus âgées. Aujourd'hui, il nous faut donc nous concentrer sur les groupes cibles qui ne sont toujours pas touchés.

La mutualité doit continuer ses efforts afin de détecter les groupes à risque et développer des politiques spécifiques pour eux. Le fait que les taux de couverture du DMG, ou que les pourcentages de prestations décomptées en tiers payant, varient en fonction de l'endroit où l'on se trouve en Belgique, prouve que des améliorations sont possibles.

- Aller plus loin qu'une approche ciblée santé...

La mutualité chrétienne a également une autre porte d'entrée pour toucher ce public. Nos services sociaux doivent rester proches de nos membres et « aller au-devant » de ces personnes en initiant de nouveaux modes de contact ou de nouveaux lieux de rencontre telles que des associations locales, des maisons médicales et autres. Une collaboration renforcée avec l'ensemble des opérateurs sociaux locaux apparaît nécessaire en particulier avec les relais sociaux et les CPAS.

Il faut que nous continuions à consulter et à travailler avec les organisations représentatives des personnes pauvres. La formation continue de nos assistants sociaux inclut d'ailleurs une sensibilisation aux difficultés spécifiques rencontrées par ce public dans leurs accès aux droits et aux informations.

Enfin, une attention soutenue à l'accueil et une capacité d'écoute sans jugement doivent être garanties pour ce public spécifique, souvent trop éloigné de nos institutions et pour lequel une relation de confiance doit se construire patiemment.

## Bibliographie :

Avalosse H., Gillis O., Cornelis K. & Mertens R. 2008. Inégalités sociales de santé : Observations à l'aide de données mutualistes. *MC-Information*, n° 233, pp.3-15.

Van Oyen H., Deboosere P., Lorant V. et al. 2011. Les inégalités sociales de santé en Belgique : rapport final. Academia Press, 2011 (PB6268).

Dubois Grard C. 2008. Pauvreté et santé mentale. Vivre Ensemble Éducation, Septembre 2008.

Jos Corveleyn et Catherine Maes. «Pauvreté et risques pour la santé mentale». *Revue Quart Monde*, N°184 - La santé pour tous : pour quand ? Année 2002 Revue Quart Monde.

Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11.