

La santé : à quel prix ?

Dans notre pratique, les signes des difficultés des familles à faire face aux coûts des soins ne manquent pas : diminution de la fréquentation des consultations en fin de mois et paiements en petites coupures (au lieu des gros billets du début du mois), fréquentation du service d'urgence au lieu d'appeler le médecin de garde (la facture de l'hôpital sera bien plus lourde, mais viendra plus tard...), retard du passage à la pharmacie (ordonnances de médicaments qui traînent parfois plus d'une semaine)... L'ampleur du phénomène est évidemment difficile à estimer. Voyons quelques enquêtes.

Les **Mutualités Chrétiennes** ont publié une étude en 1996, sur 1.400 malades chroniques ; 40% d'entre eux consacraient l'équivalent de 2 mois complets de revenus pour résorber des dépenses médicales non remboursées¹.

Les **Mutualités Socialistes**, en 1997, ont montré dans une enquête que le taux de report de soins de santé pour des raisons économiques était en moyenne de 8% (19% en région bruxelloise, 11% en région wallonne, et 4% en région flamande)¹.

Enquête auprès de 317 familles de Wallonie

Plus récemment, une enquête réalisée en mai-juin 1999 par les Mutualités Socialistes² apporte aussi des informations intéressantes.

Les 317 familles (soit 925 personnes) ont été tirées au hasard sur base d'un triple critère :

1. **Géographique** : 32 répondants retenus dans chacune des 10 mutualités régionales ;
2. **Social** : minimexés, chômeurs ; ménages disposant de revenus annuels nets inférieurs à 300.000 FB ou ménages qui disposent de revenus nets de 300.000 à 600.000 FB ;
3. **Fréquentation médicale** : au moins un membre de ces familles a eu recours au médecin pendant les 6 derniers mois, ou a été hospitalisé dans les 12 derniers mois.

Notons qu'un tiers des affiliés des Mutualités Socialistes entrent dans ces deux dernières catégories.



Ghislaine De Smet, médecin généraliste.

(1) Document de travail « Accès aux soins », Daniel Lhost, Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté, 8.2000

(2) « Renouer » n° 37, janvier-février 2000 ; bimestriel des Mutualités Socialistes réservé aux médecins, dentistes et pharmaciens.

Quelques chiffres

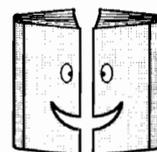
La première chose à noter est que, dans l'échantillon des 317 familles, 185 familles (soit 58,4%) déclarent avoir rencontré des difficultés à payer leurs soins de santé.

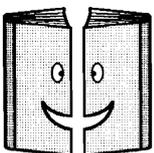
- 21% renoncent à certaines dépenses de santé ;
- 36 % reportent certains soins de santé ;
- 54% considèrent qu'il est difficile d'assumer tous les soins requis vu le budget du ménage ;
- 37% estiment que si elles disposaient de plus d'argent, elles en consacraient plus à leur santé ;
- 16% renoncent à certains médicaments.

Quelques constats des enquêteurs

Le report de soins n'est pas un phénomène linéaire, des priorités sont établies. Soigner les enfants, ou soigner une maladie grave, par exemple, peut toujours être assumé à temps. Par contre les soins dentaires ou les lunettes passent au second plan. Remarquons que le phénomène du renoncement aux soins dentaires est connu de longue date, si bien qu'on parle de l'état dentaire comme d'un « stigmat de la pauvreté ». On constate d'ailleurs une diminution linéaire du taux de report au fur et à mesure que l'on monte dans l'échelle des revenus.

A lire... à débattre





Il faut aussi relativiser la notion de « report » de soins de santé : cela ne signifie pas une absence totale de soins. Sur les 317 ménages de l'enquête, 88% ont eu recours à un prestataire de soins au cours du mois qui précédait.

Une autre remarque importante concerne les deux structures d'aide évoquées dans l'enquête : le CPAS et la famille. Si le réseau familial n'assumait pas une aide concrète, y compris financière, certains ménages rencontreraient beaucoup plus de difficultés encore. C'est ainsi que le groupe le plus vulnérable est celui des personnes âgées isolées, sans réseau familial à proximité.

Mieux vaut être riche et en bonne santé...

Le report de certains soins ne donne aucune idée, même relative, des besoins réellement couverts.

Dans une enquête de santé réalisée par l'Institut Pasteur en 1997³, des tableaux comparatifs sont très intéressants à cet égard. Des personnes ont été interrogées quant à leur sentiment subjectif d'être en bon état de santé (très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais). Les chiffres ont été répartis par catégories d'âge, revenu mensuel net (par unité de consommation), et catégorie sociale (actif, inactif, chômage, minimex).

Cette étude montre tout d'abord que les dépenses médicales ont augmenté de 22% entre 1992 et 1996 (augmentation des coûts et/ou augmentation de la consommation).

Elle montre également un sentiment subjectif de bon état de santé très différent selon la catégorie sociale. Si l'on regroupe les items de santé moyens, mauvais et très mauvais, on voit que la proportion des personnes qui se considèrent en état de santé insatisfaisant augmente très nettement chez les inactifs :

29% des actifs, 38% des chômeurs, 61% des inactifs et 65% des minimexés se déclarent en état de santé moyen ou mauvais.

L'enquête de l'Institut Pasteur pointe aussi une consommation très importante de médicaments. C'est ainsi que 80% des ménages (de 1 à 4 personnes) prenaient des médicaments

au moment de l'enquête ; 11% des ménages prenaient plus de 7 médicaments !

Mesures qui ont été prises pour faciliter l'accès aux soins⁴

L'extension du statut VIPO

En 1997, le statut V.I.P.O. (initialement limité aux Veuves, Invalides, Pensionnés et Orphelins), a été étendu aux minimexés, aux bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées et aux handicapés. En 1999, il a été étendu aux chômeurs de plus de 50 ans, chefs de ménage ou isolés, et aux prépensionnés. Cela fait plus de 200.000 bénéficiaires supplémentaires.



Outre le fait d'appartenir à l'une de ces catégories, l'obtention de ce statut se base sur les revenus : pour l'obtenir, il faut disposer de revenus annuels bruts imposables inférieurs à 474.519 FB + 87.846 FB par personne à charge.

Il est intéressant de voir que même dans les familles qui bénéficient des remboursements préférentiels (tarif VIPO), il y a un renoncement à certains soins, lié aux difficultés rencontrées pour avancer l'argent. Les patients déplorent aussi l'arrêt du remboursement direct au guichet de la mutualité.

Le système a aussi ses limites : il suffit parfois d'une légère augmentation de la pension ou

de l'indemnité pour perdre le statut de VIPO, ce qui peut entraîner un surcroît de dépenses bien supérieur à l'augmentation des revenus.

La franchise sociale

Les VIPO, les chômeurs chefs de ménage et isolés sans emploi depuis plus de 6 mois, les personnes dont les revenus ne dépassent pas le montant du minimex au taux ménage (soit 341.340 FB par an), bénéficient de la franchise sociale : dès que la somme des tickets modérateurs⁵ payés atteint 15.000 FB, ils seront remboursés de tous les tickets modérateurs ultérieurs. Ce système a été introduit en 1995, comme la franchise fiscale décrite ci-dessous.

Pratiquement, tout au long de l'année, les mutuelles comptabilisent la somme des différents tickets modérateurs payés par le patient. A partir du moment où ce montant atteint les 15.000 FB, les personnes seront remboursées à posteriori, et averties par courrier. Les modalités de ce remboursement varient d'une mutuelle à l'autre, mais le remboursement des tickets modérateurs (correspondant aux tarifs conventionnés) sera réalisé dans un délai assez court, à l'opposé de la franchise fiscale, qui ne sera effective qu'après deux ans (voir ci-dessous).

Il faut noter que les médicaments, les frais d'hébergement dans les maisons de repos, les frais d'« hôtellerie » en cas d'hospitalisation, n'entrent pas (ou plus) dans la franchise sociale. Le nombre de bénéficiaires de cette franchise sociale (tout comme ceux de la franchise fiscale décrite ci-dessous) a été fortement réduit depuis 1997, par des restrictions de la prise en compte de certaines dépenses d'hospitalisation.

La franchise fiscale

Les ménages qui ne bénéficient pas de la franchise sociale peuvent éventuellement bénéficier de la franchise fiscale, en fonction du niveau de leurs revenus : quand le montant des dépenses de santé dépasse un certain plafond⁶, le trop-perçu en tickets modérateurs sera déduit au moment du paiement des impôts (soit deux ans plus tard !!).

Autres mesures

Depuis 1998, les malades chroniques⁷ et les personnes qui ont des problèmes

d'incontinence ont droit à un forfait annuel de 10.000 FB (les 2 forfaits sont cumulables).

Les régimes « résiduaux » (minimexés, handicapés...) sont intégrés depuis le 1.1.1998 dans l'assurance « soins de santé » des salariés (soit une augmentation de 50.000 bénéficiaires).

A noter que les petits indépendants en difficulté n'ont pas été intégrés dans le régime (ils sont donc moins protégés qu'un minimexé n'ayant jamais cotisé). Souvent ces indépendants ne sont couverts que pour les « gros risques » (hospitalisation), car ils ne peuvent pas faire face au prix des petits risques.

Le tiers payant est aussi une mesure qui permet de faciliter l'accès aux soins. Il est appliqué systématiquement à la pharmacie (on ne paye que le ticket modérateur, soit la partie non remboursée, et le pharmacien se fait payer le solde directement par la mutuelle). Il est également appliqué pour les examens techniques.

Par contre, il n'est actuellement pas permis pour les consultations. Il existe cependant une dérogation qui permet aux médecins de pratiquer le tiers payant quand la situation financière des personnes le nécessite. Mais cette procédure n'est pas encore très répandue, et impose un travail administratif qui rebute de nombreux médecins. De plus, les mutuelles mettent de 2 à 6 mois pour honorer leurs factures.

Nouvelles mesures prises par le gouvernement

Le gouvernement vient de prendre différentes mesures pour alléger la facture santé des plus démunis⁸.

En 2001, un nombre plus important de médicaments sera inclus dans le calcul des franchises. Le gouvernement prévoit également d'augmenter les remboursements de différentes prothèses orthopédiques (hanche, genou, épaule, cheville). Les appareils auditifs, les montures de lunettes et les verres pour enfants, les chaises roulantes seront également mieux remboursés.

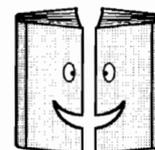
Un volet concerne les remboursements des soins pour les patients palliatifs (remboursement intégral des visites à domicile de leur

(5) parties non remboursées en matière de consultations et d'exams, par rapport au honoraires conventionnés (c'est à dire fixés par la convention médico-mutuelliste en vigueur).

(6) Ce plafond varie de 15.000 FB/an (revenus inférieurs à 538.000 FB/an) à 50.000 FB/an (revenus supérieurs à 1.411.000 FB/an).

(7) définis selon des critères médicaux et un niveau de dépenses de santé supérieur à 10.000 FB/an pendant deux années de suite.

(8) Le Soir, 3.11.2000



(9) *Tout comme l'ensemble des mesures destinées à venir en aide aux plus démunis(e)s crée une société à deux vitesses : transports gratuits, cartes téléphoniques... Plutôt que de prendre des mesures allant dans le sens d'une véritable justice sociale, c'est à dire assurant des revenus corrects à tou(te)s, on stigmatise de plus en plus les « assisté(e)s », dont l'autonomie est limitée.*

médecin, financement de la fonction palliative en maison de repos).

En conclusion

Le coût des soins de santé est devenu prohibitif pour un grand nombre de personnes. Dans l'urgence, le gouvernement prend à nouveau des mesures pour colmater les plus grosses fuites, les besoins les plus criants. Le statut de VIPO, le système des franchises ne peuvent empêcher l'émergence d'une médecine à deux vitesses⁹, car le report des soins est aussi dû aux difficultés rencontrées pour avancer le prix des soins. Les personnes à petits revenus reportent leurs soins de santé, et ce n'est évidemment pas toujours à bon escient...

Les questions essentielles ne sont toujours pas posées : comment améliorer l'état de santé de la population et comment améliorer la qualité de nos services de soins de santé ? Il est temps de réduire les dépenses de santé, en agissant de façon judicieuse. Moins de médicaments, mieux utilisés (moins de gaspillage : il y a des milliers de francs de médicaments non utilisés qui traînent dans les pharmacies familiales et finiront à la poubelle). Moins d'exams, moins d'hospitalisations¹⁰. Enfin... plus de temps pour chaque patient, pour mieux répondre à ses problèmes et améliorer véritablement son état de santé.

Et si l'on diminuait les dépenses en améliorant la qualité des soins ? De nombreux confrères sont convaincus que ce serait possible.

(10) *Il peut sembler choquant, à la première lecture, de proposer de réduire les hospitalisations. En effet, l'expérience vécue montre que les personnes hospitalisées sont parfois poussées à quitter l'hôpital alors qu'elles ne sont pas rétablies. En fait, l'hôpital dysfonctionne, car il est contraint d'être rentable. Les premières journées d'hospitalisation sont mieux remboursées, et le patient y subit toute une série d'exams qui permettent de rentabiliser les installations... D'où la tendance à raccourcir la durée des hospitalisations. Tout cela n'est, à l'évidence, pas uniquement guidé par le souci d'une bonne qualité de soins. La place me manque ici pour développer ce sujet, qui pourrait être le thème d'un prochain article. N'hésitez pas à nous envoyer vos réflexions, vos témoignages, sur cette question.*

Consultations de « Médecins du Monde »

Consultations gratuites de médecine spécialisée, sur rendez-vous, le jeudi de 17h30 à 19h

Ces consultations sont destinées aux personnes sans mutuelle ou sans papiers, adressées par un médecin généraliste. Consultations en Chirurgie, Orthopédie, Pédiatrie, Gynécologie, Médecine interne, ORL, Dermatologie, Ophtalmologie, Urologie.

Polyclinique d'Etterbeek (La Chasse)
2, Square Docteur Jean Joly
1040 Bruxelles
tél. 02-641.43.21