



ETUDE

LE PROFIL DES NON- UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ ET LE REPORT DE SOINS EN RAISON DE LA COVID-19

Une enquête transversale auprès des membres des
Mutualités Libres



Une publication des **Mutualités Libres**

Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > Luk Bruyneel, Wies Kestens, Güngör Karakaya, Ludo Vandenthoren,
Murielle Lona, Lynn Pellens, Filip Bonnevalle, Jurian Cuppen, Thibault Voglaire,
Melanie Schmidt

www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, septembre 2021

(Numéro d'entreprise 411 766 483)



LE PROFIL DES NON-UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ ET LE REPORT DE SOINS EN RAISON DE LA COVID-19

Une enquête transversale auprès des membres
des Mutualités Libres

Contenu

01.	Introduction	4
02.	Méthodologie	6
03.	Résultats	11
04.	Discussion.....	21
05.	Conclusion	25
06.	Recommandations.....	26
07.	Références	27
08.	Annexe : enquête	28
09.	Notes	32

01.

INTRODUCTION

Les Belges ont largement recours aux soins de santé. 81 % d'entre eux ont eu au moins un contact avec leur médecin généraliste en 2018, 62 % se sont rendus au moins une fois chez un spécialiste en 2019, et 55 % ont eu au moins deux contacts avec un dentiste au cours de deux années différentes pendant la période 2016-2018 (Agence Intermutualiste, 2020) On remarque toutefois des variations marquées entre les individus ou les sous-populations en termes de santé et d'utilisation des services de soins de santé. De récentes études menées par les Mutualités Libres montrent que, à l'une des extrêmes, 5 % de la population représentent environ 59 % des dépenses de santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (Kestens, 2021), tandis qu'à l'autre extrême, près de 5 % de la population assurée n'ont aucun recours aux soins de santé remboursés (Karakaya, 2020).

Les soins de santé dont a besoin la population (et auxquels elle a recours ou non) s'expliquent par un large éventail de facteurs. Bien entendu, l'état de santé joue un rôle important. De nombreuses personnes atteintes d'une maladie chronique font ainsi partie des 5 % de grands utilisateurs de soins de santé (Kestens, 2021). Par ailleurs, c'est souvent dans les inégalités au sein de la société et du système de soins de santé qu'on recherche une explication possible de la variation de la consommation de soins de santé. Des rapports récents de l'Observatoire social européen (2020) et du Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (2020) soulignent que la Belgique affiche des performances remarquablement faibles par rapport aux autres pays européens en termes de recours aux soins et de report des soins parmi les groupes aux revenus les plus faibles, et ce malgré plusieurs mesures de protection. Le renoncement aux soins de santé en raison d'obstacles financiers a été saisi par Després (2013) sous le terme de *barrier-renunciation*, c'est-à-dire que les individus sont confrontés à un environnement de restrictions qui les empêchent d'accéder aux soins souhaités. En plus des limitations financières, la distance physique par rapport au prestataire de soins ou le manque de temps font également partie des obstacles à l'accès aux soins (Bertier et al., 2021).

Outre le *barrier-renunciation*, Després (2013) parle aussi de *refusal-renunciation*, soit une expression de l'autonomie du patient par rapport à la médecine conventionnelle (et d'un mouvement vers les soins personnels ou la médecine alternative) caractérisée par le refus de thérapies spécifiques, ou par une forme plus radicale et définitive de refus lorsque le recours au traitement est jugé inutile. Cette forme de renoncement aux soins de santé est illustrée dans une étude réalisée par Baggio et ses collègues auprès de 35.000 jeunes adultes français dans l'enseignement supérieur. « Attendre que les choses s'améliorent » et « Préférer les soins personnels/l'automédication » sont les deux principales raisons du renoncement aux soins, devant les aspects financiers, le manque de temps et la peur. Cependant, comme le soulignent les auteurs eux-mêmes, les résultats peuvent difficilement être généralisés étant donné l'accent spécifique mis sur les étudiants, qui sont plus instruits et disposent de plus de ressources financières que la population moyenne.

La littérature actuelle sur le renoncement aux soins de santé est limitée parce que l'accent est souvent mis principalement sur le *barrier-renunciation*, parce que seuls certains domaines des soins de santé sont étudiés, ou parce que les recherches se

concentrent sur des sous-groupes spécifiques de la population. Ces limitations empêchent la généralisation des résultats.

L'objectif de cette étude est de mieux évaluer les facteurs individuels expliquant le non-recours aux soins de santé. Le résultat permettra de mener des actions de sensibilisation plus efficaces et d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé. Une telle évaluation doit tenir compte du contexte actuel ; il se peut que des personnes aient retardé des soins spécifiquement en raison de la crise sanitaire de la Covid-19 et des mesures sanitaires connexes. Une étude menée dans 26 pays européens a révélé qu'en Belgique, 12 % des personnes âgées de 50 ans et plus avaient reporté des soins médicaux en raison de la Covid-19, ce qui correspond à la moyenne des autres pays. 35 % ont déclaré que des soins planifiés avaient été reportés (moyenne européenne = 25 %) et 9 % qu'il était impossible d'obtenir un rendez-vous ou de commencer un traitement (moyenne européenne = 5 %). Ces pourcentages étaient également plus élevés dans les groupes financièrement vulnérables (Arnault et al., 2021).

Afin de pouvoir évaluer les facteurs individuels expliquant le non-recours aux soins de santé, nous nous appuyons sur le modèle comportemental d'Andersen, largement répandu pour mesurer l'utilisation des services de santé. Il a été développé spécifiquement pour mesurer et définir l'accès équitable aux soins de santé, pour aider à concevoir des politiques visant à promouvoir un accès équitable aux soins et pour aider à comprendre pourquoi les ménages ont recours aux services de santé (Andersen, 1995). Le modèle avance que les comportements en matière de santé et leurs résultats sont déterminés par des caractéristiques contextuelles et individuelles, qui comprennent toutes deux des facteurs prédisposants, des facteurs favorables et des besoins. Nous reviendrons en détail sur ce modèle lorsque nous décrirons les variables de notre étude. Bien que le modèle existe déjà depuis des décennies, il est à noter que la majorité des études s'appuyant sur ce modèle ont utilisé des données secondaires, et n'ont donc souvent inclus qu'un ensemble limité de variables dans leur analyse, selon une revue systématique de la littérature (Babitsch et al., 2012).

L'objectif principal de cette étude est d'acquérir de nouvelles connaissances sur les caractéristiques individuelles et les comportements de santé qui expliquent le non-recours aux soins de santé. Nous nous concentrons sur les caractéristiques prédisposantes individuelles, les caractéristiques facilitantes, les besoins et les comportements en matière de soins de santé qui sous-tendent l'utilisation des soins. Nous cartographions également les comportements de refus d'aide liés au non-recours aux soins de santé. Notre objectif secondaire consiste à décrire le pourcentage d'individus qui ont reporté des soins à cause de la Covid-19, ainsi qu'à identifier les soins qui ont été reportés.

02.

METHODOLOGIE

CONCEPTION DE L'ETUDE

Une collecte de données primaires a été mise en place pour cette étude. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale prospective. Les utilisateurs et les non-utilisateurs de soins de santé sont identifiés sur la base de données administratives, puis invités à remplir un questionnaire conçu pour répondre aux questions que nous nous posons dans le cadre de cette recherche.

POPULATION DE L'ETUDE

En vue de l'envoi du questionnaire, les utilisateurs et les non-utilisateurs ont été identifiés sur la base des données de remboursement de tous les membres (n=2.284.897) des Mutualités Libres pour l'année de prestation 2020. Nous voulons en effet atteindre un groupe suffisamment large d'utilisateurs et de non-utilisateurs, ce qui aurait été peu probable si nous avions dû prendre un échantillon aléatoire basé sur nos données administratives. L'identification a eu lieu au cours de la première semaine de janvier 2021. Nous avons identifié 212.151 non-utilisateurs (9,3 %) et 2.072.746 utilisateurs (90,7 %). Les critères d'exclusion suivants ont ensuite été appliqués à ces deux groupes : moins de 18 ans ou plus de 80 ans, pas titulaire, pas d'adresse e-mail, vivant à l'étranger, malades chroniques, hospitalisation. Après cette sélection, il restait 69.962 non-utilisateurs et 693.820 utilisateurs. Ensuite, toutes les personnes pour lesquelles l'adresse électronique indiquée apparaissait plus d'une fois dans l'ensemble des données ont été exclues, ce qui a donné un résultat de 64.547 non-utilisateurs et 630.772 utilisateurs. Le Tableau 1 présente certains de leurs facteurs prédisposants (sexe, âge) et facilitants (intervention majorée) basés sur des données administratives. Parmi les non-utilisateurs, on trouve nettement plus d'hommes que de femmes, plus de jeunes que de personnes âgées, et plus de personnes ayant droit à l'intervention majorée. Une personne peut prétendre à une intervention majorée sous certaines conditions de revenus. Grâce à cette intervention majorée, les consultations, les médicaments, les hospitalisations, etc. sont moins chers.

Tableau 1. Caractéristiques des utilisateurs et non-utilisateurs de soins de santé identifiés pour l'année 2020

Paramètre	Utilisateurs (n=648.300)	Non-utilisateurs (n=64.547)	Différence non- utilisateurs/utilisateurs
Sexe			
Femme	316.019 (50,1 %)	17.946 (27,8 %)	$\chi^2=11662$, $p<0.0001$
Homme	314.753 (49,9 %)	46.601 (72,2 %)	
Age			
Moyenne (SD)	42 (12,8)	39,5 (12,1)	$t=47$, $p<0.0001$
Intervention majorée			
Oui	40.910 (6,5 %)	4578 (7,1 %)	$\chi^2=35$, $p<0.0001$
Non	589.862 (93,5 %)	59.969 (92,9 %)	

Afin d'obtenir un groupe équilibré d'utilisateurs et de non-utilisateurs de 64.547 personnes chacun, le groupe des utilisateurs a été randomisé. Ensuite, tous les utilisateurs (n=64.547) et non-utilisateurs (n=64.547) identifiés ont été invités à remplir un questionnaire pour répondre à nos questions de recherche. L'invitation a été envoyée à la mi-janvier 2021. Les personnes ont été informées de l'objectif de l'étude par le biais

de l'invitation, mais il n'était pas précisé si elles avaient été identifiées en tant qu'utilisateur ou non-utilisateur de soins de santé. Elles ont eu un mois pour remplir le questionnaire. Il n'était pas possible d'identifier les répondants sur la base du questionnaire ni de les relier aux données administratives.

VARIABLES DE L'ETUDE

Le questionnaire complet est disponible à l'Annexe 1.

Utilisation des soins de santé

L'utilisation ou la non-utilisation des soins de santé est le principal critère d'évaluation de cette étude. Comme nos données administratives peuvent être incomplètes, la distinction entre utilisateurs et non-utilisateurs n'a pas été faite sur cette base, mais sur la base de la réponse à la question de savoir si les personnes ont eu une consultation avec un prestataire de soins de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychiatre, psychologue, dentiste, kinésithérapeute, thérapeute alternatif, gynécologue ou autre prestataire) au cours des douze derniers mois. En fonction de ces réponses, nous avons fait une distinction entre les utilisateurs, c'est-à-dire les personnes ayant eu une consultation avec au moins un de ces prestataires de soins de santé (à l'exception d'un thérapeute alternatif), d'une part ; et les non-utilisateurs, c'est-à-dire les personnes n'ayant eu de consultation avec aucun de ces prestataires, d'autre part.

Par ailleurs, nous avons utilisé le questionnaire pour cartographier les comportements de refus d'aide. Nous avons demandé aux participants à quelle fréquence ils prennent rendez-vous chez certains prestataires de soins (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychiatre, psychologue, dentiste, kinésithérapeute, thérapeute alternatif, gynécologue) et s'ils ne font pas appel à ces prestataires de soins même lorsqu'ils ont un problème.

Par souci d'exhaustivité, nous tenons à préciser que le respect du schéma de vaccination et la participation aux examens préventifs ont également fait l'objet de questions. Les analyses relatives à celles-ci seront livrées lors d'un rapport de suivi.

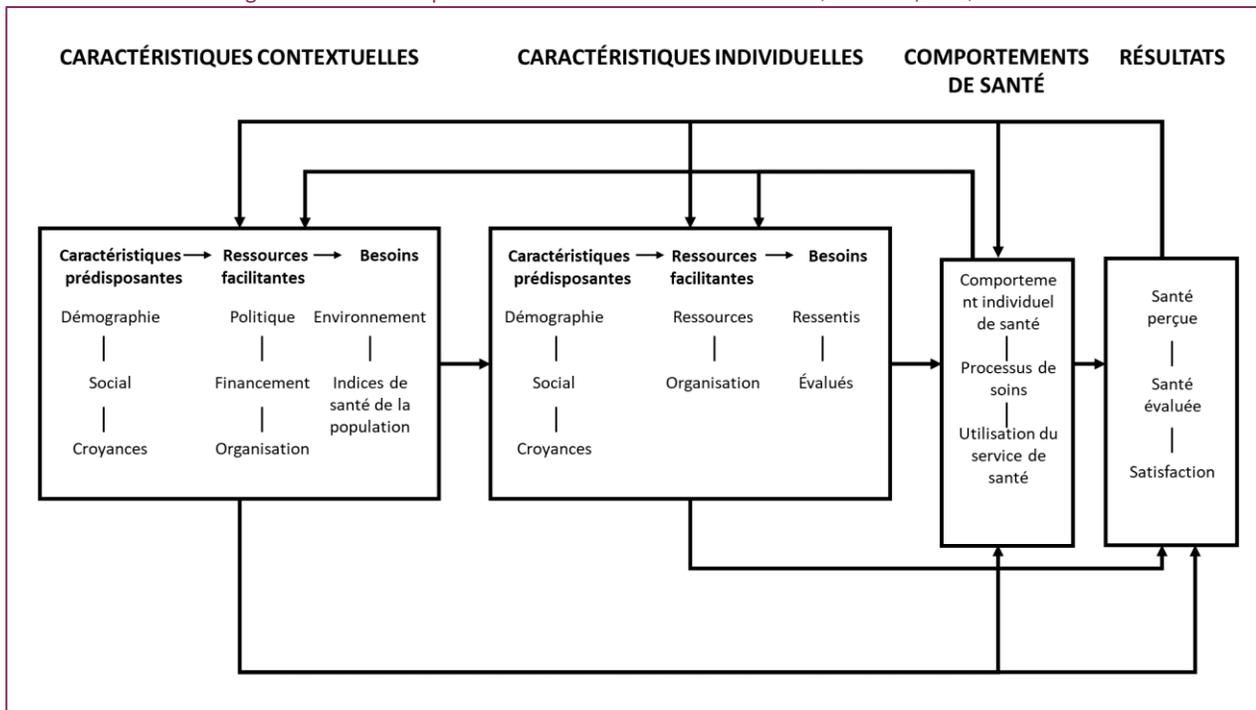
Report des soins en raison de la Covid-19

Le report de soins dû à la Covid-19 a été étudié car il joue un rôle important dans l'utilisation des soins de santé en 2020. Il a été demandé aux participants s'ils avaient reporté une visite chez un prestataire de soins de santé en raison de la crise sanitaire et dans l'affirmative, quel type de soins avait été reporté (pour plus de détails, voir l'Annexe 1). En combinaison avec la question ci-dessus sur l'utilisation des soins de santé, cette question permet de classer les répondants comme utilisateurs, non-utilisateurs et non-utilisateurs à cause de la Covid-19.

Variables explicatives du (non-)recours aux soins de santé

Le questionnaire en ligne a permis de mesurer un vaste ensemble de variables d'étude susceptibles d'expliquer le (non-)recours aux soins de santé. Les variables de notre étude se rapportent aux caractéristiques individuelles et aux comportements de santé, cf. la révision la plus récente du modèle comportemental d'Andersen (Figure 1) (Andersen et al., 2013).

Figure 1. Modèle comportemental d'accès aux soins de santé (Andersen, 1995)



Dans l'analyse ci-dessous, nous plaçons les variables de notre étude dans le modèle d'Andersen.

Caractéristiques individuelles

- Caractéristiques prédisposantes
 - Caractéristiques démographiques (c'est-à-dire caractéristiques biologiques)
 - Sexe
 - Age
 - Facteurs sociaux (c'est-à-dire le statut d'une personne dans la communauté, ainsi que sa capacité à faire face aux problèmes et à disposer de ressources pour y parvenir) :
 - Statut professionnel
 - Situation de logement
 - Comportements de santé (c'est-à-dire les attitudes, les valeurs et les connaissances des gens par rapport à la santé et aux services de santé, qui peuvent influencer leur perception ultérieure de la nécessité et de l'utilisation des services de santé)
 - Les informations sont faciles à trouver et à comprendre
 - Difficulté à comprendre les explications des prestataires de soins de santé
 - Peur en raison des examens réalisés
 - Peur en raison des résultats possibles
 - Peur en raison de la crise du coronavirus
- Caractéristiques facilitantes
 - Aspects financiers (revenus et biens dont dispose l'individu pour payer les services)
 - Revenus du ménage
 - A déjà reporté une consultation pour des raisons financières
 - A déjà reporté des soins pour des raisons financières

- Organisation (la personne dispose-t-elle ou non d'une source régulière de soins, d'un moyen de transport et du temps pour le trajet et l'attente avant les soins ?)
 - Longue liste d'attente pour le prestataire de soins de santé que la personne souhaite consulter
 - Savoir à quel prestataire de soins de santé s'adresser
- Besoins
 - Perçus (comment les personnes perçoivent leur propre état de santé général et leur état fonctionnel; et comment elles vivent et réagissent émotionnellement aux symptômes de la maladie, à la douleur et aux inquiétudes concernant leur état de santé, ainsi que leur perception de l'importance et de l'ampleur d'un problème de santé)
 - Auto-perception de la santé physique et mentale
 - Auto-perception de l'état de santé et de la nécessité de consulter un prestataire de soins de santé
 - Evalués (jugement professionnel et mesure objective de l'état physique d'un patient et de son besoin de soins médicaux)
 - Présence d'une maladie chronique

Comportements de santé

- Pratiques de santé personnelles (comportements de la part de l'individu qui influencent son état de santé, ainsi que les soins personnels et l'observance thérapeutique)
 - Style de vie : consommation d'alcool, tabagisme, exercice physique, alimentation saine
 - Savoir comment prendre soin de soi en cas de maladie
 - Rechercher d'abord des informations avant de consulter un prestataire de soins de santé
 - Préférer attendre que l'on se sente mieux
 - Préférer des méthodes alternatives de traitement
 - Ne pas avoir de temps pour un rendez-vous, un examen ou un traitement

Analyse statistique

Tout d'abord, nous procédons à une nouvelle identification de l'utilisation des soins de santé à partir des réponses de nos répondants à la question pertinente.

Ensuite, nous décrivons le report des soins en raison de la Covid-19. Nous excluons alors les répondants identifiés comme non-utilisateurs à cause de la Covid-19. Les personnes qui ont reporté des soins uniquement à cause de la Covid-19 ne constituent pas le groupe cible initial de cette étude.

Lors de l'étape suivante, nous décrivons l'association entre le (non-)recours aux soins de santé et le comportement de refus d'aide.

Enfin, nous décrivons les variables explicatives possibles du recours aux soins de santé pour l'ensemble de l'échantillon, et pour les utilisateurs et les non-utilisateurs séparément. La description suit la structure du modèle d'Andersen.

Les différences significatives d'un point de vue statistique entre les utilisateurs et les non-utilisateurs sont d'abord examinées pour chaque variable explicative possible prise isolément, grâce à l'application du test du chi carré pour les variables nominales (par exemple, le sexe) et le test U de Mann-Whitney pour les variables ordinales (par exemple,

le revenu). Les associations sont ensuite testées à l'aide d'une régression logistique multiple par étapes. Les variables sont d'abord soumises à des tests multiples au sein de la composante du modèle d'Andersen. Puis toutes les variables restantes des différentes composantes sont à nouveau soumises à des tests multiples. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios (OR) et de leurs intervalles de confiance (IC). Seuls les résultats des variables statistiquement significatives sont présentés dans les résultats relatifs à l'analyse de régression multiple. Pour le niveau de signification statistique, nous gardons une valeur seuil de $\alpha=0,05$. Toutes les analyses ont été effectuées en SAS 9.4.

03.

RESULTATS

NETTOYAGE DES DONNEES ET TAUX DE REPONSE

Avant de procéder aux analyses liées aux questions de recherche, nous avons créé l'ensemble de données uniquement sur la base des enquêtes valides et entièrement complétées. Sur les 129.094 répondants, 6.595 ont rempli le questionnaire (taux de réponse = 5,1 %). Parmi ceux-ci, 107 n'ont pas été inclus dans l'analyse car les mêmes catégories de réponses étaient toujours indiquées aux questions sur le report des soins en raison de la Covid-19 ou aux questions sur les perceptions et les arguments concernant les soins de santé. Cela indique très probablement que les personnes ont rempli le questionnaire sans trop y prêter attention. Enfin, nous avons retiré 45 personnes qui ont indiqué qu'elles n'avaient eu qu'une consultation avec un thérapeute alternatif au cours des derniers mois. Au final, 6.443 questionnaires ont été retenus pour l'analyse. Le taux de réponse était presque deux fois plus élevé pour les personnes identifiées sur la base des données administratives comme utilisateurs (4.120/64.547, 6,4 %) que pour les non-utilisateurs de soins de santé (2.176/64.547, 3,4 %). En raison de problèmes techniques, nous ne savons pas pour 147 répondants s'ils avaient été identifiés au préalable sur la base de données administratives comme utilisateurs ou non-utilisateurs.

UTILISATION DES SOINS DE SANTE

Le Tableau 2 montre les réponses des répondants à la question « Avez-vous eu une consultation avec un ou plusieurs de ces prestataires de soins de santé au cours des 12 derniers mois ? ». Les consultations chez les médecins généralistes ou dentistes sont les plus fréquemment signalées. Parmi les 4.120 répondants précédemment identifiés comme utilisateurs, 3,3 % (n=136) ont indiqué qu'ils n'avaient pas eu de consultation avec ce prestataire de soins au cours des 12 derniers mois. Environ 6 répondants sur 10 (62,2 %) qui avaient été précédemment identifiés comme non-utilisateurs ont néanmoins indiqué qu'ils avaient eu une consultation chez un ou plusieurs de ces prestataires de soins de santé. Si nous incluons les 147 répondants pour lesquels nous ne savons pas s'ils avaient été préalablement identifiés comme utilisateurs ou non-utilisateurs sur la base des données administratives, 5.354 utilisateurs et 1.089 non-utilisateurs ont été identifiés grâce au questionnaire.

Tableau 2. Utilisation des soins de santé selon l'enquête

		« Utilisateur » selon les données administratives (n=4120)	« Non-utilisateur » selon les données administratives (n=2176)
Consultation chez un prestataire de soins de santé au cours des douze derniers mois selon le questionnaire	Médecin généraliste	79,7 % (n=3283)	37,5 % (n=815)
	Dentiste	63,9 % (n=2633)	29,2 % (n=635)
	Gynécologue (si la personne interrogée est une femme)	47,4 % (824/1739)	21,6 % (180/834)
	Médecin spécialiste	37,3 % (n=1537)	12,9 % (n=280)
	Kinésithérapeute	22,6 % (n=931)	5,9 % (n=128)
	Thérapeutes alternatifs*	17,3 % (n=713)	6,0 % (n=130)
	Psychologue	9,6 % (n=396)	5,5 % (n=120)
	Autre	9,2 % (n=381)	9,1 % (n=198)

Psychiatre	2,5 % (n=103)	1,9 % (n=42)
Aucun prestataire de soins de santé	3,3 % (n=136)	37,8 % (n=823)

* Les personnes qui n'ont eu qu'une consultation avec un thérapeute alternatif ont été retirées précédemment. Il s'agit donc ici de personnes qui ont eu une consultation avec l'un des autres prestataires en plus de cette consultation chez un thérapeute alternatif.

REPORT DE SOINS EN RAISON DE LA COVID-19

Le Tableau 3 montre pour les 5.354 utilisateurs et les 1.089 non-utilisateurs dans quelle mesure les soins ont été reportés (par eux-mêmes ou par le prestataire de soins) à cause de la Covid-19. Deux répondants sur cinq (39,4 %) ont indiqué qu'au cours de l'année écoulée, ils avaient reporté des soins en raison de la Covid-19. Ce sont surtout les soins bucco-dentaires et les contrôles chez les généralistes/spécialistes qui ont été reportés.

Tableau 3. Report de soins de santé en raison de la Covid-19

	Utilisateurs (n=5354)	Non-utilisateurs (n=1089)	Total (n=6443)
Contrôle chez le médecin généraliste/spécialiste	18,1 % (n=970)	16,2 % (n=176)	17,8 % (n=1146)
Suivi d'une maladie chronique	6,2 % (n=334)	2,9 % (n=32)	5,7 % (n=366)
Soins psychologiques/psychiatriques	4,1 % (n=219)	2,3 % (n=25)	3,8 % (n=244)
Soins bucco-dentaires	24,9 % (n=1333)	26,7 % (n=291)	25,2 % (n=1624)
Examen préventif pour le cancer	6,2 % (n=333)	5,5 % (n=60)	6,1 % (n=393)
Autres examens	11,3 % (n=603)	8,8 % (n=96)	10,8 % (n=699)
Vaccinations	2,9 % (n=157)	2,9 % (n=32)	2,9 % (n=189)
Traitement chez le kinésithérapeute	6,7 % (n=361)	2,6 % (n=28)	6,0 % (n=389)
Soins infirmiers	2,0 % (n=105)	1,4 % (n=15)	1,9 % (n=120)
Traitement chez un thérapeute alternatif	6,3 % (n=336)	2,9 % (n=32)	5,7 % (n=368)
Au moins l'un des prestataires susmentionnés	40,5 % (n=2168)	34,2 % (n=372)	39,4 % (n=2540)

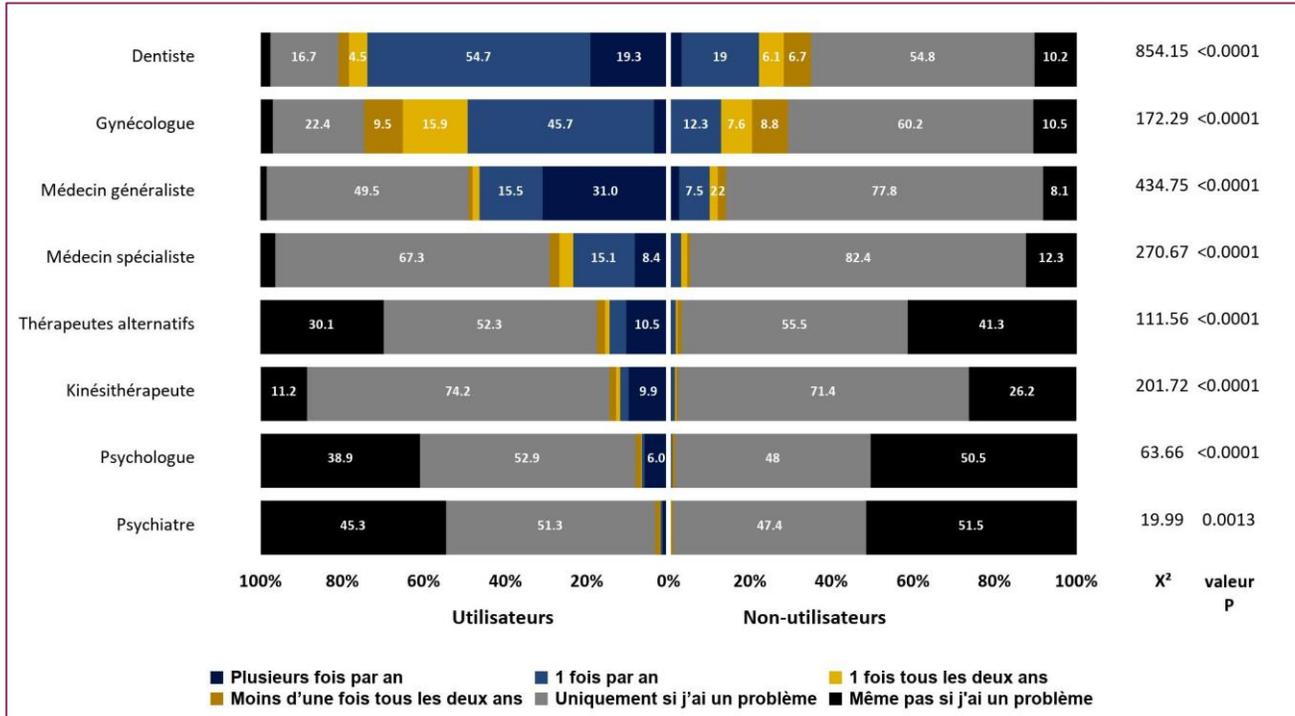
Les 372 non-utilisateurs qui ont reporté des soins à cause de la Covid-19 n'ont pas été inclus dans les analyses ultérieures, car nous partons du principe que dans des circonstances normales, ils auraient pu avoir recours à des soins. Finalement, 5.354 (88,2 %) utilisateurs et 717 (11,8 %) non-utilisateurs ont été retenus.

UTILISATION DES SOINS DE SANTE ET COMPORTEMENT DE REFUS D'AIDE

La fréquence du recours aux soins de santé est évidemment beaucoup plus élevée chez les utilisateurs que chez les non-utilisateurs (Figure 2). Ce qui est frappant, cependant, c'est la proportion beaucoup plus élevée de comportement de refus d'aide de la part des non-utilisateurs. Même lorsqu'un problème survient, ils ne se rendent pas chez un prestataire de soins. Chez les utilisateurs, ce comportement de refus d'aide est très faible pour les consultations chez les dentistes, généralistes, spécialistes et gynécologues, alors que chez les non-utilisateurs, il fluctue autour de 10 % pour chaque catégorie de prestataires. Dans le cas des kinésithérapeutes, cette proportion atteint un quart des non-utilisateurs, contre environ un dixième des utilisateurs. Dans le cas des psychologues et des psychiatres, la moitié des non-utilisateurs font preuve d'un

comportement de refus d'aide. Ce pourcentage est également très élevé chez les utilisateurs.

Figure 2. Fréquence de l'utilisation des soins de santé et de leur non-utilisation en cas de problème



EXPLICATION DE L'UTILISATION DES SOINS DE SANTE

Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles prédisposantes

La Figure 3 illustre les différences de caractéristiques démographiques et de facteurs sociaux entre les utilisateurs et les non-utilisateurs.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques, on constate une différence significative d'un point de vue statistique : il y a plus d'hommes dans le groupe des non-utilisateurs (75,3 % contre 55,6 %, $X^2=103,01$, $p<0,0001$). En ce qui concerne l'âge, il n'y a pas de différences statistiquement significatives (score $z=0,77$, $p=0,44$).

Les deux facteurs sociaux présentent des différences statistiquement significatives entre les utilisateurs et les non-utilisateurs. En ce qui concerne la situation professionnelle ($X^2=58,80$, $p<0,0001$), on observe chez les non-utilisateurs moins d'employés, plus de chômeurs, plus d'ouvriers, plus d'indépendants, plus d'étudiants. En ce qui concerne la situation de logement ($X^2=139,52$, $p<0,0001$), on note davantage d'isolés dans ce groupe. Plus d'un non-utilisateur sur 3 (35,5 %) vit seul, contre moins d'un utilisateur sur 5 (18,5 %). Il y a aussi proportionnellement plus d'individus qui cohabitent avec d'autres personnes que leur partenaire ou leurs enfants (8,6 % contre 5,2 %).

En ce qui concerne les comportements de santé (Figure 4), environ un quart (la somme des personnes tout à fait d'accord et plutôt d'accord est de 26,7 %) des non-utilisateurs et un cinquième (18,1 %) des utilisateurs semblent avoir peur en raison des examens réalisés (score $z=3,09$, $p=0,0020$). Cette différence est significative d'un point de vue statistique. En ce qui concerne la peur des résultats possibles, la différence est moins

prononcée (21,7 % contre 17,4 %) et n'est pas significative d'un point de vue statistique (score z=0,65 et p=0,5133). En revanche, chez les utilisateurs, la peur de la crise sanitaire est significativement (z-score=0,65, p=0,5133) plus importante que chez les non-utilisateurs (27,7 % contre 23,1%). Dans les deux groupes, près de 15 % éprouvent des difficultés à comprendre les explications données par les prestataires de soins. Enfin, le pourcentage de personnes indiquant que les informations sont faciles à trouver et à comprendre est plus élevé chez les non-utilisateurs que chez les utilisateurs (68,1 % contre 65,1 %, score z=3,36, p=0,0008) et cette différence est significative d'un point de vue statistique.

Figure 3. Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles prédisposantes (caractéristiques démographiques et facteurs sociaux)

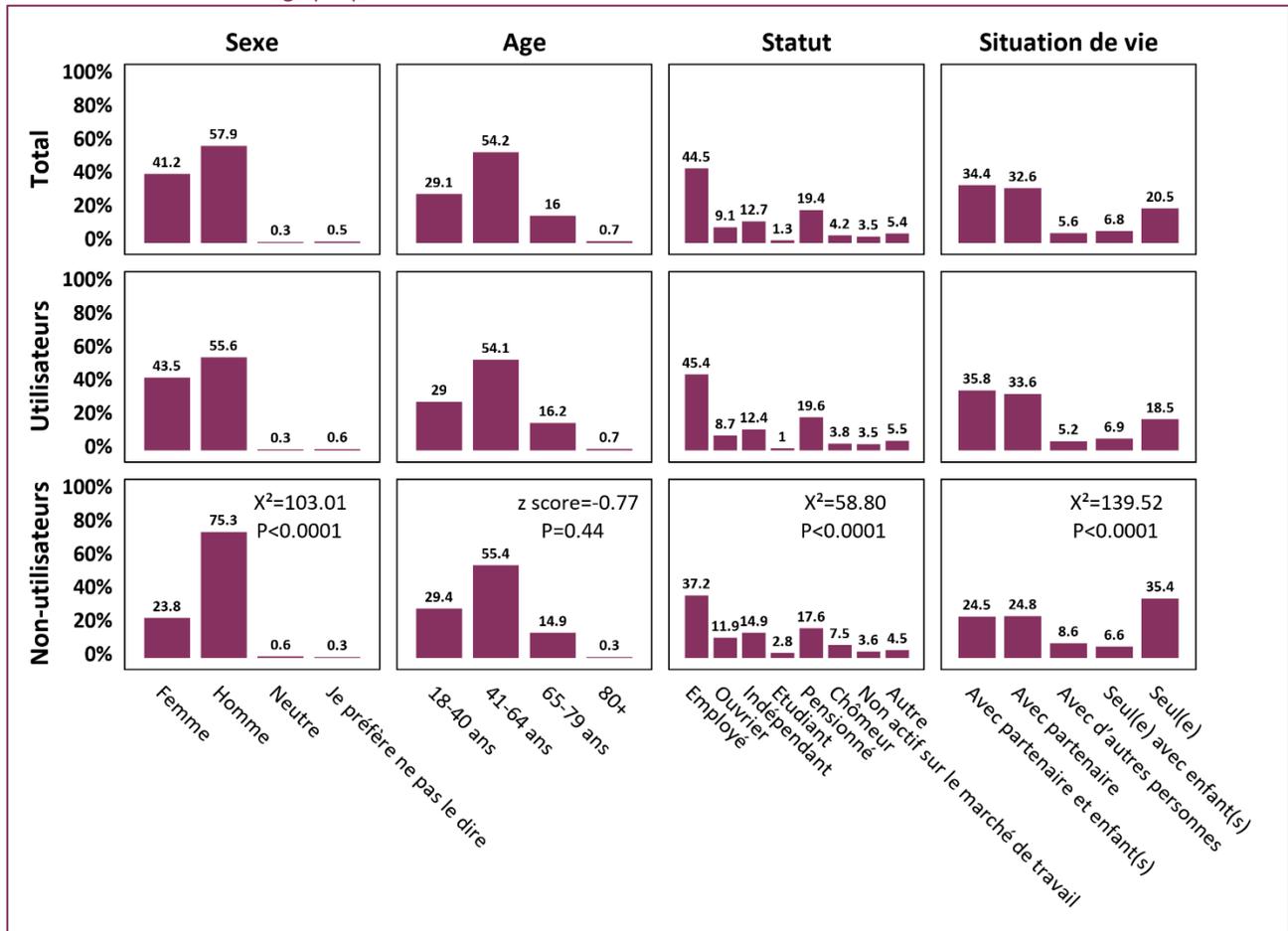
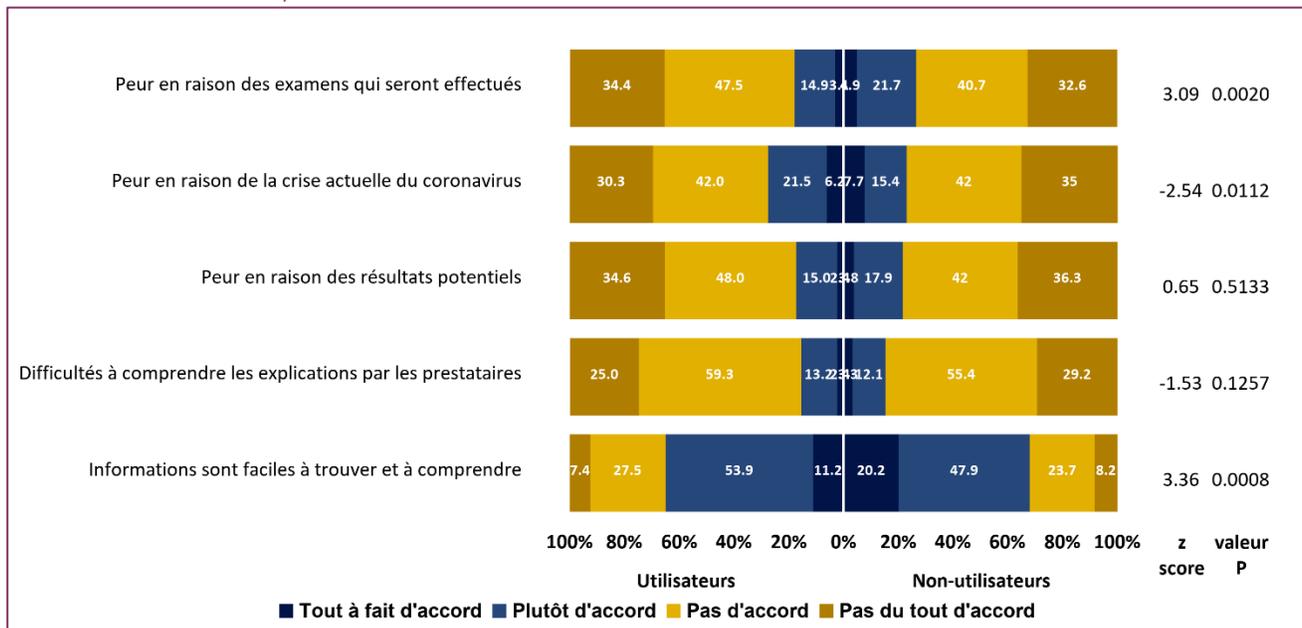


Figure 4. Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles prédisposantes (comportements de santé)



Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles facilitantes

Par rapport aux utilisateurs, nous observons parmi les non-utilisateurs davantage de personnes pour qui le revenu est tout juste ou insuffisant pour joindre les deux bouts, et cette différence est significative d'un point de vue statistique (39,3 % contre 32,7 %, score $z=-3,40$, $p=0,0007$) (Tableau 4).

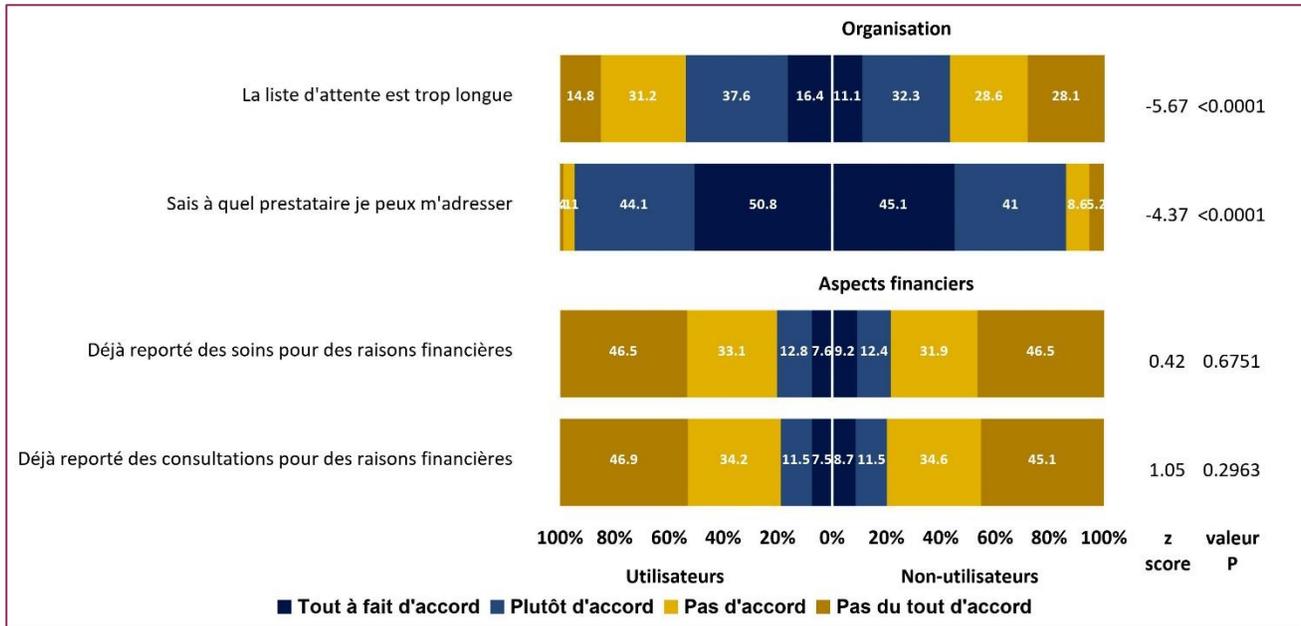
Tableau 4. Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles facilitantes (aspects financiers)

	Total	Utilisateurs	Non-utilisateurs	Utilisateurs vs non-utilisateurs
Revenu du ménage				
Largement suffisant	20.1	20.3	18.5	score $z = -3.40$ $p=0.0007$
Suffisant sans trop de difficultés	38.9	39.8	31.9	
Tout juste suffisant	26.1	25.5	30	
Insuffisant	7.4	7.2	9.3	
Je préfère ne pas le dire	7.5	7.1	10.2	

En revanche, il n'y a pas de différence entre les utilisateurs et les non-utilisateurs en termes de personnes ayant déjà reporté une consultation pour des raisons financières (20,2 % contre 19 %, score $z=1,05$, $p=0,2963$), ni en termes de personnes ayant déjà reporté des soins pour des raisons financières (19,6 % contre 20,4 %, score $z=0,42$, $p=0,6751$) (Figure 5).

Les deux items relatifs à l'organisation des soins présentent par contre une différence significative d'un point de vue statistique (Figure 5). 86,1% des non-utilisateurs indiquent qu'ils savent quel prestataire de soins ils peuvent contacter, alors que cette proportion est de 94,9 % chez les utilisateurs (score $z=-4,37$, $p<0,0001$). Proportionnellement, plus d'utilisateurs (54,0 %) que de non-utilisateurs (43,4 %) indiquent qu'il y a une longue liste d'attente pour le prestataire de soins de santé qu'ils veulent consulter (score $z=-5,67$, $p<0,0001$).

Figure 5. Utilisation des soins de santé et caractéristiques individuelles facilitantes (aspects financiers et organisation)



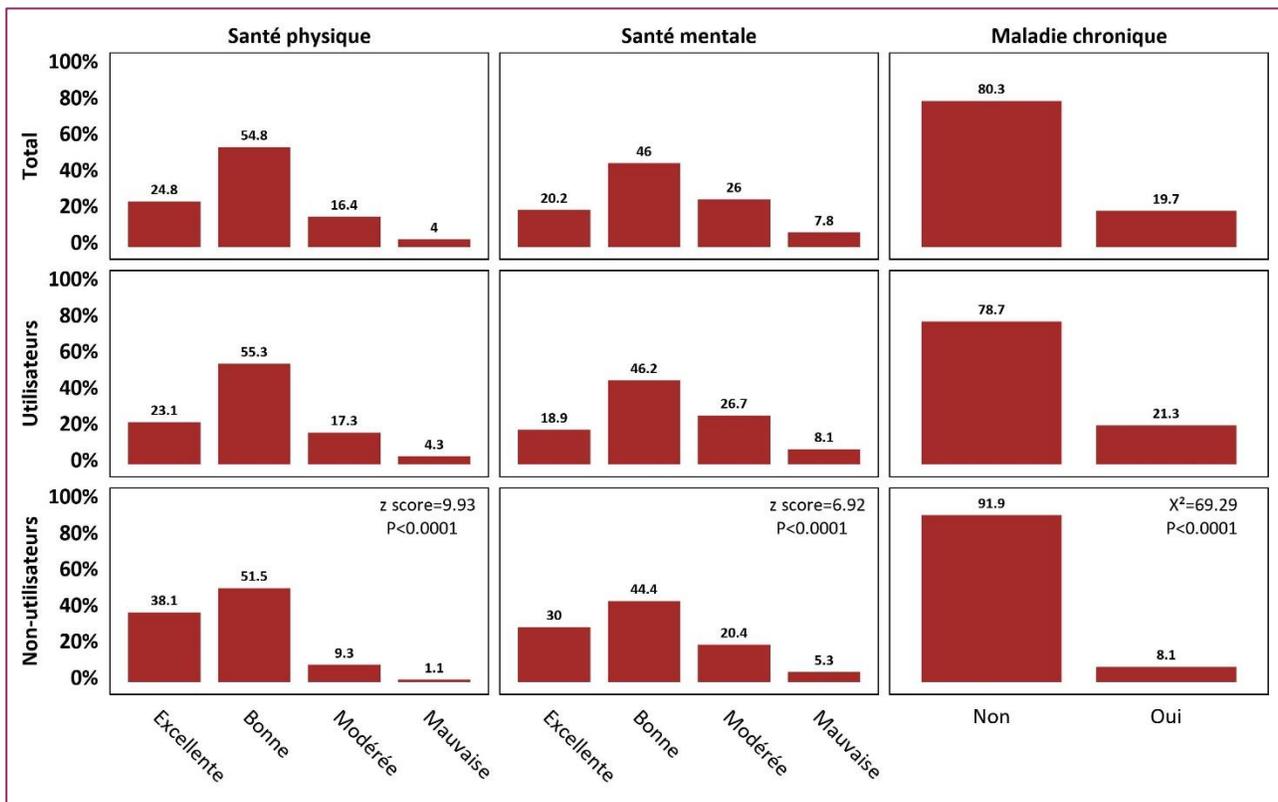
Utilisation des soins de santé et besoins individuels

Les besoins individuels perçus et évalués diffèrent entre les utilisateurs et les non-utilisateurs (Figure 6).

Seule une petite minorité (4,0 %) des personnes interrogées a déclaré avoir une mauvaise santé physique, mais les différences dans la perception d'une excellente santé physique sont très prononcées entre les utilisateurs (23,1 %) et les non-utilisateurs (38,1 %) (score $z=9,93$, $p<0,0001$). La santé mentale perçue est également beaucoup plus élevée chez les non-utilisateurs (30,0 % contre 18,9 %, score $z=6,92$, $p<0,0001$). De même, 91,8 % des non-utilisateurs indiquent qu'ils se sentent en bonne santé et qu'il n'est pas nécessaire de consulter un prestataire de soins de santé, contre 75,2 % des utilisateurs (score $z=14,39$, $p<0,0001$).

Moins d'un non-utilisateur sur 12 (8,1 %) souffre d'une maladie chronique, contre plus d'un utilisateur sur 5 (21,3 %) ($\chi^2=69,29$, $p<0,0001$). Nous avons essayé dans la conception du cadre de notre étude d'exclure les malades chroniques de notre population d'étude sur la base de l'utilisation de médicaments chroniques.

Figure 6. Utilisation des soins de santé et besoins individuels (perçus et évalués)



Utilisation des soins de santé et pratiques de santé personnelles

Les pratiques de santé personnelles entraînent une différence significative d'un point de vue statistique entre les utilisateurs et les non-utilisateurs (Figures 7 et 8).

Par rapport aux utilisateurs, les non-utilisateurs fument davantage au quotidien (19,8 % contre 12,4 %), ils sont proportionnellement plus nombreux à ne jamais faire de sport (24,1 % contre 17 %), ils sont moins nombreux à prendre un repas sain par jour (61,5 % contre 65,2 %). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en matière de consommation d'alcool.

Les utilisateurs sont plus nombreux que les non-utilisateurs à préférer un traitement alternatif (36,3 % contre 31,2 %, score $z=-3,35$, $p=0,0008$). Pour rappel, 45 répondants ayant indiqué n'avoir eu recours qu'à des soins dispensés par un thérapeute alternatif n'ont pas été inclus dans nos analyses. Les non-utilisateurs ont été plus nombreux à indiquer qu'ils n'avaient pas le temps d'aller à un rendez-vous, à un examen ou à un traitement (24,9 % contre 17,8 %, score $z=4,08$, $p<0,0001$). Les non-utilisateurs sont également plus nombreux à indiquer qu'ils savent comment prendre soin d'eux-mêmes en cas de maladie (81,9 % contre 78,1 %, score $z=4,99$, $p<0,0001$), qu'ils préfèrent attendre de se sentir mieux (74,7 % contre 59,7 %, score $z=9,12$, $p<0,0001$) et qu'ils cherchent d'abord eux-mêmes des informations avant de consulter un prestataire de soins de santé (57,6 % contre 50,2 %, score $z=4,37$, $p<0,0001$).

Figure 7. Utilisation des soins de santé et pratiques de santé personnelles (1)

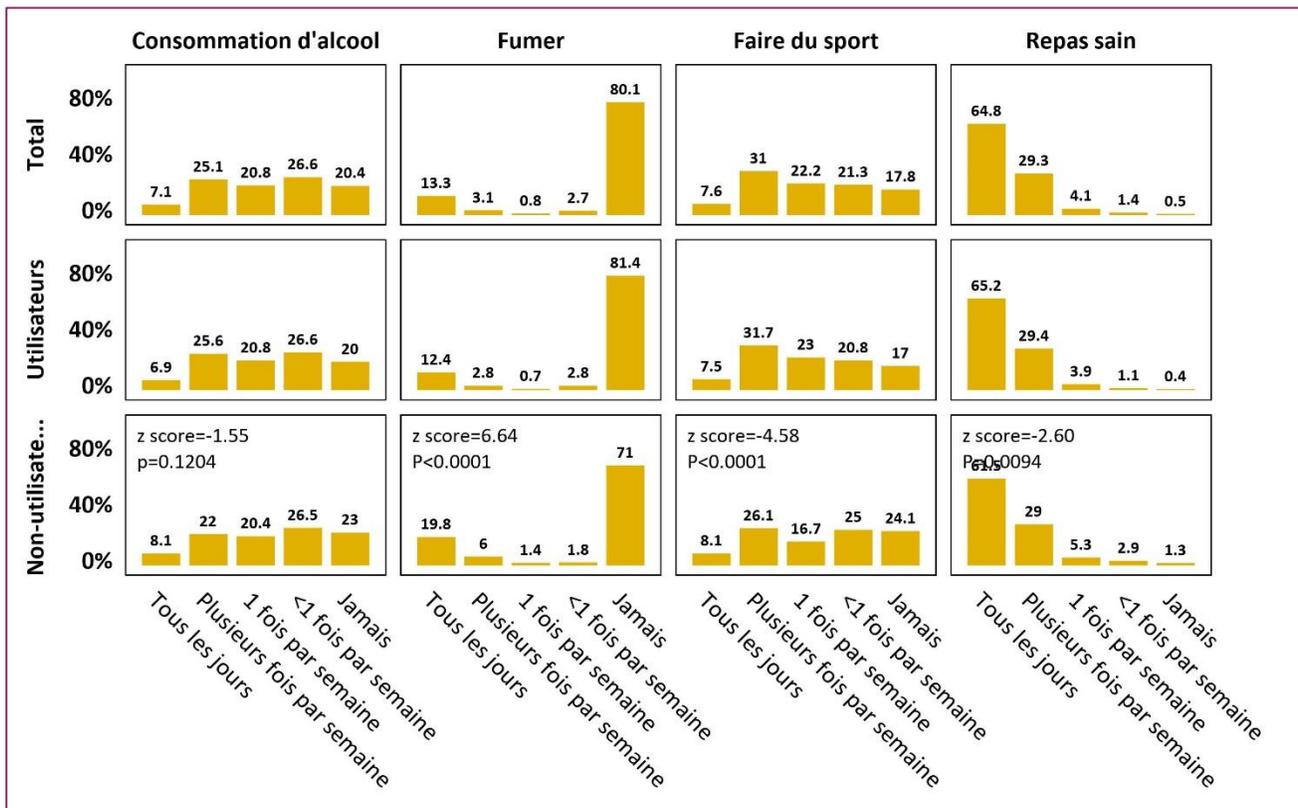
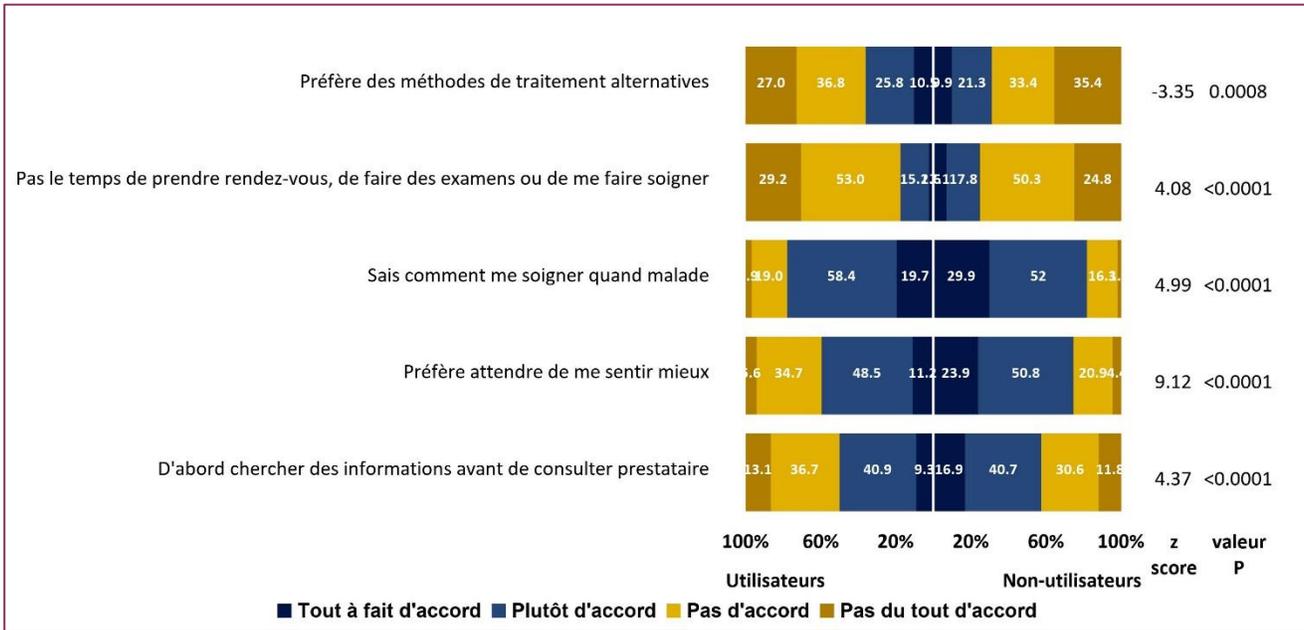


Figure 8. Utilisation des soins de santé et pratiques de santé personnelles (2)



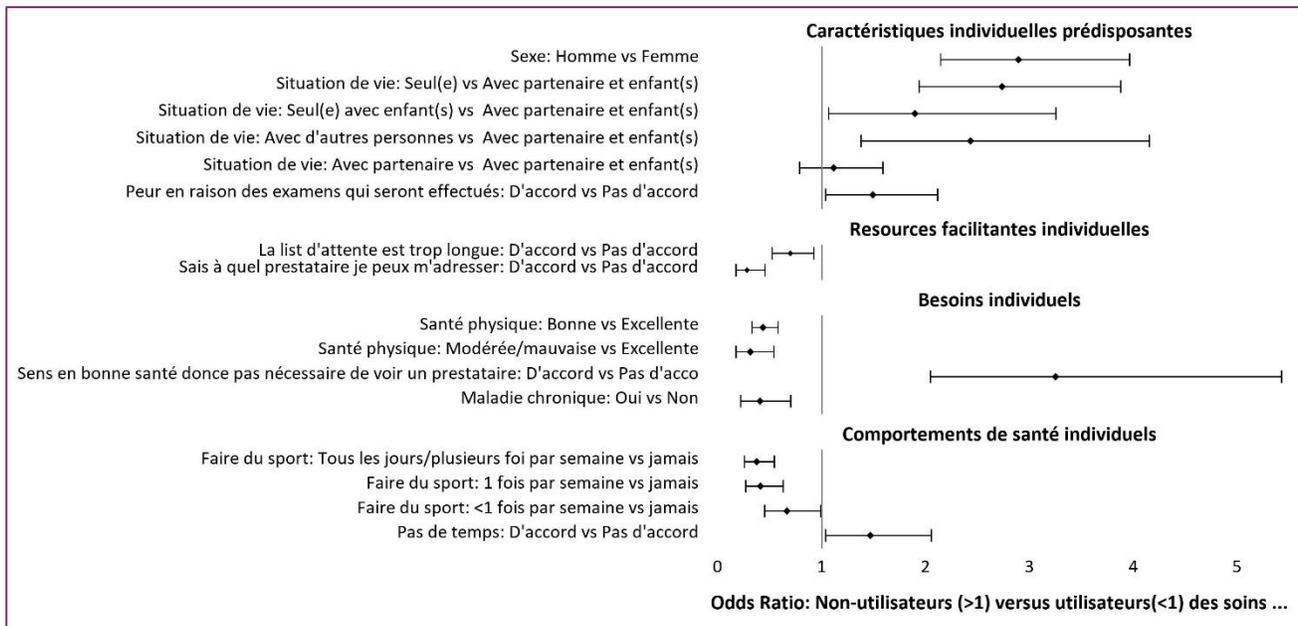
Analyse de régression multiple

En s'appliquant de manière corrective pour toutes les autres variables du modèle, des variables issues de chacune des composantes du modèle d'Andersen semblent être liées à l'utilisation des soins de santé (Figure 9). Les hommes sont plus susceptibles d'appartenir au groupe des non-utilisateurs (OR 2,89, IC 2,14-3,96), ainsi qu'aux personnes vivant seules (OR 2,74, IC 1,94-3,88), vivant seules avec des enfants (OR 1,90, IC 1,06-3,25) ou vivant avec d'autres personnes (OR 2,43, IC 1,38-4,15), par rapport aux personnes cohabitant avec un partenaire et un ou plusieurs enfants. Les personnes qui ont peur en raison de la tenue d'examen sont également plus susceptibles d'appartenir au groupe des non-utilisateurs (OR 1,49, IC 1,04-2,11). Les personnes qui disent qu'il y a de longues listes d'attente pour le prestataire de soins de santé appartiennent plus souvent au groupe des utilisateurs (OR 0,70, IC 0,52-0,92), tout comme les personnes qui savent à quel prestataire de soins de santé elles peuvent s'adresser (OR 0,28, IC 0,18-0,46). Par rapport aux personnes en excellente santé, les personnes en bonne (OR 0,44, IC 0,33-0,55), en moyenne ou mauvaise santé (OR 0,31, IC 0,18-0,54) appartiennent plus souvent au groupe des utilisateurs, tout comme les personnes atteintes d'une maladie chronique (OR 0,41, IC 0,22-0,70). Les personnes qui se sentent en bonne santé et indiquent qu'elles n'ont pas besoin d'un prestataire de soins appartiennent plus souvent au groupe des non-utilisateurs (OR 3,25, IC 2,05-5,43). Par rapport aux personnes qui ne font jamais de sport, les personnes sont plus susceptibles d'appartenir au groupe des utilisateurs si elles font du sport tous les jours ou plusieurs fois par semaine (OR 0,37, IC 0,26-0,54), si elles font du sport une fois par semaine (OR 0,41, IC 0,27-0,63) ou si elles font du sport moins d'une fois par semaine (OR 0,67, IC 0,45-0,99). Les personnes qui ont indiqué ne pas avoir le temps d'aller à un rendez-vous, un examen ou un traitement appartiennent plus souvent au groupe des non-utilisateurs (OR 1,47, IC 1,04-2,06).

Le modèle statistique entraîne une assez bonne discrimination entre les utilisateurs et les non-utilisateurs (Figure 9 panel A). Plus la courbe est proche du coin supérieur gauche, mieux c'est. Une discrimination parfaite entre les utilisateurs et les non-utilisateurs équivaldrait à une aire sous la courbe égale à 1. Dans ce modèle, cette aire sous la courbe est de 0,79. La calibration du modèle est également bonne (Figure 9 panel

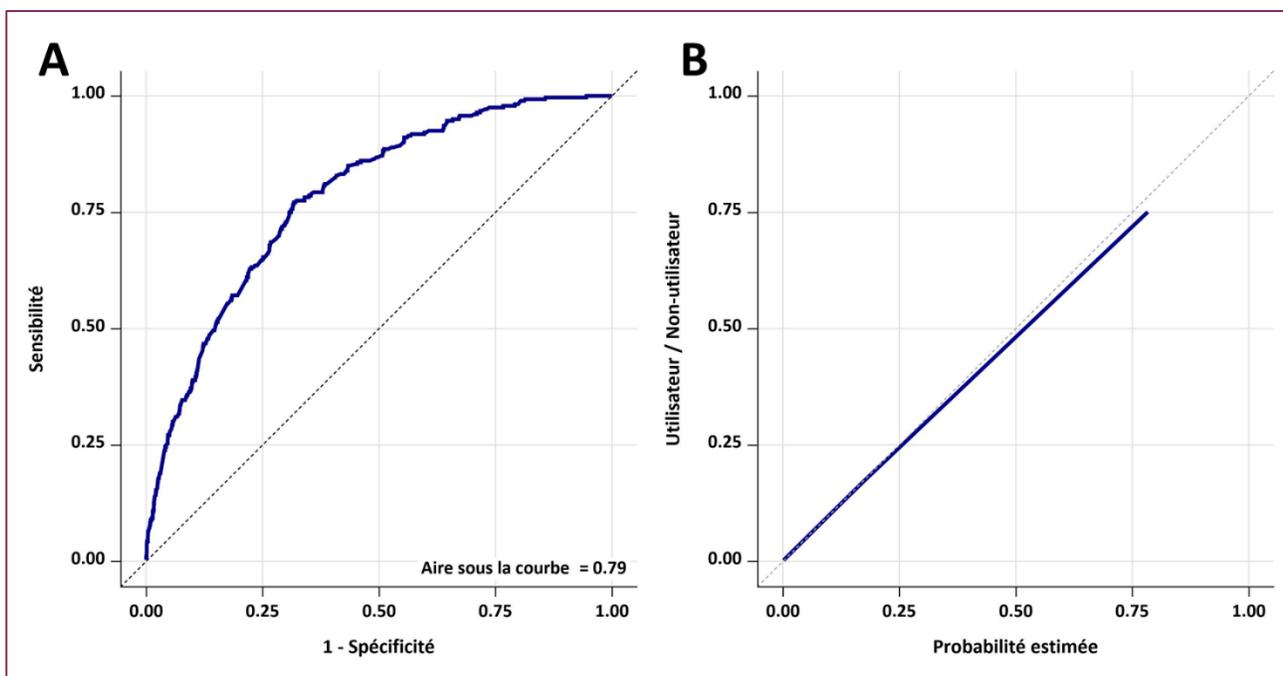
B). Plus la ligne pleine est proche de la ligne pointillée, mieux c'est. La calibration montre la correspondance entre les valeurs estimées du modèle de régression et les valeurs observées.

Figure 9. Utilisation des soins de santé : résultats de l'analyse de régression multiple



Note : dans l'analyse de régression multiple, les réponses de catégorie « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » ont été dichotomisées en « d'accord » et « pas d'accord ». La catégorie de réponse « sans opinion » n'a pas été reprise dans l'analyse.

Figure 10. Utilisation des soins de santé : discrimination et calibration de la régression multiple



04.

DISCUSSION

RESUME ET CONTEXTUALISATION DES RESULTATS

Avec la crise sanitaire, les Belges se sont habitués aux chiffres relatifs à l'offre et à l'utilisation des soins de santé. Les rapports quotidiens sur, par exemple, le nombre de nouvelles admissions dans les hôpitaux et l'occupation des lits en soins intensifs, nous sensibilisent à la place essentielle de la santé, mais aussi à celles des soins de santé, dans nos vies.

Au cours de la dernière décennie, nous avons constaté une baisse systématique du nombre de non-utilisateurs de soins de santé, passé de 7,0 % en 2010 à 5,4 % en 2018. Pour en savoir plus sur le profil de ces non-utilisateurs en 2020, nous nous sommes basés sur le modèle comportemental d'Andersen concernant l'utilisation des services de santé en vue d'élaborer un questionnaire pour cette nouvelle étude des Mutualités Libres. Nous avons invité 129.094 membres (un nombre égal d'utilisateurs et de non-utilisateurs) à le remplir. 6.443 questionnaires ont été retenus pour l'analyse.

Tout d'abord, il est apparu que certaines mesures prises en réponse à la crise sanitaire, par exemple le report des interventions hospitalières non urgentes, ont eu pour conséquence que de nombreux citoyens n'ont pas fait appel à l'expertise des prestataires de soins de santé. Deux répondants sur cinq ont indiqué qu'ils avaient reporté des soins en raison de la Covid-19. Les soins bucco-dentaires ont été particulièrement touchés, près d'un quart des personnes interrogées ayant déclaré que ces types de soins avaient été reportés.

Le reste de l'étude s'est concentré sur la comparaison des utilisateurs et des non-utilisateurs, cette dernière excluant les non-utilisateurs pour lesquels les soins ont été reportés en raison de la Covid-19. Tout d'abord, nous avons examiné le comportement de refus d'aide de la part des utilisateurs et des non-utilisateurs. Une partie importante des non-utilisateurs de soins de santé indique qu'ils ne font même pas appel à un prestataire de soins de santé lorsqu'un problème survient. Il est remarquable de constater, tant chez les utilisateurs que chez les non-utilisateurs, un tel comportement de refus d'aide envers les psychiatres et les psychologues ; la moitié des non-utilisateurs et environ quatre utilisateurs sur dix ne consulteraient même pas un psychologue ou un psychiatre en cas de problème.

Nous nous sommes ensuite appuyés sur le modèle comportemental d'Andersen pour examiner plus en détail les facteurs individuels qui expliquent le non-recours aux soins de santé. Nous avons identifié les caractéristiques individuelles prédisposantes, les caractéristiques individuelles facilitantes, les besoins individuels et les pratiques de santé personnelles. L'analyse de régression multiple montre qu'il existe une certaine variation dans le profil des non-utilisateurs de soins de santé ; outre l'état de santé, les éléments de *barrier-renunciation* (être confronté à un environnement de contraintes qui empêchent l'accès aux soins souhaités) et de *refusal-renunciation* (exprimer son autonomie par rapport à la médecine conventionnelle) jouent un rôle dans l'explication du recours ou non aux soins de santé. Les non-utilisateurs de soins de santé sont plus souvent des hommes que des femmes et vivent plus souvent seuls, seuls avec des enfants ou avec d'autres personnes, par rapport à ceux qui cohabitent avec un partenaire et des enfants. Les non-utilisateurs se montrent également plus anxieux en

raison de la tenue d'examens. Les utilisateurs, quant à eux, savent souvent mieux vers quel prestataire de soins de santé se tourner. Ils sont également plus souvent d'avis qu'il y a une longue liste d'attente pour un prestataire de soins ; environ la moitié de tous les répondants indiquent qu'ils sont confrontés à ce problème. Les non-utilisateurs ont une meilleure perception de leur propre santé que les utilisateurs, qui sont également plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques. Les non-utilisateurs se sentent également plus souvent en bonne santé et ne ressentent donc pas le besoin de consulter un prestataire de soins de santé. Les utilisateurs de soins de santé, en revanche, font plus fréquemment du sport. Enfin, les non-utilisateurs indiquent plus souvent qu'ils n'ont pas le temps de prendre rendez-vous avec un prestataire de soins de santé, de faire des examens ou de suivre un traitement. Environ un cinquième de tous les répondants indique que c'est le cas.

Dans les recherches précédentes, seules les données administratives avaient été utilisées pour dresser le portrait des non-utilisateurs (Karakaya, 2020). Les hommes, les jeunes, les isolés, les travailleurs indépendants et les personnes à faibles revenus sont fortement représentés dans le groupe des non-utilisateurs. Plusieurs de ces éléments apparaissaient également dans les analyses simples, mais n'étaient plus significatifs dans les analyses multiples. Cela suggère que les résultats peuvent être biaisés par des variables omises, confirmant ainsi la pertinence et les nouvelles idées générées par cette étude.

Les aspects financiers ont joué un rôle dans le report des soins ou des consultations pour environ un répondant sur cinq, mais ne diffèrent pas significativement entre les utilisateurs et les non-utilisateurs. La perception de la facilité à trouver et à comprendre l'information n'a pas non plus joué un rôle dans la régression multiple, mais mérite qu'on s'y attarde. Environ un répondant sur trois a indiqué qu'il était (tout à fait) en désaccord avec cette affirmation. Il en va de même pour la difficulté à comprendre les explications données par les prestataires de soins de santé, qu'environ un répondant sur huit a rencontrée.

Bien que seule la fréquence de l'exercice physique ait montré un effet dans la régression multiple, le mode de vie mérite également une attention particulière : 7,1 % boivent de l'alcool quotidiennement, 13,3 % fument quotidiennement et seulement deux répondants sur trois prennent au moins un repas sain par jour. Ces chiffres sont conformes aux résultats rapportés dans l'Enquête de Santé (Drieskens et al., 2018).

LIMITATIONS DE L'ETUDE ET REFLEXIONS

Lors de l'interprétation des résultats, il convient de prendre en compte les limites possibles de l'étude :

- L'enquête a été envoyée uniquement par voie électronique. Il s'agit peut-être d'une limite majeure de notre étude, car certains groupes cibles, qui peuvent inclure un groupe proportionnellement plus important de non-utilisateurs, sont plus difficiles à atteindre par voie électronique.
- Le questionnaire a été envoyé uniquement en français, néerlandais ou allemand. Ces langues nationales officielles couvrent environ 95 % des langues parlées en Belgique. Cependant, il n'est pas inconcevable qu'il existe un groupe proportionnellement plus important de non-utilisateurs parmi les personnes qui parlent d'autres langues et que nous ne pouvons pas atteindre de cette manière.

- Le taux de réponse entre les utilisateurs et les non-utilisateurs précédemment identifiés variait considérablement. Cette différence peut être liée aux éléments mentionnés ci-dessus.
- Le questionnaire a été envoyé en début d'année 2021 et couvre l'année civile 2020 en ce qui concerne l'identification des utilisateurs et des non-utilisateurs. Cette année 2020 a été fortement caractérisée par la situation exceptionnelle due à la Covid-19. En posant une question spécifique sur le report des soins en raison de la Covid-19, nous espérons réduire au maximum la possibilité d'un résultat biaisé.
- Les répondants ont été interrogés sur leur utilisation des soins au cours des 12 derniers mois. L'élément mémoire peut ici jouer un rôle.
- Les non-utilisateurs et les utilisateurs ont été identifiés en janvier 2021 sur la base des informations disponibles sur leur utilisation des soins de santé en 2020. Si aucun remboursement n'avait (encore) été demandé pour certains soins, cette information est également absente de nos données. Bien que la classification finale en tant qu'utilisateur ou non-utilisateur soit effectuée sur la base du questionnaire, cela peut signifier que nous touchons moins de non-utilisateurs réels avec notre invitation à participer à l'étude. Ceci est confirmé par une re-analyse des données : la part des non-utilisateurs en 2020 diminue de 9,3% (n=212.151) sur base de l'analyse en Janvier 2021 vers 7,5% (n= 127.265) sur base de l'analyse en Octobre 2021.
- Le modèle d'Andersen a été utilisé pour identifier un éventail aussi large que possible d'éléments pouvant être liés à la non-utilisation des soins de santé. Cependant, il peut y avoir un glissement dû à des variables omises. Par exemple, des recherches antérieures ont mis en évidence l'association entre la violence du partenaire et le non-recours aux soins de santé (Costa et al., 2019).
- Une observation méthodologique importante est la différence dans l'identification des non-utilisateurs et des utilisateurs sur la base de données administratives ou issues de l'enquête : sur les 2.176 répondants qui, selon nos données administratives, n'avaient pas eu recours aux soins de santé en 2020, 58,6 % ont indiqué que c'était néanmoins le cas. Plusieurs explications sont possibles :
 - Les données administratives n'étaient pas encore complètes pour 2020 au moment de la sélection (par exemple, parce que le remboursement n'avait pas encore été demandé), comme discuté ci-dessus.
 - Dans le cadre de l'enquête, une définition plus large de l'utilisation des soins a été utilisée que ce qui est possible sur la base des données administratives, car aucun remboursement n'est prévu pour certaines utilisations de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire. Les soins dispensés par les diététiciens, nutritionnistes et logopèdes ont notamment été également inclus.
 - L'enquête a été envoyée par e-mail et peut donc avoir touché une personne différente de celle initialement identifiée, comme un partenaire ou un membre de la famille.
 - Les répondants ont été interrogés sur leur utilisation des soins au cours des 12 derniers mois. Cette longue période de temps peut entraîner des résultats biaisés en raison de la mémoire.

OPPORTUNITES POUR LA POURSUITE DE LA RECHERCHE

Après avoir répondu à nos questions de recherche initiales, il reste plusieurs thèmes supplémentaires qui peuvent être explorés lors d'analyses ultérieures.

Par exemple, une analyse de sous-groupe sur les répondants ayant une mauvaise perception de leur santé mentale peut nous en apprendre davantage sur le profil de ces personnes, leur comportement de recherche ou de rejet d'aide et l'impact de la Covid-19 sur leur comportement.

Une autre analyse de sous-groupe possible concerne les soins bucco-dentaires. Nous avons en effet constaté qu'un répondant sur quatre a reporté des soins bucco-dentaires à cause de la Covid-19. Tout d'abord, nous pouvons examiner si le report a effectivement conduit à l'annulation des soins : ces personnes indiquent-elles qu'elles sont allées chez le dentiste ? De plus, le profilage du groupe de personnes qui ne sont pas allées chez le dentiste en 2020, leur comportement en matière de recherche/de rejet d'aide et leurs perceptions et arguments peuvent également contribuer à une meilleure compréhension de cet important groupe cible. De cette façon, des actions plus ciblées peuvent être mises en place pour atteindre ces groupes.

Enfin, nous pouvons également entreprendre une analyse de sous-groupe en ce qui concerne le mode de vie des individus.

Pour les groupes plus vulnérables, il existe une version plus élaborée du modèle, le modèle dit de Gelberg-Andersen, qui tient également compte de vulnérabilités plus spécifiques entraînant des obstacles importants à l'accès aux soins de santé. Ces vulnérabilités sont essentielles car la négligence des premiers symptômes peut finalement conduire à des symptômes plus importants, avec des coûts sociaux et individuels plus élevés (Stein et al., 2016).

05.

CONCLUSION

Cette étude apporte un nouvel éclairage sur les caractéristiques individuelles et les comportements de santé pour expliquer le non-recours aux soins de santé.

La Covid-19 a manifestement joué un rôle important dans le recours ou le non-recours aux soins de santé en 2020 : quatre personnes interrogées sur dix ont déclaré qu'elles avaient reporté des soins à cause de la Covid-19 et près d'une personne sur quatre a déclaré avoir eu peur de consulter un prestataire de soins de santé à cause de la Covid-19.

De nombreux éléments ont un impact sur le non-recours aux soins de santé, notamment le comportement de refus d'aide, le sexe, la situation de logement, la peur des examens, la connaissance du prestataire de soins de santé auquel s'adresser, les listes d'attente, la santé perçue et évaluée, la fréquence de la pratique du sport et le fait de savoir comment trouver du temps pour les soins de santé. Ces informations ne peuvent être saisies dans les bases de données administratives que dans une mesure limitée. Une piste éventuelle pour assurer un suivi systématique à l'avenir est d'intégrer des questions concernant le recours aux soins de santé et le comportement de refus de l'aide, ainsi que des éléments d'explication, dans les initiatives existantes ou nouvelles.

06.

RECOMMANDATIONS

Concrètement, les mutualités peuvent utiliser ces informations aux fins suivantes :

- améliorer la littératie en santé des citoyens
 - mettre à la disposition de leurs membres des informations claires et compréhensibles sur les soins de santé
 - aider leurs membres à trouver le prestataire de soins de santé qui convient à leur besoin dans leur quartier
- motiver les personnes souffrant d'un problème de santé mentale/physique à s'orienter vers leur médecin traitant

Les autorités peuvent utiliser concrètement ces informations aux fins suivantes :

- rendre plus accessible l'information sur les prestataires de soins de santé disponibles (conventionnés)
- s'attaquer à certains obstacles à la consultation de certains prestataires de soins
 - travailler au problème des listes d'attente pour certaines spécialités
 - garantir l'accessibilité financière des soins
 - aborder les perceptions négatives et les tabous liés à la consultation de certains prestataires (psychologue/psychiatre)
- rendre le dossier médical électronique plus accessible et plus compréhensible pour le patient
- améliorer les compétences pédagogiques et de communication des prestataires de soins en faisant attention à ces compétences pendant la formation (continue).

La population belge peut utiliser ces informations aux fins suivantes :

- s'assurer d'un suivi régulier par un prestataire des soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques
- En cas de troubles physiques ou psychiques avérés, éviter l'automédication, ne pas attendre et se référer vers les prestataires de soins appropriés
- Recourir aux visites annuelles chez le dentiste (après les reports observés pendant la pandémie)

07.

REFERENCES

Andersen, R., Davidson, P., Baumeister SE, 2013. Improving access to care in America., in: Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management. 4th Edition. pp. 33–69.

Andersen, R.M., 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 36, 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>

Arnault, L., Jusot, F., Renaud, T., 2021. Social inequalities in access to healthcare among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. <https://doi.org/10.17617/2.3289765>

Babitsch, B., Gohl, D., von Lengerke, T., 2012. Das Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Andersen re-revisited: Ein systematischer Review von Studien zwischen 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*. <https://doi.org/10.3205/psm000089>

Bertier, M., Luyten, J., Tubeuf, S., 2021. Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne [WWW Document]. URL <https://lirias.kuleuven.be/3420701?limo=0> (accessed 6.15.21).

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., Van de Voorde, C., 2020. Health system performance assessment: how equitable is the Belgian health system?

Cès, S., Baeten, R., 2020. Inequalities in access to healthcare in Belgium.

Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolo, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., Toth, O., Barros, H., 2019. The impact of intimate partner violence on forgone healthcare: a population-based, multicentre European study. *Eur. J. Public Health* 29, 359–364. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKY167>

Desprès, C., 2013. The meanings of healthcare renunciation: An anthropological analysis. *Sci. Soc. Sante* 31, 71–96.

Drieskens, S., Gisle, L., Charafeddine, R., Demarest, S., Braekman, E., Nguyen, D., Van der Heyden, J., Berete, F., Hermans, L., Tafforeau, J., 2018. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano.

Intermutualistisch Agentschap, 2020. IMA Atlas [WWW Document]. URL <https://www.ima-aim.be/IMA-Atlas?lang=nl>

Karakaya, G., 2020. De niet-gebruikers van gezondheidsozrg: Wie zijn ze?

Kestens, W., 2021. Concentratie van de uitgaven.

Stein, J.A., Andersen, R., Gelberg, L., 2016. Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for Vulnerable Populations to Health Services Utilization in Homeless Women: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105307080612> 12, 791–804. <https://doi.org/10.1177/1359105307080612>

08.

ANNEXE : ENQUETE

1. Quel est le code postal de votre commune ?
2. Quel est votre sexe ?
 - Homme
 - Femme
 - Neutre
 - Je préfère ne pas le dire.
3. A quelle catégorie d'âge appartenez-vous ?
 - 18 - 40 ans
 - 41 - 64 ans
 - 65 - 79 ans
 - 80 ans et +
4. Indiquez le statut qui correspond le mieux à votre situation actuelle :
 - Etudiant
 - Chômeur
 - Employé
 - Ouvrier
 - Indépendant
 - Pensionné
 - Non actif sur le marché du travail
 - Autre ...
5. Dans quelle mesure pouvez-vous vous en sortir avec les revenus dont votre famille dispose actuellement ?
 - Le revenu du ménage n'est pas suffisant pour s'en sortir chaque mois.
 - Le revenu du ménage est tout juste suffisant pour s'en sortir chaque mois.
 - Le revenu du ménage est suffisant pour s'en sortir chaque mois sans trop de difficultés.
 - Le revenu du ménage est largement suffisant pour s'en sortir chaque mois.
 - Je préfère ne pas le dire.
6. Avec qui habitez-vous ? (Si vous avez des enfants en coparentalité ou issus de la recomposition de votre ménage, veuillez indiquer la situation la plus proche de la vôtre.)
 - J'habite seul(e).
 - J'habite seul(e) avec un ou plusieurs enfants.
 - J'habite avec mon/ma partenaire.
 - J'habite avec mon/ma partenaire et un ou plusieurs enfants.
 - J'habite avec d'autres personnes.
7. Avez-vous une maladie de longue durée ou un problème de santé ?
 - Oui
 - Non

8. Indiquez ce qui correspond le mieux à votre santé de ces 12 derniers mois :

	Excellente	Bonne	Modérée	Mauvaise
Ma santé physique au cours des 12 derniers mois était ...				
Ma santé mentale (bien-être psychique, stress, anxiété) au cours des 12 derniers mois était ...				

9. Indiquez ce qui correspond le mieux à votre style de vie de ces 12 derniers mois :

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	1 fois par semaine	Moins d'1 fois par semaine	Jamais
Je fais du sport					
Je fume					
Je bois de l'alcool					
Je mange au moins un repas sain par jour					

10. Ces 12 derniers mois, avez-vous eu une consultation (en personne ou par téléphone/vidéoconférence) pour vous-même avec les prestataires de soins suivants :

Médecin généraliste	oui/non/pas de réponse
Médecin spécialiste (médecine interne, chirurgie, dermatologie, urologie...)	oui/non/pas de réponse
Psychiatre	oui/non/pas de réponse
Psychologue	oui/non/pas de réponse
Dentiste	oui/non/pas de réponse
Kinésithérapeute	oui/non/pas de réponse
Thérapeutes alternatifs (p. ex. homéopathe, ostéopathe, etc.)	oui/non/pas de réponse
Gynécologue (si la personne interrogée est une FEMME)	oui/non/pas de réponse
Médecin spécialiste (médecine interne, chirurgie, dermatologie, urologie...)	oui/non/pas de réponse

11. A quelle fréquence prenez-vous rendez-vous avec les prestataires de soins de santé suivants (même si vous n'avez pas de problèmes de santé) ?

	Plusieurs fois par an	1 fois par an	1 fois tous les deux ans	Moins d'une fois tous les deux ans	Uniquement si j'ai un problème	Même pas si j'ai un problème
Médecin généraliste						
Médecin spécialiste (médecine interne, chirurgie, dermatologie, urologie...)						
Psychiatre						
Psychologue						
Dentiste						
Kinésithérapeute						
Thérapeutes alternatifs (p. ex. homéopathe, ostéopathe, etc.)						
Gynécologue (si la personne interrogée est une femme)						

12. Avez-vous reporté une visite chez un prestataire de soins en raison de la crise du coronavirus ?

- Oui
- Non

12.a SI OUI : Quel type de soins avez-vous reporté ? Qui a pris l'initiative de reporter les soins ?

	Pas de soins reportés	J'ai moi-même reporté les soins	Les soins ont été reportés par le prestataire/l'institution
Contrôle chez le médecin généraliste ou chez le spécialiste			
Suivi d'une maladie chronique (p. ex. diabète, maladies cardiovasculaires, cancer...) chez le médecin généraliste ou spécialiste			
Soins psychologiques/psychiatriques			
Soins bucco-dentaires			
Examen préventif pour le cancer			
Autres examens (prise de sang, radiologie, etc.)			
Vaccinations			
Traitement chez le kinésithérapeute			
Soins infirmiers			
Traitement chez un thérapeute alternatif (homéopathe, ostéopathe...)			
Autres			

13. Parmi les affirmations suivantes, avec lesquelles êtes-vous d'accord ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'opinion/je ne sais pas	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je sais à quel prestataire de soins de santé je peux m'adresser en cas de problème.					
Je me sens en bonne santé, il n'est donc pas nécessaire de voir un prestataire de soins.					
Je sais comment me soigner quand je suis malade.					
Au lieu de prendre un rendez-vous tout de suite, je préfère attendre de me sentir mieux.					
Je vais d'abord chercher des informations (sur Internet, en posant des questions à ma famille, à mes amis, etc.) avant de consulter un prestataire de soins si nécessaire.					
Les informations sur la santé et les maladies sont faciles à trouver et à comprendre (Internet, mutualité, brochures, dépliants, etc.).					
J'ai des difficultés à comprendre les explications données par les prestataires de soins de santé.					
Je n'ai pas le temps de prendre rendez-vous avec un prestataire de soins, de faire des examens ou de me faire soigner.					
J'ai déjà reporté des consultations chez le médecin généraliste, le gynécologue ou un spécialiste pour des raisons financières.					
J'ai déjà reporté des soins (médicaments, examens, traitements) pour des raisons financières.					
La liste d'attente pour le prestataire de soins que je souhaite consulter est trop longue.					
J'ai peur de me rendre chez un prestataire de soins en raison des examens qui seront effectués.					

J'ai peur de me rendre chez un prestataire de soins en raison des résultats potentiels.					
J'ai peur de me rendre chez un prestataire de soins en raison de la crise actuelle du coronavirus.					
Je participe à des dépistages tels que les examens pour le cancer du côlon ou le cancer du sein.					
Je suis le schéma de vaccination recommandé par les autorités ou par mon prestataire de soins de santé habituel.					
Je préfère des méthodes de traitement alternatives lorsque je suis malade (p. ex. homéopathe, ostéopathe, etc.).					



Route de Lennik 788 A à 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11

Nos études sur
ra
www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, septembre 2021
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

