

# Vos soins de santé Votre avis compte !

*Enquête réalisée pour le compte de l'Institut national d'assurance  
maladie-invalidité (INAMI) à l'occasion de son cinquantième anniversaire*

## RAPPORT FINAL

MARK ELCHARDUS &  
PETRUS TE BRAAK

## Table des matières

1	Chapitre 1er, Introduction : mise sur pied et réalisation de l'enquête .....	5
1.1	Désignation de l'échantillon et déroulement de l'enquête.....	6
1.2	Formulation des questions et fréquences .....	9
1.3	Méthode d'analyse.....	9
2	Chapitre 2, Accessibilité .....	12
2.1	(Non-)accessibilité aux soins de santé.....	12
2.2	La cohérence des indicateurs de (non-)accessibilité .....	12
2.3	Analyse de la mesure de la non-accessibilité.....	13
2.4	Conclusion.....	20
3	Chapitre 3, Satisfaction en matière de soins de santé. ....	21
3.1	Satisfaction par rapport aux soins de santé.....	21
3.2	Expériences négatives avec les soins de santé .....	24
3.3	Conclusion temporaire : satisfaction et points d'attention .....	25
3.4	Analyse de la satisfaction .....	26
3.5	Conclusion.....	47
4	Chapitre 4, maîtriser l'augmentation des frais en matière de soins de santé.....	49
4.1	Les causes de l'augmentation des frais en matière de soins de santé .....	49
4.2	Comment maîtriser l'augmentation des coûts ? .....	59
4.3	Exclusion.....	66
4.4	Conclusion.....	70

5	Chapitre 5, Idées sur les conséquences négatives de l'État providence et la fraude sociale .....	73
5.1	Idées sur les conséquences négatives de l'État providence .....	73
5.2	Fraude sociale et comment la combattre .....	75
5.3	Disposition à contribuer.....	83
5.4	Conclusion.....	86
6	Chapitre 6, Style de vie, différenciation d'histoires de vie et exclusion.....	88
6.1	Différenciation d'histoires de vie.....	88
6.2	Différenciation du style de vie .....	94
6.3	Une politique de santé préventive via des accises.....	105
6.4	Conclusion.....	113
7	Chapitre 7, Travail, incapacité de travail et activation .....	115
7.1	Causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail ..	115
7.2	Analyse des deux explications de l'augmentation de l'incapacité de travail.....	117
7.3	Le montant de l'indemnité d'invalidité.....	123
7.4	Remise au travail .....	124
7.5	Conclusion.....	126
8	Chapitre 8, E-médecine et traitement de l'information.....	129
8.1	Caractère souhaitable, acceptable et plausible de l'utilisation d'informations de soins et de santé en ligne .....	129
8.2	Qui souhaite un diagnostic en ligne ? .....	132
8.3	Un meilleur échange de données .....	133

8.4	Souhaite-t-on avoir des informations en matière d'hérédité et qui paie ces informations ? .....	135
8.5	Conclusion.....	136
9	Chapitre 9, Attitude par rapport aux principes de base de l'assurance maladie obligatoire .....	139
9.1	La proportionnalité de la contribution.....	139
9.2	Le bilan des contributions payées et le soutien au principe .....	141
9.3	Conclusion.....	142
10	Chapitre 10, Résumé, conclusions et points d'attention .....	144
10.1	Soutien aux principes de base du système.....	144
10.2	La fraude sociale comme préoccupation majeure.....	146
10.3	La grande importance de la responsabilité personnelle .....	148
10.4	La prévention et l'incitation à vivre sainement.....	149
10.5	Causes de l'incapacité de travail et réactions face à l'incapacité de travail .....	150
10.6	Le souhait de réciprocité et d'un État-providence « activateur » .....	152
10.7	Pourquoi les coûts en soins de santé augmentent-ils et comment y faire face ?... .....	152
10.8	La solidarité peut-elle dépendre de l'âge ?.....	154
10.9	Avenir et souhait d'une e-médecine .....	155
10.10	Les soins de santé : solidaires, de bonne qualité et accessibles ?.....	156
10.11	Différentes sensibilités .....	159
11	Littérature .....	162

Annexes

# 1 Chapitre 1er, Introduction : mise sur pied et réalisation de l'enquête

À l'automne 2013, le groupe d'études TOR de la Vrije Universiteit Brussel (Université libre de Bruxelles) a organisé en collaboration avec ResearchAnalysisVision, une enquête récapitulative pour le compte de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Un échantillon représentatif de 6 000 Belges ont été invités à participer. Ils ont été interrogés par le biais d'un questionnaire écrit sur leurs expériences des soins de santé et de l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, leurs idées relatives à la solidarité et au soutien en vue d'économies ont été sondées. L'enquête a reçu le nom de *Vos soins de santé Votre avis compte !*, aussi dénommée enquête INAMI dans le texte.

Le système des soins de santé et des indemnités a pour ambition d'être solidaire, bon et accessible. L'enquête permet entre autres de vérifier dans quelle mesure cette ambition est réalisée.

Il ressort de l'enquête que le caractère solidaire de l'aide emporte le soutien de la grande majorité de la population, mais est également menacée par le soutien d'une partie de la population en faveur de la différenciation des cotisations et/ou du remboursement selon le style de vie et l'exclusion des personnes âgées, ainsi que la croyance dans une fraude sociale à grande échelle, le sentiment largement répandu que le système offre trop peu de garanties mutuelles, de double solidarité, ainsi que le faible soutien pour une organisation plus rationnelle de ce système.

Les idées entendues et les attitudes observées montrent le grand soutien d'un certain nombre de principes qui ont orienté, aux cours des dernières décennies, la réforme des soins et de l'assurance maladie dans le sens d'un état de soins actif et de davantage de responsabilités personnelles. Une grande partie de la population, voire une majorité pour certains points, souhaite clairement une réforme dans le sens d'une plus grande responsabilité personnelle, d'un meilleur équilibre entre droits et devoirs, ainsi que d'une meilleure réciprocité. Ce souhait divise également les différents groupes de population, notamment les néerlandophones et les francophones. Les premiers se montrent davantage partisans d'une responsabilisation individuelle et d'une activation que les seconds.

La satisfaction en matière de soins de santé a vraiment été mesurée en détail. Il en ressort une (très) grande satisfaction quant à de nombreux aspects des soins de santé. Toutefois, certains points difficiles ont également été mis au jour. Ils concernent le

montant que les personnes doivent payer personnellement pour les soins de santé et qui devient trop élevé pour nombre d'entre elles, l'insatisfaction quant aux maisons de repos et les différents aspects du fonctionnement des hôpitaux et des services assurés par des spécialistes.

L'affirmation selon laquelle les bons soins sont disponibles pour tout le monde, pauvres et riches, dans ce pays, n'est pas correcte. Un problème aigu surgit pour 10% de la population. Si on s'intéresse uniquement aux personnes qui font une utilisation intense des soins de santé, soit 20% des Belges qui sont le plus confrontés à des soucis de santé, on constate que 17% d'entre eux doivent reporter une intervention médicale en raison d'un manque d'argent, que 19% reportent ou annulent une visite chez le médecin et que 18% tombent dans la pauvreté en raison de frais médicaux trop élevés.

Ces constatations et bien d'autres encore doivent contribuer à dégager des points de départ pour un débat social sur l'avenir des soins de santé.

## 1.1 Désignation de l'échantillon et déroulement de l'enquête

### 1.1.1 *Établissement du questionnaire*

Le questionnaire a été établi en étroite collaboration avec une commission d'experts de l'INAMI. Pour développer des échelles de mesure fiables et valides, des enquêtes tests constituent un instrument incontournable. Douze personnes tests (sélectionnées parmi les collègues) ont complété la première version de l'enquête complète sur papier. Une deuxième version a été établie sur la base du feed-back obtenu. Après discussion avec la commission d'experts, cette 2e version a été testée sur un échantillon de 600 habitants néerlandophones de la Région flamande, qui ont été contactés une fois. Finalement, 69 personnes ont participé à l'enquête test. Ces personnes ont rempli le questionnaire en 45 minutes en moyenne, mais cinq personnes ont eu besoin de plus d'une heure. Sur la base de l'analyse des enquêtes tests, une version plus courte a été développée. Après une dernière discussion avec la commission et une dernière amélioration, ce questionnaire a été utilisé pour l'enquête.

### 1.1.2 *Désignation de l'échantillon*

La population visée par l'enquête concerne les Belges âgés de 18 à 75 ans. L'échantillon a été tiré au sort dans le Registre national, une base de données officielle pour les renseignements de la population. On a utilisé un échantillon aléatoire stratifié disproportionnel par région. Cela signifie que les personnes interrogées ont réellement été désignées au hasard, mais la proportion des personnes sélectionnées par région a été

fixée au préalable afin de veiller à ce que les plus petites couches (dans le cas présent, la Région de Bruxelles-Capitale) ne soient pas surreprésentées, par rapport aux grandes strates. Et ce, dans le but qu'il y ait suffisamment de personnes interrogées issues de la capitale pour pouvoir réaliser une analyse. L'objectif est que la population bruxelloise soit assez importante dans l'échantillon final pour pouvoir générer des résultats d'enquête fiables par région. Finalement, ce sont 1 555 Bruxellois, 2 555 Flamands et 1 890 Wallons qui ont été invités à participer à l'enquête.

Tableau 1.1 : Répartition de la population belge et population de l'échantillon par région

Région	Population (en nombre)	Population (en %)	Unités de l'échantillon sans stratification (en nombre)	Unités de l'échantillon avec stratification (en nombre)	Répartition de la population de l'échantillon après stratification (en %)
Bruxelles	887.964	10,07	604	1.555	25,92
Flandre	5.125.088	58,13	3.488	2.555	42,58
Wallonie	2.803.166	31,80	1.908	1.890	31,50
Belgique	8.816.219	100,00	6.000	6.000	100,00

Les données relatives à la population (en nombre) proviennent du SPF Économie, Direction générale Statistiques et Information économique, Enquête sur les forces de travail de 2012

### 1.1.3 Réponse

Les chiffres du nombre de participants sont sous pression, notamment en raison de la grande quantité d'enquêtes réalisées en Belgique. Pour obtenir un taux maximal de réponses, les personnes interrogées ont été contactées à plusieurs reprises, mais max. quatre fois. Pour garantir le plus grand anonymat possible, l'envoi de documents a été assuré par les collaborateurs du Registre national. On a ainsi veillé à ce que chaque envoi se distingue du précédent (Dillman, 2007). Le premier envoi composé d'un courrier de contact et d'un questionnaire, a été envoyé le 4 septembre 2014 (T1). Les personnes contactées qui n'avaient pas répondu le 16 septembre, ont reçu le 18 septembre (T2) un carton de rappel. Celles qui n'avaient pas encore réagi suite à cela, ont reçu une lettre de rappel et un nouvel exemplaire du questionnaire (T3 : 2 octobre). Quatrième et dernière vague (T4 : 23 octobre), les personnes contactées ont reçu un dernier rappel. Au total, les personnes sélectionnées ont été contactées un max. de quatre fois.

Moment / Vague	Date	Contenu de l'envoi	Réponse (en nombre)	Réponse (en %)	Taux de réponse brut (en %)	Taux de réponse brut cumulé (en %)
T1	4 septembre 2013	Courrier de contact et questionnaire	610	27,49	10,17	10,17
T2	18 septembre 2013	Carton de rappel	709	31,95	11,82	21,98
T3	2 octobre 2013	Lettre de rappel et 2e questionnaire	534	24,06	8,90	30,88
T4	23 octobre 2013	Carton de rappel	368	16,57	6,13	37,02
Total			2221	100,00	37,02	

Lors de la clôture du travail sur le terrain, 2221 questionnaires avaient été retournés. Le taux de réponse net est estimé à 41,1% (le détail du calcul se trouve en annexe 1). L'étude comparative sur la base du taux de réponse des 147 études publiées, recommande un taux de 40% minimum (Baruch, 1999: 434).

Le taux de réponse varie selon les régions. Les taux de réponse brut et net sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Les différences observées entre les régions sont dues à différentes causes. Le taux de réponse de la Région de Bruxelles-Capitale est particulièrement bas, très probablement en raison de la plus grande diversité linguistique propre à cette région. Le questionnaire n'ayant été disponible qu'en français et en néerlandais, il est possible que la langue ait formé un obstacle pour plusieurs personnes sélectionnées. Le faible taux de réponse à Bruxelles diminue le taux de réponse total. Sans la Région de Bruxelles-Capitale, le taux de réponse net se situe à 45%. Il atteint même les 50% en Flandre. Étant donné que le taux de réponse est si faible à Bruxelles, on a décidé de répartir les résultats en fonction de la langue et non pas de la région.

Région	Réponse (en nombre)	Taux de réponse brut (en %)	Taux de réponse net valable (en %)
Bruxelles	435	27,97	31,2
Flandre	1140	44,62	49,6
Wallonie	646	34,18	37,9
Total	2221	37,02	41,1

Avant de fournir le questionnaire au bureau chargé de l'analyse, chaque questionnaire renvoyé a été soumis à un contrôle visuel de qualité. Les questions ou les réponses qui ont été modifiées par la personne interrogée sur le formulaire d'enquête et qui ont ainsi obtenu une nouvelle signification ou un autre contenu, ont été qualifiées de manquantes.

Après le contrôle visuel, un deuxième nettoyage a eu lieu. Via la sélection, une série de caractéristiques ont été combinées. Pour des cas qui présentaient des combinaisons impossibles, on a contrôlé s'il était question d'une erreur ou d'une faute de frappe lors de l'encodage des données. Lors d'une constatation effective de valeurs impossibles, les cas



ont été supprimés de l'ensemble des données finales ou renseignés comme 'missing' pour la(les) variable(s) en question.

#### 1.1.4 *Pondération*

Outre l'absence de réponse, la représentativité de l'échantillon est un problème important lors de la réalisation d'une enquête. Il est généralement admis qu'aucun échantillon n'est le reflet parfait de la population qu'il représente. Différents facteurs peuvent causer une déformation dans l'échantillon, comme par exemple une absence de réponse sélective. C'est pourquoi, l'échantillon est pondéré en fonction des caractéristiques de la population qui sont connues. Pour ce faire, nous avons utilisé l'Enquête sur les forces de travail (EFT). La procédure de pondération est décrite à l'annexe 2.

## 1.2 Formulation des questions et fréquences

Les annexes 3 et 4 sont les questionnaires en néerlandais et en français. L'annexe 5 présente les répartitions de fréquence de toutes les questions de l'enquête « Vos soins de santé votre avis compte ! ». Les variables imaginées sont mentionnées à l'annexe 6.

## 1.3 Méthode d'analyse

Le but de cette enquête est de connaître les idées et avis des personnes relativement à l'organisation actuelle et future du système des soins de santé et de l'assurance maladie obligatoire. L'objectif de ce rapport est de les décrire. L'intention n'est certainement pas d'évaluer la correction ou l'adaptation de ces idées et avis.

En ce qui concerne leur interprétation sociologique, nous suivons toujours la même méthode d'analyse dans les différents chapitres du présent rapport. La variable examinée (nommée variable dépendante, par exemple la mesure de l'accessibilité des soins de santé) est tout d'abord décrite. Par la suite, on contrôle si les différentes affirmations (items) avec lesquelles cette variable a été mesurée, constituent une échelle statistique correcte (qui mesure, dans le cas de l'exemple donné, la mesure d'accessibilité). Si c'est le cas, on contrôle dans quelle mesure la variation de cette échelle (la mesure d'accessibilité comme ressentie par les personnes interrogées individuellement) peut être expliquée par une série de caractéristiques de la personne impliquée (dont la liste sera donnée ultérieurement). Cela se fait via le contrôle simultané ou multivarié de toutes ces caractéristiques et la suppression un par un des effets les plus faibles, statistiquement non significatifs. Le modèle final, avec des effets significativement statistiques, est donné et discuté dans le texte.

Le lien bivarié entre la variable dépendante et les caractéristiques ayant un effet puissant et statistiquement important, est présenté et discuté plus en détail sous forme de tableau. C'est réalisé si le  $\beta$  (l'effet) a une valeur absolue de min. 0,10 dans le modèle multivarié. De cette façon, le risque que les relations présentées comme bivariées sous la forme de tableau, soit la conséquence d'autres caractéristiques, diminue. Il convient de signaler que l'analyse bivariée, à savoir des liens présentés sous forme de tableaux, ne peuvent pas être interprétés comme des effets, mais doivent être interprétés comme des liens qui pourraient encore être expliqués totalement ou partiellement par d'autres variables. La méthode suivie ici donne la certitude que le lien ne peut pas être expliqué totalement par les variables, pour lesquelles un contrôle permanent est exercé dans cette analyse. Cette méthode sera expliquée plus en détail, à l'aide d'exemples concrets, dans le chapitre 2.

Les variables (indépendantes ou explicatives) pour lesquelles un contrôle permanent sera réalisé :

- l'âge,
- le sexe,
- la communauté linguistique,
- l'environnement (rural, villageois, urbain),
- le comportement en matière de santé,
- la santé,
- la position socio-économique,
- le secteur d'emploi,
- le niveau de formation,
- la perspective d'avenir (optimiste versus pessimiste)
- la mesure de satisfaction relativement à sa vie,
- la préférence en matière de média,
- l'ampleur de l'utilisation d'Internet,
- la prise en charge ou non des soins à un aidant proche,
- la position par rapport à la sécurité sociale,
- la position par rapport à l'égalité et à la répartition,
- la composition de famille,
- ou si on a un jour bénéficié d'un revenu de remplacement.

La répartition de fréquence de ces variables est décrite à l'annexe 5. Les constructions d'échelle sont mentionnées à l'annexe 6. Pour certaines analyses, la liste susmentionnée peut être adaptée, si une de ces variables doit être considérée comme une conséquence possible, plutôt qu'une cause possible de la variable dépendante. Si ce cas se produit, ce sera mentionné.

Pour les tableaux, on utilise toujours au maximum les informations disponibles. Non seulement, toutes les personnes interrogées ont répondu à toutes les questions, avec pour conséquence que la population de l'enquête n'est pas aussi importante pour toutes les variables. Lors de l'établissement de tableaux, on utilise toujours la plus grande partie possible de la population de l'enquête. L'ampleur est, quoi qu'il en soit, toujours mentionnée dans les tableaux descriptifs. Étant donné que l'ampleur peut varier d'un tableau à l'autre, il est également possible que de petites différences naissent dans les pourcentages de personnes qui donnent certaines réponses à des questions spécifiques, qui sont, par exemple, d'accord avec certaines affirmations.

## 2 Chapitre 2, Accessibilité

### 2.1 (Non-)accessibilité aux soins de santé

Le tableau 2.1 montre qu'environ un Belge sur dix n'a, en fait, pas accès aux soins de santé. Ils doivent reporter une intervention médicale, car ils ne peuvent prendre les frais en charge (9%), ils doivent dépenser une somme tellement importante pour les soins médicaux qu'à la fin du mois, ils n'arrivent pas à nouer les deux bouts et tombent donc dans la pauvreté en raison de frais médicaux (9%), ils doivent reporter ou annuler une visite chez le médecin (11%) ou ils doivent dépenser une telle somme en frais de médecins, de médicaments et soins médicaux qu'ils ne peuvent plus se permettre autre chose (13%). Pour environ 10% de la population se pose donc un problème aigu d'accessibilité, qui s'exprime par le report ou l'annulation d'une visite chez le médecin, le report d'une intervention médicale ou ils tombent dans la pauvreté en raison des dépenses pour les médicaments et les soins de santé. Environ 17 à 18% des personnes doivent reporter des soins dentaires ou l'achat de lunettes en raison d'un manque d'argent.

Tableau 2.1 : Accessibilité (en %) de la population belge aux soins de santé (n=2.008)

	Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	76,8	14,1	9,1
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	73,4	17,2	9,4
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	74,6	14,7	10,6
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	68,5	18,3	13,3
Je devrais me faire soigner les dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	66,0	16,9	17,1
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	65,8	17,0	17,2
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	68,5	13,6	17,9
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	59,4	21,1	19,5

### 2.2 La cohérence des indicateurs de (non-)accessibilité

Comme on pouvait s'y attendre, les différents indicateurs du niveau d'accessibilité sont très cohérents (voir tableau 2.2). Les personnes qui ne sont confrontées qu'à un seul aspect de la non-accessibilité, risquent souvent d'être confrontées à d'autres aspects de cette non-accessibilité. Cela permet d'établir une échelle, mesurant la non-accessibilité. Une haute position sur l'échelle signifie que l'on doit reporter les soins nécessaires et que l'on a des problèmes financiers en raison des coûts des soins médicaux.

Tableau 2.2 : Analyse des composants principaux selon la non-accessibilité des soins de santé

	Charge du Composant
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	,878
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	,877
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	,863
Je devrais me faire soigner les dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	,855
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	,830
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	,829
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	,821
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	,766
Valeur propre	5,651
Alpha de Cronbach	,944

### 2.3 Analyse de la mesure de la non-accessibilité.

La mesure de l'accessibilité peut être considérée comme bonne (pour 31%) en termes de variables explicatives utilisées (voir tableau 2.3). Ce n'est nullement étonnant et cela se rapproche d'études antérieures : la mesure de l'accessibilité aux soins de santé est fortement déterminée par le niveau social. Il y a des effets importants de l'incertitude économique (une image économique négative pour le futur) et de la satisfaction à propos de sa vie. Ils indiquent que les personnes plus faibles ont moins accès aux soins de santé. Dans le cas de la satisfaction à propos de la vie, il peut également s'agir d'une influence réciproque parce que le manque d'accessibilité aux soins de santé peut nuire à la satisfaction à propos de la vie.

Par ailleurs, nous remarquons également un grand effet sur le niveau de formation ( $\beta = -.22$ ). Les personnes faiblement qualifiées sont confrontées dans une plus grande mesure à la non-accessibilité que les personnes hautement qualifiées (voir également le tableau 2.4). Les personnes à la santé défaillante ont également plus de problèmes d'accessibilité ( $\beta = .14$ ) (voir également tableau 2.5). Les francophones ont également davantage de problèmes d'accessibilité que les néerlandophones ( $\beta = .11$  ; voir aussi tableau 2.7). Par ailleurs, il y a également de petites différences : les hommes ont moins de souci que les femmes, les aidants proches en ont plus que les personnes qui ne sont pas dans le cas, les personnes seules sans enfant éprouvent aussi plus de difficulté que les personnes ayant une famille.

Tableau 2.3 : Analyse linéaire de la régression selon la non-accessibilité aux soins de santé ressentie (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Homme (réf. : femme)	-,038	*
°Francophone (réf. : néerlandophone)	,111	***
Mauvaise santé	,136	***
Position économique	,043	*
Niveau de formation	-,224	***
Perspective d'avenir négative	,287	***
Satisfaction quant à sa vie	-,152	***
°Soins pour les personnes proches (réf. : pas aidant proche)	,051	**
Composition de famille (réf. : Avec partenaire et enfant)		
°Avec partenaire sans enfant	,022	n.s.
°Isolé(e) avec enfant(s)	,025	n.s.
°Isolé(e) sans enfant	,091	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,306	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

### 2.3.1 Accessibilité et niveau de formation

Pour les personnes faiblement qualifiées, l'accès aux soins de santé est plus faible que pour les personnes hautement qualifiées (cf. tableau 2.4). Alors que 6% de ces derniers doivent reporter une intervention ou une visite chez le médecin pour des raisons financières, les pourcentages pour les personnes faiblement qualifiées s'élèvent à 13 et 17%. Neuf pour cent des personnes hautement qualifiées reportent l'achat d'une paire de lunettes ou des soins dentaires pour des raisons financières, c'est le cas de 27% des personnes faiblement qualifiées. Neuf pour cent des personnes hautement qualifiées ont déjà dû se passer de vacances pour pouvoir payer des frais médicaux, six pour cent peuvent se permettre moins de choses en raison de ces frais. Chez les personnes faiblement qualifiées, les pourcentages correspondants sont de respectivement 30% et 22%.

Pour les personnes faiblement qualifiées, l'accès aux soins de santé est donc relativement faible, avec 13 et 17% qui doivent reporter ou annuler une visite chez le médecin ou une intervention pour des raisons financières, 27% qui reportent ou annulent l'achat d'une paire de lunettes ou des frais dentaires, 16% qui doivent faire des frais médicaux tels qu'ils ne peuvent boucler la fin du mois et 28% qui ont peur de tomber dans la pauvreté s'ils devenaient malades. Le tableau 2.3 montre que la différence dans l'accessibilité aux soins de santé entre les personnes faiblement et hautement qualifiées ne peut certainement pas être expliquée par la position économique, la perspective d'avenir (en grande partie l'incertitude économique) ou l'état de santé, car ces caractéristiques ont fait l'objet d'un contrôle dans l'analyse multivariée. Et, après ce contrôle, un grand effet du niveau d'enseignement sur l'accessibilité persiste ( $\beta=-0,22$ ). Le tableau 2.4 ne montre toutefois pas cet effet, mais bien le lien qui existe entre le niveau de formation et

l'accessibilité. Ce lien peut être expliqué partiellement par d'autres facteurs (comme l'état de santé). Ici, comme dans d'autres analyses, on doit toujours considérer deux types d'information : premièrement, le lien entre les caractéristiques étudiées (dans le cas présent, niveau de formation et accessibilité) et deuxièmement, le coefficient  $\beta$  du niveau de formation pour l'accessibilité dans ce cas, qui indique également qu'il subsiste, après le contrôle des variables déjà citées, un effet du niveau de formation sur l'accessibilité et montre quelle est sa puissance.

Tableau 2.4 : Répartition de l'accessibilité aux soins de santé en fonction du niveau de formation

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	1,00 Faible	61,7%	21,5%	16,8%	100,0%
	2,00 Moyen	76,3%	14,5%	9,1%	100,0%
	3,00 Élevé	87,5%	7,0%	5,5%	100,0%
	Total	74,6%	14,7%	10,7%	100,0%
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	1,00 Faible	47,5%	25,0%	27,5%	100,0%
	2,00 Moyen	62,2%	20,8%	17,0%	100,0%
	Élevé 3,00	71,2%	15,7%	13,1%	100,0%
	Total	59,8%	20,7%	19,5%	100,0%
Je devrais me faire soigner les dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 Faible	52,1%	22,0%	25,9%	100,0%
	2,00 Moyen	68,8%	16,5%	14,8%	100,0%
	3,00 Élevé	80,0%	10,9%	9,1%	100,0%
	Total	66,5%	16,6%	16,8%	100,0%
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 Faible	51,7%	21,6%	26,7%	100,0%
	2,00 Moyen	68,8%	17,1%	14,0%	100,0%
	3,00 Élevé	79,9%	11,1%	9,0%	100,0%
	Total	66,3%	16,9%	16,9%	100,0%
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	1,00 Faible	50,5%	27,8%	21,7%	100,0%
	2,00 Moyen	72,3%	16,2%	11,5%	100,0%
	3,00 Élevé	84,3%	9,3%	6,4%	100,0%
	Total	68,6%	18,0%	13,4%	100,0%
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	1,00 Faible	51,5%	18,5%	30,0%	100,0%
	2,00 Moyen	72,4%	13,7%	13,8%	100,0%
	3,00 Élevé	83,7%	7,6%	8,7%	100,0%
	Total	68,8%	13,5%	17,7%	100,0%
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	1,00 Faible	65,8%	20,8%	13,4%	100,0%
	2,00 Moyen	77,5%	14,2%	8,3%	100,0%
	3,00 Élevé	88,0%	6,4%	5,6%	100,0%
	Total	76,7%	14,1%	9,2%	100,0%
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	1,00 Faible	58,1%	26,7%	15,3%	100,0%
	2,00 Moyen	76,5%	15,4%	8,2%	100,0%
	3,00 Élevé	88,0%	8,0%	4,0%	100,0%
	Total	73,7%	17,0%	9,3%	100,0%

### 2.3.2 Accessibilité et santé

La mesure dans laquelle on est confronté à des problèmes de santé influence fortement la mesure dans laquelle on vit l'accessibilité. En effet, on peut considérer l'accessibilité comme ressentie par les personnes ayant le plus de problèmes de santé comme un bon critère pour évaluer l'accessibilité. Pour eux, il faut toujours que l'accessibilité soit

réalisée. Dans le tableau 2.5, la mesure de l'accessibilité est décrite pour 20% des participants affichant la moins bonne santé et 20% des participants affichant le meilleur état de santé. Pour déterminer la santé des participants, nous disposons dans la présente enquête de trois séries d'indicateurs :

- la façon subjective de considérer leur santé
- ou si le participant a déjà souffert d'une longue maladie
- et la mesure dans laquelle la santé du participant le limite dans certaines de ses activités :
  - o le travail,
  - o les tâches ménagères,
  - o la vie sociale,
  - o la vie de famille,
  - o les loisirs.

Tableau 2.5 : Répartition de l'accessibilité aux soins de santé selon l'état de santé

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	1,00 En très bonne santé	82,1%	13,3%	4,6%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	58,1%	23,1%	18,8%	100,0%
	Total	75,7%	14,6%	9,7%	100,0%
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	1,00 En très bonne santé	74,9%	13,7%	11,4%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	42,2%	29,1%	28,8%	100,0%
	Total	60,7%	21,1%	18,2%	100,0%
Je devrais faire soigner mes dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 En très bonne santé	79,2%	12,5%	8,3%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	46,3%	24,9%	28,7%	100,0%
	Total	67,2%	17,2%	15,5%	100,0%
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 En très bonne santé	76,1%	17,4%	6,6%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	47,1%	25,9%	27,0%	100,0%
	Total	66,6%	17,3%	16,1%	100,0%
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	1,00 En très bonne santé	84,2%	11,6%	4,2%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	43,1%	32,7%	24,2%	100,0%
	Total	68,8%	18,9%	12,3%	100,0%
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	1,00 En très bonne santé	82,7%	11,2%	6,1%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	47,2%	20,6%	32,2%	100,0%
	Total	69,3%	13,7%	17,0%	100,0%



Tableau 2.5 : Répartition de l'accessibilité aux soins de santé selon l'état de santé (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	1,00 En très bonne santé	85,9%	10,8%	3,3%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	61,2%	21,0%	17,8%	100,0%
	Total	76,7%	14,7%	8,6%	100,0%
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	1,00 En très bonne santé	86,0%	10,7%	3,3%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	53,9%	27,8%	18,3%	100,0%
	Total	74,3%	16,9%	8,8%	100,0%

Une analyse principale des composants de ces différentes caractéristiques fournit un seul composant avec une valeur propre supérieure à un. Cela signifie que les différentes affirmations résultent en une même attitude, et donc peuvent former ensemble une échelle mesurant cette attitude. Des valeurs plus élevées sur cette échelle sont synonymes de moins bonne santé. Cette mesure a été subdivisée en quintiles ou cinquièmes de la population selon leur ressenti des problèmes de santé. Nous remarquons que 18% des 20% des participants ayant la moins bonne santé doivent reporter une visite médicale ou une intervention. 27% doivent reporter des soins dentaires ou l'achat d'une paire de lunettes. 32% ont déjà dû se passer de vacances pour pouvoir payer des frais médicaux et 18% disent avoir tellement de frais médicaux qu'ils ne peuvent plus nouer les deux bouts à la fin du mois. Donc, pour les 20% de personnes en moins bonne santé de la population, la mesure de la non-accessibilité est relativement importante.

La mesure dans laquelle les personnes sont confrontées à des problèmes de santé et le niveau de formation semblent les meilleurs précurseurs de la mesure de l'accessibilité des soins de santé. Dans le tableau ci-dessous 2.6, on contrôle si les personnes hautement qualifiées, quand elles sont confrontées à des problèmes de santé, ont également des problèmes au niveau de l'accessibilité. C'est réalisé en examinant le lien entre le niveau de formation et l'accessibilité, pour les 40% de personnes jouissant de la moins bonne santé. Contrairement aux tableaux précédents, on ne s'intéresse pas dans ce cas aux 20%, mais aux 40% de participants ayant le plus de problèmes de santé. On a ainsi procédé parce qu'il y a (nettement) moins de personnes au sein des personnes hautement qualifiées souffrant de problèmes de santé et que les chiffres absolus seraient trop faibles si on examinait uniquement le groupe de 20% des personnes ayant le plus de problèmes de santé.

Il ressort du tableau que, si on considère les 40% de personnes ayant la moins bonne santé, le niveau de formation joue un rôle dans l'accessibilité. Au sein du groupe, 15%

des personnes peu qualifiées doivent reporter ou annuler une visite chez le médecin en raison d'un manque d'argent, pour 8% des personnes hautement qualifiées. Treize pour cent des personnes faiblement qualifiées doivent reporter une intervention, contre 11% des personnes hautement qualifiées. Suite aux dépenses médicales, 18% des personnes peu qualifiées de ce groupe sont tombées dans la pauvreté, contre 7% des personnes hautement qualifiées. Les différences en fonction du niveau de formation sont donc toujours importantes. Il est toutefois étonnant que l'accessibilité des personnes hautement qualifiées soit également problématique si nous considérons les 40% de la population ayant la moins bonne santé. Il y a également un manque d'accessibilité pour un peu moins de 10% d'entre elles. Cela se traduit également dans ce groupe par la peur de s'appauvrir en raison de la maladie. 23% des personnes hautement qualifiées se font du souci à ce sujet ; pas moins de 27% des personnes peu qualifiées se tracassent également.

Tableau 2.6 : Répartition de l'accessibilité aux soins de santé des 40% de Belges jouissant de la moins bonne santé selon le niveau de formation.

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	1,00 Faible	56,3%	29,1%	14,6%	100,0%
	2,00 Moyen	69,9%	17,0%	13,1%	100,0%
	3,00 Élevé	83,5%	8,3%	8,3%	100,0%
	Total	66,7%	20,6%	12,8%	100,0%
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	1,00 Faible	44,4%	29,0%	26,6%	100,0%
	2,00 Moyen	49,5%	30,1%	20,4%	100,0%
	3,00 Élevé	61,7%	15,8%	22,5%	100,0%
	Total	49,7%	26,7%	23,6%	100,0%
Je devrais faire soigner mes dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 Faible	49,4%	22,7%	27,8%	100,0%
	2,00 Moyen	58,0%	24,4%	17,6%	100,0%
	3,00 Élevé	72,1%	13,9%	13,9%	100,0%
	Total	57,2%	21,5%	21,3%	100,0%
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	1,00 Faible	48,1%	25,6%	26,4%	100,0%
	2,00 Moyen	58,9%	21,7%	19,3%	100,0%
	3,00 Élevé	73,6%	15,7%	10,7%	100,0%
	Total	57,2%	22,2%	20,6%	100,0%
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	1,00 Faible	42,9%	37,4%	19,7%	100,0%
	2,00 Moyen	59,3%	23,4%	17,2%	100,0%
	3,00 Élevé	73,6%	16,5%	9,9%	100,0%
	Total	55,1%	28,1%	16,8%	100,0%
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	1,00 Faible	46,5%	17,8%	35,7%	100,0%
	2,00 Moyen	60,9%	19,8%	19,3%	100,0%
	3,00 Élevé	73,6%	14,0%	12,4%	100,0%
	Total	57,2%	17,7%	25,1%	100,0%
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	1,00 Faible	64,1%	23,0%	12,9%	100,0%
	2,00 Moyen	68,0%	19,4%	12,6%	100,0%
	3,00 Élevé	80,0%	9,2%	10,8%	100,0%
	Total	68,7%	18,9%	12,4%	100,0%
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	1,00 Faible	53,3%	28,7%	18,0%	100,0%
	2,00 Moyen	67,3%	21,0%	11,7%	100,0%
	3,00 Élevé	78,5%	14,0%	7,4%	100,0%
	Total	63,4%	23,0%	13,6%	100,0%

### 2.3.3 Accessibilité et communauté linguistique

Il demeure encore d'importantes différences entre les communautés linguistiques quant à l'accessibilité ressentie. Celle-ci est évaluée beaucoup plus faiblement par les francophones que par les néerlandophones. Parmi les néerlandophones, 8% doivent reporter ou annuler une visite chez le médecin pour des raisons financières, les francophones sont 15% dans la même situation. 8% des néerlandophones et 11% des francophones reportent une intervention.

L'achat de lunettes ou les soins dentaires sont reportés pour raisons financières par 12% des néerlandophones et 25% des francophones. 14% des néerlandophones et 23% des francophones ont déjà dû se passer de vacances pour pouvoir faire face aux frais médicaux. Ces coûts sont tellement importants pour 7% des néerlandophones et 13% des francophones qu'ils ont dû mal à nouer les deux bouts. 18% des néerlandophones et 22% des francophones craignent de tomber dans la pauvreté s'ils deviennent malades.

Ces différences ne peuvent pas être complètement justifiées par les différences économiques ou les autres variables qui ont été contrôlées à cet égard (cf. tableau 2.3).

Tableau 2.6 : Répartition de l'accessibilité aux soins de santé en fonction de la communauté linguistique

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Personnellement, je dois régulièrement postposer ou annuler un rendez-vous chez le médecin, parce que je n'ai pas assez d'argent	,00 néerlandophone	80,9%	11,4%	7,7%	100,0%
	1,00 francophone	66,1%	19,2%	14,7%	100,0%
	Total	74,6%	14,7%	10,7%	100,0%
J'ai peur de tomber malade, car je tomberai alors dans la pauvreté	,00 néerlandophone	63,7%	18,5%	17,8%	100,0%
	1,00 francophone	53,6%	24,8%	21,7%	100,0%
	Total	59,4%	21,1%	19,4%	100,0%
Je devrais faire soigner mes dents, mais je n'ai pas l'argent pour cela	,00 néerlandophone	73,5%	14,8%	11,7%	100,0%
	1,00 francophone	55,6%	19,8%	24,6%	100,0%
	Total	66,0%	16,9%	17,1%	100,0%
Je devrais changer de lunettes, mais je n'ai pas l'argent pour cela	,00 néerlandophone	74,6%	13,7%	11,6%	100,0%
	1,00 francophone	53,8%	21,4%	24,8%	100,0%
	Total	65,8%	17,0%	17,2%	100,0%
Par mois, je dois dépenser tellement en frais de médecins et de médicaments que je ne peux quasi rien me permettre sur le côté	,00 néerlandophone	75,6%	14,8%	9,6%	100,0%
	1,00 francophone	58,8%	23,0%	18,2%	100,0%
	Total	68,5%	18,3%	13,2%	100,0%
J'ai déjà dû renoncer aux vacances pour couvrir nos frais de médecins, d'hôpitaux et/ou de médicaments	,00 néerlandophone	75,4%	10,9%	13,7%	100,0%
	1,00 francophone	59,2%	17,2%	23,6%	100,0%
	Total	68,6%	13,6%	17,8%	100,0%
J'ai postposé une opération médicale, parce que je ne pouvais pas la payer	,00 néerlandophone	79,7%	12,2%	8,1%	100,0%
	1,00 francophone	72,7%	16,7%	10,6%	100,0%
	Total	76,8%	14,1%	9,2%	100,0%
Chaque mois, j'ai tellement de frais de médecins, de médicaments et/ou d'hôpitaux que je ne parviens pas à joindre les deux bouts	,00 néerlandophone	79,2%	14,0%	6,8%	100,0%
	1,00 francophone	65,5%	21,5%	13,0%	100,0%
	Total	73,4%	17,2%	9,4%	100,0%

## 2.4 Conclusion

L'affirmation selon laquelle les bons soins sont disponibles pour tout le monde, pauvres et riches, dans ce pays, n'est pas correcte. Un gros problème se pose quant à l'accessibilité pour 10% de la population et 17% doivent reporter des soins dentaires ou l'achat de lunettes en raison de problèmes financiers. Ces problèmes se produisent en grande partie auprès des personnes faiblement qualifiées, des personnes ayant un avenir financier peu sûr, chez les francophones et les personnes souffrant de problèmes de santé. Ces derniers sont très importants, parce que l'on ne doit en fait pas mesurer l'accessibilité pour la population dans sa totalité. On tient en effet aussi compte des personnes qui sont en très bonne santé, qui n'ont pas recours aux soins de santé et qui, par conséquent, ont très peu de chance de rencontrer des problèmes d'accessibilité. Une meilleure image de l'accessibilité est obtenue en considérant l'expérience de 20% des Belges qui souffrent du plus grand nombre de soucis de santé.

Parmi ceux-ci, 17% affirment qu'ils doivent reporter une intervention médicale en raison d'un manque d'argent, 19% reportent une visite chez le médecin et 18% tombent dans la pauvreté en raison de frais médicaux trop élevés. Un problème d'accessibilité grave se pose dès lors pour la majorité de ces personnes. Les problèmes d'accessibilité apparaissent également davantage chez les gens plus démunis, par exemple davantage chez les personnes faiblement qualifiées que chez les personnes hautement qualifiées. Mais si l'on considère les personnes qui ont des problèmes de santé, par exemple les 40% de personnes souffrant du plus grand nombre de problèmes de santé, on constate que 8% des personnes hautement qualifiées parmi ces 40% doivent reporter ou annuler régulièrement une visite chez le médecin en raison de problèmes financiers, 11% doivent reporter une intervention en raison de problèmes financiers, 7% déclarent aboutir dans la pauvreté en raison de frais médicaux trop importants et 23% vivent avec la peur de tomber malade parce qu'ils craignent d'alors tomber dans la pauvreté.

### 3 Chapitre 3, Satisfaction en matière de soins de santé.

La satisfaction en matière de soins de santé a été mesurée de deux façons. D'une part, on a demandé aux personnes interrogées quel était leur degré de satisfaction et on leur a soumis 31 aspects des soins de santé. 21 de ces aspects se rapportaient à la qualité générale des soins de santé (par exemple, reçoit-on suffisamment de respect de la part des médecins traitants ou est-on satisfait de la proximité des hôpitaux), 10 questions étaient relatives à la façon dont les participants pensaient qu'ils recevaient suffisamment d'informations des différents prestataires de soins quant à leurs problèmes de santé, aux coûts des soins et au déroulement de l'admission à l'hôpital. L'autre manière d'évaluer la satisfaction consistait à demander aux participants leurs expériences négatives, acquises lors de l'utilisation des soins de santé. Dix-sept expériences négatives possibles ont été soumises aux participants. Bien qu'il y a bien entendu un rapport entre les expériences négatives et la satisfaction, la différence semble justifier d'analyser les deux séries de questions séparément et ensuite de rassembler les conclusions de ces analyses. Nous examinons d'abord la satisfaction par rapport aux soins de santé, et ensuite les expériences négatives.

#### 3.1 Satisfaction par rapport aux soins de santé

Bien que la mesure de satisfaction dépende très fortement de la qualité des soins de santé et des informations dispensées ( $r=.53$ ), il nous a semblé utile, et c'est également ressorti d'une analyse des facteurs, qu'il convenait de distinguer les deux séries de mesures de la satisfaction. Nous discutons d'abord de la satisfaction par rapport aux soins de santé et ensuite du degré de satisfaction par rapport aux informations dispensées.

##### 3.1.1 *Satisfaction par rapport à la qualité des soins de santé*

Comme le montre le tableau 3.1, la satisfaction relative aux différents aspects des soins de santé est particulièrement élevée. La dernière colonne indique le rapport entre la proportion des personnes (très) satisfaites par rapport à la proportion des personnes (très) insatisfaites. Il ressort par exemple que 43 fois plus de personnes sont satisfaites par rapport aux personnes insatisfaites quant à la proximité des prestataires de soins. Les pourcentages se rapportent toujours (tant dans le tableau 3.1 que le tableau 3.2) aux personnes qui ont l'expérience d'aspect semblable dans le domaine des soins de santé et la fourniture des informations.

Nous pouvons conclure que la satisfaction est très importante et que le nombre de personnes satisfaites est au moins trois fois plus élevé que celui des personnes insatisfaites. C'est le cas pour 13 des 21 aspects abordés en matière de qualité des soins de santé.

Tableau 3.1 : Satisfaction (en %) de la population belge par rapport aux soins de santé (n=1.964)

Variable	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Satisfait/Insatisfait
La proximité des prestataires de soins	0,4	1,6	12,5	62,3	23,1	42,6
L'entente générale avec votre médecin généraliste	0,7	1,9	10,7	51,8	34,9	33,4
Le respect des médecins traitants envers les patients	0,4	2,4	16,9	58,7	21,6	28,9
La proximité des hôpitaux	0,6	2,4	10,7	59,0	27,3	28,5
La qualité des soins de santé en général	0,5	2,7	19,0	66,7	11,2	24,5
L'offre des soins des hôpitaux	0,7	3,0	16,5	62,2	17,6	21,8
Les services de soins à domicile	1,1	3,2	13,0	53,9	28,8	19,3
Le temps que le médecin traitant vous consacre	1,0	4,5	14,2	52,0	28,4	14,6
Le respect du personnel hospitalier	1,5	4,7	26,0	53,1	14,8	11,1
Le choix que vous avez en matière de spécialistes	1,5	5,5	20,1	59,0	13,8	10,3
Les services de garde des pharmacies	1,5	7,7	20,7	58,4	11,6	7,6
Les services de garde des médecins généralistes	2,3	9,8	27,6	52,0	8,3	5,0
Les délais d'attente chez votre médecin généraliste	3,5	10,3	21,0	48,4	16,7	4,7
Le délai d'attente chez le dentiste	5,3	15,4	21,3	46,1	11,8	2,8
Le temps que les spécialistes vous consacrent	3,3	14,7	32,3	42,8	6,9	2,8
L'offre en assistance psychologique	6,3	13,9	34,0	40,7	5,1	2,3
Le service des urgences de l'hôpital	8,3	14,7	27,2	39,9	9,9	2,2
Le montant que l'on doit payer soi-même	4,8	17,0	36,1	37,2	5,0	1,9
L'offre de maisons de repos	8,0	18,0	31,6	37,3	5,1	1,6
Les soins en maisons de repos	8,6	18,3	36,8	32,0	4,3	1,4
Les délais d'attente chez les spécialistes	11,6	28,3	32,9	24,3	2,8	0,7

Note : Les pourcentages concernent les pourcentages valables, c'est-à-dire déduction faite des participants ayant indiqué ne pas avoir d'expérience avec certains points et des réponses manquantes.

Les personnes satisfaites sont deux fois plus nombreuses que les personnes insatisfaites. Mais en ce qui concerne les points suivants, les personnes satisfaites sont 3 fois moins nombreuses :

- le délai d'attente chez le dentiste,
- le temps que les spécialistes consacrent à leurs patients,
- l'offre d'assistance psychologique,
- les services d'urgences des hôpitaux.

Nous parlons d'un plus faible degré de satisfaction, si les personnes satisfaites et insatisfaites sont environ aussi nombreuses. C'est le cas pour :

- le montant que l'on doit payer soi-même pour les soins de santé,
- l'offre de maisons de repos,
- les soins en maisons de repos.

On est très insatisfait des délais d'attente chez les spécialistes. 27% en sont satisfaits et 40% insatisfaits.

### 3.1.2 Satisfaction quant aux renseignements fournis

Dans le tableau 3.2, on donne l'évaluation de 10 formes d'information. La présentation est la même que dans le tableau 3.1.

Pour 8 de ces formes d'information, la proportion de personnes satisfaites est de 4 à 24 fois plus importantes que celle de personnes insatisfaites. On est particulièrement satisfait des informations reçues sur ses propres problèmes de santé par le médecin généraliste consulté et le spécialiste consulté. On est moins satisfait des informations relatives aux coûts d'un traitement par un spécialiste ou dans un hôpital. Bien que le nombre de personnes satisfaites soit toujours plus important que le nombre de personnes insatisfaites. En ce qui concerne les informations relatives aux coûts d'un traitement par un spécialiste, 45% sont satisfaits et 21% sont insatisfaits. En comparaison avec d'autres types d'information, on est le moins satisfait des informations reçues sur le prix d'un traitement à l'hôpital. Toutefois, 41% des personnes en ayant fait l'expérience sont satisfaits, par rapport à 24% de personnes insatisfaites.

Tableau 3.2 : Satisfaction (en %) de la population belge par rapport aux soins de santé (n=1.964)

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Satisfait/Insatisfait
Info : problèmes de santé par le médecin généraliste	0,8	2,6	13,5	54,0	29,1	24,3
Info : spécialiste des soins de santé	1,4	4,2	18,6	55,3	20,5	13,6
Info : admission à l'hôpital par le médecin généraliste	1,4	6,5	20,7	57,1	14,3	9,0
Info : frais du traitement par le médecin généraliste	2,3	7,5	20,9	53,2	16,1	7,1
Info : admission à l'hôpital par la mutualité	2,8	7,8	27,3	49,0	13,1	5,8
Info : frais du traitement par la mutualité	3,3	7,9	25,4	48,5	14,9	5,7
Info : admission à l'hôpital par le spécialiste	2,6	9,1	25,8	50,8	11,7	5,4
Info : admission à l'hôpital par l'hôpital	3,3	10,2	27,8	49,7	9,0	4,3
Info : frais du traitement par le spécialiste	4,0	17,2	33,8	38,2	6,9	2,1
Info : frais du traitement par l'hôpital	5,2	19,2	34,7	35,2	5,7	1,7

Note : Les pourcentages concernent les pourcentages valables, c'est-à-dire déduction faite des participants ayant indiqué ne pas avoir d'expérience avec certains points et des réponses manquantes.

### 3.2 Expériences négatives avec les soins de santé

On a soumis aux participants une liste avec 17 expériences négatives possibles en matière de soins de santé (cf. tableau 3.3). Ils pouvaient répondre que cela ne leur était « jamais », « rarement », « parfois » ou « fréquemment » arrivé. Ils ont pu indiquer qu'une question ne s'appliquait pas à leur situation, par exemple parce qu'ils n'avaient jamais reçu une facture d'hôpital et ne pouvaient dès lors pas dire si elle était compréhensible ou non. Les pourcentages mentionnés au tableau 3.3 en réfèrent aux personnes qui pensent que les questions s'appliquent à leur situation. La dernière colonne affiche la somme des catégories « parfois » et « fréquemment ».

Cela n'arrive que rarement ou jamais que les médecins ne souhaitent pas prescrire de médicaments alors que les patients ont l'impression d'en avoir besoin (84%), seulement 1% estime que c'est fréquent. Cela n'arrive que rarement ou jamais que le médecin ne fasse pas faire d'exams si le patient le juge utile (91%) ; seuls 2% estiment que c'est fréquent. Il est fréquent que le patient ait la sensation que le médecin prescrit trop facilement des médicaments (5% estime que c'est fréquent) ou fasse réaliser des exams qu'il n'estime pas vraiment nécessaire (4% estime que c'est fréquent).

Tableau 3.3 : Expériences négatives (en %) de la population belge par rapport aux soins de santé (n=2.062)

Vous est-il déjà arrivé de ...	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Parfois + fréquemment
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	74,5	19,1	5,5	,9	6,4
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des exams alors que cela se serait avéré utile	69,4	21,2	7,7	1,7	9,5
... avoir dû payer trop cher le médecin généraliste	65,6	20,9	9,7	3,8	13,5
... devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	54,8	30,1	12,0	3,1	15,1
... ne pas avoir été suffisamment informé par votre médecin traitant	52,6	32,0	12,3	3,0	15,4
... ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	58,9	24,8	14,0	2,3	16,3
... avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	53,3	29,0	13,1	4,7	17,7
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	51,6	28,3	16,9	3,2	20,1
... avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des exams trop rapidement ou inutiles	44,6	32,6	19,3	3,5	22,8
... avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	52,5	24,4	17,4	5,7	23,1
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	42,3	34,1	20,3	3,3	23,5
... n'avoir pas été suffisamment aidé lors d'une hospitalisation de vous-même ou d'un membre de votre ménage ou famille	43,0	30,6	19,5	6,9	26,4
... ne pas avoir été suffisamment informé lors d'une hospitalisation	42,0	31,3	20,5	6,3	26,7
... avoir reçu une facture d'hôpital incompréhensible	36,3	24,2	24,9	14,6	39,5



Tableau 3.3 : Expériences négatives (en %) de la population belge par rapport aux soins de santé (n=2.062) (suite)

Vous est-il déjà arrivé de ...	Jamais	Rare-ment	Parfois	Fréque-ment	Parfois + fré-quent-ment
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	33,3	25,3	28,5	12,9	41,4
... ne pas avoir été suffisamment informé à l'avance sur les coûts d'un traitement ou d'une opération	30,9	24,8	26,3	17,9	44,3
... devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	17,9	28,0	34,7	19,4	54,1

Note : Les pourcentages concernent les pourcentages valables, c'est-à-dire déduction faite des participants ayant indiqué ne pas avoir d'expérience avec certains points et des réponses manquantes.

En général, la fréquence des expériences négatives est assez faible. Seuls 6% ou moins des participants déclarent être confrontés fréquemment à 13 des 17 expériences négatives. Si on comptabilise les « parfois » et les « fréquemment », on arrive à 8 des 17 affirmations qui sont ressenties comme parfois ou fréquentes par 20 pour cent maximum des participants à l'enquête. Ce qui est plus fréquent : le sentiment que le spécialiste fait réaliser beaucoup trop d'examens superflus, que la facture d'hôpital n'est pas correcte, que l'on reçoit trop peu d'aide et d'informations lors d'une hospitalisation.

Encore plus fréquent : la réception d'une facture d'hôpital incompréhensible (40% parfois ou fréquemment), le sentiment d'avoir dû payer trop cher chez un spécialiste (41% parfois ou fréquemment), d'être suffisamment informé sur les coûts d'un traitement ou d'une intervention (44% parfois ou fréquemment) et d'avoir dû attendre trop longtemps pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (54% parfois ou fréquemment).

### 3.3 Conclusion temporaire : satisfaction et points d'attention

Au total, 48 questions ont été posées pour évaluer la satisfaction par rapport aux soins de santé, 31 pour mesurer le degré de satisfaction et 17 pour s'informer sur les expériences négatives. Les réponses à 34 de ces 48 questions indiquent une grande à très grande satisfaction. Donc, même si on n'interroge pas sur la satisfaction par rapport aux soins de santé en général, mais si on s'intéresse en détail aux différents aspects et expériences, la satisfaction semble tout de même élevée. Le questionnement fait toutefois apparaître certains points difficiles et des points requérant de l'attention. Des aspects dont les personnes sont moins satisfaites ou des expériences négatives qui interviennent trop souvent.

- Le montant que l'on doit payer soi-même pour les soins de santé et qui est trop élevé pour de nombreuses personnes (voir également le chapitre 2, Accessibilité).
- Le nombre trop limité de maisons de repos et les prestations de celles-ci.

- En ce qui concerne les hôpitaux :
  - o le manque d'informations sur le coût d'une hospitalisation,
  - o le manque d'aide lors d'une hospitalisation, le manque d'informations sur le déroulement de l'hospitalisation,
  - o une facture d'hôpital incompréhensible et fréquemment le sentiment que la facture de l'hôpital n'est pas correcte.
  
- En ce qui concerne les spécialistes :
  - o les longues listes d'attente,
  - o l'impression que le spécialiste prescrit des examens superflus,
  - o l'impression que l'on doit payer trop chez le spécialiste.

### 3.4 Analyse de la satisfaction

Pour mesurer la satisfaction, trois séries de questions ont été posées : des questions sur la satisfaction quant à la qualité des soins de santé, la satisfaction des informations reçues et les expériences négatives. Ci-après, on passe en revue les questions de chaque série pour voir si elles présentent un rapport suffisamment important pour constituer une bonne échelle, ou autrement dit, si les gens sont contents d'un des aspects ou satisfaits d'autres aspects, afin que l'on puisse distinguer les citoyens satisfaits d'une part et insatisfaits d'autre part. Si c'est le cas, on peut contrôler quel type de personnes sont satisfaites ou insatisfaites de la qualité générale, de la fourniture d'informations et des expériences avec les équipements des soins de santé.

#### 3.4.1 *Satisfaction par rapport à la qualité des soins de santé*

Comme le montre le tableau 3.4, il y a un lien fort entre le degré de satisfaction des gens et les différents aspects quant à la qualité des soins de santé. C'est pourquoi une échelle peut être établie. Elle reflète la satisfaction relative aux aspects généraux qui peuvent être analysés à la lumière des caractéristiques citées précédemment.

Tableau 3.4 : Charges des facteurs de satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé

	Charge du composant
La qualité du système de soins de santé en général	0,645
L'offre des soins des hôpitaux	0,625
Le choix que vous avez en matière de spécialistes	0,599
Le temps que les spécialistes vous consacrent pendant une consultation	0,564
La proximité des prestataires de soins comme les médecins, dentistes ou kinésithérapeutes	0,556
Le respect des médecins traitants envers les patients	0,542
Les délais d'attente chez les spécialistes	0,525
Le temps que consacre le médecin généraliste à vous examiner et vous informer sur votre santé	0,522
La proximité des hôpitaux	0,521
Les services de garde des médecins généralistes	0,513
Le respect du personnel hospitalier envers les patients	0,512
Le service des urgences de l'hôpital	0,505
Les services de garde des pharmacies	0,460
Le montant que vous devez payer de votre poche chez le médecin, pour des médicaments et dans les hôpitaux	0,454
Le délai d'attente chez le dentiste	0,451
L'offre en assistance psychologique	0,446
L'entente générale avec votre médecin généraliste	0,438
Les délais d'attente chez votre médecin généraliste	0,432
Les services de soins à domicile	0,416
L'offre de maisons de repos	0,357
Les soins en maisons de repos	0,331
Valeur propre	5,600
Alpha de Cronbach	0,906

Finalement, les différentes caractéristiques expliquent 13% de la variation de la satisfaction par rapport à la qualité des soins de santé. Ce n'est pas négligeable, et beaucoup à la fois. Cela signifie que l'on ne peut distinguer dans la population - à une exception près, l'accessibilité - aucun groupe différant très fortement entre eux dans leur appréciation des soins de santé. L'appréciation des soins de santé est en général très positive, et c'est valable pour la plus grande majorité de la population.

Toutefois, on voit certaines différences statistiques importantes entre les différents groupes de population (cf. tableau 3.5, modèle 2). L'effet le plus important est celui de l'accessibilité ( $\beta = -0,20$ ). Les personnes qui font l'expérience de la non-accessibilité sont nettement moins satisfaites des soins de santé.

Tableau 3.5 : Analyse de la régression linéaire de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé (n : 2.148)

	Modèle 1		Modèle 2	
	$\beta$	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		***		***
Âge	,093	***	,104	***
°Homme (réf. : femme)	,051	*	,045	*
Perspective d'avenir négative	-,145	***	-,086	***
Satisfaction quant à sa vie	,205	***	,160	***
°Soins aux personnes proches (réf. : pas aidant proche)	-,083	***	-,069	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	-,052	*	-,022	n.s.
°A déjà reçu un revenu de remplacement (réf. : jamais)	,079	***	,082	***
Composition de famille (réf. : avec partenaire et enfant)				
°Avec partenaire sans enfant	,052	*	,060	*
°Isolé(e) avec enfant(s)	,012	n.s.	,018	n.s.
°Isolé(e) sans enfant	,053	*	,072	**
Accessibilité aux soins de santé			-,199	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,105		,134	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Par ailleurs, il s'avère que plus on est âgé, plus on est satisfait des soins de santé ( $\beta=0,10$ ). Les personnes qui sont davantage satisfaites de leur vie en général, sont également plus satisfaites de la qualité des soins de santé ( $\beta=0,16$ ). Il est possible que la satisfaction à propos des soins de santé contribue à la satisfaction ressentie à propos de sa propre vie. Il est toutefois aussi possible que la satisfaction quant à la vie soit en partie une attitude et que les personnes ayant cette attitude soient plus vite satisfaites des soins de santé. L'explication de cet effet ne relève pas des objectifs du présent rapport. Les autres effets sont petits. Les aidants proches et les autres personnes en prise à l'insécurité économique sont un peu moins satisfaits. Les hommes sont un peu plus satisfaits que les femmes, les personnes sans enfant sont plus satisfaites que les personnes ayant des enfants et les personnes qui ont un jour bénéficié de revenus de remplacement sont aussi un peu plus satisfaites. Les effets importants, étant donné le doute sur la nature du lien avec la satisfaction quant à sa vie, sont ceux en rapport avec l'accessibilité et l'âge.

### 3.4.2 Le contrôle de la satisfaction selon l'accessibilité des soins de santé

Comme il ressort du tableau 3.5, l'accessibilité ressentie des soins de santé a l'effet le plus important sur la satisfaction rapportée par les participants à l'enquête. Parmi le quart de la population qui ressent l'accessibilité la plus faible, 33% sont insatisfaits et 28% sont satisfaits du montant qu'ils doivent payer eux-mêmes. Pour le quart de la population qui ressent le moins de problèmes d'accessibilité, ces rapports sont tout à fait différents. Seuls 12% d'entre eux sont satisfaits de ce qu'ils doivent payer eux-mêmes, et 56% sont très satisfaits. La différence n'est nulle part ailleurs aussi grande. Cela peut indiquer que le plus gros problème de l'accessibilité des soins de santé est de nature

financière. Mais nous voyons pour presque toutes les formes de satisfaction de grandes différences en matière d'accessibilité. Même pour des aspects pour lesquels l'insatisfaction est en général importante, comme les temps d'attente pour les spécialistes, les différences pour l'accessibilité sont encore importantes. Parmi les personnes qui estiment que l'accessibilité est bonne, 30% sont satisfaites et 26% sont insatisfaites ; parmi les personnes qui estiment que l'accessibilité n'est pas bonne, 24% sont satisfaites et 48% sont insatisfaites.

Tableau 3.6 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'accessibilité

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Le montant que vous devez payer de votre poche chez le médecin, pour des médicaments et dans les hôpitaux	1,00 Très bon	12,4%	31,2%	56,4%	100,0%
	2,00 Bon	18,6%	33,5%	47,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	24,1%	40,3%	35,6%	100,0%
	4,00 Très mauvais	32,8%	39,4%	27,7%	100,0%
	Total	21,8%	36,0%	42,1%	100,0%
Les délais d'attente chez votre médecin généraliste	1,00 Très bon	9,2%	20,2%	70,6%	100,0%
	2,00 Bon	12,7%	15,7%	71,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	15,4%	24,1%	60,5%	100,0%
	4,00 Très mauvais	18,4%	24,3%	57,3%	100,0%
	Total	13,9%	21,0%	65,1%	100,0%
L'entente générale avec votre médecin généraliste	1,00 Très bon	1,2%	9,1%	89,7%	100,0%
	2,00 Bon	2,4%	7,5%	90,1%	100,0%
	3,00 Mauvais	1,8%	10,4%	87,8%	100,0%
	4,00 Très mauvais	5,0%	16,0%	79,0%	100,0%
	Total	2,6%	10,7%	86,8%	100,0%
Les délais d'attente chez les spécialistes	1,00 Très bon	35,7%	34,6%	29,7%	100,0%
	2,00 Bon	37,2%	36,1%	26,8%	100,0%
	3,00 Mauvais	38,9%	33,0%	28,1%	100,0%
	4,00 Très mauvais	47,7%	28,3%	24,1%	100,0%
	Total	39,9%	33,0%	27,1%	100,0%
Le temps que les spécialistes vous consacrent pendant une consultation	1,00 Très bon	14,0%	28,0%	58,0%	100,0%
	2,00 Bon	18,4%	33,3%	48,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	18,6%	37,0%	44,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	21,0%	31,2%	47,8%	100,0%
	Total	18,0%	32,3%	49,7%	100,0%
Le choix que vous avez en matière de spécialistes	1,00 Très bon	3,8%	15,2%	81,0%	100,0%
	2,00 Bon	7,2%	17,1%	75,7%	100,0%
	3,00 Mauvais	7,2%	20,6%	72,2%	100,0%
	4,00 Très mauvais	10,1%	27,8%	62,2%	100,0%
	Total	7,0%	20,1%	72,9%	100,0%
La proximité des hôpitaux	1,00 Très bon	1,0%	5,2%	93,8%	100,0%
	2,00 Bon	3,6%	6,0%	90,5%	100,0%
	3,00 Mauvais	1,9%	11,4%	86,8%	100,0%
	4,00 Très mauvais	5,7%	21,1%	73,3%	100,0%
	Total	3,0%	10,7%	86,3%	100,0%
L'offre des soins des hôpitaux	1,00 Très bon	1,3%	9,3%	89,4%	100,0%
	2,00 Bon	2,6%	11,3%	86,1%	100,0%
	3,00 Mauvais	2,6%	17,8%	79,5%	100,0%
	4,00 Très mauvais	8,3%	28,2%	63,5%	100,0%
	Total	3,7%	16,5%	79,8%	100,0%

Tableau 3.6 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'accessibilité (suite)

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Le délai d'attente chez le dentiste	1,00 Très bon	14,7%	15,1%	70,1%	100,0%
	2,00 Bon	17,7%	22,8%	59,5%	100,0%
	3,00 Mauvais	22,9%	22,5%	54,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	28,4%	25,2%	46,4%	100,0%
	Total	20,8%	21,3%	57,9%	100,0%
Les informations relatives aux coûts des soins médicaux	1,00 Très bon	21,8%	43,1%	35,1%	100,0%
	2,00 Bon	26,3%	43,3%	30,5%	100,0%
	3,00 Mauvais	25,5%	44,0%	30,5%	100,0%
	4,00 Très mauvais	35,3%	39,3%	25,4%	100,0%
	Total	27,1%	42,4%	30,5%	100,0%
Le respect des médecins traitants envers les patients	1,00 Très bon	1,8%	15,2%	83,1%	100,0%
	2,00 Bon	2,0%	16,1%	81,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	2,8%	16,8%	80,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	4,5%	19,8%	75,7%	100,0%
	Total	2,8%	16,9%	80,3%	100,0%
Le respect du personnel hospitalier envers les patients	1,00 Très bon	2,9%	20,7%	76,4%	100,0%
	2,00 Bon	5,5%	22,9%	71,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	6,5%	26,5%	67,1%	100,0%
	4,00 Très mauvais	9,6%	33,8%	56,7%	100,0%
	Total	6,1%	25,9%	67,9%	100,0%
L'offre en assistance psychologique	1,00 Très bon	16,6%	33,7%	49,7%	100,0%
	2,00 Bon	16,7%	37,9%	45,3%	100,0%
	3,00 Mauvais	20,7%	32,1%	47,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	25,0%	32,4%	42,6%	100,0%
	Total	20,2%	33,9%	46,0%	100,0%
L'offre en assistance psychologique	1,00 Très bon	1,4%	12,5%	86,1%	100,0%
	2,00 Bon	2,0%	15,4%	82,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	2,8%	18,8%	78,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	6,6%	29,8%	63,6%	100,0%
	Total	3,2%	18,9%	77,9%	100,0%
L'offre en assistance psychologique	1,00 Très bon	2,2%	8,2%	89,6%	100,0%
	2,00 Bon	4,9%	9,2%	85,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	3,7%	12,0%	84,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	6,3%	20,4%	73,3%	100,0%
	Total	4,4%	13,0%	82,6%	100,0%
La proximité des prestataires de soins comme les médecins, dentistes ou kinésithérapeutes	1,00 Très bon	1,2%	5,7%	93,1%	100,0%
	2,00 Bon	1,6%	9,3%	89,0%	100,0%
	3,00 Mauvais	2,4%	14,9%	82,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	3,1%	21,3%	75,6%	100,0%
	Total	2,0%	12,5%	85,4%	100,0%
L'offre de maisons de repos	1,00 Très bon	21,6%	29,2%	49,2%	100,0%
	2,00 Bon	19,1%	38,8%	42,0%	100,0%
	3,00 Mauvais	28,9%	25,4%	45,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	33,9%	33,9%	32,2%	100,0%
	Total	25,9%	31,7%	42,4%	100,0%
L'offre de maisons de repos	1,00 Très bon	23,5%	39,4%	37,1%	100,0%
	2,00 Bon	22,8%	39,3%	37,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	28,9%	32,9%	38,2%	100,0%
	4,00 Très mauvais	32,1%	35,8%	32,1%	100,0%
	Total	27,0%	36,7%	36,2%	100,0%
Les services de garde des pharmacies	1,00 Très bon	7,0%	13,8%	79,1%	100,0%
	2,00 Bon	7,1%	19,7%	73,2%	100,0%
	3,00 Mauvais	8,5%	22,1%	69,4%	100,0%
	4,00 Très mauvais	14,0%	27,8%	58,1%	100,0%
	Total	9,1%	20,8%	70,1%	100,0%

Tableau 3.6 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'accessibilité (suite)

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Les services de garde des pharmacies	1,00 Très bon	6,1%	24,2%	69,7%	100,0%
	2,00 Bon	13,3%	25,3%	61,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	12,3%	30,9%	56,8%	100,0%
	4,00 Très mauvais	17,1%	30,0%	52,9%	100,0%
	Total	12,2%	27,6%	60,2%	100,0%
Le service des urgences de l'hôpital	1,00 Très bon	16,4%	26,4%	57,2%	100,0%
	2,00 Bon	23,1%	25,1%	51,8%	100,0%
	3,00 Mauvais	20,1%	29,4%	50,5%	100,0%
	4,00 Très mauvais	31,9%	27,5%	40,6%	100,0%
	Total	23,1%	27,1%	49,8%	100,0%
Le temps que consacre le médecin généraliste à vous examiner et vous informer sur votre santé	1,00 Très bon	3,8%	10,0%	86,2%	100,0%
	2,00 Bon	4,7%	13,7%	81,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	5,7%	17,5%	76,8%	100,0%
	4,00 Très mauvais	7,9%	15,8%	76,4%	100,0%
	Total	5,5%	14,2%	80,3%	100,0%

### 3.4.3 Satisfaction en fonction de l'âge

Le tableau 3.5 montre que plus on est âgé, plus la satisfaction par rapport aux soins de santé augmente. Le tableau 3.7 indique la satisfaction par élément, en fonction de l'âge. Les personnes âgées de plus de 65 ans semblent les plus satisfaites de tous les aspects des soins de santé, à l'exception de l'offre et des services dans les maisons de repos. Les personnes plus âgées sont vraiment plus négatives que les plus jeunes en ce qui concerne les soins prodigués dans les maisons de repos. C'est probablement dû au fait que ce groupe a acquis plus d'expériences en la matière, via des parents, amis et connaissances qui font usage des services de maisons de repos.

Tableau 3.7 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé en fonction de l'âge

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Le montant que vous devez payer de votre poche chez le médecin, pour des médicaments et dans les hôpitaux	1,00 18 à 35 ans	19,40%	39,10%	41,50%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	24,00%	34,70%	41,30%	100,00%
	3,00 65 ans	19,10%	35,40%	45,50%	100,00%
	Total	21,80%	36,10%	42,10%	100,00%
Les délais d'attente chez votre médecin généraliste	1,00 18 à 35 ans	17,80%	23,70%	58,60%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	13,50%	20,80%	65,60%	100,00%
	3,00 65 ans	8,50%	17,60%	73,90%	100,00%
	Total	13,80%	21,00%	65,10%	100,00%
L'entente générale avec votre médecin généraliste	1,00 18 à 35 ans	2,70%	11,10%	86,30%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	2,80%	10,90%	86,30%	100,00%
	3,00 65 ans	1,90%	9,40%	88,70%	100,00%
	Total	2,60%	10,70%	86,70%	100,00%
Les délais d'attente chez les spécialistes	1,00 18 à 35 ans	41,10%	32,10%	26,80%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	41,80%	31,40%	26,70%	100,00%
	3,00 65 ans	33,10%	38,30%	28,70%	100,00%
	Total	40,00%	32,90%	27,10%	100,00%

Tableau 3.7 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé en fonction de l'âge (suite)

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Le temps que les spécialistes vous consacrent pendant une consultation	1,00 18 à 35 ans	20,20%	31,40%	48,40%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	20,00%	31,20%	48,80%	100,00%
	3,00 65 ans	9,40%	36,70%	53,80%	100,00%
	Total	18,00%	32,30%	49,70%	100,00%
Le choix que vous avez en matière de spécialistes	1,00 18 à 35 ans	8,40%	24,90%	66,70%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	7,10%	19,60%	73,20%	100,00%
	3,00 65 ans	5,60%	14,60%	79,80%	100,00%
	Total	7,10%	20,10%	72,80%	100,00%
La proximité des hôpitaux	1,00 18 à 35 ans	2,60%	12,40%	85,10%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	4,00%	10,50%	85,60%	100,00%
	3,00 65 ans	1,40%	8,80%	89,90%	100,00%
	Total	3,10%	10,70%	86,20%	100,00%
L'offre des soins des hôpitaux	1,00 18 à 35 ans	3,80%	19,70%	76,50%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	4,10%	16,00%	80,00%	100,00%
	3,00 65 ans	1,90%	13,80%	84,30%	100,00%
	Total	3,60%	16,50%	79,80%	100,00%
Le délai d'attente chez le dentiste	1,00 18 à 35 ans	23,00%	21,30%	55,70%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	21,40%	22,10%	56,50%	100,00%
	3,00 65 ans	15,70%	19,00%	65,20%	100,00%
	Total	20,80%	21,30%	57,90%	100,00%
Les informations relatives aux coûts des soins médicaux	1,00 18 à 35 ans	30,00%	44,80%	25,10%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	27,60%	42,40%	29,90%	100,00%
	3,00 65 ans	21,20%	39,10%	39,70%	100,00%
	Total	27,10%	42,40%	30,50%	100,00%
Le respect des médecins traitants envers les patients	1,00 18 à 35 ans	2,00%	18,10%	80,00%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	3,60%	17,80%	78,60%	100,00%
	3,00 65 ans	1,80%	12,90%	85,30%	100,00%
	Total	2,80%	17,00%	80,30%	100,00%
Le respect du personnel hospitalier envers les patients	1,00 18 à 35 ans	7,20%	25,40%	67,40%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	6,30%	27,10%	66,60%	100,00%
	3,00 65 ans	4,20%	23,60%	72,20%	100,00%
	Total	6,20%	26,00%	67,90%	100,00%
L'offre en assistance psychologique	1,00 18 à 35 ans	14,90%	39,50%	45,70%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	21,60%	35,20%	43,20%	100,00%
	3,00 65 ans	25,20%	20,30%	54,60%	100,00%
	Total	20,30%	34,00%	45,70%	100,00%
La qualité du système de soins de santé en général	1,00 18 à 35 ans	3,50%	20,60%	75,90%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	3,20%	19,30%	77,50%	100,00%
	3,00 65 ans	2,80%	15,30%	81,90%	100,00%
	Total	3,30%	18,90%	77,80%	100,00%
Les services de soins à domicile	1,00 18 à 35 ans	8,90%	18,30%	72,80%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	3,00%	14,30%	82,80%	100,00%
	3,00 65 ans	2,50%	5,10%	92,40%	100,00%
	Total	4,30%	13,00%	82,70%	100,00%
La proximité des prestataires de soins comme les médecins, dentistes ou kinésithérapeutes	1,00 18 à 35 ans	1,00%	17,10%	81,90%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	2,40%	11,40%	86,20%	100,00%
	3,00 65 ans	2,40%	9,30%	88,30%	100,00%
	Total	2,00%	12,60%	85,40%	100,00%



Tableau 3.7 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport aux soins de santé en fonction de l'âge (suite)

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
L'offre de maisons de repos	1,00 18 à 35 ans	27,10%	33,00%	39,90%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	26,80%	29,40%	43,90%	100,00%
	3,00 65 ans	23,50%	35,00%	41,60%	100,00%
	Total	26,10%	31,60%	42,30%	100,00%
Les soins en maisons de repos	1,00 18 à 35 ans	26,70%	37,60%	35,80%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	25,60%	36,20%	38,30%	100,00%
	3,00 65 ans	30,30%	37,20%	32,50%	100,00%
	Total	26,90%	36,80%	36,30%	100,00%
Les services de garde des pharmacies	1,00 18 à 35 ans	8,80%	20,80%	70,40%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	8,80%	22,50%	68,70%	100,00%
	3,00 65 ans	10,60%	16,00%	73,50%	100,00%
	Total	9,20%	20,80%	70,10%	100,00%
Les services de garde des médecins généralistes	1,00 18 à 35 ans	11,80%	26,90%	61,30%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	12,30%	28,90%	58,80%	100,00%
	3,00 65 ans	12,00%	24,90%	63,10%	100,00%
	Total	12,00%	27,60%	60,30%	100,00%
Le service des urgences de l'hôpital	1,00 18 à 35 ans	26,60%	31,40%	42,00%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	23,60%	26,90%	49,40%	100,00%
	3,00 65 ans	15,90%	21,60%	62,50%	100,00%
	Total	23,00%	27,20%	49,80%	100,00%
Le temps que consacre le médecin généraliste à vous examiner et vous informer sur votre santé	1,00 18 à 35 ans	7,50%	17,20%	75,30%	100,00%
	2,00 36 à 65 ans	5,30%	12,50%	82,20%	100,00%
	3,00 65 ans	3,60%	14,00%	82,60%	100,00%
	Total	5,50%	14,10%	80,30%	100,00%

Si l'on considère l'ensemble des différents autres aspects, les personnes âgées de plus de 65 ans sont plus positives que les autres groupes. C'est entre autres le cas en ce qui concerne les délais pour les médecins généralistes. Parmi le groupe le plus jeune, les 18-35 ans, 59% en sont satisfaits, alors que presque 3 personnes âgées de plus de 65 ans sur 4 sont (très) satisfaites. Le modèle est le même en ce qui concerne le service des urgences de l'hôpital ; 42% des 18-35 ans en sont satisfaits, par rapport à 63% des personnes âgées de plus de 65 ans.

En ce qui concerne le rapport général avec les médecins généralistes et les délais pour les spécialistes, les pharmaciens et les médecins généralistes, les différences entre les catégories d'âge sont faibles.

#### 3.4.4 Satisfaction par rapport à la transmission des informations

Le tableau 3.6 montre que la mesure dans laquelle les gens sont satisfaits des différents types de transmission d'informations présente une forte corrélation, de sorte que l'on peut établir une bonne échelle indiquant dans quelle mesure les gens sont satisfaits des

informations qu'ils reçoivent des différents prestataires de soins dans différentes circonstances.

Tableau 3.8 : Charges des facteurs de satisfaction de la population belge par rapport à la transmission des informations dans le domaine des soins de santé

	Charge du composant
Information sur l'admission à l'hôpital par le spécialiste	,746
Information sur les coûts d'un traitement par le spécialiste	,744
Information sur l'admission à l'hôpital par l'hôpital	,724
Information sur les coûts d'un traitement par l'hôpital	,722
Information sur l'admission à l'hôpital par la mutualité	,721
Information sur l'admission à l'hôpital par le médecin généraliste	,671
Information sur les coûts d'un traitement par la mutualité	,665
Information sur les coûts d'un traitement par le médecin traitant	,632
Information sur les problèmes de santé par le spécialiste	,574
Information sur les problèmes de santé par le médecin généraliste	,527
Valeur propre	4,575
Alpha de Cronbach	,902

L'échelle ci-dessus est ensuite contrôlée pour les variables de fond habituelles (cf. tableau 3.9, modèle 1). Ces variables ne peuvent qu'expliquer en très faible mesure la variation dans la satisfaction à propos de la transmission d'informations. Seuls 5% de la variation peuvent être expliqués. Cela indique que peu de différences peuvent être trouvées dans la population en ce qui concerne la satisfaction quant à la transmission d'informations. Il s'avère toutefois que les personnes plus âgées sont davantage satisfaites que les jeunes ( $\beta=.13$ ) et que les personnes étant très heureuses de leur vie sont plus satisfaites de la transmission des informations que les personnes moins satisfaites de leur vie ( $\beta=.10$ ). En ce qui concerne ce dernier effet, la direction du lien causal est évidemment incertaine. Les autres effets sont plutôt réduits. Ainsi, les personnes faiblement qualifiées sont un peu plus satisfaites que les personnes hautement qualifiées, les personnes ayant une perspective d'avenir négative sont moins satisfaites, les francophones qui disent apprécier beaucoup les médias sont davantage satisfaits, tout comme les personnes qui ont un jour bénéficié d'un revenu de remplacement.

L'accessibilité rapportée aux soins de santé est dès lors ajoutée au modèle final (cf. modèle 2). Les effets demeurent plus ou moins semblables. Les personnes qui rapportent toutefois une accessibilité réduite aux soins de santé s'avèrent également moins satisfaites de la transmission d'informations dans les soins de santé.

Tableau 3.9 : Analyse de la régression linéaire de la satisfaction de la population belge par rapport à la transmission d'informations

	Modèle 1		Modèle 2	
	B	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		***		***
Âge	,126	***	,129	***
Formation	-,086	***	-,102	***
Perspective d'avenir négative	-,083	***	-,061	**
Satisfaction quant à sa vie	,104	***	,089	***
Préférence média néerlandophones (populaire)	,000	n.s.	,005	n.s.
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	,050	*	,053	*
°A déjà reçu un revenu de remplacement (réf. : jamais)	,045	*	,045	*
Accessibilité aux soins de santé			-,070	**
Adjusted R <sup>2</sup>	,051		,054	

<sup>a</sup> \*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

### 3.4.5 Satisfaction relative à la transmission d'information selon l'âge

Il y a un seul effet qui est un peu plus important. Plus on est âgé, plus on est satisfait des informations reçues ( $\beta=0,13$ ). Bien que cet effet ne soit pas très important, on montre le lien entre l'âge et la satisfaction relative aux différentes formes d'informations dans le tableau 3.10. Les différents groupes d'âge sont 18 à 35 ans inclus, 36 à 65 ans inclus et plus de 65 ans. Il s'avère que la satisfaction est la moins élevée chez les plus jeunes et la plus élevée chez les plus âgés. Les personnes plus jeunes attendent probablement plus d'informations des personnes plus âgées. Toutefois, il faut constater que, hormis deux exceptions, la satisfaction (satisfaits + très satisfaits) est toujours supérieure à 50%, même dans le groupe des personnes les plus jeunes. Les exceptions sont les informations relatives aux coûts d'un traitement par le spécialiste (39% de personnes satisfaites contre 24% d'insatisfaites) et informations relatives aux coûts d'un traitement par l'hôpital (37% de personnes satisfaites contre 26% d'insatisfaites).

Tableau 3.10 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport à la transmission d'information dans le secteur des soins de santé en fonction de l'âge

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Info : problèmes de santé par le médecin généraliste	1,00 18 à 35 ans	4,7%	15,5%	79,8%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	3,3%	13,8%	82,9%	100,0%
	3,00 65 ans	2,0%	10,6%	87,5%	100,0%
	Total	3,4%	13,6%	83,0%	100,0%
Info : problèmes de santé par le spécialiste	1,00 18 à 35 ans	4,2%	21,0%	74,8%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	6,5%	18,6%	74,9%	100,0%
	3,00 65 ans	5,1%	15,4%	79,4%	100,0%
	Total	5,6%	18,7%	75,7%	100,0%
Info : frais du traitement par le médecin généraliste	1,00 18 à 35 ans	13,7%	25,6%	60,7%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	9,4%	19,4%	71,1%	100,0%
	3,00 65 ans	5,2%	18,5%	76,2%	100,0%
	Total	9,8%	21,0%	69,2%	100,0%

Tableau 3.10 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport à la transmission d'information dans le secteur des soins de santé en fonction de l'âge (suite)

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Info : frais du traitement par le spécialiste	1,00 18 à 35 ans	23,5%	37,7%	38,8%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	23,5%	32,7%	43,8%	100,0%
	3,00 65 ans	11,9%	31,2%	56,9%	100,0%
	Total	21,2%	33,8%	45,0%	100,0%
Info : frais du traitement par l'hôpital	1,00 18 à 35 ans	25,9%	37,0%	37,0%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	26,8%	35,3%	38,0%	100,0%
	3,00 65 ans	16,1%	29,3%	54,6%	100,0%
	Total	24,5%	34,6%	40,9%	100,0%
Info : frais du traitement par la mutualité	1,00 18 à 35 ans	15,4%	26,2%	58,4%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	11,2%	26,7%	62,2%	100,0%
	3,00 65 ans	5,2%	21,2%	73,6%	100,0%
	Total	11,1%	25,4%	63,4%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par le médecin généraliste	1,00 18 à 35 ans	10,9%	25,5%	63,6%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	8,5%	18,9%	72,6%	100,0%
	3,00 65 ans	3,2%	19,7%	77,0%	100,0%
	Total	7,9%	20,7%	71,3%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par le spécialiste	1,00 18 à 35 ans	15,6%	23,5%	60,9%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	12,0%	28,6%	59,4%	100,0%
	3,00 65 ans	6,1%	21,5%	72,4%	100,0%
	Total	11,7%	25,8%	62,5%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par l'hôpital	1,00 18 à 35 ans	15,3%	29,6%	55,1%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	15,1%	28,8%	56,1%	100,0%
	3,00 65 ans	6,9%	22,8%	70,3%	100,0%
	Total	13,5%	27,7%	58,8%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par la mutualité	1,00 18 à 35 ans	14,5%	34,4%	51,1%	100,0%
	2,00 36 à 65 ans	10,6%	28,4%	61,0%	100,0%
	3,00 65 ans	6,0%	16,0%	78,0%	100,0%
	Total	10,6%	27,3%	62,1%	100,0%

### 3.4.6 Satisfaction relative à la transmission d'information selon la formation

Tableau 3.11 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport à la transmission d'information dans le secteur des soins de santé en fonction du niveau de formation

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Info : problèmes de santé par le médecin généraliste	1,00 Faible	2,0%	11,9%	86,1%	100,0%
	2,00 Moyen	4,2%	14,9%	80,9%	100,0%
	3,00 Élevé	4,3%	14,5%	81,2%	100,0%
	Total	3,5%	13,8%	82,8%	100,0%
Info : problèmes de santé par le spécialiste	1,00 Faible	5,1%	16,1%	78,9%	100,0%
	2,00 Moyen	6,5%	21,7%	71,8%	100,0%
	3,00 Élevé	5,1%	18,7%	76,2%	100,0%
	Total	5,6%	19,0%	75,4%	100,0%
Info : frais du traitement par le médecin généraliste	1,00 Faible	7,4%	20,3%	72,3%	100,0%
	2,00 Moyen	10,9%	22,4%	66,7%	100,0%
	3,00 Élevé	11,9%	19,9%	68,2%	100,0%
	Total	10,0%	20,9%	69,0%	100,0%
Info : frais du traitement par le spécialiste	1,00 Faible	14,6%	31,5%	54,0%	100,0%
	2,00 Moyen	23,2%	35,5%	41,3%	100,0%
	3,00 Élevé	25,8%	35,9%	38,4%	100,0%
	Total	21,2%	34,3%	44,5%	100,0%

Tableau 3.11 : Répartition de la satisfaction de la population belge par rapport à la transmission d'information dans le secteur des soins de santé en fonction du niveau de formation

		Pas (du tout) satisfait	Neutre	(Très) satisfait	Total
Info : frais du traitement par l'hôpital	1,00 Faible	17,8%	33,1%	49,1%	100,0%
	2,00 Moyen	24,7%	38,1%	37,2%	100,0%
	3,00 Élevé	31,5%	33,2%	35,3%	100,0%
	Total	24,4%	35,0%	40,6%	100,0%
Info : frais du traitement par la mutualité	1,00 Faible	8,0%	21,2%	70,9%	100,0%
	2,00 Moyen	11,5%	28,7%	59,8%	100,0%
	3,00 Élevé	14,6%	27,1%	58,3%	100,0%
	Total	11,2%	25,6%	63,2%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par le médecin généraliste	1,00 Faible	3,1%	19,8%	77,1%	100,0%
	2,00 Moyen	10,4%	21,8%	67,8%	100,0%
	Élevé 3,00	9,9%	21,8%	68,4%	100,0%
	Total	7,7%	21,1%	71,3%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par le spécialiste	1,00 Faible	5,9%	28,1%	66,0%	100,0%
	2,00 Moyen	15,5%	23,1%	61,4%	100,0%
	3,00 Élevé	13,3%	27,6%	59,2%	100,0%
	Total	11,6%	26,1%	62,3%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par l'hôpital	1,00 Faible	10,7%	26,8%	62,6%	100,0%
	2,00 Moyen	16,9%	26,6%	56,5%	100,0%
	3,00 Élevé	12,8%	30,8%	56,5%	100,0%
	Total	13,6%	27,8%	58,5%	100,0%
Info : admission à l'hôpital par la mutualité	1,00 Faible	6,5%	23,8%	69,7%	100,0%
	2,00 Moyen	11,9%	28,2%	59,9%	100,0%
	3,00 Élevé	14,4%	31,9%	53,7%	100,0%
	Total	10,7%	27,7%	61,6%	100,0%

### 3.4.7 Expériences négatives

Cela dépend aussi fortement des expériences négatives en matière de soins de santé. Pour ce faire, une échelle a également été établie pour mesurer la fréquence des expériences négatives (cf. tableau 3.12).

Tableau 3.12 : Analyse des composants principaux selon les expériences négatives dans le domaine des soins de santé

Vous est-il déjà arrivé de ...	Charge du composant
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	,694
... ne pas avoir été suffisamment informé par votre médecin traitant	,652
... ne pas avoir été suffisamment informé lors d'une hospitalisation	,651
... ne pas avoir été suffisamment informé à l'avance sur les coûts d'un traitement ou d'une opération	,633
... avoir reçu une facture d'hôpital incompréhensible	,620
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	,609
... avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des examens trop rapidement ou inutiles	,604
... avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	,600
... n'avoir pas été suffisamment aidé lors d'une hospitalisation de vous-même ou d'un membre de votre ménage ou famille	,586
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	,578
... devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	,540
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des examens alors que cela se serait avéré utile	,533
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	,512
... devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	,500
... avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	,485
... ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	,456
Valeur propre	5,419
Alpha de Cronbach	,889

On peut s'attendre à ce que la mesure dans laquelle les soins sont considérés comme accessibles influence non seulement la façon dont on est satisfait des soins de santé, mais également la fréquence des expériences négatives. Les différentes variables de contrôle expliquent 17% de la variation dans les expériences négatives (cf. tableau 3.13).

Tableau 3.13 : Analyse de la régression linéaire selon les expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé (n : 2.148)

	Modèle 1		Modèle 2	
	$\beta$	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.		n.s.
°Homme (réf. : femme)	-,087	***	-,082	***
°Francophone (réf. : néerlandophone)	,127	***	,108	***
Mauvaise santé	,128	***	,103	***
Niveau de formation	,108	***	,145	***
Perspective d'avenir négative	,159	***	,105	***
Satisfaction quant à sa vie	-,138	***	-,109	***
Faible utilisation d'Internet	-,122	***	-,136	***
°Soins aux personnes proches (réf. : pas aidant proche)	,088	***	,079	***
Attitude face à la sécurité sociale	,057	**	,057	**
Non-accessibilité aux soins de santé			,184	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,143		,166	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

L'influence principale est ici aussi celle de l'accessibilité des soins ( $\beta=.18$ ). Les personnes qui ressentent une moins grande accessibilité, ont davantage d'expériences négatives avec les soins de santé. Les personnes à la santé défailante ont également plus

d'expériences négatives, probablement parce qu'elles sont plus souvent en contact avec les prestataires de soins. Un autre effet important est la formation. Les personnes hautement qualifiées rapportent davantage d'expériences négatives. Probablement car elles sont plus exigeantes et que leurs attentes sont plus élevées. Les francophones ont davantage d'expériences négatives que les néerlandophones, les personnes avec une vision d'avenir négative et les aidants proches ont également davantage d'expériences négatives. Les personnes étant davantage contentes de leur vie en ont aussi davantage. Par ailleurs, l'utilisation d'Internet joue également un grand rôle. Les personnes affichant une faible utilisation d'Internet ont moins d'expériences négatives, il n'est pas simple de savoir comment et pourquoi un tel effet voit le jour. Il n'est pas exclu que les expériences négatives soient échangées sur la toile et que cela contribue à la perception négative des expériences.

#### *3.4.8 Accessibilité et expériences négatives*

Il ressort des tableaux 3.13 (modèle 2) et 3.14 que les personnes ayant moins accès aux soins de santé rapportent davantage d'expériences négatives. Pour plusieurs points, la différence peut être qualifiée d'importante. Les personnes qui se plaignent d'une mauvaise accessibilité disent cinq fois plus souvent que les personnes ayant une très bonne accessibilité, qu'elles n'ont pas pu consulter un médecin alors qu'elles en avaient besoin. Bien que ce chiffre soit élevé, il faut relativiser les choses : ne pouvoir consulter aucun médecin est bien entendu une forme de non-accessibilité. En la matière, ce lien est quelque peu tautologique. Il en va de même pour les points du questionnaire relatifs à une trop longue attente. Ici également, nous voyons de grandes différences au niveau de l'accessibilité.

Il est plus intéressant d'attirer l'attention sur les points où c'est moins le cas. Il ressort que les expériences négatives en matière de transmission d'information ont également un lien avec l'accessibilité. Cela peut indiquer que la non-accessibilité ne peut pas uniquement être considérée dans le sens physique, mais également en tant que seuil d'informations. Cela ressort également des grandes différences exprimées en pourcentage sur la base de l'accessibilité où il s'agit de vivre des expériences négatives comme la réception d'une facture d'hôpital incompréhensible, d'informations incomplètes d'un spécialiste ou d'un médecin généraliste et lors d'une admission à l'hôpital. Pour chacun de ces éléments, les personnes rapportant une très mauvaise accessibilité indiquent 1,5 à 2,4 fois plus souvent qu'elles ont vécu des expériences négatives, en comparaison avec les personnes qui rapportent une très bonne accessibilité.

Des expériences négatives comme le médecin qui consacre trop peu de temps à un patient, la réception d'une facture d'hôpital incorrecte, le prix excessif pour un spécialiste et l'aide insuffisante dans un hôpital sont plus courantes chez les personnes qui rapportent une faible accessibilité.

Tableau 3.14 : Expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'accessibilité ressentie des soins de santé

		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	1,00 Très bon	93,6%	6,4%	100,0%
	2,00 Bon	88,9%	11,1%	100,0%
	3,00 Mauvais	85,4%	14,6%	100,0%
	4,00 Très mauvais	66,5%	33,5%	100,0%
	Total	83,7%	16,3%	100,0%
devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	1,00 Très bon	61,6%	38,4%	100,0%
	2,00 Bon	48,6%	51,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	42,7%	57,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	30,9%	69,1%	100,0%
	Total	45,8%	54,2%	100,0%
devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	1,00 Très bon	94,9%	5,1%	100,0%
	2,00 Bon	88,1%	11,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	83,3%	16,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	74,6%	25,4%	100,0%
	Total	85,0%	15,0%	100,0%
ne pas avoir été suffisamment informé lors d'une hospitalisation	1,00 Très bon	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Bon	73,5%	26,5%	100,0%
	3,00 Mauvais	77,2%	22,8%	100,0%
	4,00 Très mauvais	59,6%	40,4%	100,0%
	Total	73,2%	26,8%	100,0%
avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	1,00 Très bon	86,7%	13,3%	100,0%
	2,00 Bon	82,6%	17,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	75,7%	24,3%	100,0%
	4,00 Très mauvais	74,4%	25,6%	100,0%
	Total	79,9%	20,1%	100,0%
avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des examens trop rapidement ou inutiles	1,00 Très bon	81,9%	18,1%	100,0%
	2,00 Bon	79,4%	20,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	76,3%	23,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	71,1%	28,9%	100,0%
	Total	77,2%	22,8%	100,0%
ne pas avoir été suffisamment informé par votre médecin traitant	1,00 Très bon	87,8%	12,2%	100,0%
	2,00 Bon	88,0%	12,0%	100,0%
	3,00 Mauvais	83,3%	16,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	78,8%	21,2%	100,0%
	Total	84,6%	15,4%	100,0%
avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	1,00 Très bon	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Bon	81,6%	18,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	82,6%	17,4%	100,0%
	4,00 Très mauvais	81,3%	18,7%	100,0%
	Total	82,3%	17,7%	100,0%



Tableau 3.14 : Expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'accessibilité ressentie des soins de santé (suite)

		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	1,00 Très bon	94,9%	5,1%	100,0%
	2,00 Bon	95,6%	4,4%	100,0%
	3,00 Mauvais	93,1%	6,9%	100,0%
	4,00 Très mauvais	90,2%	9,8%	100,0%
	Total	93,5%	6,5%	100,0%
avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des examens alors que cela se serait avéré utile	1,00 Très bon	94,4%	5,6%	100,0%
	2,00 Bon	92,7%	7,3%	100,0%
	3,00 Mauvais	90,5%	9,5%	100,0%
	4,00 Très mauvais	84,2%	15,8%	100,0%
	Total	90,5%	9,5%	100,0%
ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	1,00 Très bon	83,0%	17,0%	100,0%
	2,00 Bon	74,9%	25,1%	100,0%
	3,00 Mauvais	76,4%	23,6%	100,0%
	4,00 Très mauvais	71,1%	28,9%	100,0%
	Total	76,4%	23,6%	100,0%
avoir reçu une facture d'hôpital incompréhensible	1,00 Très bon	66,5%	33,5%	100,0%
	2,00 Bon	63,1%	36,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	64,0%	36,0%	100,0%
	4,00 Très mauvais	49,0%	51,0%	100,0%
	Total	60,5%	39,5%	100,0%
avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	1,00 Très bon	85,7%	14,3%	100,0%
	2,00 Bon	79,2%	20,8%	100,0%
	3,00 Mauvais	77,3%	22,7%	100,0%
	4,00 Très mauvais	65,7%	34,3%	100,0%
	Total	76,9%	23,1%	100,0%
ne pas avoir été suffisamment informé à l'avance sur les coûts d'un traitement ou d'une opération	1,00 Très bon	60,2%	39,8%	100,0%
	2,00 Bon	54,3%	45,7%	100,0%
	3,00 Mauvais	59,9%	40,1%	100,0%
	4,00 Très mauvais	48,7%	51,3%	100,0%
	Total	55,8%	44,2%	100,0%
avoir dû payer trop cher un spécialiste	1,00 Très bon	67,2%	32,8%	100,0%
	2,00 Bon	62,1%	37,9%	100,0%
	3,00 Mauvais	57,8%	42,2%	100,0%
	4,00 Très mauvais	47,2%	52,8%	100,0%
	Total	58,6%	41,4%	100,0%
n'avoir pas été suffisamment aidé lors d'une hospitalisation de vous-même ou d'un membre de votre ménage ou famille	1,00 Très bon	80,7%	19,3%	100,0%
	2,00 Bon	72,4%	27,6%	100,0%
	3,00 Mauvais	76,8%	23,2%	100,0%
	4,00 Très mauvais	64,0%	36,0%	100,0%
	Total	73,5%	26,5%	100,0%

### 3.4.9 Vision d'avenir et expériences négatives

Les personnes ayant une vision négative de l'avenir et les personnes en situation difficile vivent nettement plus d'expériences négatives que les personnes ayant une vision positive de l'avenir (cf. tableau 3.15) Pour certaines expériences, les différences sont particulièrement grandes entre le quartile ayant la vision la plus positive et le quartile ayant la vision la plus négative. Cela vaut notamment pour les longs délais pour un rendez-vous chez un spécialiste, la longue attente avant de pouvoir subir une intervention à l'hôpital (pour 7% des personnes avec une vision positive de l'avenir et

23% du quartile des personnes avec la vision d'avenir la plus négative), la transmission de suffisamment d'informations, la réception d'une facture d'hôpital qui semble erronée.

Tableau 3.15 : Répartition des expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon les perspectives d'avenir

Vous est-il déjà arrivé de ...		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
... ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	1,00 Très positif	91,0%	9,0%	100,0%
	2,00 Positif	88,9%	11,1%	100,0%
	3,00 Négatif	83,5%	16,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	73,1%	26,9%	100,0%
	Total	84,2%	15,8%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	1,00 Très positif	58,1%	41,9%	100,0%
	2,00 Positif	51,9%	48,1%	100,0%
	3,00 Négatif	38,9%	61,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	33,7%	66,3%	100,0%
	Total	45,7%	54,3%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	1,00 Très positif	92,8%	7,2%	100,0%
	2,00 Positif	88,3%	11,7%	100,0%
	3,00 Négatif	80,8%	19,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	76,8%	23,2%	100,0%
	Total	84,7%	15,3%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé lors d'une hospitalisation	1,00 Très positif	77,2%	22,8%	100,0%
	2,00 Positif	75,9%	24,1%	100,0%
	3,00 Négatif	73,0%	27,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	60,5%	39,5%	100,0%
	Total	71,6%	28,4%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	1,00 Très positif	84,1%	15,9%	100,0%
	2,00 Positif	85,4%	14,6%	100,0%
	3,00 Négatif	79,8%	20,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	69,8%	30,2%	100,0%
	Total	79,8%	20,2%	100,0%
... avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des examens trop rapidement ou inutiles	1,00 Très positif	80,1%	19,9%	100,0%
	2,00 Positif	75,9%	24,1%	100,0%
	3,00 Négatif	80,1%	19,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	71,1%	28,9%	100,0%
	Total	76,8%	23,2%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par votre médecin traitant	1,00 Très positif	87,1%	12,9%	100,0%
	2,00 Positif	88,2%	11,8%	100,0%
	3,00 Négatif	82,7%	17,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	80,3%	19,7%	100,0%
	Total	84,6%	15,4%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	1,00 Très positif	81,4%	18,6%	100,0%
	2,00 Positif	84,6%	15,4%	100,0%
	3,00 Négatif	79,1%	20,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	78,0%	22,0%	100,0%
	Total	80,8%	19,2%	100,0%

Tableau 3.15 : Répartition des expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon les perspectives d'avenir (suite)

Vous est-il déjà arrivé de ...		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	1,00 Très positif	95,8%	4,2%	100,0%
	2,00 Positif	92,7%	7,3%	100,0%
	3,00 Négatif	92,8%	7,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	92,2%	7,8%	100,0%
	Total	93,4%	6,6%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des examens alors que cela se serait avéré utile	1,00 Très positif	93,4%	6,6%	100,0%
	2,00 Positif	92,9%	7,1%	100,0%
	3,00 Négatif	88,6%	11,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	85,6%	14,4%	100,0%
	Total	90,1%	9,9%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	1,00 Très positif	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Positif	74,7%	25,3%	100,0%
	3,00 Négatif	76,0%	24,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	67,6%	32,4%	100,0%
	Total	75,5%	24,5%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	1,00 Très positif	70,0%	30,0%	100,0%
	2,00 Positif	60,2%	39,8%	100,0%
	3,00 Négatif	57,0%	43,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	49,4%	50,6%	100,0%
	Total	59,1%	40,9%	100,0%
... avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	1,00 Très positif	86,5%	13,5%	100,0%
	2,00 Positif	80,2%	19,8%	100,0%
	3,00 Négatif	71,9%	28,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	67,1%	32,9%	100,0%
	Total	76,5%	23,5%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé à l'avance sur les coûts d'un traitement ou d'une opération	1,00 Très positif	60,8%	39,2%	100,0%
	2,00 Positif	58,3%	41,7%	100,0%
	3,00 Négatif	52,7%	47,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	42,4%	57,6%	100,0%
	Total	53,5%	46,5%	100,0%
... avoir dû payer trop cher le médecin généraliste	1,00 Très positif	89,6%	10,4%	100,0%
	2,00 Positif	90,0%	10,0%	100,0%
	3,00 Négatif	84,8%	15,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	79,6%	20,4%	100,0%
	Total	86,0%	14,0%	100,0%
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	1,00 Très positif	68,1%	31,9%	100,0%
	2,00 Positif	62,4%	37,6%	100,0%
	3,00 Négatif	56,7%	43,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	44,9%	55,1%	100,0%
	Total	58,0%	42,0%	100,0%
... n'avoir pas été suffisamment aidé lors d'une hospitalisation de vous-même ou d'un membre de votre ménage ou famille	1,00 Très positif	77,7%	22,3%	100,0%
	2,00 Positif	76,8%	23,2%	100,0%
	3,00 Négatif	73,5%	26,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	60,5%	39,5%	100,0%
	Total	72,1%	27,9%	100,0%

### 3.4.10 L'état de santé et les expériences négatives

Les personnes qui sont en moins bonne santé, ont davantage d'expériences négatives avec les soins de santé. Le tableau 3.16 compare 20% des personnes en meilleure santé et 20% des personnes en moins bonne santé. Le lien entre l'état de santé et la fréquence des expériences négatives peut en effet avoir des conséquences sur le fait que les

personnes malades doivent davantage faire appel aux services de santé et ont dès lors plus de risques de se heurter à des expériences négatives. La mesure dans laquelle les 20% de personnes en moins bonne santé rapportent des expériences négatives, peut être considérée comme une illustration de l'expérience des utilisateurs intensifs du système des soins de santé. Soixante pour cent d'entre eux déclarent qu'il est arrivé « parfois » ou « fréquemment » qu'ils ne puissent pas consulter un médecin alors que c'était nécessaire, 36% qu'ils ont dû attendre trop longtemps avant de pouvoir subir une intervention à l'hôpital, 34% qu'ils ont reçu trop peu d'informations de leur médecin généraliste, 46% qu'ils ont obtenu trop peu d'informations d'un spécialiste, 50% qu'ils ont reçu une facture erronée de l'hôpital et 46% qu'ils ont payé trop chez le médecin généraliste. L'incidence des expériences négatives est donc très importante dans ce groupe.

Tableau 3.16 : Répartition des expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'état de santé

Vous est-il déjà arrivé de ...		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
...ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	1,00 En très bonne santé	53,1%	46,9%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	40,3%	59,7%	100,0%
	Total	46,4%	53,6%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	1,00 En très bonne santé	90,2%	9,8%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	79,8%	20,2%	100,0%
	Total	85,0%	15,0%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	1,00 En très bonne santé	80,3%	19,7%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	63,9%	36,1%	100,0%
	Total	72,4%	27,6%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	1,00 En très bonne santé	84,5%	15,5%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	72,3%	27,7%	100,0%
	Total	79,4%	20,6%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	1,00 En très bonne santé	80,1%	19,9%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	72,9%	27,1%	100,0%
	Total	77,3%	22,7%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par votre médecin traitant	1,00 En très bonne santé	89,2%	10,8%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	77,5%	22,5%	100,0%
	Total	84,6%	15,4%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	1,00 En très bonne santé	78,5%	21,5%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	80,5%	19,5%	100,0%
	Total	82,1%	17,9%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	1,00 En très bonne santé	96,1%	3,9%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	88,2%	11,8%	100,0%
	Total	92,5%	7,5%	100,0%

Tableau 3.16 : Répartition des expériences négatives de la population belge par rapport aux soins de santé selon l'état de santé (suite)

Vous est-il déjà arrivé de ...		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des examens alors que cela se serait avéré utile	1,00 En très bonne santé	93,6%	6,4%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	82,0%	18,0%	100,0%
	Total	89,6%	10,4%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par le médecin généraliste	1,00 En très bonne santé	85,8%	14,2%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	66,0%	34,0%	100,0%
	Total	74,7%	25,3%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	1,00 En très bonne santé	68,8%	31,3%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	53,7%	46,3%	100,0%
	Total	59,9%	40,1%	100,0%
.. avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	1,00 En très bonne santé	83,9%	16,1%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	69,2%	30,8%	100,0%
	Total	76,5%	23,5%	100,0%
.. avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	1,00 En très bonne santé	64,4%	35,6%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	50,5%	49,5%	100,0%
	Total	54,2%	45,8%	100,0%
... avoir dû payer trop cher le médecin généraliste	1,00 En très bonne santé	88,1%	11,9%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	83,8%	16,2%	100,0%
	Total	86,1%	13,9%	100,0%
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	1,00 En très bonne santé	65,9%	34,1%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	53,4%	46,6%	100,0%
	Total	57,8%	42,2%	100,0%
... n'avoir pas été suffisamment aidé lors d'une hospitalisation de vous-même ou d'un membre de votre ménage ou famille	1,00 En très bonne santé	78,9%	21,1%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	66,8%	33,2%	100,0%
	Total	72,6%	27,4%	100,0%

### 3.4.11 Expériences négatives dans les deux communautés linguistiques

Des différences assez importantes se dessinent entre les communautés linguistiques. Les francophones ont davantage d'expériences négatives avec les soins de santé que les néerlandophones (cf. tableau 3.17). Les différences sont assez importantes pour notamment : le fait de ne pas pouvoir consulter un médecin alors que c'était bien nécessaire (9% des néerlandophones disent que cela se produit parfois à fréquemment, par rapport à 16% de francophones), trop long délai pour un rendez-vous avec un spécialiste (44 versus 54%), le sentiment que le médecin généraliste vous accorde trop peu d'importance (16 versus 20%), la réception d'une facture d'hôpital incompréhensible (32 versus 40%), la réception d'une facture d'hôpital qui semble erronée (16 versus 23%), le fait de payer trop le médecin généraliste (8 versus 14%).

Tableau 3.17 : Répartition des expériences négatives de la population belge en matière de soins de santé selon la communauté linguistique

Vous est-il déjà arrivé de ...		Jamais ou rarement	Parfois et fréquemment	Total
... ne pas pouvoir consulter un médecin alors que vous en aviez besoin à ce moment-là	,00 néerlandophone	91,3%	8,7%	100,0%
	1,00 francophone	73,6%	26,4%	100,0%
	Total	83,7%	16,3%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps un rendez-vous chez un spécialiste	,00 néerlandophone	55,7%	44,3%	100,0%
	1,00 francophone	33,2%	66,8%	100,0%
	Total	45,9%	54,1%	100,0%
... devoir attendre trop longtemps pour vous faire opérer dans un hôpital	,00 néerlandophone	86,2%	13,8%	100,0%
	1,00 francophone	83,1%	16,9%	100,0%
	Total	84,9%	15,1%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé lors d'une hospitalisation	,00 néerlandophone	77,5%	22,5%	100,0%
	1,00 francophone	67,1%	32,9%	100,0%
	Total	73,2%	26,8%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin généraliste vous accordait trop peu d'attention et de temps	,00 néerlandophone	83,9%	16,1%	100,0%
	1,00 francophone	74,5%	25,5%	100,0%
	Total	79,9%	20,1%	100,0%
... avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des examens trop rapidement ou inutiles	,00 néerlandophone	80,4%	19,6%	100,0%
	1,00 francophone	73,1%	26,9%	100,0%
	Total	77,2%	22,8%	100,0%
... avoir eu le sentiment que le spécialiste prescrivait des examens trop rapidement ou inutiles	,00 néerlandophone	88,1%	11,9%	100,0%
	1,00 francophone	79,8%	20,2%	100,0%
	Total	84,6%	15,4%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin prescrivait trop facilement des médicaments	,00 néerlandophone	85,4%	14,6%	100,0%
	1,00 francophone	78,2%	21,8%	100,0%
	Total	82,3%	17,7%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous prescrire les médicaments alors que vous en aviez besoin	,00 néerlandophone	95,3%	4,7%	100,0%
	1,00 francophone	91,2%	8,8%	100,0%
	Total	93,5%	6,5%	100,0%
... avoir eu le sentiment que votre médecin ne voulait pas vous faire passer des examens alors que cela se serait avéré utile	,00 néerlandophone	91,6%	8,4%	100,0%
	1,00 francophone	89,0%	11,0%	100,0%
	Total	90,5%	9,5%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé par le spécialiste	,00 néerlandophone	79,7%	20,3%	100,0%
	1,00 francophone	72,2%	27,8%	100,0%
	Total	76,5%	23,5%	100,0%
... avoir reçu une facture d'hôpital incompréhensible	,00 néerlandophone	68,4%	31,6%	100,0%
	1,00 francophone	49,9%	50,1%	100,0%
	Total	60,5%	39,5%	100,0%
... avoir reçu une facture d'hôpital qui semblait incorrecte	,00 néerlandophone	84,5%	15,5%	100,0%
	1,00 francophone	66,2%	33,8%	100,0%
	Total	76,9%	23,1%	100,0%
... ne pas avoir été suffisamment informé à l'avance sur les coûts d'un traitement ou d'une opération	,00 néerlandophone	60,8%	39,2%	100,0%
	1,00 francophone	48,4%	51,6%	100,0%
	Total	55,7%	44,3%	100,0%
... avoir dû payer trop cher le médecin généraliste	,00 néerlandophone	92,4%	7,6%	100,0%
	1,00 francophone	78,5%	21,5%	100,0%
	Total	86,5%	13,5%	100,0%
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	,00 néerlandophone	68,1%	31,9%	100,0%
	1,00 francophone	46,2%	53,8%	100,0%
	Total	58,6%	41,4%	100,0%
... avoir dû payer trop cher un spécialiste	,00 néerlandophone	76,7%	23,3%	100,0%
	1,00 francophone	68,9%	31,1%	100,0%
	Total	73,5%	26,5%	100,0%

### 3.5 Conclusion

La satisfaction en matière de soins de santé a vraiment été mesurée en détail. Au total, 48 questions ont été posées pour évaluer la satisfaction par rapport aux soins de santé, 31 pour mesurer le degré de satisfaction et 17 pour s'informer sur les expériences négatives. Les réponses à 34 de ces 48 questions indiquent une grande à très grande satisfaction. Donc, même si on n'interroge pas sur la satisfaction par rapport aux soins de santé en général, mais si on s'intéresse en détail aux différents aspects et expériences, la satisfaction semble tout de même élevée. Le questionnement fait toutefois apparaître certains points difficiles et des points requérant de l'attention. Des aspects dont les personnes sont moins satisfaites ou des expériences négatives qui interviennent trop souvent.

- Le montant que l'on doit payer soi-même pour les soins de santé et qui est trop élevé pour de nombreuses personnes (voir également le chapitre 2, Accessibilité).
- Le nombre trop limité de maisons de repos et les prestations de celles-ci.
- En ce qui concerne les hôpitaux :
  - o le manque d'informations sur le coût d'une hospitalisation,
  - o le manque d'aide lors d'une hospitalisation, le manque d'informations sur le déroulement de l'hospitalisation,
  - o une facture d'hôpital incompréhensible et fréquemment le sentiment que la facture de l'hôpital n'est pas correcte.
- En ce qui concerne les spécialistes :
  - o les longues listes d'attente,
  - o l'impression que le spécialiste prescrit des examens superflus,
  - o l'impression que l'on doit payer trop chez le spécialiste.

L'accessibilité ressentie a une grande influence sur la satisfaction. Les personnes qui rencontrent un manque d'accessibilité sont moins satisfaites de l'approche générale dans les soins de santé, des informations qu'elles reçoivent et elles sont confrontées à davantage d'expériences négatives. Des expériences négatives sont aussi plus fréquemment rapportées par des personnes hautement qualifiées et utilisant activement Internet. Il s'agit probablement de personnes qui sont plus exigeantes ou qui échangent plus facilement des expériences négatives en ligne. Les francophones rapportent aussi nettement plus d'expériences négatives que les néerlandophones. Il est étonnant que les personnes qui sont en moins bonne santé, et donc plus enclines à faire appel aux services de santé, rapportent nettement plus d'expériences négatives. Des vingt pour

cent des personnes interrogées qui souffrent le plus de problèmes de santé 60% déclarent qu'il est arrivé « parfois » ou « fréquemment » qu'elles ne puissent pas consulter un médecin alors que c'était nécessaire, 36% qu'elles ont dû attendre trop longtemps avant de pouvoir subir une intervention à l'hôpital, 34% qu'elles ont reçu trop peu d'informations de leur médecin généraliste, 46% qu'elles ont obtenu trop peu d'informations d'un spécialiste, 50% qu'elles ont reçu une facture erronée de l'hôpital et 46% qu'elles ont payé trop chez le médecin généraliste.



## 4 Chapitre 4, maîtriser l'augmentation des frais en matière de soins de santé

### 4.1 Les causes de l'augmentation des frais en matière de soins de santé

Quatorze causes possibles de l'augmentation des frais en matière de soins de santé ont été soumises aux participants (voir tableau 4.1). L'idée que les gens en ont est plutôt réaliste. Les causes qui sont considérées le plus souvent comme importantes ou très importantes sont l'augmentation des coûts des médicaments et des traitements (60% des participants estiment que c'est important), le fait que nous pouvons obtenir de meilleurs soins médicaux qu'auparavant, mais également des soins plus chers (51% pensent que c'est une cause importante, 10% que c'est une cause sans importance), et le vieillissement de la population (jugé important par 50% et sans importance par 10%). En tant que cause très importante, on avance les gains importants de l'industrie médicale (jugés importants par 61% et sans importance par 9%).

Tableau 4.1 : Cause de l'augmentation des frais (100%) dans le secteur des soins de santé selon la population belge (n : 2.024)

	Pas (du tout) une raison	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Important/sans raison
Les médicaments et les traitements sont de plus en plus chers	8,6	31,3	60,2	7,0
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	9,2	29,9	60,9	6,6
Le vieillissement : il y a un nombre croissant de personnes âgées, malades et nécessitant des soins	10,2	32,0	57,8	5,6
Nous profitons de soins médicaux meilleurs qu'avant et cela coûte aussi plus cher	10,3	38,7	50,9	4,9
On prescrit trop de médicaments	13,9	46,1	40,0	2,8
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	21,7	29,8	48,5	2,2
La pollution augmente le nombre de malades	19,2	44,4	36,3	1,9
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	22,9	38,2	39,0	1,7
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	20,9	50,2	28,9	1,4
On fait trop d'examens médicaux	22,4	49,0	28,6	1,3
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	21,6	53,4	24,9	1,2
Des traitements coûteux et complexes sont dispensés dans énormément d'hôpitaux alors qu'ils devraient avoir lieu seulement dans quelques hôpitaux qui disposent d'assez d'expérience	28,5	47,6	24,0	0,8
Les gens paient trop peu et se rendent trop vite chez le médecin	34,9	44,4	20,7	0,6
Il y a trop d'hôpitaux	65,5	28,1	6,4	0,1

Un deuxième groupe quant à l'importance de l'explication est formé par les causes qui sont jugées comme importantes par plus de deux fois le nombre de personnes qui les jugent sans importance. C'est également valable pour l'affirmation selon laquelle les coûts augmentent parce que trop de médicaments sont prescrits (jugé important par

40% et sans importance par 14%) et l'affirmation selon laquelle beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie (jugé important par 49% est sans importance par 22%).

Pour certaines causes, seul un très petit nombre de personnes supplémentaires les juge importantes par rapport aux personnes qui les estiment sans importance. C'est valable pour l'affirmation selon laquelle la pollution augmente le nombre de malades, que les salaires du personnel médical sont trop élevés, qu'il y a du gaspillage dans les hôpitaux, que trop d'examens médicaux sont réalisés et que les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie. 25% des participants sont d'accord avec cette dernière affirmation contre 22% qui ne sont pas d'accord.

Les autres causes sont jugées sans importance par davantage de personnes que celles qui les estiment importantes. Il s'agit de l'affirmation selon laquelle des examens et des traitements trop coûteux sont réalisés dans de nombreux hôpitaux, que le ticket modérateur n'est pas assez élevé et qu'il y a trop d'hôpitaux. 6% des participants sont d'accord avec cette dernière affirmation contre 66% qui ne sont pas d'accord.

#### *4.1.1 Modèles d'explication de l'augmentation des coûts*

Il ressort d'une analyse des composants principaux que 14 des causes proposées se scindent en trois composants ou dimensions (voir tableau 4.2). Le premier composant est un manque de rationalisation ou, si l'on veut, une rationalisation insuffisante. En font partie des affirmations comme : on fait trop d'examens, le ticket modérateur n'est pas assez élevé, on prescrit trop de médicaments, des traitements complexes et coûteux sont réalisés dans de trop nombreux hôpitaux et il y a trop d'hôpitaux. Nous appelons ce composant « manque de rationalisation ».

Tableau 4.2 : Analyse des composants principaux selon les causes principales de l'augmentation des coûts dans les soins de santé

	Manque de rationalisation	Abus	Inévitable
On fait trop d'examens médicaux	<b>,691</b>	,362	,099
Les gens paient trop peu et se rendent trop vite chez le médecin	<b>,674</b>	,128	,088
On prescrit trop de médicaments	<b>,628</b>	,361	,082
Des traitements coûteux et complexes sont dispensés dans énormément d'hôpitaux alors qu'ils devraient avoir lieu seulement dans quelques hôpitaux qui disposent d'assez d'expérience	<b>,607</b>	,078	,241
Il y a trop d'hôpitaux	<b>,594</b>	,005	,138
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	,452	<b>,652</b>	-,038
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	,196	<b>,637</b>	,177
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	,018	<b>,635</b>	,364
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	,130	<b>,613</b>	-,037
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	,500	<b>,509</b>	-,032
Le vieillissement : il y a un nombre croissant de personnes âgées, malades et nécessitant des soins	,236	-,049	<b>,720</b>
Les médicaments et les traitements sont de plus en plus chers	-,024	,385	<b>,700</b>
Nous profitons de soins médicaux meilleurs qu'avant et cela coûte aussi plus cher	,319	,117	<b>,587</b>
Valeur propre	2,717	2,318	1,622
Alpha de Cronbach	,69	,637	,496

Note : Les composants affichés sont obtenus après rotation oblique.

Un deuxième composant renvoie plutôt aux abus : il y a trop d'abus dans les hôpitaux, l'industrie médicale réalise des bénéfices trop élevés, les salaires du personnel médical sont trop élevés, il y a trop d'immigrés qui abusent de l'assurance maladie et les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses de l'assurance maladie. Nous appelons ce composant « abus ».

Un troisième élément rassemble des causes apparemment inévitables, comme le vieillissement, l'augmentation de la qualité, mais aussi le coût des soins, l'augmentation du prix des médicaments et des traitements. Nous appelons ceci « des causes inévitables ».

Ce dernier modèle d'explication est le plus important, car il récolte le plus de partisans au sein de la population. Cinquante à soixante pour cent des personnes, selon l'expression précise, y voient une explication importante ou très importante de l'augmentation des coûts. 25 à 50% des personnes jugent que l'abus est une explication importante, à l'exception de l'affirmation que les gains de l'industrie médicale sont trop élevés, avec laquelle 61% sont d'accord. L'explication qui recueille le moins de suffrages est que l'augmentation des coûts peut être attribuée à un manque d'organisation rationnelle. Selon l'affirmation, 6 à 28% trouvent que c'est une explication importante ; la seule exception, à savoir l'affirmation que trop de médicaments sont prescrits, met 40% des participants d'accord.

Dans ce qui suit, nous contrôlons quelles personnes sont d'accord avec quelles affirmations.

#### 4.1.1.1 MANQUE DE RATIONALISATION

Le manque de rationalisation est surtout jugé important par les personnes qui sont négatives ou critiques face au système de sécurité sociale ( $\beta=.29$ ) (voir tableau 4.3). Les personnes qui sont très sensibles aux désavantages possibles ou supposés de l'État providence, sont également très sensibles au manque de rationalisation dans les soins de santé.

Par ailleurs, il y a encore certains effets de plus petite importance. L'importance qui est attachée au manque de rationalisation en tant qu'explication de l'augmentation des coûts est plus importante en fonction de l'âge plus élevé, de la qualification et de la position économique plus forte, auprès des néerlandophones ayant une préférence pour les médias plus élitaires ou des francophones ayant un avis positif sur les médias, mais aussi des aidants proches et des personnes seules sans enfant. C'est jugé comme moins important par les personnes ayant un jour bénéficié d'indemnités de remplacement. Ensemble, ces facteurs représentent 12% de la variation dans l'attitude par rapport au rôle du manque de rationalisation dans l'augmentation des frais.

Tableau 4.3 : Analyse linéaire de la régression selon l'augmentation des coûts en raison d'un manque de rationalisation (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		**
Âge	,057	*
Position économique	,057	*
Niveau de formation	,069	**
Perspective d'avenir négative	-,085	***
Préférence média néerlandophones (populaire)	-,067	***
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	-,044	*
°Aidants proches (réf. : pas d'aidant proche)	,045	*
Attitude négative face à la sécurité sociale	,285	***
Composition de famille (réf. : Avec partenaire et enfant)		
°Avec partenaire sans enfant	,021	n.s.
°Isolé(e) avec enfant(s)	,024	n.s.
°Isolé(e) sans enfant	,063	**
°A déjà reçu un revenu de remplacement (réf. : jamais)	-,089	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,118	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

La croyance selon laquelle l'augmentation des coûts est en grande partie due à un manque de rationalisation, se retrouve dès lors davantage chez des personnes hautement qualifiées et bénéficiant d'une meilleure situation économique, surtout si elles sont sceptiques ou négatives par rapport à la sécurité sociale.

#### 4.1.1.2 AUGMENTATION DES COÛTS EN RAISON D'ABUS

La croyance selon laquelle l'augmentation des coûts peut être attribuée aux abus est davantage déterminée socialement que la croyance selon laquelle un manque de rationalisation joue un grand rôle. Les explications possibles prises en compte expliquent dans ce cas 19% de la variation (voir tableau 4.4).

Dans ce cas également, une attitude négative face au système de sécurité sociale joue un rôle important ( $\beta=.28$ ). Les personnes qui voient de nombreux désavantages au système de sécurité sociale ont également tendance à voir de nombreux abus dans le système des soins de santé et à les considérer comme une explication de l'augmentation des coûts. Par ailleurs, on accorde également beaucoup d'importance aux abus commis par des personnes qui se trouvent à gauche sur la ligne de fracture socio-économique, à savoir des partisans d'une plus grande égalité qui pensent que les autorités doivent agir pour une meilleure répartition ( $\beta=.19$ ). On attache également beaucoup d'importance à l'abus en guise d'explication pour l'augmentation des coûts à mesure que l'on vieillit, mais aussi si on a une perspective d'avenir négative ou si notre avenir est incertain d'un point de vue économique.

Tableau 4.5 : Analyse linéaire de la régression selon l'augmentation des coûts en raison d'abus (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
Âge	,150	***
Environnement (réf. : environnement rural)		
°Village	-,011	n.s.
°Ville	-,064	**
Position économique	,061	*
Secteur d'emploi (réf. : indépendant)		
°Secteur privé	,052	*
°Secteur public	,024	n.s.
Formation	-,069	***
Perspective d'avenir négative	,113	***
Préférence média néerlandophones (populaire)	,066	***
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	-,018	n.s.
Attitude négative face à la sécurité sociale	,278	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	,194	***
°A déjà bénéficié d'un revenu de remplacement (réf. : jamais)	-,043	*
Adjusted R <sup>2</sup>	,192	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

Outre ces explications importantes et relativement importantes, il y a encore une série de petits effets : les personnes qui habitent au centre d'un village attachent moins d'importance aux abus en guise d'explication à l'augmentation des coûts que les personnes qui habitent dans un environnement rural ou urbain, les personnes hautement qualifiées y attachent moins d'importance que les personnes faiblement qualifiées, les

néerlandophones ayant une préférence pour les médias populaires y attachent davantage d'importance que les néerlandophones ayant une préférence pour les médias plus élitaires, les personnes qui travaillent dans le secteur privé y attachent davantage d'importance que les indépendants et les personnes qui travaillent dans le secteur public. Les personnes qui ont un jour bénéficié de revenus de remplacement attachent moins d'importance à cette explication.

En ce qui concerne l'attitude face à la sécurité sociale (tableau 4.5), l'ambition d'égalité (tableau 4.6), l'âge (tableau 4.7) et la perspective d'avenir (tableau 4.8), on décrit plus en détail la relation avec l'importance que l'on attache aux abus en guise d'explication à l'augmentation des coûts dans les tableaux 4.5 à 4.8 inclus.

En ce qui concerne les affirmations spécifiques, les différences relatives à l'attitude face à la sécurité sociale sont surtout importantes pour les affirmations selon lesquelles les mutualités contrôlent insuffisamment les coûts (voir tableau 4.5). Parmi les 25% de personnes ayant l'attitude la plus positive, 15% sont d'accord avec cela, parmi les 25% des personnes ayant l'attitude la plus négative face à la sécurité sociale, 45% marquent leur accord avec cette affirmation. La différence est également importante pour l'affirmation selon laquelle les immigrants abusent des soins de santé. Parmi les personnes qui sont positives par rapport à la sécurité sociale, 29% sont d'accord avec cette explication, alors que les personnes négatives sont pas moins de 71%.

Par ailleurs il y a encore une différence relativement grande en ce qui concerne l'affirmation selon laquelle les hôpitaux gaspillent. Parmi les personnes qui sont positives par rapport à la sécurité sociale, 21% sont d'accord avec cette explication, alors que les personnes négatives sont 45%.

Tableau 4.5 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon l'attitude par rapport à l'État providence

		Pas une raison (importante)	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	1,00 Très positif	31,6%	34,9%	33,6%	100,0%
	2,00 Positif	18,9%	43,3%	37,8%	100,0%
	3,00 Négatif	20,0%	41,0%	39,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	20,4%	33,8%	45,7%	100,0%
	Total	22,6%	38,4%	39,0%	100,0%
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	1,00 Très positif	45,6%	25,6%	28,9%	100,0%
	2,00 Positif	18,6%	38,1%	43,3%	100,0%
	3,00 Négatif	14,8%	33,3%	51,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	8,3%	20,0%	71,7%	100,0%
	Total	21,8%	29,5%	48,7%	100,0%

Tableau 4.5 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon l'attitude par rapport à l'État providence (suite)

		Pas une raison (importante)	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	1,00 Très positif	35,8%	49,0%	15,2%	100,0%
	2,00 Positif	21,9%	59,7%	18,4%	100,0%
	3,00 Négatif	19,0%	57,8%	23,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	11,8%	43,8%	44,4%	100,0%
	Total	22,1%	52,7%	25,1%	100,0%
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	1,00 Très positif	31,1%	48,0%	20,8%	100,0%
	2,00 Positif	19,7%	58,1%	22,3%	100,0%
	3,00 Négatif	19,5%	50,6%	29,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	13,5%	41,1%	45,4%	100,0%
	Total	20,9%	49,8%	29,3%	100,0%
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	1,00 Très positif	13,9%	23,3%	62,9%	100,0%
	2,00 Positif	6,0%	36,6%	57,4%	100,0%
	3,00 Négatif	9,0%	35,3%	55,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	7,7%	25,4%	67,0%	100,0%
	Total	9,0%	30,3%	60,8%	100,0%

En ce qui concerne les différences gauche-droite (tableau 4.6), les personnes qui se positionnent à gauche sont dans une plus grande mesure d'accord avec les affirmations selon lesquelles les salaires du personnel médical sont trop élevés (52 versus 32%), que l'industrie médicale réalise de trop gros bénéfices (61 versus 46%) et qu'il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux (37 versus 26%).

Tableau 4.6 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon la position sur l'ancienne ligne de fracture

		Pas du tout une raison et pas une raison importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	1,00 à droite	26,7%	41,2%	32,1%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	25,5%	38,9%	35,6%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	21,0%	47,2%	31,8%	100,0%
	4,00 Gauche	17,1%	30,5%	52,4%	100,0%
	Total	22,8%	38,6%	38,6%	100,0%
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	1,00 à droite	21,5%	33,3%	45,2%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	20,7%	34,0%	45,2%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	22,2%	27,0%	50,7%	100,0%
	4,00 Gauche	25,0%	25,2%	49,8%	100,0%
	Total	22,3%	30,3%	47,3%	100,0%
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	1,00 à droite	21,2%	54,9%	23,9%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	22,8%	54,8%	22,4%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	21,5%	49,6%	28,9%	100,0%
	4,00 Gauche	23,2%	47,6%	29,2%	100,0%
	Total	22,2%	52,1%	25,7%	100,0%

Tableau 4.6 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon la position sur l'ancienne ligne de fracture (suite)

		Pas du tout une raison et pas une raison importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	1,00 à droite	25,4%	48,1%	26,4%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	21,5%	56,3%	22,2%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	20,1%	46,5%	33,5%	100,0%
	4,00 Gauche	18,0%	44,4%	37,6%	100,0%
	Total	21,4%	49,1%	29,4%	100,0%
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	1,00 à droite	15,2%	38,9%	45,9%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	10,2%	32,9%	56,9%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	2,6%	27,3%	70,0%	100,0%
	4,00 Gauche	7,3%	17,2%	75,5%	100,0%
	Total	9,6%	29,4%	60,9%	100,0%

L'effet de l'âge se fait ressentir dans une mesure égale pour toutes les affirmations (tableau 4.7). Les jeunes voient moins d'abus que les personnes plus âgées. C'est également valable en ce qui concerne la perspective d'avenir (tableau 4.8).

Tableau 4.7 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon l'âge

		Pas du tout une raison et pas une raison importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	1,00 18 à 25 ans	31,9%	38,7%	29,4%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	23,6%	31,1%	45,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	26,2%	38,3%	35,4%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	22,1%	39,8%	38,1%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	19,7%	41,2%	39,1%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	17,7%	38,8%	43,6%	100,0%
	Total	22,9%	38,2%	38,9%	100,0%
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	1,00 18 à 25 ans	25,4%	32,1%	42,5%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	27,9%	31,4%	40,7%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	27,0%	33,3%	39,7%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	23,1%	30,3%	46,5%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	17,5%	32,2%	50,3%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	13,1%	21,7%	65,2%	100,0%
	Total	21,7%	29,8%	48,5%	100,0%
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	1,00 18 à 25 ans	25,7%	58,1%	16,2%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	22,3%	53,4%	24,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	21,9%	57,6%	20,5%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	23,9%	51,7%	24,4%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	20,9%	49,9%	29,2%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	16,9%	52,5%	30,6%	100,0%
	Total	21,6%	53,4%	25,0%	100,0%
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	1,00 18 à 25 ans	29,7%	50,6%	19,8%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	24,9%	48,5%	26,5%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	23,8%	51,8%	24,5%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	21,3%	50,1%	28,6%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	15,6%	49,4%	35,1%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	14,6%	50,8%	34,6%	100,0%
	Total	20,9%	50,1%	29,0%	100,0%



Tableau 4.7 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon l'âge (suite)

		Pas du tout une raison et pas une raison importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	1,00 18 à 25 ans	21,8%	39,1%	39,1%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	8,6%	32,6%	58,9%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	9,3%	31,5%	59,1%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	8,7%	29,3%	62,0%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	5,2%	26,4%	68,4%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	5,9%	24,6%	69,5%	100,0%
	Total	9,2%	29,9%	60,9%	100,0%

Tableau 4.8 : Abus comme cause de l'augmentation des coûts (en %) dans les soins de santé selon la perspective d'avenir

		Pas une raison (importan- te)	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Les salaires des médecins, des spécialistes et du personnel hospitalier sont trop élevés	1,00 Très positif	30,2%	34,3%	35,6%	100,0%
	2,00 Positif	20,7%	46,9%	32,3%	100,0%
	3,00 Négatif	21,9%	37,6%	40,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	22,2%	32,6%	45,3%	100,0%
	Total	23,7%	37,9%	38,3%	100,0%
Beaucoup d'immigrés abusent de l'assurance maladie	1,00 Très positif	25,4%	31,8%	42,7%	100,0%
	2,00 Positif	23,3%	32,8%	44,0%	100,0%
	3,00 Négatif	21,8%	29,9%	48,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	23,2%	25,4%	51,4%	100,0%
	Total	23,4%	30,0%	46,6%	100,0%
Les mutualités ne contrôlent pas assez les dépenses en matière d'assurance maladie	1,00 Très positif	22,4%	51,3%	26,3%	100,0%
	2,00 Positif	23,9%	55,7%	20,4%	100,0%
	3,00 Négatif	21,2%	54,4%	24,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	22,8%	48,1%	29,2%	100,0%
	Total	22,6%	52,4%	25,0%	100,0%
Il y a beaucoup de gaspillage dans les hôpitaux	1,00 Très positif	25,7%	47,6%	26,7%	100,0%
	2,00 Positif	23,0%	51,8%	25,3%	100,0%
	3,00 Négatif	22,4%	50,3%	27,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	19,2%	46,5%	34,3%	100,0%
	Total	22,6%	49,0%	28,4%	100,0%
L'industrie médicale réalise de gros bénéfices	1,00 Très positif	11,7%	28,3%	59,9%	100,0%
	2,00 Positif	8,6%	37,0%	54,3%	100,0%
	3,00 Négatif	8,9%	33,7%	57,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	8,2%	23,4%	68,4%	100,0%
	Total	9,4%	30,7%	60,0%	100,0%

#### 4.1.1.3 UNE AUGMENTATION INEVITABLE DES COÛTS

La mesure dans laquelle on considère le vieillissement, les meilleurs soins, ainsi que les médicaments et traitements plus chers comme une cause importante de l'augmentation des prix, n'est pas principalement expliquée par les caractéristiques de la population pour laquelle des contrôles sont réalisés dans ce rapport (voir tableau 4.9). L'ensemble des caractéristiques explique seulement 4% de la variation dans l'attitude. Ce n'est pas

étonnant étant donné que beaucoup de personnes considèrent ceci comme des explications importantes. Il y a toutefois deux effets ou différences importantes dans la population. Cette explication est moins avancée par les francophones que par les néerlandophones et moins par les personnes peu qualifiées que par les personnes hautement qualifiées. En outre, cette déclaration trouve plus de soutien auprès des personnes qui se situent à gauche qu'auprès des personnes qui se situent à droite sur la ligne de fracture socio-économique. Moins de soutien chez les personnes qui sont négatives par rapport à la sécurité sociale et plus de soutien auprès des personnes qui souffrent d'une mauvaise santé.

Dans les tableaux 4.10 et 4.11, on explique davantage le lien entre d'une part la communauté linguistique et le niveau de formation, et d'autre part, l'importance attachée au vieillissement, aux meilleurs soins et à des traitements plus importants comme explication de l'augmentation des coûts.

Tableau 4.9 : Analyse linéaire de la régression selon l'augmentation des coûts en raison de causes inévitables (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Francophone (réf. : néerlandophone)	-,139	***
Mauvaise santé	,051	*
Formation	,129	***
Satisfaction quant à sa vie	,071	**
Attitude négative face à la sécurité sociale	-,059	**
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	,082	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,043	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

La différence entre les francophones et les néerlandophones vaut pour les trois affirmations, mais est la plus marquée pour l'affirmation selon laquelle le vieillissement est un facteur important de l'augmentation des dépenses de santé. 62% des néerlandophones en sont convaincus pour seulement 52% des francophones.

Tableau 4.10 : Augmentation inévitable des coûts (en %) dans les soins de santé selon la communauté linguistique

		Pas du tout une raison et pas une raison importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Le vieillissement : il y a un nombre croissant de personnes âgées, malades et nécessitant des soins	,00 néerlandophone	8,5%	29,2%	62,3%	100,0%
	1,00 francophone	12,5%	35,7%	51,8%	100,0%
	Total	10,2%	31,9%	57,9%	100,0%
Les médicaments et les traitements sont de plus en plus chers	,00 néerlandophone	6,7%	31,9%	61,4%	100,0%
	1,00 francophone	11,1%	30,4%	58,5%	100,0%
	Total	8,6%	31,3%	60,2%	100,0%
Nous profitons de soins médicaux meilleurs qu'avant et cela coûte aussi plus cher	,00 néerlandophone	8,3%	37,4%	54,4%	100,0%
	1,00 francophone	13,2%	40,6%	46,2%	100,0%
	Total	10,4%	38,7%	50,9%	100,0%

Tableau 4.11 : Augmentation inévitable des coûts (en %) dans les soins de santé selon le niveau de formation

		Pas du tout une cause et pas une cause importante	Peut-être une raison	Raison (très) importante	Total
Le vieillissement : il y a un nombre croissant de personnes âgées, malades et nécessitant des soins	1,00 Faible	13,7%	40,7%	45,6%	100,0%
	2,00 Moyen	10,8%	33,6%	55,6%	100,0%
	3,00 Élevé	5,6%	18,5%	75,9%	100,0%
	Total	10,3%	31,5%	58,2%	100,0%
Les médicaments et les traitements sont de plus en plus chers	1,00 Faible	9,4%	29,5%	61,0%	100,0%
	2,00 Moyen	7,5%	33,4%	59,1%	100,0%
	3,00 Élevé	8,5%	31,1%	60,4%	100,0%
	Total	8,5%	31,4%	60,1%	100,0%
Nous profitons de soins médicaux meilleurs qu'avant et cela coûte aussi plus cher	1,00 Faible	11,2%	45,0%	43,8%	100,0%
	2,00 Moyen	10,6%	40,3%	49,1%	100,0%
	3,00 Élevé	8,1%	29,2%	62,7%	100,0%
	Total	10,1%	38,6%	51,3%	100,0%

Les différences selon le niveau d'enseignement s'avèrent surtout se rapporter au vieillissement. 46% des personnes faiblement qualifiées considèrent qu'il s'agit d'un facteur d'augmentation des coûts, contre 76% des personnes hautement qualifiées. La différence entre ces deux groupes est également élevée pour l'affirmation selon laquelle les soins sont actuellement meilleurs, mais dès lors aussi plus chers. 44% des personnes faiblement qualifiées et 63% des personnes hautement qualifiées sont d'accord avec cela.

## 4.2 Comment maîtriser l'augmentation des coûts ?

Dix possibilités d'épargne ont été proposées aux participants (voir tableau 4.12).

Un meilleur échange de données et le droit ou le devoir de substitution pour les médicaments sont soutenus par de larges majorités. Les partisans sont 6 à 10 fois plus nombreux que les opposants. Mais le soutien à l'épargne s'arrête à peu près là.

Il y a aussi autant de partisans que d'opposants au fait de rembourser encore uniquement les médicaments et les traitements vraiment nécessaires, ou pour ne plus rembourser les traitements qui prolongent la vie des personnes de plus de 85 ans.

Tableau 4.12 : Acceptation (en %) des différentes possibilités d'épargne (n=1.964)

	a) Pas du tout d'accord	b) Pas d'accord	c) Neutre	d) D'accord	e) Tout à fait d'accord	a+b/d+e
Par un meilleur échange d'informations et partage de données entre les prestataires de soins	2,1	4,5	24,9	48,0	20,6	10,4
En prescrivant toujours des médicaments et traitements bénéfiques et meilleurs marché	3,9	7,0	19,2	43,8	26,1	6,4
En ne remboursant que les médicaments et traitements vraiment nécessaires	11,1	25,2	25,1	29,7	8,9	1,1
En n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans	13,2	22,0	27,7	26,4	10,7	1,1
En ne proposant plus tous les services médicaux dans presque tous les hôpitaux même si cela implique que les gens devront aller plus loin pour se rendre à l'hôpital	12,9	28,5	31,6	22,1	4,9	0,7
En ne remboursant plus une série de médicaments, comme les brûleurs de graisse, les anti-acides ou antibiotiques pour traitements courts	13,6	37,0	30,4	15,0	4,0	0,4
En ne remboursant plus les frais de maladie ou d'accident qui sont la conséquence d'un comportement personnel	13,2	33,2	36,6	13,1	3,9	0,4
En faisant payer plus les gens en mauvaise santé	20,9	38,1	24,9	13,2	2,9	0,3
En faisant payer les gens davantage	19,8	48,9	24,7	5,3	1,2	0,1
En ne conservant l'assurance obligatoire que pour les personnes pauvres et en laissant les autres s'assurer dans le privé	32,1	43,2	17,9	4,8	2,2	0,1

Les autres propositions reçoivent nettement moins de soutien. Pour celles-ci, les opposants sont vraiment plus nombreux que les partisans. C'est également valable en ce qui concerne la fin du remboursement de certains médicaments (brûleurs de graisse, etc.) 39% des participants sont d'accord, si on estime en général que l'on peut épargner en ne remboursant que les médicaments et les traitements vraiment nécessaires. Dès que l'on cite un certain nombre de médicaments qui pourraient entrer en ligne de compte, le pourcentage de personnes d'accord tombe à 19%. En fait, il y a simplement une base possible pour des épargnes par le biais d'un meilleur échange et partage d'informations entre les prestataires de soins, et en n'administrant plus de traitement qui prolonge la vie aux personnes âgées de plus de 85 ans.

Les autres mesures proposées ne récoltent pas ou peu de soutien. C'est valable pour la rationalisation de l'offre dans les hôpitaux (27% pour, 41% contre), le non-remboursement des maladies et accidents qui peuvent être attribués au style de vie (17% pour, 46% contre), l'augmentation du ticket modérateur (7% pour, 69% contre), ou une réforme du système ou les assurances privées jouent un rôle plus important (7% pour, 75% contre).

#### 4.2.1 *Rationaliser les soins de santé*

Un manque de rationalisation est l'explication la moins répandue des trois explications avancées par la population pour les frais élevés des soins de santé. Des mesures qui pourraient mener à des économies via une organisation plus rationnelle des soins, reçoivent également un (très) maigre soutien. La mesure dans laquelle il s'agit d'une conséquence du grand attachement à la liberté des soignants et du patient, fait l'objet d'autres études.

La relativement grande importance d'une perspective comparative de la liberté du soignant et du patient qui caractérise le système belge, est considéré par beaucoup comme un élément qui fait augmenter les coûts de nos soins de santé et de l'assurance maladie obligatoire. C'est pourquoi un certain nombre de rationalisations dans le secteur des soins, via la limitation de cette liberté de façon raisonnable, est considéré comme une piste d'épargne possible. Des questions ont été présentées aux participants pour tester la portée d'une telle politique de rationalisation. On peut le faire de différentes manières. On a opté pour une réalisation via le choix de payer moins ou de payer plus. On pourrait également le faire en termes de coûts supplémentaires ou d'une épargne pour le budget de l'assurance maladie obligatoire. On craint toutefois que trop peu de personnes ne se sentent concernées personnellement par une telle économie ou de telles dépenses supplémentaires. C'est pourquoi on a opté pour une formulation des questions en termes d'économie ou de dépense personnelle supplémentaire. On part du principe que, si l'on opte pour une dépense personnelle supplémentaire, on n'est pas partisan d'une limitation de la liberté au profit d'une organisation plus rationnelle des soins.

Le tableau 4.17 confirme, même lorsque différentes possibilités concrètes sont proposées aux participants, que la base pour la rationalisation est en fait assez faible. Seul le devoir de substitution du pharmacien, qui doit toujours donner le médicament équivalent le moins cher, peut compter sur un soutien extraordinaire. 87% sont partisans de cette proposition. Seuls 13% disent souhaiter payer plus, pour tout de même recevoir le médicament prescrit par le médecin. Beaucoup sont toujours favorables à l'obligation de d'abord se rendre chez le médecin généraliste, avant de se rendre dans un service d'urgences. 63% sont partisans d'une telle mesure. Toutefois, 37% affirment qu'ils préfèrent payer davantage pour conserver la liberté de se rendre directement dans un service d'urgences.

Tableau 4.17 : Répartition concernant le choix des Belges pour la rationalisation ou pour le paiement d'un supplément pour certains soins de santé (n : 2.006)

	En nombre	En %
<i>Payer moins</i> , mais ne laisser procéder votre médecin à certaines analyses (de sang) que si cela s'avère nécessaire selon des directives scientifiques reconnues	976	48,5
<i>Payer plus</i> , mais votre médecin peut décider librement de réaliser certaines analyses (de sang)	1036	51,5
<i>Payer moins</i> , mais pour certaines analyses ou traitements, être envoyé dans des centres plus lointains mais spécialisés	1010	50,3
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre à l'hôpital le plus proche pour tous les soins et analyses impliquant des technologies de pointe	996	49,7
<i>Payer moins</i> , mais être envoyé par le médecin généraliste chez le spécialiste	1046	50,4
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre directement chez le spécialiste sans avis du médecin généraliste	1029	49,6
<i>Payer moins</i> , mais obliger votre médecin à contrôler s'il dispose encore de radiographies utilisables de vous	1068	53,2
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir passer des radiographies lorsque vous ou votre médecin estimez que c'est souhaitable	941	46,8
<i>Payer moins</i> , mais être contraint, si possible, de se rendre d'abord chez le médecin généraliste avant d'aller chez un spécialiste	1283	62,8
<i>Payer plus</i> , mais conserver la liberté de se rendre directement chez un spécialiste	758	37,2
<i>Payer moins</i> , mais recevoir automatiquement le médicament le moins cher mais équivalent, sauf raisons médicales contraires	1788	86,7
<i>Payer plus</i> , mais recevoir la marque de médicament prescrite par le médecin	275	13,3

Pour tous les autres exemples donnés, le nombre des partisans et des opposants, optant pour la limitation de la liberté rationnelle et choisissant de payer plus, est environ équivalent. C'est valable pour la limitation *evidence based* des enquêtes, la spécialisation ou la publicité de l'offre des enquêtes et les interventions sur les centres, le renvoi vers un spécialiste et l'obligation de contrôler s'il existe encore des radios et des tests utilisables. Pour toutes ces règles de rationalisation pourtant assez évidentes, il y a, à chaque fois, environ autant de partisans que d'opposants. La rationalisation dans le secteur des soins ne remporte donc toujours que peu de succès et le risque existe que des mesures vont s'imposer, créer une certaine insatisfaction, ou même se heurter à l'opposition d'une grande partie de la population.

#### 4.2.1.1 OPPOSANTS ET PARTISANS DE LA RATIONALISATION

Pour contrôler dans quelle mesure les personnes sont en général pour ou contre les mesures de rationalisation, nous avons cherché une échelle. Il est ressorti que les six exemples proposés ne présentent pas une bonne échelle. Il existe une tendance pour les personnes qui optent pour un des exemples donnés pour la solution rationnelle, de le faire également pour les autres exemples. Cette tendance est toutefois faible. Trop faible en fait pour pouvoir établir une échelle correcte statistiquement. C'est pourquoi on a décidé de simplement compter combien de fois un participant optait pour la solution rationnelle. Le comptage est mentionné au tableau 2. Il ne s'agit pas d'une bonne échelle. L'alpha de Cronbach s'élève à 0,52, alors que ce paramètre doit s'élever à 0,7 ou plus pour de bonnes échelles (plus il est haut, meilleure est l'échelle, avec un maximum

théorique de 1). Toutefois, cette répartition donne une idée de l'attitude de la population (voir tableau 4.18).

Nombre de fois que le participant a opté pour la rationalisation	N	%	% valable
0	41	1,9	2,2
1	179	8,3	9,4
2	291	13,6	15,3
3	422	19,6	22,2
4	422	19,7	22,3
5	339	15,8	17,9
6	204	9,5	10,7
Total	1898	88,3	100,0
Missing	251	11,7	
Total général	2149	100,0	
Alpha de Cronbach			0,522

12% sont radicalement opposés à la rationalisation. Dans le meilleur des cas, ils sont d'accord avec une des mesures proposées, probablement l'obligation de substitution des pharmaciens. 27% sont d'accord avec au moins deux des mesures. 29% sont de grands partisans et sont d'accord avec cinq ou six des six mesures proposées. La répartition de la population comme décrite au tableau 4.18 confirme et détaille la répartition que nous avons déjà vue au tableau 4.17. En ce qui concerne la rationalisation, la population est environ répartie 50/50.

Étant donné que, sur la base des exemples qui ont été proposés aux participants, aucune bonne échelle ne pouvait être établie, les partisans et les opposants de la rationalisation ne pouvaient pas bien se distinguer en ce qui concerne les termes des caractéristiques contrôlées. Le  $R^2$  s'élève à seulement 4%.

Tableau 4.19 : Analyse de la régression linéaire selon le soutien apporté par les Belges à la rationalisation dans les soins de santé (n : 2.148)

	B	$\beta$	Sig.
(Constant)	3,769		***
°Homme (réf. : femme)	,207	,071	***
°Francophone (réf. : néerlandophone)	-,349	-,119	***
Position économique	,088	,062	**
Formation	-,058	-,052	*
Attitude négative face à la sécurité sociale	-,109	-,072	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	,175	,116	***
Adjusted R <sup>2</sup>		,041	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

Toutefois, certaines différences se dessinent. Il s'agit dans de nombreux cas d'effets faibles : les hommes sont davantage partisans que les femmes, les personnes ayant une position économique forte davantage que les personnes ayant une position économique faible, les personnes hautement qualifiées moins que les personnes faiblement qualifiées,

et les personnes avec une attitude négative face à la sécurité sociale moins que les personnes ayant une attitude positive face à la sécurité sociale.

Les effets les plus importants sont ceux de la communauté linguistique et de l'attitude par rapport à l'égalité. Les francophones sont moins partisans de la rationalisation que les néerlandophones et les personnes qui pensent qu'il existe encore trop d'inégalités dans la société et qui souhaitent plus d'égalité et de répartition sont de plus grands partisans de la rationalisation. Ces deux liens sont actuellement mentionnés de façon bivariée (voir les tableaux 4.20 et 4.21).

Tableau 4.20 : Soutien pour la rationalisation dans les soins de santé selon la communauté linguistique

	,00 néerlan- dophone	1,00 franco- phone	Total
<i>Payer moins</i> , mais recevoir automatiquement le médicament le moins cher mais équivalent, sauf raisons médicales contraires	90,7%	81,3%	86,7%
<i>Payer plus</i> , mais recevoir la marque de médicament prescrite par le médecin	9,3%	18,7%	13,3%
<i>Payer moins</i> , mais être contraint, si possible, de se rendre d'abord chez le médecin généraliste avant d'aller chez un spécialiste	63,3%	62,3%	62,9%
<i>Payer plus</i> , mais conserver la liberté de se rendre directement chez un spécialiste	36,7%	37,7%	37,1%
<i>Payer moins</i> , mais obliger votre médecin à contrôler s'il dispose encore de radiographies utilisables de vous	57,7%	47,0%	53,1%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir passer des radiographies lorsque vous ou votre médecin estimez que c'est souhaitable	42,3%	53,0%	46,9%
<i>Payer moins</i> , mais ne laisser procéder votre médecin à certaines analyses (de sang) que si cela s'avère nécessaire selon des directives scientifiques reconnues	48,9%	48,1%	48,6%
<i>Payer plus</i> , mais votre médecin peut décider librement de réaliser certaines analyses de sang	51,1%	51,9%	51,4%
<i>Payer moins</i> , mais pour certaines analyses ou traitements, être envoyé dans des centres plus lointains mais spécialisés	55,8%	43,0%	50,3%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre à l'hôpital le plus proche pour tous les soins et analyses impliquant des technologies de pointe	44,2%	57,0%	49,7%
<i>Payer moins</i> , mais être envoyé par le médecin généraliste chez le spécialiste	49,8%	51,3%	50,4%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre directement chez le spécialiste sans avis du médecin généraliste	50,2%	48,7%	49,6%

Les différences entre les communautés linguistiques n'apparaissent pas dans tous les exemples (voir tableau 4.20). Ces différences sont relativement grandes pour l'obligation de substitution qui est soutenue par 91% des néerlandophones et 80% des francophones. Dans ce cas, il s'agit donc d'une majorité impressionnante dans les deux communautés linguistiques. Obliger le médecin à d'abord contrôler s'il existe encore des radios utilisables, emporte l'adhésion de 58% des néerlandophones et de 47% des francophones. Dans ce cas, il y a une majorité dans une des communautés linguistiques et pas dans l'autre. C'est également valable pour l'existence d'une spécialisation pour différents centres. 56% des néerlandophones et seulement 43% des francophones sont d'accord.



La relation entre les idées de gauche et de droite et l'attitude face à la rationalisation n'est pas strictement linéaire (voir tableau 4.21). Les 25% de la population ayant l'attitude la plus à gauche, à savoir la préférence la plus affirmée pour l'égalité et la répartition, constitue le plus grand partisan de la rationalisation. Pour eux, tous les exemples remportent une majorité, excepté la spécialisation par les centres, qui impliquerait que certains patients doivent parcourir une plus grande distance pour rejoindre l'institution adaptée. La plus grande résistance face à la rationalisation incombe aux personnes qui ont des idées de droite quant à l'égalité et la répartition.

Tableau 4.21 : Soutien pour la rationalisation dans les soins de santé selon l'attitude par rapport à l'égalité et à la répartition

	1,00 À droite	2,00 Plutôt à droite	3,00 Plutôt à gauche	4,00 À gauche	Total
<i>Payer moins</i> , mais recevoir automatiquement le médicament le moins cher mais équivalent, sauf raisons médicales contraires	83,3%	88,0%	84,5%	89,0%	86,4%
<i>Payer plus</i> , mais recevoir la marque de médicament prescrite par le médecin	16,7%	12,0%	15,5%	11,0%	13,6%
<i>Payer moins</i> , mais être contraint, si possible, de se rendre d'abord chez le médecin généraliste avant d'aller chez un spécialiste	56,6%	61,0%	58,4%	69,9%	61,8%
<i>Payer plus</i> , mais conserver la liberté de se rendre directement chez un spécialiste	43,4%	39,0%	41,6%	30,1%	38,2%
<i>Payer moins</i> , mais obliger votre médecin à contrôler s'il dispose encore de radiographies utilisables de vous	52,0%	51,9%	50,2%	58,5%	53,5%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir passer des radiographies lorsque vous ou votre médecin estimez que c'est souhaitable	48,0%	48,1%	49,8%	41,5%	46,5%
<i>Payer moins</i> , mais ne laisser procéder votre médecin à certaines analyses (de sang) que si cela s'avère nécessaire selon des directives scientifiques reconnues	40,6%	52,0%	47,3%	53,8%	48,5%
<i>Payer plus</i> , mais votre médecin peut décider librement de réaliser certaines analyses de sang	59,4%	48,0%	52,7%	46,2%	51,5%
<i>Payer moins</i> , mais pour certaines analyses ou traitements, être envoyé dans des centres plus lointains mais spécialisés	51,8%	49,4%	51,6%	48,4%	50,1%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre à l'hôpital le plus proche pour tous les soins et analyses impliquant des technologies de pointe	48,2%	50,6%	48,4%	51,6%	49,9%
<i>Payer moins</i> , mais être envoyé par le médecin généraliste chez le spécialiste	42,7%	43,2%	51,7%	63,1%	49,9%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre directement chez le spécialiste sans avis du médecin généraliste	57,3%	56,8%	48,3%	36,9%	50,1%

Nous avons vu plus tôt que les personnes ayant une attitude négative face à l'État providence attachent une plus grande importance à un manque de rationalisation en tant que cause de l'augmentation des coûts (paragraphe 4.1.1.1). Le tableau 4.19 montre toutefois qu'ils sont moins partisans de la rationalisation, certainement parce qu'ils sont encore très attachés à la liberté individuelle du patient et du thérapeute. Leur attitude est décrite plus en détail au tableau 4.22. Il en ressort que les personnes qui sont très négatives face à la sécurité sociale sont les moins enclines à mettre en œuvre des mesures de rationalisation, sont toujours prêtes à payer plus pour maintenir la liberté individuelle du patient et du thérapeute.

Tableau 4.22 : Répartition concernant le choix des Belges pour la rationalisation ou pour le paiement d'un supplément pour certains soins de santé selon l'attitude face à la sécurité sociale

	1,00 Très positif	2,00 Positif	3,00 Négatif	4,00 Très négatif	Total
<i>Payer moins</i> , mais recevoir automatiquement le médicament le moins cher mais équivalent, sauf raisons médicales contraires	88,7%	88,5%	86,4%	84,2%	87,0%
<i>Payer plus</i> , mais recevoir la marque de médicament prescrite par le médecin	11,3%	11,5%	13,6%	15,8%	13,0%
<i>Payer plus</i> , mais conserver la liberté de se rendre directement chez un spécialiste	34,1%	37,7%	39,1%	38,7%	37,3%
<i>Payer moins</i> , mais être contraint, si possible, de se rendre d'abord chez le médecin généraliste avant d'aller chez un spécialiste	65,9%	62,3%	60,9%	61,3%	62,7%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir passer des radiographies lorsque vous ou votre médecin estimez que c'est souhaitable	42,3%	48,3%	49,2%	50,0%	47,4%
<i>Payer moins</i> , mais obliger votre médecin à contrôler s'il dispose encore de radiographies utilisables de vous	57,7%	51,7%	50,8%	50,0%	52,6%
<i>Payer moins</i> , mais ne laisser procéder votre médecin à certaines analyses (200) que si cela s'avère nécessaire selon des directives scientifiques reconnues	48,1%	47,9%	50,6%	48,6%	48,7%
<i>Payer plus</i> , mais votre médecin peut décider librement de réaliser certaines analyses (de sang)	51,9%	52,1%	49,4%	51,4%	51,3%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre à l'hôpital le plus proche pour tous les soins et analyses impliquant des technologies de pointe	46,2%	50,4%	49,7%	53,1%	49,9%
<i>Payer moins</i> , mais pour certaines analyses ou traitements, être envoyé dans des centres plus lointains mais spécialisés	53,8%	49,6%	50,3%	46,9%	50,1%
<i>Payer plus</i> , mais pouvoir se rendre directement chez le spécialiste sans avis du médecin généraliste	47,4%	48,5%	51,0%	52,9%	49,9%
<i>Payer moins</i> , mais être envoyé par le médecin généraliste chez le spécialiste	52,6%	51,5%	49,0%	47,1%	50,1%

### 4.3 Exclusion

Le soutien pour la rationalisation est, dans de nombreux cas, moins important que celui pour l'exclusion de certains groupes. Épargner en n'accordant plus de traitements onéreux qui prolongent la vie aux personnes âgées de plus de 85 ans, emporte l'approbation de 37% des personnes interrogées et est rejeté par 35%. La mesure dans laquelle on souhaite exclure certains groupes des soins est analysée plus en détail dans ce paragraphe.

On a proposé à la population un certain nombre de traitements qui ont pour caractéristique de coûter 50 000 €. Il s'agit de : « un traitement vital », « un traitement pour une maladie rare », « le placement d'un appareil cardiaque hautement technologique ». Dans ces cas, on ne précise pas, lors de la question, la nature du patient ou les circonstances dans lesquelles l'intervention est nécessaire. Dans les deux autres cas, c'est précisé. Dans le premier cas, il s'agit d'une personne qui est dans le coma et qui pourrait vivre une année supplémentaire grâce à l'intervention. Dans l'autre cas, il s'agit d'un patient malade en stade terminal, dont on pourrait prolonger la vie d'environ deux mois grâce à cette intervention. Les participants ont à chaque fois pu

indiquer si l'intervention en question était, selon eux, possible, ne pouvait pas se faire, ou pouvait se faire, mais pas pour des personnes âgées de plus de 85 ans.

Tableau 4.23 : Répartition du soutien (en %) parmi les Belges en ce qui concerne la rationalisation dans les soins de santé (n : 1.991)

	Doit toujours être possible, quel que soit l'âge	Doit être possible, sauf chez les plus de 85 ans	Ne doit jamais être possible, quel que soit l'âge
Un traitement vital qui coûte 50 000 €	68,7	28,0	3,3
Un traitement d'un patient atteint d'une maladie très rare qui coûte 50 000 €	64,6	31,8	3,6
Une implantation d'un appareil cardiaque utilisant les technologies de pointe d'un coût total de 50 000 €	54,5	41,4	4,1
Un traitement d'une personne dans le coma pour la garder en vie un an de plus qui coûte 50 000 €	21,5	27,9	50,6
Un traitement pour prolonger de deux mois l'espérance de vie d'un patient malade en phase terminale qui coûte 50 000 €	20,6	30,3	49,1

Une courte majorité, 51%, estime qu'une intervention qui prolonge la vie d'un patient dans le coma n'est pas possible si elle coûte 50 000 €. 22% estiment que cela doit toujours être possible. 28% trouvent que c'est possible, mais pas pour des personnes de plus de 85 ans. Un traitement qui prolonge la vie d'un patient malade en phase terminale et qui coûte 50 €, ne devrait jamais être possible pour 49% des participants et toujours possible pour 21%. 30% trouvent que c'est possible, mais pas pour des personnes de plus de 85 ans. 79% sont donc opposés à de telles interventions chez les personnes de plus de 85 ans.

Pour les trois interventions pour laquelle la nature du patient et les circonstances de l'intervention n'étaient pas spécifiées, mais dont la gravité de l'intervention était claire dans la question, peu de personnes, 3 à 4%, estiment que cela ne doit jamais être possible si cela coûte 50 000 €. Toutefois, la proportion des personnes pensant que c'est toujours possible varie de seulement 55% (appareil cardiaque hautement technologique) à 69% (intervention vitale). Une proportion importante, 30 à 40%, pense que de telles interventions ne devraient plus être couvertes par l'assurance maladie obligatoire si le patient est âgé de plus de 85 ans. Le soutien pour l'exclusion des personnes âgées des soins vitaux est donc particulièrement élevé. Cette position radicale peut compter sur le soutien d'un bon tiers de la population. 28% souhaitent que les patients âgés de plus de 85 ans ne reçoivent pas de traitement vital, 32% un traitement pour une maladie rare et 41% le placement d'un appareil cardiaque hautement technologique, si ces interventions coûtent 50 000 €. Une question semblable a été posée il y a un an à un échantillon d'habitants de la région flamande et les pourcentages correspondants étaient à l'époque encore plus élevée, respectivement 37,42 et 53% (Elchardus et Spruyt, 2013b)

Pour mesurer l'attitude de la population relativement à la rationalisation - exclusion du remboursement par l'assurance maladie obligatoire - les affirmations concernant le patient dans le coma et le patient en phase terminale (voir tableau) n'ont pas été prises en compte, parce qu'elles présentaient de toutes autres réponses. Les trois éléments restants ont été complétés avec l'affirmation de la série de questions concernant les mesures d'économie. La proposition reprise ici et d'économiser « en n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans ». Les quatre éléments forment ensemble une échelle (voir tableau 4.24), même si elle n'est pas très solide (l'alpha de Cronbach est de 0,67, donc juste en dessous de la limite de 0,7 proposée pour les échelles valables). C'est probablement la conséquence du fait que pour ces quatre éléments, deux émettent en partie des idées différentes, d'une part la rationalisation, le non-remboursement de traitements estimés onéreux, et d'autre part, le vieillissement, l'exclusion des personnes plus âgées.

Tableau 4.24 : Analyse des facteurs de soutien pour la rationalisation

	Charge du composant
Un traitement d'un patient atteint d'une maladie très rare qui coûte 50 000 €	-,842
Une implantation d'un appareil cardiaque utilisant les technologies de pointe d'un coût total de 50 000 €	-,764
Un traitement vital qui coûte 50 000 €	-,688
En n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans	,508
Valeur propre	2,477
Alpha de Cronbach	,673

En termes de caractéristiques pour lesquelles le contrôle est effectué, l'attitude peut-être expliquée de façon moyenne ( $R^2=8\%$ ) (voir tableau 4.24). Certains liens intéressants se dessinent. Le support pour la rationalisation ou l'exclusion est bien plus grand chez les néerlandophones que chez les francophones. Cela explique directement pourquoi les partisans de telles mesures sont également plus nombreux dans l'enquête qui a été réalisée en région flamande en 2012. Le soutien pour l'exclusion est également nettement plus important chez les personnes ayant une attitude négative que chez les personnes ayant une attitude positive par rapport à l'État providence. Le soutien pour cette forme de rationalisation est moins important auprès des néerlandophones ayant une préférence pour les médias populaires, auprès des partisans d'une plus grande égalité et d'une répartition et auprès des personnes ayant une image négative de l'avenir. Il est également étonnant que le support pour l'exclusion des personnes âgées ne soit pas lié à l'âge. La population de l'enquête comporte des personnes âgées de 18 à 75 ans et donc pas de personnes âgées de 80 ou 85 ans. Mais il n'y a pas de lien entre l'âge et le support au profit de l'exclusion dans les catégories d'âge ayant pris part à l'enquête (la corrélation s'élève à 0,04 et n'est statistiquement pas égale à zéro). Les effets constatés les plus importants sont ceux de la communauté linguistique et de

l'attitude par rapport à l'État providence. Ceux-ci sont décrits plus en détail dans les tableaux 4.26 et 4.27.

Tableau 4.25 : Analyse de régression linéaire selon le soutien pour la rationalisation (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Francophone (réf. : néerlandophone)	-,165	***
Perspective d'avenir négative	-,065	**
Préférence média néerlandophones (populaire)	-,079	***
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	-,057	**
Attitude négative face à l'État providence	,133	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	-,071	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,080	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Un traitement d'un patient souffrant d'une maladie très rare, qui coûte 50 000 €, doit selon 74% des francophones et seulement 58% des néerlandophones toujours être possible. L'implantation d'un appareil cardiaque hautement technologique qui coûte également 50 000 €, doit toujours être possible, selon 68% des francophones et seulement 45% des néerlandophones. Un traitement vital qui coûte également 50 000 €, doit toujours être possible selon 75% des francophones et seulement 64% des néerlandophones. 46% des néerlandophones souhaitent épargner en ne remboursant plus les traitements onéreux aux personnes à partir de 85 ans ; seuls 25% des francophones approuvent une telle mesure.

Tableau 4.26 : Soutien pour la rationalisation selon la communauté linguistique

		,00 Ne doit jamais être possible et pas pour des personnes âgées de plus de 85 ans	1,00 Doit toujours être possible	Total	
Un traitement d'un patient atteint d'une maladie très rare qui coûte 50 000 €	,00 néerlandophone	42,0%	58,0%	100,0%	
	1,00 francophone	26,4%	73,6%	100,0%	
	Total	35,3%	64,7%	100,0%	
Une implantation d'un appareil cardiaque utilisant les technologies de pointe d'un coût total de 50 000 €	,00 néerlandophone	55,1%	44,9%	100,0%	
	1,00 francophone	32,5%	67,5%	100,0%	
	Total	45,5%	54,5%	100,0%	
Un traitement vital qui coûte 50 000 €	,00 néerlandophone	36,3%	63,7%	100,0%	
	1,00 francophone	24,6%	75,4%	100,0%	
	Total	31,3%	68,7%	100,0%	
		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
En n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans	,00 néerlandophone	25,7%	28,2%	46,1%	100,0%
	1,00 francophone	48,0%	27,0%	25,0%	100,0%
	Total	35,1%	27,7%	37,2%	100,0%

Pour le quart de la population qui est le plus positif par rapport à l'État providence, de larges majorités (65, 74 et 77%) se dessinent pour toujours rembourser dans les cas présentés et 24% souhaitent épargner en ne remboursant plus les traitements onéreux qui prolongent la vie aux personnes âgées de plus de 85 ans (voir tableau 4.26). Pour le quart de la population qui est le plus négatif par rapport à l'État providence, des majorités (moins importantes) existent aussi pour le remboursement du traitement d'une maladie rare (57%) et d'un traitement vital (60%), mais pas pour le remboursement d'un appareil cardiaque hautement technologique (48%). Pas moins de 52% d'entre eux souhaitent épargner en ne remboursant plus les traitements qui prolongent la vie aux patients âgés de 85 ans et plus.

Tableau 4.27 : soutien pour la rationalisation selon l'attitude face à l'État providence

		,00 Ne doit jamais être possible et pas pour des personnes âgées de plus de 85 ans	1,00 Doit toujours être possible	Total	
Un traitement d'un patient atteint d'une maladie très rare qui coûte 50 000 €	1,00 Très positif	25,8%	74,2%	100,0%	
	2,00 Positif	36,8%	63,2%	100,0%	
	3,00 Négatif	36,6%	63,4%	100,0%	
	4,00 Très négatif	43,4%	56,6%	100,0%	
	Total	35,6%	64,4%	100,0%	
Une implantation d'un appareil cardiaque utilisant les technologies de pointe d'un coût total de 50 000 €	1,00 Très positif	35,2%	64,8%	100,0%	
	2,00 Positif	48,4%	51,6%	100,0%	
	3,00 Négatif	48,7%	51,3%	100,0%	
	4,00 Très négatif	52,4%	47,6%	100,0%	
	Total	46,2%	53,8%	100,0%	
Un traitement vital qui coûte 50 000 €	1,00 Très positif	23,2%	76,8%	100,0%	
	2,00 Positif	31,7%	68,3%	100,0%	
	3,00 Négatif	31,4%	68,6%	100,0%	
	4,00 Très négatif	40,0%	60,0%	100,0%	
	Total	31,6%	68,4%	100,0%	
		(Tout à fait) d'accord	Neutre	Pas (du tout) d'accord	Total
En n'administrant plus de traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans	1,00 Très positif	23,6%	27,6%	48,8%	100,0%
	2,00 Positif	37,8%	30,0%	32,2%	100,0%
	3,00 Négatif	41,8%	29,8%	28,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	52,0%	22,2%	25,9%	100,0%
	Total	38,7%	27,4%	33,9%	100,0%

#### 4.4 Conclusion

Pour expliquer l'augmentation des coûts des soins de santé, les personnes utilisent trois modèles d'explication. Le premier regroupe à peu près toutes les causes inévitables d'augmentation des coûts comme l'augmentation du prix des médicaments et des traitements, ainsi que le vieillissement de la population. Le deuxième modèle

d'explication renvoie aux abus, allant des bénéfices excessifs de l'industrie médicale au gaspillage dans les hôpitaux et aux abus par les immigrés. Le troisième modèle impute les coûts élevés au manque d'approche rationnelle, comme la prescription superflue de médicaments ou le manque de spécialisation des hôpitaux. Le premier de ces modèles est le plus important dans le sens où il est considéré par une large majorité de la population comme une explication importante. L'abus est le deuxième modèle d'explication le plus important. L'explication la moins répandue impute l'augmentation rapide des coûts à un manque d'organisation rationnelle.

Les personnes ayant une attitude négative par rapport à l'État providence (ceux qui croient que l'État providence pousse les gens à être paresseux, les empêche de se débrouiller, freine la croissance économique...) évoque dans une moindre mesure l'explication renvoyant à des facteurs inévitables et voit dans une plus grande mesure le manque d'organisation rationnelle et surtout l'abus comme causes principales de l'augmentation des coûts. La dernière explication, l'abus, est également populaire auprès des personnes plus âgées et des personnes qui se placent plus à gauche en ce qui concerne la question de la répartition, ainsi qu'auprès des personnes économiquement faibles. L'explication en termes de causes inévitables d'augmentation des coûts est plus populaire chez les personnes hautement qualifiées que chez les personnes faiblement qualifiées et trouve moins de partisans chez les francophones que chez les néerlandophones. Cette dernière s'exprime surtout dans le fait que les francophones sont dans une moindre mesure convaincus que le vieillissement est un facteur qui fait augmenter les coûts des soins de santé.

La donnée selon laquelle un manque de rationalisation n'est pas un modèle populaire d'explication pour l'augmentation (constante) des frais, laisse penser que la rationalisation ne sera pas une mesure d'économie très populaire. Par ailleurs, il s'avère que les personnes ayant une attitude négative envers l'État providence imputent davantage l'augmentation des frais à un manque d'organisation rationnelle, mais sont moins enclins que les autres à soutenir les mesures de rationalisation, parce qu'ils sont plus attachés à la grande liberté individuelle du patient et du thérapeute, caractérisant le système des soins de santé belge. Parmi les différentes mesures d'épargne qui ont été proposées, seules trois remportent un soutien : un meilleur échange et un meilleur partage des renseignements entre les prestataires de soins, la prescription automatique des médicaments et traitements adaptés les moins chers et l'arrêt des traitements qui prolongent la vie pour les personnes âgées de plus de 85 ans.

Les autres formes de rationalisation ne remportent pour l'instant aucun soutien. Seuls 27% sont favorables à une spécialisation des hôpitaux ; 41% y sont opposés. L'exclusion des personnes des soins à partir de 85 ans reçoit un plus grand soutien : 37% sont favorables contre 35% opposés. Il convient de tenir compte du fait que le souci d'un entêtement thérapeutique influence également cette attitude et que celle-ci ne reflète peut-être pas uniquement l'« âgisme » et une certaine mesure d'insensibilité.

Dans ce chapitre, nous avons approfondi le faible soutien en faveur de la rationalisation. Cela a été fait en donnant des exemples concrets. Il s'est avéré que seul le droit ou l'obligation de substitution par le pharmacien remporte un large soutien. En ce qui concerne toutes les autres mesures, la moitié des participants déclare qu'elle préférerait encore payer davantage que de voir leur liberté et celle de leur thérapeute limitée par la rationalisation. Les néerlandophones se montrent plus partisans de ces mesures de rationalisation que les francophones. Les personnes qui pensent que l'égalité doit croître dans notre société, se montrent également plus favorable à la rationalisation

L'exclusion des personnes âgées – dans le questionnaire, il s'agit des personnes âgées de 85 ans et plus – des soins onéreux (dans les exemples concrets, il s'agissait de traitement coûtant 50 000 €), reçoit un plus grand soutien que les différentes mesures de rationalisation proposées. Entre 30 et 40% des personnes interrogées sont favorables à l'exclusion des personnes âgées de plus de 85 ans, en fonction du cas concret présenté. 28% ne souhaitent pas un tel traitement pour des personnes âgées de plus de 85 ans, même s'il revêt une importance vitale. Les partisans de l'exclusion sont plus importants auprès des néerlandophones que des francophones et plus importants parmi les personnes qui sont peu confrontées aux effets négatifs de l'État providence.



## 5 Chapitre 5, Idées sur les conséquences négatives de l'État providence et la fraude sociale

### 5.1 Idées sur les conséquences négatives de l'État providence

L'attitude par rapport à l'État providence en général est mesurée à l'aide de cinq affirmations qui décrivent ces effets négatifs de l'État providence (voir tableau 5.1). Peu de Belges croient que l'État providence freine la croissance économique. 15% sont d'accord avec cette affirmation, 48% la rejettent. Les autres affirmations reçoivent à peu près autant de soutien que d'opposition. Environ un tiers de la population est d'accord avec ces affirmations et environ un tiers y est opposé. Mais il y a une exception. L'affirmation selon laquelle les personnes apprendraient plus vite à se débrouiller si les indemnités n'étaient pas aussi élevées, remporte l'approbation de 41% et est rejetée par 30%. En général, les personnes sont donc fortement divisées quant aux effets négatifs possibles de l'État providence. Cela ressort également de la catégorie assez importante qui ne se prononce pas et doute de l'exactitude de l'affirmation présentée.

Tableau 5.1 : Attitude face à la sécurité sociale (en %) de la population belge (n=1.996)

	Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord
Beaucoup de gens qui bénéficient de la sécurité sociale, ne le méritent pas	30,9	42,0	27,1
Si les allocations n'étaient pas aussi généreuses, les gens apprendraient à se débrouiller	29,3	29,8	40,9
Notre État providence rend les gens paresseux	30,5	36,6	32,8
Les gens ne se prennent plus en main à cause de l'État providence	33,7	37,9	28,4
La sécurité sociale freine le développement économique	47,9	35,8	16,3

On doit bien entendu tenir compte du fait que cette échelle ne s'intéresse qu'aux conséquences négatives de l'État providence. Si l'on s'intéressait également aux conséquences positives, il s'avérerait que l'État providence jouirait d'un grand soutien. Cela ressort d'une enquête menée en région flamande (Elchardus & Spruyt, 2013a) en 2012 (voir tableau 5.2). De grandes majorités pensent également que le système de la sécurité sociale donne à tout le monde la chance de faire quelque chose de sa vie et rend la vie de tout le monde plus libre et plus agréable.

Tableau 5.2 : Attitude face aux conséquences positives de la sécurité sociale (en %) de la population flamande, 2012 (n=2.600)

	Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord
Le système de sécurité sociale permet de prévenir une agitation sociale.	18,5	35,4	46,1
La sécurité sociale permet d'éviter la pauvreté et la misère à grande échelle.	12,6	22,7	64,7
La vie de beaucoup de personne est plus libre et plus agréable grâce à la sécurité sociale	8,5	29,5	62,0
Tout le monde a une chance de faire quelque chose de sa vie grâce à la sécurité sociale	15,8	32,2	51,8

Il faut toutefois également constater que, dans l'enquête de l'INAMI menée auprès de la population belge en 2013, de plus grands groupes de personnes sont d'accord avec les affirmations négatives relatives à l'État providence que dans l'enquête des mutualités socialistes en région flamande en 2012 (Elchardus & Spruyt, 2013a). On ne sait pas clairement pour l'instant à quoi ces différences peuvent être dues.

Les cinq affirmations permettant de mesurer l'attitude face à l'État providence, constituent ensemble une bonne échelle (voir tableau 5.3).

Tableau 5.3 : Analyse des composants principaux selon l'attitude face à l'État providence

Variables	Charge de composants
Notre État providence rend les gens paresseux (1-5)	,898
Les gens ne se prennent plus en main à cause de l'État providence (1-5)	,862
Si les allocations n'étaient pas aussi généreuses, les gens apprendraient à se débrouiller (1-5)	,854
La sécurité sociale freine le développement économique (1-5)	,753
Beaucoup de gens qui bénéficient de la sécurité sociale, ne le méritent pas (1-5)	,737
Valeur propre	3,389
Alpha de Cronbach	,880

En ce qui concerne les caractéristiques contrôlées dans ce rapport, l'attitude face à l'État providence s'explique moins bien ( $R^2=8\%$ ) (voir tableau 5.4).

Tableau 5.4 : Analyse de la régression linéaire quand à l'attitude négative face à l'État providence (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°francophone	-,048	*
Environnement (réf. : un environnement rural)		
°Village	-,028	n.s.
°Ville	-,096	***
Position économique	,126	***
Secteur d'emploi (réf. : indépendant)		
°Secteur privé	-,131	***
°Secteur public	-,085	***
Formation	-,096	***
Préférence média néerlandophones (populaire)	,074	***
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	,014	n.s.
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	-,162	***
°A déjà bénéficié d'un revenu de remplacement (réf. : jamais)	-,080	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,076	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

L'effet le plus important ( $\beta = -0,16$ ) est celui du positionnement à gauche ou à droite. Les partisans de l'égalité et de la répartition ont une attitude beaucoup plus positive face à l'État providence.

Les personnes ayant une meilleure position économique ont une attitude plus négative et c'est également le cas des indépendants en comparaison avec les travailleurs des secteurs public et privé.

Plus le niveau de formation est élevé, plus l'attitude envers l'État providence est positif.

Les personnes habitant en ville sont également plus positives face à l'État providence que les personnes qui habitent en région rurale ou dans des villages. Les personnes qui ont déjà dû vivre par le passé avec un revenu de remplacement, sont également plus positives par rapport à l'État providence.

L'attitude est par contre plus négative auprès des néerlandophones présentant une préférence pour les médias populaires. La préférence pour les médias ne joue pas de rôle auprès des francophones. L'attitude face à l'État providence est également un peu plus positive auprès des francophones que des néerlandophones. Les différences entre les études menées en région flamande en 2012 et auprès de la population belge en 2013 ne peuvent donc pas être attribuées au fait que des francophones étaient impliqués dans cette dernière étude.

La population belge est donc fortement divisée en ce qui concerne les conséquences négatives de l'État providence. Les personnes qui se placent à gauche en ce qui concerne les revendications d'égalité, qui ont une position économique faible et qui sont des travailleurs croient moins aux effets négatifs de l'État providence. Les personnes qui se placent à droite en ce qui concerne les revendications d'égalité, qui ont une position économique forte et qui sont indépendantes, sont convaincues des effets négatifs.

## 5.2 Fraude sociale et comment la combattre

Dans l'enquête sur l'attitude face à l'État providence, il s'est avéré que 27% des participants pensent que de nombreuses personnes reçoivent une indemnité qu'elles ne méritent pas. Elle montre également que 41% des participants trouvent que ces indemnités ne devraient pas être aussi élevées, afin que les personnes arrivent à se débrouiller plus rapidement. Ces affirmations renvoient à la croyance de fraude sociale.

Nous avons évalué, par le biais de neuf affirmations, les idées relatives à l'existence de la fraude sociale dans les soins de santé et l'assurance maladie obligatoire, ainsi que l'attitude qu'il faudrait adopter à cet égard (voir tableau 5.5). Deux fois plus de personnes rejettent les affirmations selon lesquelles il y a peu de fraude sociale en matière d'incapacité de travail et d'invalidité et que les contrôles sont déjà suffisamment sévères, par rapport au nombre de personnes qui les accepte. 43% ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle il n'y a pas beaucoup de fraude sociale, seuls 20% montrent leur accord. 48% rejettent l'affirmation selon laquelle les contrôles sont déjà assez sévères et seuls 18% sont d'accord.

Tableau 5.5 : Avis (en %) de la population belge par rapport à la fraude et à l'abus dans les soins de santé (n=2.064)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	(Tout à fait) d'accord	(Tout à fait) d'accord / Pas (du tout) d'accord
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	15,0	33,2	33,6	13,8	4,3	0,4
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	11,7	31,6	37,2	15,6	3,9	0,5
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	6,2	20,9	35,6	25,0	12,4	1,4
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	4,8	19,4	39,8	24,0	11,9	1,5
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	2,1	10,8	29,6	42,0	15,5	4,5
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	1,8	10,4	32,1	39,5	16,2	4,6
Il n'y a pas assez de contrôle pour la fraude de l'assurance maladie	2,8	9,5	26,5	41,1	20,2	5,0
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	1,2	3,1	16,7	54,0	25,0	18,4
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	,9	3,1	15,6	49,4	31,0	20,3

Les personnes d'accord avec des affirmations relatives à l'existence de fraudes et au manque de contrôle (strict) sont toujours plus importantes que les personnes qui y sont opposées 37% pensent que les médecins prescrivent trop facilement du repos et 27% rejettent cette affirmation. 36% croient que de nombreuses personnes reçoivent des indemnités d'invalidité qu'elles ne méritent pas, et 24% rejettent cette affirmation. 60% croient que de nombreuses personnes sont en congé maladie ou « sont sur la mutuelle » alors qu'elles pourraient en fait travailler, 13% rejettent ces affirmations. 61% pensent qu'il y a trop peu de contrôles sur les abus à l'assurance maladie, 13% rejettent cette affirmation. 79% pensent que les mutuelles devraient procéder à des contrôles plus stricts, seuls 4% ne sont pas d'accord. 80% pensent que les personnes qui sont arrêtées pour abus à l'assurance maladie devraient être punies plus sévèrement ; 4% ne sont pas d'accord.

Il est clair qu'une grande, voire écrasante, majorité de la population pense qu'il existe de nombreux abus à l'assurance maladie, que cette forme de fraude sociale n'est pas assez contrôlée et qu'il faudrait prévoir des peines plus strictes.

Les différentes affirmations présentées dans le tableau 5.5 forment une échelle (voir tableau 5.6). Il est ainsi possible de contrôler quelles personnes soutiennent quelles affirmations.

Tableau 5.6 : Analyse des composants principaux selon l'avis par rapport à la fraude et à l'abus dans les soins de santé

	Charge du composant
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	,774
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	,774
Il n'y a pas assez de contrôle pour la fraude de l'assurance maladie	,770
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	,727
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	,686
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	,663
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	-,639
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	,631
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	-,474
Valeur propre	4,262
Alpha de Cronbach	,862

En général, l'ampleur de la croyance en la fraude sociale à l'assurance maladie et l'appel à des contrôles plus sévères et à des peines plus strictes peuvent s'expliquer facilement (29% des variations sont expliqués). La croyance en la fraude sociale et l'appel à des contrôles plus stricts sont moins importants chez les personnes qui se trouvent dans une situation faible de quelque nature que ce soit : les personnes ayant une mauvaise santé, ayant une vision négative de l'avenir ou une position économique fragile ou encore les personnes qui ont un jour dû vivre grâce à un revenu de remplacement (voir tableau 5.7). La croyance en l'existence de fraude sociale est plus importante et l'appel à une action plus répressive est plus importante chez les personnes qui se portent bien économiquement parlant. La croyance en l'existence de la fraude sociale est moins importante chez les personnes qui sont des aidants en proche.

Tableau 5.7 : Analyse de régression linéaire selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Mauvaise santé	-,095	***
Position économique	,083	***
Perspective d'avenir négative	-,058	**
°Aidants proches (réf. : pas d'aidant proche)	-,038	*
Attitude négative face à la sécurité sociale	,499	***
°A déjà bénéficié d'un revenu de remplacement (réf. : jamais)	-,076	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,292	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

L'attitude face à la sécurité sociale est de loin l'explication la plus forte ( $\beta=.50$ ). Les personnes qui croient que l'État providence rend les gens paresseux et les démotive à s'occuper d'eux-mêmes, pensent également qu'il y a beaucoup de fraude sociale à l'assurance-maladie et qu'il faut agir de façon plus stricte. Un tel lien est, dans un certain

sens, évident, mais indique également que la croyance dans l'existence de la fraude sociale fait partie d'une attitude idéologique.

Si le modèle dans le tableau 5.7 est estimé sans l'attitude face à l'État providence, cela donne le même résultat que dans le tableau 5.8. Peu de choses changent face aux effets déjà constatés. Certains deviennent plus forts. Les effets de la position économique et du revenu de remplacement sont plus forts. Les personnes qui se trouvent dans une position économique forte ont plus de chance d'avoir une attitude négative face à l'État providence et les personnes qui ont un jour dû vivre grâce à un revenu de remplacement ont plus de chance d'avoir une attitude positive. L'âge et l'attitude face à l'égalité ne semblent pas avoir d'effet. La croyance en l'existence de la fraude sociale augmente avec l'âge et est moins importante chez les personnes qui sont partisans d'une société plus égalitaire et d'une nouvelle répartition.

Le tableau 5.9 décrit la relation entre l'attitude face à l'État providence et la fraude sociale à l'assurance maladie.

Tableau 5.8 : Analyse de régression linéaire selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
Âge	,057	*
Environnement (réf. : un environnement rural)		
°Village	,018	n.s.
°Ville	-,089	***
Mauvaise santé	-,106	***
Position économique	,122	***
Secteur d'emploi (réf. : indépendant)		
°Secteur privé	-,028	n.s.
°Secteur public	-,061	*
Perspective d'avenir négative	-,051	*
°Aidants proches (réf. : pas d'aidant proche)	-,051	*
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	-,079	***
°A déjà bénéficié d'un revenu de remplacement (réf. : jamais)	-,111	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,065	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Nous voyons qu'il y a de très grandes différences dans les idées du quart de la population ayant les idées les plus positives et le quart de la population ayant les idées les plus négatives sur l'État providence. Parmi les premiers, 30% pensent qu'il y a peu d'abus et 32% rejettent cette affirmation. Parmi les seconds, 19% pensent qu'il y a peu d'abus et 59% rejettent cette affirmation. Parmi le quart de la population ayant une attitude positive face à l'État providence, 26% pensent qu'il y a de nombreuses personnes « sur la mutuelle » qui pourraient travailler. Parmi le quart ayant l'attitude la plus négative, pas moins de 84% sont de cet avis. Parmi le quart ayant l'attitude la plus positive, 31%

pensent qu'il y a trop peu de contrôle sur les abus à l'assurance maladie. Parmi le quart ayant l'attitude la plus négative, 82% sont de cet avis. Parmi le quart ayant l'attitude la plus positive, 64% pensent que les mutuelles devraient réaliser des contrôles plus stricts sur les abus à l'assurance maladie. Parmi le quart ayant l'attitude la plus négative, presque tout le monde, soit 93% sont de cet avis. Il s'agit donc toujours de très grandes différences.

Tableau 5.9 : Répartition selon l'attitude face à la fraude et abus dans les soins de santé selon l'attitude face à la sécurité sociale

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	1,00 Très positif	43,6%	32,7%	23,7%	100,0%
	2,00 Positif	27,0%	44,2%	28,8%	100,0%
	3,00 Négatif	18,6%	39,5%	41,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	17,1%	25,2%	57,8%	100,0%
	Total	26,9%	35,6%	37,5%	100,0%
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	1,00 Très positif	29,9%	39,1%	31,0%	100,0%
	2,00 Positif	12,1%	35,3%	52,6%	100,0%
	3,00 Négatif	5,0%	25,6%	69,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	4,3%	15,5%	80,3%	100,0%
	Total	13,1%	29,3%	57,6%	100,0%
Il n'y a pas assez de contrôle relatif à la fraude de l'assurance maladie	1,00 Très positif	26,2%	34,8%	39,0%	100,0%
	2,00 Positif	10,7%	32,5%	56,8%	100,0%
	3,00 Négatif	6,3%	24,8%	68,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	4,6%	13,0%	82,4%	100,0%
	Total	12,1%	26,6%	61,3%	100,0%
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	1,00 Très positif	49,1%	34,5%	16,4%	100,0%
	2,00 Positif	21,6%	52,5%	26,0%	100,0%
	3,00 Négatif	16,7%	42,6%	40,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	7,7%	27,5%	64,8%	100,0%
	Total	23,9%	39,7%	36,3%	100,0%
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	1,00 Très positif	31,6%	38,3%	30,1%	100,0%
	2,00 Positif	37,2%	47,9%	14,9%	100,0%
	3,00 Négatif	49,5%	37,7%	12,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	58,8%	22,3%	18,9%	100,0%
	Total	43,8%	37,0%	19,2%	100,0%
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	1,00 Très positif	32,1%	41,6%	26,3%	100,0%
	2,00 Positif	9,5%	41,1%	49,5%	100,0%
	3,00 Négatif	3,5%	29,8%	66,7%	100,0%
	4,00 Très négatif	3,2%	12,8%	83,9%	100,0%
	Total	12,3%	31,8%	55,9%	100,0%
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	1,00 Très positif	7,5%	25,1%	67,4%	100,0%
	2,00 Positif	2,9%	20,3%	76,8%	100,0%
	3,00 Négatif	3,0%	11,1%	85,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	0,6%	7,3%	92,1%	100,0%
	Total	3,5%	16,3%	80,2%	100,0%
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur à ce que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	1,00 Très positif	10,0%	25,8%	64,3%	100,0%
	2,00 Positif	2,5%	21,1%	76,4%	100,0%
	3,00 Négatif	2,0%	13,6%	84,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	1,3%	6,2%	92,5%	100,0%
	Total	3,9%	16,9%	79,1%	100,0%
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	1,00 Très positif	34,3%	38,3%	27,4%	100,0%
	2,00 Positif	39,3%	44,4%	16,3%	100,0%
	3,00 Négatif	58,3%	29,5%	12,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	67,2%	21,3%	11,4%	100,0%
	Total	48,9%	34,1%	17,0%	100,0%

Il est toutefois étonnant, si l'on considère le quart de la population ayant l'attitude la plus positive face à l'État providence, que ce groupe croit également fortement dans l'existence de la fraude et souhaite des contrôles plus stricts. Dans ce groupe, on retrouve environ autant de personnes qui croient que de nombreuses personnes sont en congé maladie en n'étant pas réellement malades ou sont sur la mutuelle alors qu'elles pourraient travailler, que de personnes qui rejettent ses affirmations. Il en va de même pour l'affirmation disant qu'il y a peu de fraude sociale. Ce groupe est parfaitement divisé quant à ces questions. Et la majorité des personnes qui sont très positives faces à l'État providence pensent tout de même qu'il n'y a pas suffisamment de contrôles sur les abus à l'assurance maladie (39% versus 26% qui ne sont pas de cet avis), que les mutuelles devraient procéder à des contrôles plus stricts (64% versus 10%) et que ceux qui sont arrêtés pour abus devraient être punis plus sévèrement (67% versus 8%).

Tableau 5.10 : Répartition selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé en fonction de l'état de santé

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	1,00 En très bonne santé	17,9%	32,6%	49,6%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	34,1%	39,5%	26,4%	100,0%
	Total	26,5%	36,2%	37,3%	100,0%
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	1,00 En très bonne santé	8,0%	21,3%	70,7%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	18,6%	33,6%	47,7%	100,0%
	Total	12,9%	28,5%	58,7%	100,0%
Il n'y a pas assez de contrôle relatif à la fraude de l'assurance maladie	1,00 En très bonne santé	8,5%	30,8%	60,7%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	17,3%	32,3%	50,4%	100,0%
	Total	12,3%	27,7%	60,0%	100,0%
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	1,00 En très bonne santé	22,4%	37,4%	40,2%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	29,1%	38,7%	32,2%	100,0%
	Total	24,8%	39,4%	35,8%	100,0%
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	1,00 En très bonne santé	48,4%	35,1%	16,4%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	37,3%	41,9%	20,8%	100,0%
	Total	45,3%	36,8%	17,8%	100,0%
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	1,00 En très bonne santé	7,6%	30,9%	61,4%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	18,9%	32,0%	49,1%	100,0%
	Total	12,2%	31,6%	56,2%	100,0%



Tableau 5.10 : Répartition selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé en fonction de l'état de santé (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	1,00 En très bonne santé	6,3%	12,1%	81,7%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	5,7%	21,8%	72,5%	100,0%
	Total	4,1%	16,5%	79,4%	100,0%
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur à ce que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	1,00 En très bonne santé	3,1%	15,2%	81,7%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	5,7%	20,7%	73,6%	100,0%
	Total	4,4%	17,6%	78,0%	100,0%
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	1,00 En très bonne santé	59,8%	32,1%	8,0%	100,0%
	5,00 En très mauvaise santé	39,4%	35,7%	24,9%	100,0%
	Total	49,7%	34,4%	15,9%	100,0%

Si aucun contrôle n'est effectué pour l'attitude face à l'État providence, il y a encore trois autres effets assez importants sur la mesure dans laquelle on semble considérer la fraude sociale et la mesure dans laquelle on souhaite des contrôles et des peines plus sévères. Ceux-ci sont décrits aux tableaux 5.10 à 5.12 inclus.

Les personnes en bonne santé (les 20% de la population souffrant le moins de problèmes de santé) croient plus dans l'existence de la fraude sociale et souhaitent une approche plus sévère que les personnes en mauvaise santé (les 20% de la population souffrant le plus de problèmes de santé) (voir tableau 5.10). 61% des 20% de personnes bénéficiant de la meilleure santé sont d'accord avec l'affirmation « beaucoup de personnes sont sur la mutuelle alors qu'elles pourraient en fait travailler », et 49% des 20% en moins bonne santé. Parmi ces derniers, un quart croit que les contrôles sont déjà plus sévères maintenant et que peu de personnes peuvent abuser de l'assurance maladie. Parmi les 20% des personnes bénéficiant de la meilleure santé, seuls 8% croient la même chose.

Les participants ont été répartis selon leur position économique en quartile, des plus pauvres aux 25% les plus nantis (voir tableau 5.11). La croyance en la fraude sociale et l'appel à des contrôles plus stricts et des peines plus sévères augmentent presque pour toutes les affirmations en fonction du bien-être. Nous remarquons un lien semblable dans le tableau 5.12. Des personnes qui ont déjà dû vivre avec un revenu de remplacement se montrent plus douces en ce qui concerne l'existence et la répression de la fraude sociale.

Tableau 5.11 : Répartition selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé en fonction de la situation économique

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	1,00 Pauvre	34,7%	33,9%	31,4%	100,0%
	2,00 Modeste	27,7%	39,8%	32,5%	100,0%
	3,00 Confortable	24,9%	36,5%	38,6%	100,0%
	4,00 Aisé	21,0%	32,4%	46,6%	100,0%
	Total	27,1%	35,6%	37,3%	100,0%
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	1,00 Pauvre	17,9%	35,6%	46,4%	100,0%
	2,00 Modeste	12,2%	29,3%	58,4%	100,0%
	3,00 Confortable	10,2%	30,9%	59,0%	100,0%
	4,00 Aisé	11,0%	23,1%	65,9%	100,0%
	Total	12,9%	29,7%	57,4%	100,0%
Il n'y a pas assez de contrôle relatif à la fraude à l'assurance maladie	1,00 Pauvre	15,8%	32,1%	52,1%	100,0%
	2,00 Modeste	14,2%	28,3%	57,5%	100,0%
	3,00 Confortable	11,2%	24,1%	64,8%	100,0%
	4,00 Aisé	7,6%	21,5%	70,8%	100,0%
	Total	12,2%	26,5%	61,4%	100,0%
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	1,00 Pauvre	28,7%	42,6%	28,7%	100,0%
	2,00 Modeste	24,9%	36,0%	39,0%	100,0%
	3,00 Confortable	19,3%	40,4%	40,2%	100,0%
	4,00 Aisé	22,6%	41,1%	36,4%	100,0%
	Total	23,9%	40,1%	36,0%	100,0%
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	1,00 Pauvre	34,7%	42,6%	22,8%	100,0%
	2,00 Modeste	35,5%	41,3%	23,2%	100,0%
	3,00 Confortable	47,7%	34,3%	18,0%	100,0%
	4,00 Aisé	54,3%	30,9%	14,8%	100,0%
	Total	43,2%	37,2%	19,7%	100,0%
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	1,00 Pauvre	17,4%	34,6%	48,0%	100,0%
	2,00 Modeste	12,8%	29,7%	57,5%	100,0%
	3,00 Confortable	9,2%	32,8%	58,0%	100,0%
	4,00 Aisé	9,4%	31,6%	59,0%	100,0%
	Total	12,2%	32,2%	55,6%	100,0%
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	1,00 Pauvre	7,2%	20,8%	72,0%	100,0%
	2,00 Modeste	4,2%	15,6%	80,2%	100,0%
	3,00 Confortable	2,5%	15,8%	81,7%	100,0%
	4,00 Aisé	1,9%	10,7%	87,3%	100,0%
	Total	4,0%	15,7%	80,3%	100,0%
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur à ce que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	1,00 Pauvre	7,1%	22,5%	70,4%	100,0%
	2,00 Modeste	5,1%	15,0%	80,0%	100,0%
	3,00 Confortable	2,5%	17,6%	79,8%	100,0%
	4,00 Aisé	2,7%	11,6%	85,7%	100,0%
	Total	4,3%	16,7%	79,0%	100,0%
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	1,00 Pauvre	38,2%	36,8%	25,0%	100,0%
	2,00 Modeste	37,7%	35,7%	26,6%	100,0%
	3,00 Confortable	50,8%	35,0%	14,2%	100,0%
	4,00 Aisé	64,7%	28,2%	7,2%	100,0%
	Total	47,9%	33,9%	18,2%	100,0%

Bref, une majorité croit dans l'existence d'une fraude sociale à grande échelle en matière d'assurance maladie, pense que les contrôles existants sont insuffisants, souhaite des contrôles plus sévères, est d'avis que les mutuelles doivent y jouer un rôle plus actif et affirme que ceux qui sont arrêtés pour abus devraient être punis plus sévèrement. Les personnes qui pensent voir de nombreux effets négatifs à l'État providence, qui sont en

bonne santé, qui n'ont jamais eu besoin d'une indemnité et qui bénéficient d'une situation économique forte, croient dans une plus grande mesure en l'existence d'une fraude sociale à grande échelle et se montrent encore plus partisan d'un contrôle intense et de punitions sévères.

Tableau 5.12 : Répartition selon l'attitude par rapport à la fraude et l'abus dans les soins de santé en fonction de la réception d'un revenu de remplacement

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Je pense que de nombreux médecins délivrent beaucoup trop facilement des certificats médicaux	,00 Jamais	23,1%	30,3%	46,6%	100,0%
	1,00 Une fois	28,7%	38,5%	32,9%	100,0%
	Total	26,9%	35,8%	37,3%	100,0%
Je pense que de nombreuses personnes en congé maladie sont en fait capables de travailler	,00 Jamais	11,3%	28,3%	60,4%	100,0%
	1,00 Une fois	13,4%	30,4%	56,3%	100,0%
	Total	12,7%	29,7%	57,6%	100,0%
Il n'y a pas assez de contrôle pour la fraude de l'assurance maladie	,00 Jamais	9,5%	25,8%	64,7%	100,0%
	1,00 Une fois	13,5%	26,8%	59,7%	100,0%
	Total	12,1%	26,5%	61,3%	100,0%
Je pense que beaucoup de personnes qui reçoivent une allocation d'invalidité n'y ont en fait pas droit	,00 Jamais	22,9%	41,6%	35,5%	100,0%
	1,00 Une fois	24,8%	39,1%	36,1%	100,0%
	Total	24,2%	39,9%	35,9%	100,0%
La fraude à l'incapacité de travail et invalidité n'arrive pas souvent selon moi	,00 Jamais	47,9%	36,3%	15,7%	100,0%
	1,00 Une fois	41,1%	37,5%	21,4%	100,0%
	Total	43,3%	37,1%	19,5%	100,0%
Beaucoup de gens qui sont sur la mutuelle pourraient travailler	,00 Jamais	10,3%	32,9%	56,8%	100,0%
	1,00 Une fois	13,0%	31,9%	55,0%	100,0%
	Total	12,1%	32,2%	55,6%	100,0%
Si des personnes sont arrêtées pour fraude à l'assurance maladie, elles devraient être sanctionnées plus sévèrement	,00 Jamais	3,1%	14,3%	82,6%	100,0%
	1,00 Une fois	4,5%	16,4%	79,1%	100,0%
	Total	4,0%	15,7%	80,3%	100,0%
Les mutuelles devraient veiller avec davantage de rigueur que leurs affiliés ne fraudent pas à l'assurance maladie	,00 Jamais	3,9%	16,7%	79,4%	100,0%
	1,00 Une fois	4,6%	16,8%	78,6%	100,0%
	Total	4,4%	16,8%	78,9%	100,0%
Les contrôles sont déjà suffisamment sévères et je ne crois pas que beaucoup de personnes puissent frauder à l'assurance maladie	,00 Jamais	55,2%	31,9%	12,9%	100,0%
	1,00 Une fois	45,1%	34,5%	20,4%	100,0%
	Total	48,4%	33,7%	18,0%	100,0%

### 5.3 Disposition à contribuer

La disposition à contribuer est mesurée par le biais de 2 questions. Il ressort du tableau 5.13 que 40% pensent que les indemnités ne peuvent en aucun cas être inférieures,

même si cela signifie une augmentation d'impôts. Environ 25% sont d'accord ; les 36% restants préfèrent ne pas se prononcer. Les partisans d'une augmentation d'impôts pour maintenir les indemnités au même niveau sont 1,6 fois plus nombreux que les opposants. Dans un pays avec une pression fiscale élevée, c'est étonnant, mais cela correspond aux constatations dans d'autres pays européens (Roosma et al., 2013). On y constate que plus l'État providence est solide et plus la pression fiscale est élevée, plus grande est la disposition à accepter une augmentation d'impôt, afin de maintenir l'État providence.

La formulation de cette question ne précise bien entendu pas qui payerait ces impôts plus élevés. C'est pourquoi une deuxième question est posée ayant pour but de voir si l'on est disposé personnellement à payer davantage d'impôts pour maintenir le niveau des indemnités. Le nombre de réponses positives est alors bien entendu moins élevé. Dans ce cas, 25% sont d'accord et 40% sont contre ; 35% sont neutres. La différence entre les 40% qui pensent que quelqu'un doit payer plus d'impôts et les 25% qui sont prêts à le faire eux-mêmes peut être considérée avec ironie, mais un quart de la population qui se dit prêt à payer plus d'impôts pour maintenir le niveau des indemnités sociales – dans un pays avec un taux d'imposition relativement élevé – témoigne tout de même d'un très grand attachement à l'État providence. Nous voulons ici étudier si l'attachement et la disposition à contribuer étaient diminués par la croyance en la fraude sociale.

Tableau 5.13 : Attitude (en %) de la population belge par rapport aux allocations sociales et à la contribution à cet égard (n=2.010)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	(Tout à fait) d'accord
Nos allocations sociales ne peuvent en aucun cas être plus basses, même si cela implique une augmentation des impôts	5,8	18,8	36,4	29,9	9,1
Je suis prêt à payer plus d'impôts afin de maintenir la protection de la sécurité sociale aussi élevée que maintenant	11,6	29,0	34,5	19,3	5,5

Pour contrôler qui est prêt à accepter une augmentation d'impôts et à payer lui-même davantage d'impôts, la variable d'origine a été recodée. Le premier groupe ne souhaite pas accepter ou hésite. Le deuxième groupe est prêt à permettre une augmentation d'impôts ou à y participer lui-même.

Tableau 5.14 : Analyse de la régression logistique selon l'avis des Belges quant au maintien du niveau des allocations sociales, même si cela signifie une augmentation d'impôts (n : 1.874)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,512	***
°A déjà reçu un revenu de remplacement (réf. : jamais)	1,335	**
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	1,570	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,069	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Pour contrôler si l'(es) idée(s) relatives à la fraude sociale a (ont) une influence sur l'affirmation selon laquelle le niveau des allocations doit être maintenu, même si cela implique une augmentation d'impôts, on a, outre l'idée de la fraude sociale, réalisé un contrôle sur la situation économique, le niveau de formation, la réception d'un revenu de remplacement ou l'attitude par rapport à l'égalité. Seule l'attitude face à l'égalité et la réception d'un revenu de remplacement ont une influence sur l'attitude que l'on prend en ce qui concerne une augmentation d'impôt (voir tableau 5.14). Les partisans d'une plus grande égalité et les personnes qui ont elles-mêmes bénéficié d'un revenu de remplacement sont nettement plus enclines à se montrer d'accord avec l'affirmation selon laquelle le niveau des indemnités doit rester équivalent, même si cela signifie une augmentation des impôts. La croyance dans la fraude sociale n'a pas d'influence sur la position que l'on adopte à cet égard.

Tableau 5.15 : Analyse de la régression logistique selon l'avis des Belges quant au maintien du niveau des allocations sociales et de la disposition à payer soi-même des impôts plus élevés (n : 1.881)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,163	***
Formation	1,199	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	1,287	***
Croyance en la fraude sociale	,847	**
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,035	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

La même méthode d'analyse a été suivie pour contrôler si l'idée relative à la fraude sociale a une influence sur la disposition personnelle à payer davantage d'impôts pour maintenir le niveau des allocations sociales (voir tableau 5.15). Dans ce cas, le niveau de formation a une influence : les personnes hautement qualifiées sont dans une plus grande mesure disposées à payer des impôts plus élevés pour maintenir le niveau des indemnités que les personnes faiblement qualifiées. Ici également, il y a un effet de l'égalitarisme. Les partisans d'une plus grande égalité souhaitent également dans une plus grande mesure payer davantage d'impôts pour contribuer à cette égalité. Dans ce cas, il y a toutefois également un effet de l'idée relative à la fraude sociale. Les personnes qui pensent qu'il y a beaucoup de fraude sociale dans les soins de santé, que les bénéficiaires ne sont pas assez contrôlés et devraient être punis plus sévèrement, sont dans une moindre mesure disposés à contribuer personnellement, via des impôts, afin de maintenir le niveau des allocations.

La relation est décrite plus en détail au tableau 5.16. Parmi le quart de la population qui voit le moins de fraude sociale, 36% affirment explicitement qu'ils ne souhaitent pas payer davantage d'impôts pour maintenir le niveau des allocations, et 29% expliquent qu'ils y sont bien disposés. Parmi le quart de la population qui voit le plus de fraude

sociale, 21% affirment explicitement qu'ils sont d'accord de payer davantage d'impôts pour maintenir le niveau des allocations, et 53% expliquent qu'ils n'y sont pas disposés. Il est clair que la croyance dans une fraude sociale à grande échelle fait diminuer la disposition à contribuer à l'État providence, mais même les personnes qui pensent voir beaucoup de fraude sociale, restent disposées, pour 20%, à payer plus d'impôts pour maintenir le niveau des allocations.

Tableau 5.16 : Analyse de la disposition des Belges quant au maintien du niveau des allocations sociales, même si cela signifie une augmentation d'impôts

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Je suis prêt(e) à payer plus d'impôts afin de maintenir la protection de la sécurité sociale aussi élevée que maintenant	1,00 Très peu	35,6%	35,6%	28,8%	100,0%
	2,00 Peu	36,3%	36,9%	26,8%	100,0%
	3,00 Beaucoup	37,7%	39,3%	23,0%	100,0%
	4,00 Vraiment beaucoup	52,5%	26,9%	20,6%	100,0%
	Total	40,7%	34,6%	24,8%	100,0%

## 5.4 Conclusion

Si l'on mesure l'attitude face à l'État providence en fonction des conséquences négatives possibles (cela rend les personnes paresseuses, les empêchent de se débrouiller, permet que beaucoup de personnes reçoivent une indemnité qu'elles ne méritent pas, freinent la croissance économique...), on constate qu'environ un tiers des personnes interrogées pense que notre système de sécurité sociale a en effet des effets indésirés. Environ autant de personnes rejettent cette idée et un grand groupe doute, n'est pas sûr, ne veut pas se prononcer directement sur cette question. Ainsi mesuré, la population est donc divisée dans son attitude quant à l'État providence, avec environ autant de partisans que d'opposants. Une autre enquête indique que de grandes majorités sont d'accord avec les conséquences positives de l'État providence. On est clairement divisé sur la mesure dans laquelle les conséquences négatives ont lieu. La croyance en des conséquences négatives se retrouve essentiellement chez des personnes qui veulent se positionner à droite en ce qui concerne les revendications d'égalité, qui ont une position économique forte et qui sont indépendantes.

La division sur les possibles conséquences négatives de l'État providence laisse déjà présumer que de nombreuses personnes semblent voir de la fraude sociale. Cela fait l'objet d'une enquête ultérieure. Une majorité de la population croit dans l'existence d'une fraude sociale à grande échelle en matière d'assurance maladie, pense que les contrôles existants sont insuffisants, souhaite des contrôles plus sévères, est d'avis que les mutuelles doivent jouer un rôle plus actif et affirme que ceux qui sont arrêtés pour abus devraient être punis plus sévèrement. Cette attitude est très présente chez les

personnes qui pensent voir de nombreux effets négatifs de l'État providence, qui sont en bonne santé, qui n'ont jamais eu besoin d'une allocation et ont une situation économique forte.

La croyance dans la fraude sociale et la façon dont une attitude négative face à l'État providence s'exprime et apparaît également comme l'idée d'un combat idéologique entre les personnes économiquement fortes et en bonne santé d'un côté, et les personnes économiquement faibles et en moins bonne santé de l'autre. Toutefois, parmi les partisans de l'État providence et les personnes économiquement plus faibles, la croyance dans la fraude sociale et l'appel à des contrôles et des punitions plus strictes sont aussi présents. Même parmi les personnes qui ont un jour bénéficié d'une indemnité, 56% pensent que de nombreuses personnes qui sont en congé maladie pourraient en fait travailler, 60% sont d'avis que les incapacités de travail ne sont pas assez contrôlées et 79% que les sanctions pour abus devraient être plus sévères. Des idées semblables se retrouvent auprès du quart de la population ayant la situation économique la plus faible et chez 20% de la population présentant le plus de problèmes de santé. L'attitude des plus grands partisans de l'État providence, le quart de la population avec l'attitude la plus positive, est un peu plus douce. Parmi eux, 31% voient de nombreuses personnes qui pourraient travailler alors qu'elles sont en congé maladie, 39% estiment que les contrôles sont trop souples et 67% sont d'avis que les abus devraient être punis de façon plus sévère.

Une majorité de la population est clairement d'avis que le principe de la double solidarité – donnant-donnant – est trop peu respecté, qu'il y a trop de fraude sociale, que les contrôles sont trop souples ou insuffisants et que les peines sont trop légères en cas d'abus. La croyance dans l'existence d'une fraude sociale à grande échelle influence aussi négativement la disposition à contribuer personnellement via une augmentation d'impôts, afin de maintenir le niveau des allocations sociales.

## 6 Chapitre 6, Style de vie, différenciation d'histoires de vie et exclusion

### 6.1 Différenciation d'histoires de vie

6% des participants pensent que les personnes qui sont davantage malades devraient aussi contribuer davantage à l'assurance maladie obligatoire. Il préfère cette solution plutôt qu'une contribution égale pour tout le monde et que le principe selon lequel les épaules solides au niveau économique doivent contribuer le plus (voir chapitre 9). Ils sont donc vraiment partisans de ce que nous allons appeler la différenciation d'histoires de vie : l'idée que l'importance des primes ou des remboursements doit être adaptée aux risques ou à l'incidence de maladies et accidents, également dans le cas où celles-ci ne sont pas attribuées à un choix personnel. L'attitude face à la différenciation d'histoires de vie est mesurée plus en détail en soumettant cinq affirmations différentes aux participants (voir tableau 6.1).

Tableau 6.1 : répartition (en %) du soutien pour la différenciation d'histoires de vie parmi les Belges (n : 2.074)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	(Tout à fait) d'accord / Pas (du tout) d'accord
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	34,4	50,3	9,7	3,4	2,1	0,07
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	29,2	47,3	12,6	7,4	3,5	0,14
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	23,8	46,3	15,7	10,8	3,4	0,20
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	26,3	47,3	14,0	8,4	4,0	0,17
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	23,9	42,8	14,9	14,5	4,0	0,28

Comme les 6% qui ont résolument choisi la différenciation d'histoires de vie pour la prime le laissait déjà penser, le soutien pour la différenciation d'histoires de vie n'est pas importante. Elle varie, selon le cas spécifique qui est soumis aux participants (voir tableau 6.1). Si le risque plus élevé de maladie est la conséquence du génotype, et donc certainement pas dû à un choix personnel, 6% opte pour la différenciation de prime. Si le



risque de maladie est une conséquence de l'âge, le pourcentage s'élève alors à 11%. Le vieillissement, une attitude négative et discriminatoire par rapport à certains groupes d'âge, jouent ici un rôle clair. Le soutien pour ce type de différenciation augmente encore si l'affirmation n'est pas formulée comme étant les personnes âgées qui devraient payer plus, mais comme les jeunes qui devraient payer moins. Dans ce cas, 14% sont favorables à la différenciation en termes d'histoires de vie. C'est également la raison pour laquelle les assurances privées qui appliquent la différenciation de primes, les proposent toujours comme un bonus pour certains groupes de personnes : les personnes qui ne fument pas et ont un rythme de vie sain doivent payer moins ; on ne dit jamais que les personnes au rythme de vie malsain et aux fumeurs qu'ils doivent payer plus. Bien qu'il soit logique qu'il s'agisse d'affirmations équivalentes, l'une peut tout de même compter sur un plus grand soutien que l'autre.

Si l'on renvoie, indépendamment des autres caractéristiques, aux personnes qui ont été beaucoup ou longtemps malade, le soutien pour la différenciation de prime s'élève à 12%.

Dans le cas où les risques plus élevés sont la conséquence de la profession, le soutien s'élève alors à 19%. Dans ce dernier cas, certains participants sont d'avis que le choix de la profession est déjà un choix personnel, de sorte que cet exemple s'applique aussi bien à la différenciation d'histoires de vie et de styles de vie, sur laquelle nous reviendrons par la suite. Mais, même si l'on n'en tient pas compte, le soutien à la différenciation d'histoires de vie, indépendamment de la formulation de l'exemple et de la nature de l'exemple spécifique, s'avère varier entre 6 et 14%. Il s'agit donc d'un groupe à ne pas négliger qui opérerait pour une telle différenciation. Les opposants d'une telle mesure sont, en fonction de l'exemple spécifique, toutefois cinq à dix fois plus nombreux que les partisans.

Les cinq affirmations ayant permis de mesurer l'attitude face à la différenciation d'histoires de vie, constituent ensemble une bonne échelle (voir tableau 6.2). Une valeur élevée sur cette échelle signifie que l'on est partisan de la différenciation d'histoires de vie.

Tableau 6.2 : analyse des facteurs selon le soutien accordé à la différenciation d'histoires de vie

	Charge du composant
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	,838
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	,775
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	,762
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	,708
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	,646
Valeur propre	3,228
Alpha de Cronbach	,861

La variation sur cette échelle peut être très bien expliquée ( $R^2=16\%$ ) (voir tableau 6.3). Le soutien pour la différenciation d'histoires de vie diminue fortement avec l'âge ( $\beta=0,28$ ), ce qui n'est pas étonnant vu le vieillissement de la population et la différenciation de prime selon l'âge forment un élément important de cette attitude. Le soutien pour ce type de différenciation est également plus important à mesure que l'attitude face à l'État providence est plus négatif ( $\beta=0,20$ ). Par ailleurs, cette forme de différenciation trouve un plus grand soutien auprès des francophones qu'auprès des néerlandophones, davantage auprès des indépendants que des travailleurs, et plus auprès des personnes qui utilisent moins Internet. Les personnes qui souhaitent une plus grande égalité et une meilleure répartition apportent moins de soutien.

Tableau 6.4 : Analyse de régression linéaire selon le soutien pour la différenciation d'histoires de vie (n : 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Âge	-,277	***
°Francophone (réf. : néerlandophone)	,154	***
Environnement (réf. : un environnement rural)		
°Village	,051	*
°Ville	,059	*
Secteur d'emploi (réf. : indépendant)		
°Secteur privé	-,107	***
°Secteur public	-,098	***
Formation	-,111	***
Préférence média néerlandophones (populaire)	,020	n.s.
Préférence média francophones (haute utilisation des médias)	,042	*
Faible utilisation d'Internet	,081	***
Attitude négative face à l'État providence	,197	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	-,075	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,160	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

Les effets les plus importants sont ceux de l'âge, du secteur d'emploi, de l'attitude face à l'État providence et de la communauté linguistique. Ceux-ci sont décrits plus en détail aux tableaux 6.4 à 6.7 inclus. Peu importe l'affirmation, le soutien pour la différenciation d'histoires de vie est toujours plus grand chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. La différence se dessine surtout entre les personnes de moins de 35 ans et de

plus de 55 ans. Il est assez évident que l'on trouve des différences semblables pour les affirmations où on en réfère explicitement à l'âge. Ainsi, 12% des personnes de moins de 25 ans et 17% des personnes entre 26 et 35 ans trouvent que les personnes plus âgées devraient contribuer davantage, alors que seuls 8% des personnes âgées de plus de 55 ans sont de cet avis. L'idée que les personnes jeunes devraient contribuer moins reçoit le soutien de 27% des jeunes de moins de 25 ans et de 20% des personnes âgées de 26 à 35 ans, alors que seuls 8% des personnes âgées de plus de 55 ans souscrivent à ce point de vue. Toutefois, de telles différences se dessinent également lorsque l'on ne réfère pas uniquement à l'âge. L'affirmation selon laquelle les personnes qui ont été souvent ou longuement malades doivent payer davantage, reçoit le soutien de 20% des personnes de moins de 25 ans, 17% des personnes entre 26 et 35 ans et 19% des personnes entre 36 et 45 ans; seuls 6% des personnes âgées de plus de 55 ans soutiennent cette idée. Il est également à noter que 9% des personnes entre 66 et 75 ans pensent que les personnes plus âgées devraient contribuer davantage à l'assurance obligatoire, car elles sont plus souvent malades.

Tableau 6.4 : Soutien pour la différenciation d'histoires de vie selon l'âge

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	1,00 18 à 25 ans	61,5%	18,9%	19,6%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	63,5%	19,0%	17,4%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	66,2%	15,2%	18,6%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	75,8%	13,0%	11,2%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	82,8%	10,9%	6,3%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	83,5%	10,2%	6,3%	100,0%
	Total	73,6%	14,0%	12,4%	100,0%
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	1,00 18 à 25 ans	58,2%	20,5%	21,3%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	55,4%	16,3%	28,2%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	58,0%	16,3%	25,7%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	74,6%	12,2%	13,2%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	76,1%	12,2%	11,7%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	69,8%	14,1%	16,1%	100,0%
	Total	66,6%	14,9%	18,5%	100,0%
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	1,00 18 à 25 ans	65,8%	22,2%	12,0%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	64,7%	17,9%	17,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	69,9%	15,8%	14,4%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	79,9%	11,4%	8,7%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	84,7%	7,5%	7,8%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	85,3%	6,2%	8,6%	100,0%
	Total	76,4%	12,6%	11,0%	100,0%
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	1,00 18 à 25 ans	80,4%	14,2%	5,5%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	81,5%	11,1%	7,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	80,7%	11,7%	7,6%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	86,3%	8,8%	5,0%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	88,9%	7,8%	3,3%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	87,6%	6,8%	5,6%	100,0%
	Total	84,8%	9,7%	5,6%	100,0%

Tableau 6.4 : Soutien pour la différenciation d'histoires de vie selon l'âge (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	1,00 18 à 25 ans	49,8%	23,3%	26,9%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	57,9%	21,9%	20,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	66,0%	15,8%	18,2%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	74,4%	15,8%	9,8%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	81,7%	11,3%	7,0%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	80,7%	10,1%	9,2%	100,0%
Total		70,1%	15,7%	14,1%	100,0%

Il ressort du tableau 6.5 que les indépendants se montrent davantage partisans de la différenciation d'histoires de vie que les travailleurs. Les plus grandes différences se dessinent pour les affirmations selon lesquelles les personnes qui sont beaucoup malades et qui sont génétiquement prédisposées devraient payer plus et que les jeunes devraient payer moins. Les personnes qui sont génétiquement prédestinées devraient selon 9% des indépendants, 5% des travailleurs du secteur privé et 3% des travailleurs du secteur public, contribuer davantage.

Selon 20% des francophones, les personnes qui sont beaucoup malades devraient contribuer davantage; seuls 7% des néerlandophones sont du même avis (voir tableau 6.6). 16% des francophones et 8% des néerlandophones pensent que les personnes plus âgées devraient contribuer davantage. Les personnes génétiquement prédisposées devraient selon 7% des francophones et 5% des néerlandophones contribuer davantage. Les personnes génétiquement prédisposées devraient selon 16% des francophones et 12% des néerlandophones contribuer dans une moindre mesure.

Tableau 6.5 : Soutien pour la différenciation d'histoires de vie selon le secteur d'emploi

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	1,00 En tant qu'indépendant	73,8%	12,9%	13,3%	100,0%
	2,00 Dans la fonction publique	78,4%	12,2%	9,3%	100,0%
	3,00 Dans le secteur privé	75,2%	14,8%	10,0%	100,0%
	Total	75,2%	13,8%	10,9%	100,0%
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	1,00 En tant qu'indépendant	67,8%	14,9%	17,4%	100,0%
	2,00 Dans la fonction publique	71,6%	13,5%	14,9%	100,0%
	3,00 Dans le secteur privé	69,0%	13,7%	17,2%	100,0%
	Total	68,9%	14,3%	16,9%	100,0%

Tableau 6.5 : Soutien pour la différenciation d'histoires de vie selon le secteur d'emploi (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	1,00 En tant qu'indépendant	81,1%	7,6%	11,3%	100,0%
	2,00 Dans la fonction publique	79,8%	13,1%	7,1%	100,0%
	3,00 Dans le secteur privé	78,7%	10,9%	10,3%	100,0%
	Total	78,6%	11,1%	10,3%	100,0%
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	1,00 En tant qu'indépendant	82,0%	8,8%	9,2%	100,0%
	2,00 Dans la fonction publique	87,3%	9,8%	2,9%	100,0%
	3,00 Dans le secteur privé	86,3%	8,9%	4,8%	100,0%
	Total	85,4%	9,3%	5,3%	100,0%
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	1,00 En tant qu'indépendant	71,6%	11,5%	16,9%	100,0%
	2,00 Dans la fonction publique	73,9%	15,5%	10,6%	100,0%
	3,00 Dans le secteur privé	71,0%	15,2%	13,8%	100,0%
	Total	71,4%	14,8%	13,8%	100,0%

Parmi le quart de la population ayant l'attitude la plus positive face à l'État providence, 7% sont d'avis que les personnes qui sont beaucoup malades devraient contribuer davantage, parmi le quart ayant l'attitude la plus négative, ils sont 18%. Parmi les premiers, 6% pensent que les personnes plus âgées devraient contribuer davantage, parmi les seconds, ils sont 17%. Selon 3% des premiers, les personnes génétiquement prédisposées devraient contribuer davantage ; parmi les derniers, ils sont 7% à partager cet avis. Selon 9% des partisans de l'État providence, les jeunes devraient contribuer moins, alors qu'ils sont 21% parmi les opposants à l'État providence.

Tableau 6.6 : Soutien pour la différenciation d'histoires selon la communauté linguistique

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	,00 néerlandophone	80,1%	12,8%	7,2%	100,0%
	1,00 francophone	64,4%	15,9%	19,7%	100,0%
	Total	73,5%	14,1%	12,4%	100,0%
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	,00 néerlandophone	72,3%	14,4%	13,3%	100,0%
	1,00 francophone	58,9%	15,6%	25,5%	100,0%
	Total	66,7%	14,9%	18,4%	100,0%
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	,00 néerlandophone	83,4%	9,1%	7,6%	100,0%
	1,00 francophone	67,0%	17,4%	15,6%	100,0%
	Total	76,5%	12,6%	11,0%	100,0%
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	,00 néerlandophone	87,0%	8,2%	4,8%	100,0%
	1,00 francophone	81,6%	11,7%	6,6%	100,0%
	Total	84,7%	9,7%	5,6%	100,0%
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	,00 néerlandophone	72,1%	15,6%	12,3%	100,0%
	1,00 francophone	67,4%	16,0%	16,6%	100,0%
	Total	70,1%	15,7%	14,1%	100,0%

Tableau 6.7 : Soutien pour la différenciation d'histoires selon l'attitude face à l'État providence

		Pas (du tout) d'accord	Neutre	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes qui ont déjà été beaucoup ou longtemps malades devraient contribuer davantage à l'assurance maladie	1,00 Très positif	85,7%	7,0%	7,2%	100,0%
	2,00 Positif	76,3%	14,9%	8,8%	100,0%
	3,00 Négatif	69,8%	15,1%	15,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	59,4%	22,4%	18,3%	100,0%
	Total	73,1%	14,8%	12,1%	100,0%
Certains métiers sont dangereux ; c'est pourquoi les personnes qui exercent ces métiers devraient donc davantage contribuer à l'assurance d'incapacité de travail	1,00 Très positif	78,1%	9,4%	12,4%	100,0%
	2,00 Positif	67,4%	16,7%	15,9%	100,0%
	3,00 Négatif	58,1%	21,1%	20,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	59,6%	15,1%	25,4%	100,0%
	Total	66,1%	15,4%	18,4%	100,0%
Les personnes âgées sont plus souvent malades et devraient donc davantage contribuer à l'assurance maladie que les jeunes	1,00 Très positif	83,6%	10,9%	5,5%	100,0%
	2,00 Positif	77,6%	13,1%	9,3%	100,0%
	3,00 Négatif	76,5%	14,0%	9,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	68,1%	14,8%	17,1%	100,0%
	Total	76,5%	13,2%	10,4%	100,0%
Les personnes chez qui il est établi génétiquement qu'elles auront une maladie grave dans le futur devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	1,00 Très positif	91,7%	5,1%	3,2%	100,0%
	2,00 Positif	86,1%	8,2%	5,7%	100,0%
	3,00 Négatif	79,9%	14,3%	5,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	79,4%	13,5%	7,1%	100,0%
	Total	84,5%	10,0%	5,4%	100,0%
Les personnes jeunes et en bonne santé devraient cotiser moins à l'assurance maladie.	1,00 Très positif	79,1%	11,8%	9,0%	100,0%
	2,00 Positif	74,0%	14,4%	11,6%	100,0%
	3,00 Négatif	63,2%	21,9%	14,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	61,2%	17,5%	21,3%	100,0%
	Total	69,8%	16,1%	14,1%	100,0%

## 6.2 Différenciation du style de vie

La différence entre différenciation des histoires de vie et différenciation du style de vie tient à la mesure dans laquelle le risque peut être considéré comme une conséquence d'un choix, d'un comportement ou d'un style de vie propre. La mesure dans laquelle c'est le cas n'est pas un élément certain. Les opinions à ce sujet varient. Au tableau 6.8, la conception sur la différenciation du style de vie est sondée au moyen de cinq items.

Tableau 6.8: Répartition (en %) de la base pour la différenciation du style de vie parmi les Belges (N: 2.086)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Entre les deux	D'accord	Tout à fait d'accord	(Tout à fait) d'accord / pas (du tout) d'accord
Les personnes qui vivent sainement, par ex. en surveillant leur alimentation, tombent moins malades et devraient donc moins cotiser pour l'assurance maladie	19,8	41,3	19,4	15,2	4,2	0,32
On devrait tester chaque année la consommation d'alcool, de tabac, la surcharge pondérale et le cholestérol de chacun. Les personnes qui sont en bonne santé devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	19,5	35,9	23,3	15,4	5,9	0,39
Les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	14,2	36,0	24,4	19,0	6,4	0,50
Les personnes qui ne fument pas devraient payer une plus faible contribution	12,3	29,5	20,2	27,2	10,8	0,91
Les personnes qui pratiquent des sports dangereux, avec un risque élevé de blessures, devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	10,9	25,2	20,8	33,7	9,5	1,20

La différenciation du style de vie est nettement mieux soutenue que la différenciation des histoires de vie. 19 % sont d'avis que les gens qui vivent sainement devraient cotiser moins. 21 % sont partisans de contrôler leur condition physique et de faire cotiser moins ceux qui sont en bonne condition (procédure qui est déjà appliquée par certaines compagnies américaines d'assurance). 25 % estiment que les non-fumeurs devraient cotiser moins et 28 % estiment que les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient cotiser moins. Très nombreux sont ceux qui soutiennent une différenciation de la prime pour les personnes qui pratiquent des sports dangereux : 43 % estiment qu'ils devraient cotiser davantage. Dans ce dernier cas, les partisans de la différenciation sont plus nombreux que les opposants (36 %). Dans le cas des fumeurs, les groupes sont à peu près de même grandeur. Pour les autres exemples, les opposants sont deux à trois fois plus nombreux que les partisans.

Les avis sur la différenciation du style de vie ont également été sondés en présentant aux personnes interrogées certains cas très concrets et en leur demandant si le coût des soins dispensés à ces personnes doit être supporté par l'assurance maladie obligatoire (cf. tableau 6.9). Dans ces cas, il ne s'agit donc plus d'une différenciation de la prime mais bien d'une différenciation du remboursement.

Tableau 6.9: Répartition (en %) de la base pour la différenciation du style de vie parmi les Belges (N: 2.086)

	Non, sûrement pas	Plutôt pas	Entre les deux	Plutôt oui	Oui, sûrement oui
Monica aime bronzer, mais elle n'utilise pas de crème solaire ou qu'une protection trop faible. Elle contracte un cancer de la peau. Les coûts de ses soins doivent-ils être remboursés comme pour tout le monde ?	4,5	13,3	31,6	31,8	18,8
Frank aime manger, mais il mange souvent beaucoup plus que nécessaire, et des aliments gras et malsains. Il fait par ailleurs peu d'activité physique. En conséquence de tout cela, il est obèse. Le médecin lui a déjà dit à plusieurs reprises de manger plus sainement et de faire du sport. Frank n'a pas suivi ce conseil. Maintenant, il est à l'hôpital des suites d'un infarctus. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	5,5	17,0	32,0	27,8	17,7
Nathalie a contracté le SIDA, car elle a un comportement sexuel imprudent et débauché. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	9,6	18,8	26,1	27,4	18,1
Pierre est un fumeur invétéré. Il a mal aux poumons et son médecin ne cesse de lui dire d'arrêter de fumer. Il ne le fait pas et contracte un cancer des poumons. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	9,6	19,5	29,4	21,9	19,6
Luc conduit sa motocyclette sans casque, car il trouve ridicule de porter un casque. Il a un accident dont il ressort gravement blessé à la tête et aveugle pour le reste de ses jours. A-t-il droit à une indemnité d'invalidité ?	9,6	20,0	28,5	25,3	16,5
Julie profite comme chaque semaine de la vie nocturne. Elle prend de la drogue et boit quelques verres d'alcool. À 6h du matin, elle décide de conduire pour rentrer chez elle. Elle perd le contrôle du volant et s'écrase contre un arbre, et elle tombe par conséquent dans le coma. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	13,8	23,0	26,6	21,3	15,2

Lorsque les questions sont posées de manière générale comme dans le tableau 6.8, la préférence pour la différenciation de la prime selon le style de vie varie de 19 à 28 %, des chiffres extrêmes étant atteints pour les sports dangereux, pour lesquels 43 % préconise une différenciation de la prime. Lorsque les questions se concrétisent et concernent des personnes connues, l'accord sur le remboursement différentiel varie de 18 à 37 %. Ces deux types de questions donnent donc des résultats équivalents. Un quart à un tiers des Belges sont en faveur d'une différenciation de la prime ou du remboursement sur la base du style de vie. Le soutien pour de telles mesures est plus important lorsque ce style de vie est blâmable selon les normes courantes (un accident consécutif à l'usage d'alcool ou de drogue par exemple) mais aussi dans les cas où le rapport entre le comportement et le risque a déjà été souligné avec fermeté, comme pour le tabagisme et une sexualité irréfléchie.

Pour vérifier comment ces personnes réagissent lorsque la personne concernée est un proche, une question, portant en particulier sur l'enfant ou le partenaire de la personne



interrogée, a également été posée : « À la suite de problèmes cardiaques, votre enfant ou votre partenaire doit subir une opération du cœur. Il ou elle souffre d'un surpoids entre autres responsable de son affection. Pouvez-vous, pour chaque item, indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ? » Dans ces cas, différentes réponses possibles ont été proposées (cf. tableau 6.10).

Tableau 6.10: Répartition (en %) de la base pour la différenciation du style de vie parmi les Belges lorsqu'il s'agit du propre enfant ou partenaire (N: 1.948)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Entre les deux	D'accord	Tout à fait d'accord
L'assurance maladie rembourse moins que normalement en raison du surpoids de mon enfant/partenaire.	32,8	41,0	15,9	8,3	2,0
L'assurance maladie rembourse cette opération, mais elle n'intervient plus ensuite dans les maladies liées au surpoids tant que mon enfant/partenaire est en surpoids.	26,0	32,1	23,5	15,1	3,4
L'assurance maladie doit rembourser les frais médicaux pour l'opération de mon enfant/partenaire.	3,3	5,6	15,8	48,1	27,3

Dans ce cas, 75 % estiment que l'opération doit être remboursée, mais 9 % estiment que non, et 16 % sont indécis. Dix pour cent sont d'accord sur un remboursement réduit, et 74 % ne sont pas d'accord, alors que 16 % restent également indécis. La proposition de rembourser l'opération encore une fois, mais pas deux fois si le problème de l'obésité persiste reçoit l'appui de 19 %, est rejetée par 58 % et n'est pas tranchée par 24 %. Les 75 % qui estiment que l'intervention doit être remboursée dépassent les 46 % recensés dans le cas de Frank (cf. tableau 6.9) qui veulent le remboursement comme pour tout le monde, mais constituent cependant un faible taux vu la référence au propre enfant ou partenaire de la personne interrogée. Dans ce cas aussi, un quart des gens sont en faveur de l'une ou l'autre forme de différenciation selon le style de vie.

L'attitude par rapport à la différenciation du style de vie a été mesurée de diverses manières, au moyen d'items généraux et de cas concrets. En tout, treize items sondant cette attitude ont été soumis à la population. Ensemble, ils constituent une excellente échelle (cf. tableau 6.11). Plus le score obtenu sur cette échelle est élevé, plus les personnes sont nombreuses à préconiser une différenciation du style de vie.

Cette attitude s'explique assez bien ( $R^2=17\%$ ) par le nombre limité des caractéristiques secondaires considérées ici (cf. tableau 6.12).

Les personnes qui ont une attitude négative face à l'État-providence sont bien plus partisans de la différenciation du style de vie ( $\beta=.35$ ). Ces personnes estiment que l'État-providence apparesse et déresponsabilise les citoyens. Aussi est-il normal qu'ils estiment aussi que l'État-providence devrait être conçu de manière à responsabiliser les

gens quant à leur mode de vie. Le style de vie même exerce une forte influence. Les personnes qui mènent une vie malsaine prônent beaucoup moins la différenciation du style de vie ( $\beta = -.19$ ). Les hommes préconisent également davantage cette différenciation que les femmes ( $\beta = .11$ ). Les personnes gens aux perspectives d'avenir négatives en sont moins partisans, et les néerlandophones en sont plus partisans que les francophones. Les effets les plus forts sont ceux de l'attitude face à l'État-providence, au sexe et au style de vie personnel. Ceux-ci seront décrits plus en détail.

Les hommes optent toujours dans une plus large mesure que les femmes pour la prime ou le remboursement différentiels (tableau 6.13), bien que les différences ne soient pas les mêmes pour tous les cas spécifiques exposés. En fonction du cas spécifique exposé, 17 à 45 % des hommes et 15 à 35 % des femmes optent pour la différenciation du style de vie.

Tableau 6.11: Analyse des composantes principales selon la base pour la différenciation du style de vie

	Charge du composant
Frank aime manger, mais il mange souvent beaucoup plus que nécessaire, et des aliments gras et malsains. Il fait par ailleurs peu d'activité physique. En conséquence de tout cela, il est obèse. Le médecin lui a déjà dit à plusieurs reprises de manger plus sainement et de faire du sport. Frank n'a pas suivi ce conseil. Maintenant, il est à l'hôpital des suites d'un infarctus. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	-,829
Pierre est un fumeur invétéré. Il a mal aux poumons et son médecin ne cesse de lui dire d'arrêter de fumer. Il ne le fait pas et contracte un cancer des poumons. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	-,803
Julie profite comme chaque semaine de la vie nocturne. Elle prend de la drogue et boit quelques verres d'alcool. À 6h du matin, elle décide de conduire pour rentrer chez elle. Elle perd le contrôle du volant et s'écrase contre un arbre, et elle tombe par conséquent dans le coma. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	-,787
Nathalie a contracté le SIDA, car elle a un comportement sexuel imprudent et débauché. La mutuelle doit-elle rembourser les coûts de ses soins comme pour tout le monde ?	-,765
Monica aime bronzer, mais elle n'utilise pas de crème solaire ou qu'une protection trop faible. Elle contracte un cancer de la peau. Les coûts de ses soins doivent-ils être remboursés comme pour tout le monde ?	-,755
Luc conduit sa motocyclette sans casque, car il trouve ridicule de porter un casque. Il a un accident dont il ressort gravement blessé à la tête et aveugle pour le reste de ses jours. A-t-il droit à une indemnité d'invalidité ?	-,721
Ne plus rembourser le coût des maladies et des accidents qui résultent d'un comportement personnel.	,691
Les personnes qui ne fument pas devraient payer une plus faible contribution	,639
On devrait tester chaque année la consommation d'alcool, de tabac, la surcharge pondérale et le cholestérol de chacun. Les personnes qui sont en bonne santé devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	,621
Les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	,616
Faire payer davantage les personnes qui mènent une vie malsaine	,575
Les personnes qui vivent sainement, par ex. en surveillant leur alimentation, tombent moins malades et devraient donc moins cotiser pour l'assurance maladie.	,564
Les personnes qui pratiquent des sports dangereux, avec un risque élevé de blessures, devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	,493
Valeur propre	6,170
Cronbach's alpha	,905

Tableau 6.12: Analyse de régression linéaire selon la base pour la différenciation du style de vie (N: 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constante)		***
°Homme (réf.: femme)	,107	***
°Francophone (réf.: néerlandophone)	-,054	**
Style de vie malsain	-,186	***
Perspective d'avenir négative	-,061	**
Attitude négative envers la Sécurité sociale	,351	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,173	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Tableau 6.13: Base pour la différenciation du style de vie selon le sexe

		Sûrement pas et plutôt pas	Entre les deux	Plutôt oui et sûrement oui	Total
Fumeur invétéré	,00 Femme	25,8%	32,2%	42,0%	100,0%
	1,00 Homme	32,7%	26,5%	40,8%	100,0%
	Total	29,1%	29,4%	41,5%	100,0%
Accident d'auto dû à la drogue ou l'alcool	,00 Femme	34,0%	30,3%	35,7%	100,0%
	1,00 Homme	39,9%	22,6%	37,5%	100,0%
	Total	36,8%	26,6%	36,6%	100,0%
Alimentation malsaine	,00 Femme	19,8%	33,6%	46,6%	100,0%
	1,00 Homme	25,4%	30,1%	44,5%	100,0%
	Total	22,5%	31,9%	45,6%	100,0%
SIDA suite à une vie sexuelle non protégée	,00 Femme	27,1%	27,1%	45,8%	100,0%
	1,00 Homme	29,7%	25,1%	45,2%	100,0%
	Total	28,3%	26,1%	45,5%	100,0%
Rouler à moto sans casque	,00 Femme	24,9%	30,3%	44,8%	100,0%
	1,00 Homme	34,6%	26,7%	38,7%	100,0%
	Total	29,6%	28,6%	41,8%	100,0%
Excès de bains de soleil	,00 Femme	16,2%	31,3%	52,5%	100,0%
	1,00 Homme	19,5%	31,8%	48,7%	100,0%
	Total	17,8%	31,6%	50,6%	100,0%
Les personnes qui vivent sainement, par ex. en surveillant leur alimentation, tombent moins malades et devraient donc moins cotiser pour l'assurance maladie	,00 Femme	63,9%	19,0%	17,1%	100,0%
	1,00 Homme	58,3%	19,9%	21,8%	100,0%
	Total	61,2%	19,4%	19,4%	100,0%
Les personnes qui pratiquent des sports dangereux, avec un risque élevé de blessures, devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	,00 Femme	37,2%	21,7%	41,1%	100,0%
	1,00 Homme	34,9%	19,9%	45,2%	100,0%
	Total	36,1%	20,8%	43,1%	100,0%
Les personnes qui ne fument pas devraient payer une plus faible contribution	,00 Femme	42,8%	21,9%	35,3%	100,0%
	1,00 Homme	40,8%	18,3%	40,9%	100,0%
	Total	41,8%	20,2%	38,0%	100,0%
Les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	,00 Femme	50,8%	24,6%	24,6%	100,0%
	1,00 Homme	49,7%	24,3%	26,0%	100,0%
	Total	50,2%	24,4%	25,3%	100,0%
		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total

Tableau 6.13: Base pour la différenciation du style de vie selon le sexe (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
On devrait tester chaque année la consommation d'alcool, de tabac, la surcharge pondérale et le cholestérol de chacun. Les personnes qui sont en bonne santé devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	,00 Femme	56,4%	24,6%	19,1%	100,0%
	1,00 Man	54,5%	21,9%	23,6%	100,0%
	Total	55,4%	23,3%	21,3%	100,0%
Faire payer davantage les personnes qui mènent une vie malsaine.	,00 Femme	60,7%	24,1%	15,2%	100,0%
	1,00 Man	57,3%	25,6%	17,1%	100,0%
	Total	59,0%	24,8%	16,1%	100,0%
Ne plus rembourser le coût des maladies et des accidents qui résultent d'un comportement personnel.	,00 Femme	45,8%	39,3%	14,9%	100,0%
	1,00 Homme	46,9%	33,8%	19,3%	100,0%
	Total	46,3%	36,6%	17,0%	100,0%

Le tableau 6.16 établit la relation entre le style de vie (sain ou malsain) et l'attitude face à la différenciation du style de vie. Le style de vie est ventilé selon le nombre d'éléments malsains qu'il contient. La présente enquête porte sur les éléments suivants:

- Être en surpoids
- Utiliser du tabac
- Consommer de l'alcool
- Manger des légumes
- Manger des fruits.

Le *Body Mass Index* (BMI) qui permet de déterminer le surpoids est calculé comme le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres. Un BMI inférieur à 18,5 est considéré comme un poids insuffisant, entre 18,5 et 25 comme normal, 25 à 27 comme un surpoids léger, 27 à 30 comme un surpoids modéré, 30 à 40 comme un surpoids sérieux et plus de 40 comme un surpoids morbide (cf. tableau 6.14).

Tableau 6.14: Répartition de fréquence BMI ventilée en catégories dans l'échantillon de population

BMI	N	%
Poids insuffisant (BMI < 18,5)	49	2,4
Poids normal (18,5 < BMI < 25)	995	48,3
Surpoids léger (25 < BMI < 27)	369	17,9
Surpoids modéré (27 < BMI < 30)	364	17,7
Surpoids sérieux (30 < BMI < 40)	270	13,1
Surpoids morbide (BMI > 40)	13	0,6
Total	2061	100,0
Min.	15,0	
Max.	49,6	
Moyen	25,5	
Écart type	4,3	

Pour mesurer le comportement en matière de santé, un indicateur a été établi qui « chiffre » en fonction de certains critères que nous considérons comme malsains. Les critères utilisés sont :

- Fumer ou non régulièrement
- Boire ou non plus de 7 verres d'alcool par semaine
- Manger ou non des fruits au moins 4 à 6 fois par semaine
- Manger ou non des légumes au moins 4 à 6 fois par semaine (sauf pommes de terre)
- Avoir ou non un BMI de plus de 27.

Cet indice va de 0 à 5 (cf. tableau 6.15).

Tableau 6.15: Répartition de fréquence pondérée « indice de comportement malsain » dans l'échantillon de population

Nombre d'éléments de style de vie malsain	N	%	Valable %
0	620	28,4	32,8
1	665	30,5	35,2
2	418	19,2	22,1
3	148	6,8	7,8
4	39	1,8	2,1
5	0	0,0	0,0
Total	1891	86,9	100,0
Missing	290	13,3	
Total général	2182	100,0	

Les gens qui vivent très sainement (0 élément malsain dans leur style de vie) optent, selon le cas spécifique présenté, dans 20 à 42 % pour la différenciation du style de vie. Les pourcentages correspondants de personnes qui vivent de façon malsaine (4 ou 5 éléments malsains) sont 3 et 30 %. Pour huit des douze exemples, le pourcentage est inférieur à 13. Les personnes qui vivent de façon malsaine ne préconisent donc pas une

différenciation du style de vie. Il existe une seule exception à cette règle: 48 % de ceux qui mènent une vie malsaine estiment que ceux qui pratiquent des sports dangereux devraient payer des primes plus élevées.

Tableau 6.16: Base pour la différenciation du style de vie selon le style de vie

		Sûrement pas et plutôt pas	Entre les deux	Plutôt oui et sûrement oui	Total
Fumeur invétéré	0 élément malsain	37,2%	30,3%	32,5%	100,0%
	1 élément malsain	30,1%	27,4%	42,5%	100,0%
	2 éléments malsains	21,8%	28,0%	50,2%	100,0%
	3 éléments malsains	16,9%	28,9%	54,2%	100,0%
	4 éléments malsains	2,5%	25,0%	72,5%	100,0%
	Total	29,0%	28,6%	42,4%	100,0%
Accident d'auto dû à la drogue ou l'alcool	0 élément malsain	41,5%	27,4%	31,2%	100,0%
	1 élément malsain	36,2%	27,9%	35,9%	100,0%
	2 éléments malsains	31,3%	25,1%	43,6%	100,0%
	3 éléments malsains	32,2%	25,3%	42,5%	100,0%
	4 éléments malsains	30,0%	17,5%	52,5%	100,0%
	Total	36,4%	26,7%	36,9%	100,0%
Alimentation malsaine	0 élément malsain	29,7%	33,1%	37,2%	100,0%
	1 élément malsain	19,7%	31,9%	48,5%	100,0%
	2 éléments malsains	16,7%	30,1%	53,2%	100,0%
	3 éléments malsains	16,9%	29,6%	53,5%	100,0%
	4 éléments malsains	2,6%	30,8%	66,7%	100,0%
	Total	21,7%	31,7%	46,6%	100,0%
SIDA suite à une vie sexuelle non protégée	0 élément malsain	32,6%	29,5%	37,9%	100,0%
	1 élément malsain	26,5%	26,6%	46,9%	100,0%
	2 éléments malsains	21,9%	23,6%	54,5%	100,0%
	3 éléments malsains	27,5%	19,7%	52,8%	100,0%
	4 éléments malsains	15,4%	20,5%	64,1%	100,0%
	Total	27,3%	26,2%	46,4%	100,0%
Rouler à moto sans casque	0 élément malsain	31,6%	30,7%	37,7%	100,0%
	1 élément malsain	29,3%	26,6%	44,1%	100,0%
	2 éléments malsains	25,7%	26,4%	47,9%	100,0%
	3 éléments malsains	29,9%	27,8%	42,4%	100,0%
	4 éléments malsains	20,5%	35,9%	43,6%	100,0%
	Total	29,1%	28,2%	42,7%	100,0%
Excès de baignades au soleil	0 élément malsain	20,0%	33,7%	46,4%	100,0%
	1 élément malsain	16,7%	31,2%	52,2%	100,0%
	2 éléments malsains	13,7%	28,1%	58,2%	100,0%
	3 éléments malsains	20,1%	27,3%	52,5%	100,0%
	4 éléments malsains	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	Total	17,3%	30,9%	51,8%	100,0%

Tableau 6.16: Base pour la différenciation du style de vie selon le style de vie (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Les personnes qui vivent sainement, par ex. en surveillant leur alimentation, tombent moins malades et devraient donc moins cotiser pour l'assurance maladie	0 élément malsain	54,0%	24,8%	21,2%	100,0%
	1 élément malsain	63,6%	18,9%	17,5%	100,0%
	2 éléments malsains	66,4%	16,0%	17,5%	100,0%
	3 éléments malsains	63,8%	16,3%	19,9%	100,0%
	4 éléments malsains	71,8%	15,4%	12,8%	100,0%
Total	61,2%	20,0%	18,8%	100,0%	
Les personnes qui pratiquent des sports dangereux, avec un risque élevé de blessures, devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	0 élément malsain	34,3%	21,3%	44,4%	100,0%
	1 élément malsain	36,6%	19,7%	43,7%	100,0%
	2 éléments malsains	38,8%	19,4%	41,8%	100,0%
	3 éléments malsains	40,3%	16,0%	43,8%	100,0%
	4 éléments malsains	30,8%	20,5%	48,7%	100,0%
Total	36,5%	19,9%	43,6%	100,0%	
Les personnes qui ne fument pas devraient payer une plus faible contribution	0 élément malsain	32,3%	23,6%	44,1%	100,0%
	1 élément malsain	42,1%	19,7%	38,2%	100,0%
	2 éléments malsains	47,5%	17,8%	34,8%	100,0%
	3 éléments malsains	57,7%	16,9%	25,4%	100,0%
	4 éléments malsains	65,8%	26,3%	7,9%	100,0%
Total	41,7%	20,5%	37,8%	100,0%	
Les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie.	0 élément malsain	41,0%	28,4%	30,7%	100,0%
	1 élément malsain	51,2%	25,2%	23,6%	100,0%
	2 éléments malsains	59,2%	20,7%	20,2%	100,0%
	3 éléments malsains	62,0%	17,6%	20,4%	100,0%
	4 éléments malsains	63,2%	31,6%	5,3%	100,0%
Total	50,6%	24,8%	24,6%	100,0%	
On devrait tester chaque année la consommation d'alcool, de tabac, la surcharge pondérale et le cholestérol de chacun. Les personnes qui sont en bonne santé devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	0 élément malsain	48,7%	25,5%	25,8%	100,0%
	1 élément malsain	57,9%	22,4%	19,7%	100,0%
	2 éléments malsains	57,5%	24,9%	17,7%	100,0%
	3 éléments malsains	69,9%	14,7%	15,4%	100,0%
	4 éléments malsains	81,1%	2,7%	16,2%	100,0%
Total	56,2%	23,0%	20,9%	100,0%	
Faire payer davantage les personnes qui mènent une vie malsaine.	0 élément malsain	50,7%	28,2%	21,1%	100,0%
	1 élément malsain	58,9%	25,0%	16,1%	100,0%
	2 éléments malsains	64,4%	24,1%	11,5%	100,0%
	3 éléments malsains	72,7%	16,1%	11,2%	100,0%
	4 éléments malsains	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
Total	58,8%	25,1%	16,1%	100,0%	
Ne plus rembourser le coût des maladies et des accidents qui résultent d'un comportement personnel	0 élément malsain	37,2%	42,0%	20,8%	100,0%
	1 élément malsain	45,6%	37,5%	16,9%	100,0%
	2 éléments malsains	54,9%	32,0%	13,1%	100,0%
	3 éléments malsains	58,3%	29,5%	12,2%	100,0%
	4 éléments malsains	65,8%	28,9%	5,3%	100,0%
Total	46,2%	37,0%	16,8%	100,0%	

La relation entre l'attitude face à l'État-providence et la différenciation du style de vie est particulièrement forte. Sur le quart de la population le plus positif face à l'État-providence, 17 % estiment que le fumeur qui a un cancer du poumon ne devrait pas pouvoir compter sur un remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Sur le quart de la population le plus négatif face à l'État-providence, 43 % sont de cet avis. Sur le quart de la population le plus positif face à l'État-providence, 20 % veulent exclure du remboursement ceux qui ont un accident d'auto après avoir utilisé de la drogue ou de l'alcool. Pour le quart de la population le plus négatif, ce sont 55 %. Des premiers cités,

11 % estiment que les personnes qui vivent sainement devraient payer une prime inférieure. Des derniers cités, 30 % sont de cet avis. Des premiers cités, 11% estiment que les personnes devraient être testées chaque année et que celles qui sont en bonne condition devraient cotiser moins. Des derniers cités, trois fois plus, soit 33 %, sont de cet avis. En général, 7 % du premier groupe estiment que le coût des maladies et des accidents consécutifs au comportement adopté ne devraient plus être remboursés. Du deuxième groupe, 31% sont de cet avis.

Tableau 6.17: Base pour la différenciation du style de vie selon l'attitude face à l'État-providence

		Sûrement pas et plutôt pas	Entre les deux	Sûrement oui et plutôt oui	Total
Fumeur invétéré	1,00 Très positif	17,2%	22,8%	59,9%	100,0%
	2,00 Positif	24,1%	34,6%	41,3%	100,0%
	3,00 Négatif	37,3%	31,8%	30,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	43,0%	27,9%	29,1%	100,0%
	Total	30,0%	29,4%	40,6%	100,0%
Accident d'auto suite à la drogue ou l'alcool	1,00 Très positif	20,6%	21,9%	57,4%	100,0%
	2,00 Positif	29,4%	30,9%	39,7%	100,0%
	3,00 Négatif	42,9%	29,7%	27,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	55,1%	23,5%	21,4%	100,0%
	Total	36,5%	26,6%	36,9%	100,0%
Alimentation malsaine	1,00 Très positif	10,8%	21,0%	68,2%	100,0%
	2,00 Positif	18,1%	34,1%	47,8%	100,0%
	3,00 Négatif	28,4%	37,2%	34,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	35,5%	35,5%	28,9%	100,0%
	Total	22,8%	31,9%	45,3%	100,0%
SIDA après une vie sexuelle non protégée	1,00 Très positif	13,5%	18,1%	68,4%	100,0%
	2,00 Positif	25,6%	28,0%	46,4%	100,0%
	3,00 Négatif	30,9%	30,7%	38,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	42,7%	27,4%	29,9%	100,0%
	Total	28,1%	26,0%	46,0%	100,0%
Rouler à moto sans casque	1,00 Très positif	16,3%	24,3%	59,4%	100,0%
	2,00 Positif	26,2%	29,2%	44,6%	100,0%
	3,00 Négatif	36,3%	33,3%	30,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	43,5%	26,2%	30,3%	100,0%
	Total	30,3%	28,1%	41,6%	100,0%
Excès de baignades de soleil	1,00 Très positif	7,3%	22,0%	70,7%	100,0%
	2,00 Positif	13,9%	33,0%	53,1%	100,0%
	3,00 Négatif	22,1%	37,8%	40,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	31,3%	33,6%	35,1%	100,0%
	Total	18,4%	31,4%	50,2%	100,0%



Tableau 6.17: Base pour une différenciation du style de vie selon l'attitude face à l'Etat-providence (suite)

		Sûrement pas et plutôt pas	Entre les deux	Sûrement oui et plutôt oui	Total
Les personnes qui vivent sainement, par ex. en surveillant leur alimentation, tombent moins malades et devraient donc moins cotiser pour l'assurance maladie	1,00 Très positif	73,8%	15,1%	11,1%	100,0%
	2,00 Positif	61,2%	22,7%	16,2%	100,0%
	3,00 Négatif	56,9%	23,1%	20,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	50,4%	19,4%	30,2%	100,0%
	Total	60,8%	20,1%	19,2%	100,0%
Les personnes qui pratiquent des sports dangereux, avec un risque élevé de blessures, devraient payer une contribution plus élevée à l'assurance maladie	1,00 Très positif	48,7%	19,9%	31,4%	100,0%
	2,00 Positif	38,6%	21,7%	39,7%	100,0%
	3,00 Négatif	27,3%	25,0%	47,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	26,9%	16,9%	56,2%	100,0%
	Total	35,8%	20,8%	43,4%	100,0%
Les personnes qui ne fument pas devraient payer une plus faible contribution	1,00 Très positif	53,9%	19,4%	26,7%	100,0%
	2,00 Positif	41,9%	23,1%	35,0%	100,0%
	3,00 Négatif	36,1%	21,5%	42,4%	100,0%
	4,00 Très négatif	31,0%	18,1%	51,0%	100,0%
	Total	41,0%	20,6%	38,4%	100,0%
Les personnes qui ne consomment pas d'alcool devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	1,00 Très positif	60,5%	21,2%	18,4%	100,0%
	2,00 Positif	53,6%	26,3%	20,1%	100,0%
	3,00 Négatif	45,1%	27,7%	27,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	38,2%	24,6%	37,2%	100,0%
	Total	49,7%	24,9%	25,4%	100,0%
On devrait tester chaque année la consommation d'alcool, de tabac, la surcharge pondérale et le cholestérol de chacun. Les personnes qui sont en bonne santé devraient payer une plus faible contribution à l'assurance maladie	1,00 Très positif	71,3%	18,0%	10,6%	100,0%
	2,00 Positif	56,8%	24,6%	18,6%	100,0%
	3,00 Négatif	47,9%	27,5%	24,7%	100,0%
	4,00 Très négatif	41,9%	24,9%	33,2%	100,0%
	Total	54,8%	23,6%	21,5%	100,0%
Faire payer davantage les personnes qui mènent une vie malsaine	1,00 Très positif	76,2%	15,5%	8,3%	100,0%
	2,00 Positif	59,0%	30,6%	10,3%	100,0%
	3,00 Négatif	48,9%	29,3%	21,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	46,3%	23,9%	29,8%	100,0%
	Total	58,0%	25,0%	17,1%	100,0%
Ne plus rembourser le coût des maladies et des accidents qui résultent d'un comportement personnel	1,00 Très positif	69,0%	24,2%	6,9%	100,0%
	2,00 Positif	43,6%	45,8%	10,5%	100,0%
	3,00 Négatif	34,5%	41,8%	23,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	34,3%	35,2%	30,6%	100,0%
	Total	45,5%	37,0%	17,5%	100,0%

### 6.3 Une politique de santé préventive via des accises

La différenciation du style de vie est souvent défendue comme mesure préventive. La question de savoir si elle remplit cette fonction n'est pas notre propos ici. La présente enquête vise à définir l'attitude de la population. Une mesure préventive alternative, qui n'attribue pas de responsabilité au niveau personnel, consiste à augmenter les accises pour les produits nuisibles à la santé. Indépendamment de la question de savoir si une augmentation des accises aurait une action préventive efficace, nous avons vérifié s'il existe une base pour taxer plus lourdement des produits malsains. À cette fin, plusieurs augmentations d'accises ont été soumises à la population (cf. tableau 6.18).

Tableau 6.18 : Répartition parmi les Belges de la base pour une augmentation des accises sur différents produits (N: 2.063)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Entre les deux	D'accord	Tout à fait d'accord	(Tout à fait) d'accord / Pas (du tout) d'accord
Produits du tabac	5,1	7,6	11,4	26,5	49,5	6,0
Alcool	4,8	12,7	23,6	31,3	27,6	3,4
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	5,5	13,9	25,6	30,2	24,8	2,8
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	11,1	18,1	24,1	24,8	21,9	1,6
Matières grasses et produits contenant des matières grasses	7,2	23,0	37,8	21,9	10,0	1,1
Sucre et produits contenant du sucre	9,9	27,1	35,8	18,6	8,5	0,7
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques,...)	11,1	35,2	35,2	12,6	5,9	0,4
Viande rouge	16,6	38,6	31,9	8,3	4,6	0,2

Une large majorité de personnes interrogées se montre favorable à des accises (encore) plus lourdes sur le tabac, l'alcool et les produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût. Trois à six fois plus de personnes sont d'accord sur de telles augmentations par rapport aux personnes qui ne le sont pas. 76 % des personnes soutiennent des accises encore plus lourdes sur le tabac contre 13 %, 59 % contre 18 % pour l'alcool et enfin 55 % sont favorables à une augmentation des accises pour les produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût alors qu'elles sont 19 % contre.

Une majorité de personnes encore soutient l'idée de taxer plus lourdement les véhicules à moteur responsables d'un grand nombre d'accidents, même si elle est moins écrasante : 47 % contre 29 %. Les partisans et les opposants à une taxation plus lourde des matières grasses et des produits contenant des matières grasses s'équilibrent : ils sont 32 % pour et 30 % contre. Pour ce qui est de la taxation plus lourde du sucre et des produits contenant du sucre, des produits contenant de la caféine, et de la viande rouge, les opposants sont plus nombreux que les partisans. 13 % des personnes soutiennent des accises plus lourdes sur la viande rouge, alors qu'elles sont 55 % à les rejeter.

### 6.3.1 *Quels sont les partisans et les opposants*

Il ressort du tableau 6.19 que les personnes favorables à une augmentation des accises pour un produit le sont généralement aussi pour d'autres produits. On peut ainsi évaluer une bonne échelle qui indique dans quelle mesure les personnes sont partisans d'une augmentation des accises sur des produits malsains.

Tableau 6.19: Analyse des items principaux suivant la base pour une augmentation des accises sur différents produits

	Charge du composant
Matières grasses et produits contenant des matières grasses	,825
Sucre et produits contenant du sucre	,793
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques,...)	,736
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	,707
Viande rouge	,697
Alcool	,696
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	,608
Produits du tabac	,591
Valeur propre	4,040
Alpha de Cronbach	,860

Sur la base des caractéristiques contrôlées, on peut distinguer les partisans des opposants ( $R^2=11\%$ ) de façon modérée (cf. tableau 6.20).

Quatre caractéristiques ont un effet relativement important. On recense davantage de partisans des augmentations d'accises parmi les personnes âgées en comparaison des plus jeunes, davantage chez les personnes qui vivent sainement, davantage chez les personnes adoptant une attitude plutôt négative que positive par rapport à l'État-providence et davantage parmi les personnes qui vivent en ville que celles qui sont à la campagne. Parallèlement à cela, il y aussi une série d'effets moins prononcés. On compte davantage de partisans parmi les femmes que chez les hommes, davantage parmi les personnes hautement qualifiées que celles faiblement qualifiées, davantage parmi les Néerlandophones tournés vers des médias élitaires plutôt que ceux tournés vers des médias populaires.

Les liens les plus forts, l'âge, le style de vie, l'environnement urbain et l'attitude par rapport à la sécurité sociale sont décrits dans les tableaux 4.26 à 4.29 inclus.

Tableau 6.20 : Analyse de régression linéaire concernant la base pour une augmentation des accises sur différents produits (N:2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Âge	,215	***
°Homme (réf.: femme)	-,062	**
Environnement de vie (réf.: environnement rural)		
° Village	,008	n.s.
° Ville	,114	***
Style de vie malsain	-,159	***
Formation	,088	***
Perspective d'avenir négative	-,060	**
Préférence en matière de média Néerlandophones (populaire)	-,062	**
Préférence en matière de média Francophones (usage intensif des médias)	-,007	n.s.
Faible utilisation d'internet	-,055	*
Attitude négative par rapport à la SS	,127	***
Attitude égalitaire sur l'ancienne ligne de fracture	,078	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,113	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

L'effet de l'âge n'est pas vraiment linéaire (cf. tableau 6.21). Les augmentations d'accises sont moins soutenues des personnes de moins de 35 ans et généralement un peu moins chez les personnes de plus de 65 ans. Le soutien le plus fort vient du groupe d'âge 35-65 et surtout du groupe d'âge des 46-65 ans.

Dans la plupart des cas, les augmentations d'accises sont le plus soutenues par les personnes qui ont une attitude négative ou moins positive par rapport à l'État-providence (cf. tableau 6.22).

Tableau 6.21 : Répartition de la base pour une augmentation des accises sur différents produits suivant l'âge

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Produits du tabac	1,00 18 à 25 ans	15,9%	6,9%	77,3%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	13,5%	7,4%	79,0%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	9,2%	11,6%	79,2%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	15,8%	12,3%	71,9%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	11,9%	18,7%	69,4%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	9,8%	9,1%	81,0%	100,0%
	Total	12,6%	11,3%	76,0%	100,0%
Sucre et produits contenant du sucre	1,00 18 à 25 ans	53,4%	28,9%	17,7%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	42,7%	31,7%	25,6%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	33,2%	41,1%	25,7%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	41,1%	34,7%	24,2%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	28,0%	40,3%	31,7%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	29,2%	36,7%	34,1%	100,0%
	Total	37,0%	35,8%	27,1%	100,0%
Alcool	1,00 18 à 25 ans	26,6%	24,5%	48,9%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	19,7%	19,7%	60,6%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	12,4%	21,4%	66,2%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	20,2%	27,3%	52,5%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	13,6%	29,2%	57,2%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	14,5%	18,4%	67,1%	100,0%
	Total	17,5%	23,5%	59,0%	100,0%
Matières grasses et produits contenant des matières grasses	1,00 18 à 25 ans	38,5%	37,5%	24,0%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	37,6%	35,0%	27,3%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	30,5%	40,4%	29,1%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	33,2%	38,9%	27,9%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	25,7%	39,4%	34,9%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	20,6%	35,6%	43,8%	100,0%
	Total	30,3%	37,8%	31,9%	100,0%
Viande rouge	1,00 18 à 25 ans	65,6%	22,0%	12,5%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	62,7%	27,3%	10,0%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	58,8%	27,1%	14,1%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	56,7%	32,2%	11,1%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	51,3%	35,5%	13,2%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	42,1%	41,4%	16,5%	100,0%
	Total	55,2%	31,8%	13,0%	100,0%
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques,...)	1,00 18 à 25 ans	52,2%	34,2%	13,7%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	48,2%	31,8%	19,9%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	44,8%	33,4%	21,7%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	49,6%	34,5%	15,9%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	41,0%	42,0%	17,0%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	43,7%	34,2%	22,1%	100,0%
	Total	46,3%	35,3%	18,5%	100,0%

Tableau 6.21 : Répartition de la base pour une augmentation des accises sur différents produits suivant l'âge (suite)

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	1,00 18 à 25 ans	30,0%	34,3%	35,7%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	29,1%	28,5%	42,4%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	20,5%	25,9%	53,6%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	20,0%	25,3%	54,8%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	13,2%	23,8%	63,0%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	10,0%	19,6%	70,3%	100,0%
	Total	19,5%	25,6%	54,9%	100,0%
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	1,00 18 à 25 ans	42,2%	19,9%	37,9%	100,0%
	2,00 26 à 35 ans	35,6%	27,9%	36,5%	100,0%
	3,00 36 à 45 ans	31,7%	24,2%	44,0%	100,0%
	4,00 46 à 55 ans	32,6%	26,4%	41,0%	100,0%
	5,00 56 à 65 ans	23,2%	25,7%	51,1%	100,0%
	6,00 66 à 75 ans	16,6%	20,4%	63,0%	100,0%
	Total	29,2%	24,1%	46,7%	100,0%

À l'exception des accises plus lourdes sur les véhicules à moteur dangereux, les personnes vivant dans un environnement urbain sont toujours plus nombreuses à soutenir les augmentations d'accises que les personnes vivant dans un environnement rural ou dans un village (cf. tableau 6.23).

Le style de vie propre a un effet particulièrement fort sur l'attitude face aux augmentations d'accises (cf. tableau 6.24). Elles sont 87 % dans le groupe vivant le plus sainement à souhaiter des augmentations d'accises sur le tabac et 35 % dans le groupe qui vit le moins sainement. 65 % des personnes qui vivent très sainement souhaitent des accises plus fortes sur l'alcool alors qu'elles sont 25 % parmi celles qui ont un style de vie moins sain. 57 % des personnes qui vivent le plus sainement sont favorables à des accises sur les produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût, contre 50 % chez celles qui vivent le moins sainement. Parmi les personnes qui ont un style de vie sain, 54 % sont favorables à des accises plus lourdes sur les véhicules à moteur dangereux contre 40 % chez les personnes qui vivent moins sainement.

Tableau 6.22 : Répartition de la base pour une augmentation des accises sur différents produits suivant l'attitude face à l'État-providence

		Pas (tout à fait) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Produits du tabac	1,00 Très positif	13,6%	13,0%	73,3%	100,0%
	2,00 Positif	12,8%	12,4%	74,9%	100,0%
	3,00 Négatif	10,9%	11,1%	78,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	9,6%	9,3%	81,1%	100,0%
	Total	11,8%	11,5%	76,7%	100,0%
Sucre et produits contenant du sucre	1,00 Très positif	41,9%	31,4%	26,7%	100,0%
	2,00 Positif	36,5%	37,6%	25,8%	100,0%
	3,00 Négatif	33,8%	39,4%	26,8%	100,0%
	4,00 Très négatif	33,8%	36,0%	30,2%	100,0%
	Total	36,6%	36,1%	27,3%	100,0%
Alcool	1,00 Très positif	20,1%	22,0%	57,9%	100,0%
	2,00 Positif	17,5%	25,9%	56,6%	100,0%
	3,00 Négatif	13,7%	26,1%	60,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	14,1%	22,3%	63,6%	100,0%
	Total	16,5%	24,1%	59,4%	100,0%
Matières grasses et produits contenant des matières grasses	1,00 Très positif	38,9%	33,1%	28,0%	100,0%
	2,00 Positif	28,9%	40,1%	30,9%	100,0%
	3,00 Négatif	27,5%	42,0%	30,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	25,4%	37,0%	37,6%	100,0%
	Total	30,2%	38,0%	31,8%	100,0%
Viande rouge	1,00 Très positif	62,3%	25,9%	11,8%	100,0%
	2,00 Positif	49,5%	34,9%	15,7%	100,0%
	3,00 Négatif	51,4%	35,7%	12,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	55,8%	32,5%	11,7%	100,0%
	Total	54,6%	32,2%	13,2%	100,0%
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques,...)	1,00 Très positif	55,4%	27,1%	17,5%	100,0%
	2,00 Positif	44,2%	36,8%	19,0%	100,0%
	3,00 Négatif	42,5%	38,5%	19,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	40,6%	41,6%	17,8%	100,0%
	Total	45,7%	35,9%	18,3%	100,0%
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	1,00 Très positif	23,0%	25,5%	51,5%	100,0%
	2,00 Positif	18,0%	28,0%	54,0%	100,0%
	3,00 Négatif	17,2%	28,9%	53,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	18,0%	23,1%	58,9%	100,0%
	Total	19,1%	26,4%	54,6%	100,0%
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	1,00 Très positif	35,2%	25,1%	39,7%	100,0%
	2,00 Positif	27,3%	26,2%	46,5%	100,0%
	3,00 Négatif	26,8%	22,3%	51,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	27,0%	23,8%	49,3%	100,0%
	Total	29,0%	24,5%	46,5%	100,0%

Tableau 6.23 : Répartition de la base pour une augmentation des accises sur différents produits suivant l'environnement de vie

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Produits du tabac	1 Environnement rural	14,0%	12,3%	73,7%	100,0%
	2 Village	13,9%	12,1%	74,0%	100,0%
	3 Environnement urbain	10,0%	9,5%	80,5%	100,0%
	Total	12,7%	11,3%	76,0%	100,0%
Sucre et produits contenant du sucre	1 Environnement rural	38,4%	37,2%	24,4%	100,0%
	2 Village	39,2%	35,4%	25,4%	100,0%
	3 Environnement urbain	32,7%	35,2%	32,1%	100,0%
	Total	36,9%	35,9%	27,2%	100,0%
Alcool	1 Environnement rural	19,5%	23,5%	57,0%	100,0%
	2 Village	19,0%	27,7%	53,4%	100,0%
	3 Environnement urbain	14,0%	19,3%	66,7%	100,0%
	Total	17,6%	23,6%	58,8%	100,0%
Matières grasses et produits contenant des matières grasses	1 Environnement rural	28,5%	39,9%	31,5%	100,0%
	2 Village	35,6%	35,3%	29,1%	100,0%
	3 Environnement urbain	26,0%	38,3%	35,7%	100,0%
	Total	30,2%	37,8%	32,0%	100,0%
Viande rouge	1 Environnement rural	55,6%	31,1%	13,3%	100,0%
	2 Village	58,8%	30,4%	10,7%	100,0%
	3 Environnement urbain	51,0%	33,7%	15,3%	100,0%
	Total	55,3%	31,7%	13,0%	100,0%
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques,...)	1 Environnement rural	49,7%	33,6%	16,7%	100,0%
	2 Village	46,6%	34,7%	18,7%	100,0%
	3 Environnement urbain	43,1%	36,8%	20,2%	100,0%
	Total	46,5%	35,0%	18,5%	100,0%
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	1 Environnement rural	20,1%	26,6%	53,3%	100,0%
	2 Village	21,6%	25,1%	53,3%	100,0%
	3 Environnement urbain	16,7%	24,9%	58,4%	100,0%
	Total	19,5%	25,5%	55,0%	100,0%
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	1 Environnement rural	27,3%	23,2%	49,5%	100,0%
	2 Village	32,1%	21,9%	46,0%	100,0%
	3 Environnement urbain	27,8%	26,7%	45,4%	100,0%
	Total	29,1%	23,9%	47,0%	100,0%

Tableau 6.24 : Répartition de la base pour une augmentation des accises sur différents produits suivant des éléments de style de vie malsains

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Produits du tabac	0 élément malsain	5,3%	7,8%	86,9%	100,0%
	1 élément malsain	11,7%	9,5%	78,8%	100,0%
	2 éléments malsains	14,8%	16,3%	68,9%	100,0%
	3 éléments malsains	31,5%	16,8%	51,7%	100,0%
	4 éléments malsains	30,0%	35,0%	35,0%	100,0%
	Total	12,2%	11,6%	76,2%	100,0%
Sucre et produits contenant du sucre	0 élément malsain	31,0%	39,2%	29,8%	100,0%
	1 élément malsain	36,6%	33,6%	29,7%	100,0%
	2 éléments malsains	42,4%	33,7%	23,8%	100,0%
	3 éléments malsains	48,2%	29,8%	22,0%	100,0%
	4 éléments malsains	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Total	37,2%	35,3%	27,5%	100,0%
Alcool	0 élément malsain	12,7%	21,9%	65,4%	100,0%
	1 élément malsain	16,0%	21,6%	62,4%	100,0%
	2 éléments malsains	20,9%	26,7%	52,4%	100,0%
	3 éléments malsains	25,7%	31,4%	42,9%	100,0%
	4 éléments malsains	27,5%	37,5%	35,0%	100,0%
	Total	17,0%	23,9%	59,1%	100,0%
Matières grasses ou produits contenant des matières grasses	0 élément malsain	24,9%	41,2%	33,9%	100,0%
	1 élément malsain	28,7%	36,9%	34,4%	100,0%
	2 éléments malsains	35,8%	34,8%	29,5%	100,0%
	3 éléments malsains	42,8%	30,4%	26,8%	100,0%
	4 éléments malsains	51,3%	35,9%	12,8%	100,0%
	Total	30,6%	37,3%	32,1%	100,0%
Viande rouge	0 éléments malsain	50,6%	33,2%	16,2%	100,0%
	1 élément malsain	58,0%	27,9%	14,2%	100,0%
	2 éléments malsains	56,7%	33,4%	9,9%	100,0%
	3 éléments malsains	66,9%	26,6%	6,5%	100,0%
	4 éléments malsains	81,6%	13,2%	5,3%	100,0%
	Total	56,4%	30,4%	13,1%	100,0%
Produits contenant de la caféine (comme le café, les boissons énergétiques, ...)	0 élément malsain	44,9%	33,7%	21,5%	100,0%
	1 élément malsain	45,9%	35,3%	18,8%	100,0%
	2 éléments malsains	50,0%	36,5%	13,5%	100,0%
	3 éléments malsains	51,1%	32,6%	16,3%	100,0%
	4 éléments malsains	60,5%	31,6%	7,9%	100,0%
	Total	47,2%	34,7%	18,1%	100,0%
Produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût	0 élément malsain	15,5%	27,6%	56,9%	100,0%
	1 élément malsain	18,4%	22,9%	58,7%	100,0%
	2 éléments malsains	21,8%	28,1%	50,1%	100,0%
	3 éléments malsains	25,9%	25,9%	48,3%	100,0%
	4 éléments malsains	30,0%	20,0%	50,0%	100,0%
	Total	19,0%	25,8%	55,2%	100,0%
Véhicules à moteur avec lesquels il y a de nombreux accidents	0 élément malsain	24,5%	22,0%	53,6%	100,0%
	1 élément malsain	27,1%	23,2%	49,6%	100,0%
	2 éléments malsains	35,0%	27,8%	37,2%	100,0%
	3 éléments malsains	33,8%	26,1%	40,1%	100,0%
	4 éléments malsains	35,0%	42,5%	22,5%	100,0%
	Total	28,7%	24,5%	46,8%	100,0%



## 6.4 Conclusion

La différenciation de la prime selon le risque qui ne peut être lié au comportement ou au choix personnels – appelé ici différenciation du cours de la vie – ne peut pas compter sur beaucoup de soutien.

En fonction de la forme proposée spécifiquement, 6 à 14 % des personnes interrogées en sont partisans. Le soutien est nettement plus fort chez les jeunes que chez les personnes âgées, manifestement plus important aussi chez les Francophones que chez les Néerlandophones, chez les opposants que chez les partisans de l'Etat-providence et chez les travailleurs indépendants par rapport aux travailleurs salariés.

Bien que le soutien ne soit pas globalement important, il est tout de même surprenant de trouver du soutien pour la thèse selon laquelle celui qui est souvent ou longtemps malade devrait contribuer davantage. Une telle position va en effet à l'encontre de l'esprit de notre assurance maladie obligatoire et solidaire. En outre, les personnes de faible santé (les 20 % présentant le plus de problèmes de santé) rencontrent déjà dans un cas sur cinq d'importants problèmes d'accessibilité. Confrontées à des dépenses médicales, elles atteignent ou franchissent le seuil de pauvreté. Toutefois, 20 % des personnes âgées entre 18 et 25 ans et 20 % des Francophones sont d'avis que ce sont précisément ces personnes qui devraient contribuer davantage.

Le soutien de la différenciation du style de vie, selon les risques liés à un style de vie dont on suppose qu'il est la conséquence d'un libre choix, est beaucoup plus important. Ce type de différenciation peut compter sur le soutien d'un quart à un (large) tiers de la population. Même en faisant référence au propre enfant ou partenaire, le soutien pour l'une ou l'autre forme de différenciation grimpe cependant jusqu'à 25 %.

Parce que la différenciation du style de vie est parfois présentée comme une mesure préventive, on a également examiné dans ce chapitre s'il y a une base pour augmenter les accises sur les produits nuisibles à la santé. C'est le cas pour ces produits déjà frappés par de lourdes accises : le tabac, l'alcool et les véhicules à moteur (dangereux). Cette petite liste est complétée par les produits contenant beaucoup de colorants et exhausteurs de goût. Pour une majorité de la population, les accises sur tous ces produits peuvent être augmentées. Une majorité n'est cependant pas partisane d'une augmentation des accises sur les matières grasses, le sucre, les produits contenant de la caféine et la viande rouge.

L'attitude par rapport à l'augmentation des accises est assez fortement influencée par trois facteurs : les personnes âgées en sont partisans dans une plus grande mesure que les jeunes, les personnes qui vivent sainement en sont de plus chaudes partisans que les personnes dont le style de vie est moins sain, et les personnes ayant une attitude négative vis-à-vis de l'Etat-providence en sont également de ferventes partisans.

## 7 Chapitre 7, Travail, incapacité de travail et activation

### 7.1 Causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail

Les personnes interrogées ont été sondées sur les causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail (cf. tableau 7.1). Une dizaine d'explications possibles ont été présentées à cet effet. L'objectif était que celles-ci reflètent trois types d'explications possibles. Une première impute l'augmentation à une baisse de la motivation au travail, la deuxième à une augmentation de l'incertitude et la troisième à une augmentation de la pression du travail.

Dans le premier cas, il s'agit d'affirmations du type « Les gens n'aiment plus travailler et ça les fait tomber malades plus vite », « Il y a de plus en plus de paresseux qui se font rapidement porter pâles » et « Les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants ». Deux de ces affirmations suscitent pratiquement autant de réactions positives que négatives. En ce qui concerne les paresseux qui sont de plus en plus nombreux à se porter pâles, 55% sont d'accord et 19% ne sont pas d'accord. Entre un tiers et la moitié de la population partage donc ce point de vue.

Tableau 7.1: Causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail (en %) selon la population belge (N: 2.051)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Entre les deux	D'accord	Tout à fait d'accord	(Tout à fait) d'accord / Pas(du tout) d'accord
Les gens n'aiment plus travailler et ça les fait tomber malades plus vite	7,7	28,1	32,3	24,3	7,6	0,9
Les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants	8,2	25,5	26,8	28,5	10,9	1,2
La crise économique rend les gens malades	3,0	20,0	35,4	32,2	9,3	1,8
Beaucoup de gens vivent dans l'incertitude, ce qui les rend malades	2,8	18,2	36,7	33,7	8,6	2,0
Beaucoup de personnes travaillent dans des conditions qui les rendent malades	1,7	15,5	39,6	33,1	10,0	2,5
Il y a de plus en plus de paresseux qui se font rapidement porter pâles	4,3	14,4	26,6	34,8	19,8	2,9
Le rythme du travail est trop intense	2,1	10,7	35,0	39,0	13,3	4,1
On exige toujours plus des gens dans leur travail	3,7	10,7	22,0	45,6	18,0	4,4
Le travail, mais aussi la vie en général, sont devenus trop compliqués	2,2	10,6	27,3	47,5	12,5	4,7
Beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail	1,6	7,3	21,8	50,6	18,5	7,7

L'explication en termes d'incertitude reçoit à peu près autant de soutien. L'affirmation selon laquelle la crise économique rend les gens malades est approuvée par 42% des personnes interrogées contre 23% qui ne sont pas d'accord. Selon 42%, trop de gens

vivent dans l'incertitude, ce qui les rend malades. Cette affirmation est rejetée par 21% des personnes interrogées.

L'explication qui peut compter sur le plus grand soutien attribue l'augmentation de l'incapacité de travail à l'augmentation de la pression du travail et au stress. Quatre à sept fois plus de personnes considèrent comme importantes les explications qui attribuent l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail à un rythme de travail trop intense, une augmentation générale de la pression dans la vie, aux exigences élevées imposées aux gens et au stress au travail. L'affirmation « beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail » a reçu l'approbation de 69% des personnes interrogées et est rejetée par 9%. Il est évident qu'il s'agit d'une explication largement partagée par la population.

Grâce à une analyse principale des composants, il a été vérifié si les trois explications proposées ressortent également des modèles de réponse des personnes interrogées (cf. tableau 7.2). C'est loin d'être le cas. Les personnes interrogées semblent considérer l'explication en termes d'incertitude et l'explication en termes d'augmentation de la pression du travail comme une même explication. Elles font en fait la distinction entre une explication en termes de motivation de personnes et une explication en termes de facteurs économiques. La dernière explication compte beaucoup plus de partisans que la première.

Tableau 7.2: Analyse principale des composants selon les causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail

	Composante 1	Composante 2
Beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail	<b>,809</b>	-,112
Le rythme du travail est trop intense	<b>,778</b>	-,053
On exige toujours plus des gens dans leur travail	<b>,755</b>	-,139
La crise économie rend les gens malades	<b>,748</b>	,154
Beaucoup de gens vivent dans l'incertitude, ce qui les rend malades	<b>,730</b>	,139
Beaucoup de personnes travaillent dans des conditions qui les rendent malades	<b>,721</b>	,021
Le travail, mais aussi la vie en général, sont devenus trop compliqués	<b>,615</b>	,192
Les gens n'aiment plus travailler et ça les fait tomber malades plus vite	,011	<b>,799</b>
Il y a de plus en plus de paresseux qui se font rapidement porter pâles	-,115	<b>,779</b>
Les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants	,222	<b>,740</b>
Valeur propre	3,882	1,908
Alpha de Cronbach	,863	,687

Note: les chargements des composantes sont obtenus après une rotation oblique

## 7.2 Analyse des deux explications de l'augmentation de l'incapacité de travail

### 7.2.1 Augmentation de l'incapacité de travail en raison d'une baisse des dispositions à travailler

L'affirmation selon laquelle les personnes sont de moins en moins disposées à travailler entraînant ainsi une augmentation du nombre d'invalides s'explique parfaitement en termes de caractéristiques qui sont ici contrôlées ( $R^2=30\%$ ) (cf. tableau 7.3).

Tableau 7.3 : Analyse de régression linéaire selon les causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison d'une baisse des dispositions à travailler (N: 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Francophone (réf.: Néerlandophone)	-,053	**
Style de vie malsain	,047	*
Position économique	,078	***
Formation	-,130	***
Préférence en matière de média Néerlandophones (populaire)	,069	***
Préférence en matière de média Francophones (haute utilisation des médias)	-,036	*
Faible utilisation d'Internet	,062	***
Attitude négative face à l'État-providence	,477	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,301	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significatif

L'affirmation selon laquelle l'augmentation de l'incapacité de travail est due à une baisse de la motivation au travail est davantage soutenue par les personnes peu qualifiées que les personnes hautement qualifiées, davantage par les personnes dans une bonne situation économique, les néerlandophones ayant une préférence pour les médias populaires, les personnes qui utilisent peu Internet, davantage par les néerlandophones que les francophones et davantage par les personnes en mauvaise santé que les personnes en bonne santé. L'effet le plus ressenti est de loin celui de l'attitude face à l'État-providence. Les personnes qui adoptent une attitude négative face à l'État-providence parce qu'elles sont d'avis que ce dernier présentent plusieurs inconvénients comme le frein à la croissance économique, l'oisiveté et l'irresponsabilité, sont également d'avis que l'augmentation de l'incapacité de travail est une conséquence de la baisse des dispositions à travailler. Les liens plus forts, selon le niveau de formation et l'attitude face à l'État-providence, sont décrits plus en détail dans les tableaux 7.4 et 7.5.

Tableau 7.4 : Explication de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison d'une baisse des dispositions à travailler, selon le niveau de formation

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants	1,00 Faible	23,5%	24,7%	51,7%	100,0%
	2,00 Moyen	31,0%	30,0%	39,0%	100,0%
	3,00 Élevé	50,3%	23,3%	26,4%	100,0%
	Total	34,2%	26,3%	39,6%	100,0%
Les gens n'aiment plus travailler et ça les fait tomber malades plus vite	1,00 Faible	30,3%	32,4%	37,2%	100,0%
	2,00 Moyen	36,2%	33,3%	30,5%	100,0%
	3,00 Élevé	41,4%	30,8%	27,7%	100,0%
	Total	35,8%	32,3%	32,0%	100,0%
Il y a de plus en plus de paresseux qui se font rapidement porter pâles	1,00 Faible	13,0%	23,9%	63,1%	100,0%
	2,00 Moyen	17,6%	29,5%	52,9%	100,0%
	3,00 Élevé	26,6%	26,2%	47,2%	100,0%
	Total	18,7%	26,6%	54,7%	100,0%

Parmi les personnes peu qualifiées, 63% estiment qu'il y a de plus en plus de paresseux, 52% estiment que les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants et 37% sont d'avis que les gens n'aiment plus travailler et tombent donc malades plus vite (cf. tableau 7.4). Chez les personnes hautement qualifiées, les pourcentages sont sensiblement moins élevés: 47 au lieu de 63, 26 au lieu de 52 et 28 au lieu de 37.

Les différences entre le quart de la population avec l'attitude la plus négative et l'attitude la plus positive face à l'État-providence sont particulièrement importantes (cf. tableau 7.5). Parmi le quart de la population affichant l'attitude la plus négative, une majorité manifeste voire écrasante approuve les affirmations imputant l'augmentation de l'incapacité de travail à une baisse des dispositions à travailler. 53% estiment que les gens n'aiment plus travailler et tombent donc malades plus vite, 56% sont d'avis que les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants et 85% considèrent qu'il y a de plus en plus de paresseux. Dans ce groupe, ces affirmations sont respectivement rejetées par 21, 23 et 5%. Ces affirmations comptent beaucoup moins d'adeptes parmi les personnes qui adoptent une attitude positive par rapport à l'État-providence. 13% sont d'avis que les gens n'aiment plus travailler et sont donc plus rapidement malades, 24% estiment que les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants et 22% considèrent qu'il y a de plus en plus de paresseux. Au sein de ce groupe, ces affirmations sont respectivement rejetées par 61, 52 et 49%. Le fait qu'il y a de plus en plus de paresseux et que le nombre d'invalides s'en trouve augmenté est clairement l'affirmation la plus répandue. 55% de la population dans son ensemble sont d'accord avec cette affirmation.

Tableau 7.5 : Explication de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison d'une baisse des dispositions à travailler selon l'attitude face à l'État-providence

		Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait)d'accord	Total
Les jeunes gens d'aujourd'hui sont moins résistants	1,00 Très positif	52,4%	23,5%	24,1%	100,0%
	2,00 Positif	35,2%	33,6%	31,2%	100,0%
	3,00 Négatif	26,6%	28,4%	45,1%	100,0%
	4,00 Très négatif	23,4%	20,4%	56,2%	100,0%
	Total	34,7%	26,7%	38,6%	100,0%
Les gens n'aiment plus travailler et ça les fait tomber malades plus vite	1,00 Très positif	61,0%	25,8%	13,2%	100,0%
	2,00 Positif	35,4%	42,0%	22,7%	100,0%
	3,00 Négatif	26,1%	36,6%	37,3%	100,0%
	4,00 Très négatif	20,7%	26,0%	53,3%	100,0%
	Total	36,0%	32,9%	31,1%	100,0%
Il y a de plus en plus de paresseux qui se font rapidement porter pâles	1,00 Très positif	49,1%	28,9%	21,9%	100,0%
	2,00 Positif	13,5%	39,9%	46,6%	100,0%
	3,00 Négatif	6,3%	24,8%	68,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	4,6%	10,9%	84,5%	100,0%
	Total	18,5%	26,8%	54,7%	100,0%

### 7.2.2 *Augmentation de l'incapacité de travail en raison d'une augmentation de la pression du travail et de l'incertitude (économique)*

La mesure dans laquelle des personnes soutiennent cette explication peut moins bien s'expliquer que le soutien de la thèse selon laquelle l'augmentation de l'incapacité de travail est liée à une baisse de la motivation au travail (cf. tableau 7.6). Cette explication est cependant plausible en soi ( $R^2=18\%$ ). La thèse que l'augmentation de l'incapacité de travail est une conséquence de l'incertitude et de la pression du travail trouve davantage d'écho auprès des personnes en moins bonne santé, chez les femmes que chez les hommes, chez les personnes peu qualifiées que chez les personnes hautement qualifiées, auprès des personnes ayant une faible position économique et des isolés. Elle rencontre moins de succès chez les travailleurs indépendants et chez les personnes qui adoptent une attitude négative par rapport à l'État-providence. Les deux principaux effets sont toutefois ceux de la vision d'avenir et de la conception de l'égalité. Les personnes qui nourrissent des perspectives d'avenir négatives sont plus sensibles à cette explication. Apparemment, elles considèrent l'incertitude dont elles sont elles-mêmes victimes comme une explication plausible de la maladie et de l'incapacité de travail. L'explication principale est celle qui vise le principe d'égalité ( $\beta=0,27$ ). Les personnes qui estiment qu'il y a encore trop d'inégalités dans cette société et qui sont d'avis que les pouvoirs publics doivent intervenir pour garantir une plus grande égalité sont tentées de chercher l'explication de l'augmentation de l'incapacité de travail dans les relations du travail, l'augmentation de la pression du travail, le stress et l'incertitude économique. Ces deux relations plus fortes sont expliquées plus en détail dans les tableaux 7.7 et 7.8.

Tableau 7.6 : Analyse de la régression linéaire selon les causes l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison d'une augmentation de la pression du travail et de l'incertitude (N: 2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
°Homme (réf.: femme)	-,093	***
°Francophone (réf.: néerlandophone)	-,057	**
Mauvaise santé	,097	***
Position économique	,089	***
Secteur d'emploi (réf.: indépendant)		
°Secteur privé	,080	***
°Secteur public	,075	**
Formation	-,064	**
Perspective d'avenir négative	,111	***
Attitude négative face à l'Etat-providence	-,082	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	,266	***
Composition de ménage (réf.: avec partenaire et enfant(s))		
°Avec partenaire sans enfant	,022	n.s.
°Isolé avec enfant(s)	,017	n.s.
°Isolé	,064	**
°A déjà bénéficié d'un revenu de remplacement (réf.: jamais)	,058	**
Adjusted R <sup>2</sup>		,184

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Cette explication peut généralement compter sur un large soutien. Les différentes affirmations emportent l'approbation de 38 (la crise économique rend les gens malades) à 69 % (beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail) des personnes interrogées. Cette approbation est encore plus marquée chez les personnes qui nourrissent des perspectives d'avenir négatives. Entre 49% (beaucoup de gens vivent dans l'incertitude, ce qui les rend malades) et 79% (beaucoup de gens travaillent dans des conditions qui les rendent malades) (cf. tableau 7.7) y adhèrent.

Tableau 7.7 : Explication de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison du stress et de l'incertitude selon les perspectives d'avenir

		Pas(du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
On exige toujours plus des gens dans leur travail	1,00 Très positif	20,9%	25,0%	54,1%	100,0%
	2,00 Positif	15,1%	25,7%	59,3%	100,0%
	3,00 Négatif	10,7%	25,1%	64,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	13,1%	12,8%	74,1%	100,0%
	Total	14,9%	22,2%	62,9%	100,0%
Beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail	1,00 Très positif	12,9%	26,3%	60,8%	100,0%
	2,00 Positif	8,9%	25,7%	65,4%	100,0%
	3,00 Négatif	7,6%	23,2%	69,2%	100,0%
	4,00 Très négatif	6,8%	14,3%	79,0%	100,0%
	Total	9,0%	22,3%	68,6%	100,0%
La crise économique rend les gens malades	1,00 Très positif	33,2%	38,6%	28,1%	100,0%
	2,00 Positif	26,0%	39,9%	34,2%	100,0%
	3,00 Négatif	24,4%	34,6%	41,0%	100,0%
	4,00 Très négatif	19,1%	30,7%	50,3%	100,0%
	Total	25,7%	35,9%	38,4%	100,0%



Tableau 7.7 : Explication de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison du stress et de l'incertitude selon les perspectives d'avenir (suite)

		Pas(du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
Beaucoup de gens vivent dans l'incertitude et ça les rend malades	1,00 Très positif	30,1%	37,7%	32,2%	100,0%
	2,00 Positif	22,3%	40,8%	36,9%	100,0%
	3,00 Négatif	24,2%	37,2%	38,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	16,4%	34,8%	48,7%	100,0%
	Total	23,3%	37,7%	39,1%	100,0%
Le travail, mais aussi la vie en général, sont devenus trop compliqués	1,00 Très positif	18,3%	29,0%	52,7%	100,0%
	2,00 Positif	12,5%	34,5%	53,0%	100,0%
	3,00 Négatif	12,5%	32,1%	55,5%	100,0%
	4,00 Très négatif	10,6%	21,7%	67,8%	100,0%
	Total	13,5%	29,3%	57,2%	100,0%
Le rythme du travail est trop intense	1,00 Très positif	20,6%	36,3%	43,1%	100,0%
	2,00 Positif	13,2%	40,9%	45,9%	100,0%
	3,00 Négatif	13,1%	38,3%	48,6%	100,0%
	4,00 Très négatif	10,1%	27,7%	62,2%	100,0%
	Total	14,2%	35,8%	50,0%	100,0%
Beaucoup de gens travaillent dans des conditions qui les rendent malades	1,00 Très positif	26,4%	41,1%	32,5%	100,0%
	2,00 Positif	18,5%	50,2%	31,3%	100,0%
	3,00 Négatif	17,8%	38,3%	43,9%	100,0%
	4,00 Très négatif	13,3%	28,6%	58,1%	100,0%
	Total	19,0%	39,6%	41,4%	100,0%

L'égalitarisme joue un rôle important dans la mesure dans laquelle cette explication est acceptée (cf. tableau 7.8). Dans le quart de la population le plus à gauche (le quart qui est le plus grand partisan de l'égalité et de la répartition), les différentes affirmations peuvent compter sur une large approbation, variant de 83% (beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail) à 53% (beaucoup de gens vivent dans l'incertitude, ce qui les rend malades). Toutefois, le diagnostic selon lequel la pression du travail et le stress rendent les gens malades est également partagé dans une large mesure par le quart le plus à droite de la population. Plus de 50% d'entre eux sont également d'accord sur ces affirmations. Les items spécifiques qui emportent moins l'approbation de ce groupe de personnes sont les suivantes : beaucoup de gens vivent dans l'incertitude et ça les rend malades (25% soutiennent cette affirmation et 29% la rejettent et une grande partie hésite) et la crise économique rend les gens malades (23% soutiennent cette affirmation et 35% la rejettent expressément). Donc, même s'il est constaté que le clivage gauche-droite a un effet important sur la mesure dans laquelle l'augmentation du stress et l'incertitude sont invoquées comme explication pour l'augmentation de l'incapacité de travail, cette explication emporte toutefois une large approbation sur tout le spectre gauche-droite, surtout au niveau des thèses qui portent spécifiquement sur les effets de l'augmentation de la pression du travail et du stress et moins sur les effets de l'incertitude et de la crise économique.

Tableau 7.8 : Explication de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail en raison du stress et de l'incertitude selon la position sur l'ancienne ligne de fracture

		Pas(du tout) d'accord	Entre les deux	(Tout à fait) d'accord	Total
On exige toujours plus des gens dans leur travail	1,00 à droite	21,9%	26,4%	51,6%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	13,8%	29,2%	57,1%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	12,0%	21,5%	66,4%	100,0%
	4,00 à gauche	8,4%	12,7%	78,9%	100,0%
	Total	14,3%	22,6%	63,1%	100,0%
Beaucoup de gens sont malades à cause du stress au travail	1,00 à droite	13,7%	30,5%	55,7%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	9,1%	27,0%	63,9%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	7,2%	21,0%	71,7%	100,0%
	4,00 à gauche	7,4%	10,1%	82,5%	100,0%
	Total	9,6%	22,4%	68,0%	100,0%
La crise économique rend les gens malades	1,00 à droite	34,8%	41,9%	23,3%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	24,5%	37,4%	38,1%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	23,2%	35,3%	41,5%	100,0%
	4,00 à gauche	15,3%	27,0%	57,7%	100,0%
	Total	24,7%	35,5%	39,8%	100,0%
Beaucoup de gens vivent dans l'incertitude et ça les rend malades	1,00 à droite	29,0%	46,0%	24,9%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	22,9%	37,6%	39,5%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	19,3%	35,6%	45,1%	100,0%
	4,00 à gauche	17,3%	28,9%	53,8%	100,0%
	Total	22,5%	37,3%	40,2%	100,0%
Le travail, mais aussi la vie en général, sont devenus trop compliqués	1,00 à droite	18,9%	33,5%	47,6%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	12,2%	30,8%	57,0%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	9,1%	29,2%	61,7%	100,0%
	4,00 à gauche	11,4%	17,8%	70,8%	100,0%
	Total	13,4%	27,8%	58,8%	100,0%
Le rythme du travail est trop intense	1,00 à droite	20,4%	37,9%	41,8%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	13,2%	41,0%	45,8%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	12,2%	38,7%	49,1%	100,0%
	4,00 à gauche	7,6%	24,2%	68,2%	100,0%
	Total	13,6%	35,1%	51,3%	100,0%
Beaucoup de gens travaillent dans des conditions qui les rendent malades	1,00 à droite	28,1%	45,4%	26,5%	100,0%
	2,00 Plutôt à droite	17,0%	45,6%	37,3%	100,0%
	3,00 Plutôt à gauche	18,2%	38,0%	43,8%	100,0%
	4,00 à gauche	9,0%	29,6%	61,4%	100,0%
	Total	18,2%	40,0%	41,8%	100,0%

En bref, deux types d'explication sont avancées au sein de la population pour expliquer l'augmentation de l'incapacité de travail. La première attribue cette augmentation à une baisse des dispositions à travailler, la seconde l'attribue à des circonstances économiques comme l'augmentation de la pression du travail, le stress et l'incertitude. La deuxième explication compte beaucoup plus de partisans que la première et peut compter sur une majorité de la population. La première explication, en termes de baisse de motivation au travail, trouve surtout un écho parmi les personnes ayant une attitude négative face à l'État-providence et les personnes peu formées. La deuxième explication, qui attribue l'augmentation à une accentuation de la pression du travail et à l'incertitude, a le soutien d'une majorité de la population mais emporte surtout l'approbation de personnes ayant des perspectives d'avenir incertaines ou une position de gauche. Sur la question de

savoir si l'incertitude joue un rôle important, les gens de droite sont très partagés, une petite majorité d'entre eux rejetant cette affirmation spécifique.

### 7.3 Le montant de l'indemnité d'invalidité

Dans l'enquête, une question a également été posée sur le montant auquel devrait s'élever l'indemnité d'invalidité selon les personnes interrogées. En outre, il était clair qu'il s'agissait du montant net disponible. À cette question deux personnes interrogées ont donné une réponse fort divergente. Selon l'une d'elles, on devait infliger une amende aux personnes invalides à hauteur de 1.700 EUR par mois. Selon l'autre, ils méritaient un bonus de 100.000 EUR par mois. Les deux réponses n'ont pas été prises en compte lors du calcul (cf. tableau 7.9).

Tableau 7.9: Montant du revenu de remplacement en cas d'invalidité

Moyenne	€1.457,50
Écart standard	€485,38

La moyenne des montants donnés par les personnes interrogées est de 1.457,50 EUR, avec un écart standard de 485 EUR (cf. tableau 2). Cela signifie que pour 66% de la population, l'indemnité devrait s'élever entre 1.000 et 1.900 EUR. Il s'agit évidemment d'une estimation approximative qui ne tient pas compte de la situation familiale, mais le résultat correspond assez bien au montant actuel des indemnités.

Tableau 7.10: Analyse de la régression linéaire selon le montant auquel devrait s'élever le revenu de remplacement en cas d'invalidité (n : 2.148)

	B	β	Sig.
(Constant)	1.237,13		***
Âge	2,86	,115	***
°Homme (réf.: femme)	115,83	,139	***
Secteur d'emploi (réf.: indépendant)			
°Secteur privé	-37,06	-,040	n.s.
°Secteur public	-66,16	-,062	*
Formation	23,18	,073	***
Perspective d'avenir négative	25,11	,053	*
Faible utilisation d'Internet	-7,98	-,052	*
Composition du ménage (réf.: avec partenaire et enfant(s))			
°Avec partenaire sans enfant	49,62	-,057	*
°Isolé(e) avec enfant(s)	-56,48	-,023	n.s.
°Isolé(e)	-4,56	-,004	n.s.
Adjusted R <sup>2</sup>		,035	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Toutes les caractéristiques contrôlées expliquent seulement un petit 4% de la variation du montant que devrait avoir le revenu de remplacement selon les personnes interrogées (cf. tableau 7.10). Il existe plusieurs petites influences, mais seulement deux sont relativement importantes. Selon les hommes, le revenu de remplacement peut être

supérieur de 116 EUR par mois par rapport aux femmes. Selon les personnes plus âgées, le revenu de remplacement peut également être plus élevé que pour les jeunes. Pour chaque année où l'on devient plus vieux, on estime que le revenu de remplacement peut augmenter de 2,86 EUR par mois. En ce qui concerne les autres variables, il s'agit d'effets insignifiants.

#### 7.4 Remise au travail

On a également demandé aux personnes interrogées si des efforts particuliers doivent être fournis pour aider les personnes invalides ou en incapacité de travail à trouver un travail adapté. Une très large majorité estime que les employeurs et les sociétés doivent offrir un travail adapté à ces personnes afin qu'elles puissent reprendre le travail (cf. tableau 7.11). 73% adoptent ce point de vue, seules 6% ne sont pas d'accord ; 21% d'entre elles ne se prononcent pas sur la question.

En ce qui concerne la question de savoir si les mutualités et les pouvoirs publics doivent fournir davantage d'efforts pour remettre malgré tout au travail les personnes invalides, les avis sont plus partagés. 40% d'entre elles estiment que oui, 21% estiment que non et pas moins de 39% hésitent, ce qui accentue davantage la discorde.

Tableau 7.11: Attitudes (en %) de la population belge face à la politique d'activation par rapport aux invalides (N=2.181)

	Pas (du tout) d'accord	Entre les deux	(tout à fait) d'accord
Les mutualités et les pouvoirs publics devraient faire plus d'efforts pour remettre malgré tout au travail les personnes qui sont invalides.	20,6	39,3	40,1
Les employeurs et sociétés devraient donner un travail adapté aux personnes invalides, afin que celles-ci puissent reprendre le travail.	5,8	21,4	72,8

Étant donné qu'une majorité particulièrement importante (73% contre 6%) estime que les employeurs doivent fournir des efforts pour donner un travail adapté aux invalides, on n'a pas davantage contrôlé quels groupes étaient favorables ou non à cette mesure. Cela a toutefois été fait pour les opinions sur le rôle des mutualités et des pouvoirs publics (cf. tableau 7.12).

Tableau 7.12 : Analyse de la régression logistique selon l'attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics (n : 1.027)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	2,937	**
Âge	,981	***
°Francophone (réf.: néerlandophone)	,294	***
Mauvaise position au niveau de la santé	,742	***
Formation	1,372	***
Attitude négative face à la sécurité sociale	1,943	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,284	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Comme le révèle le tableau 7.12, les partisans et les opposants à une politique d'activation par les mutualités et les pouvoirs publics peuvent très bien se différencier au niveau de certaines caractéristiques ( $R^2 = 28\%$ ). Les partisans sont jeunes, plutôt néerlandophones que francophones, jouissent d'une bonne santé, sont plus qualifiés, et ont une conception plutôt négative de l'Etat-providence. Ces différents liens sont maintenant décrits plus en détail.

Les partisans de la politique d'activation sont surtout les jeunes âgés de 18 à 25 ans (48% pour, 13% contre) et de 26 à 35 ans (53% pour et 18% contre) (cf. tableau 7.13).

Tableau 7.13: Attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics en fonction de l'âge

	1,00 Pas (du tout) d'accord	2,00 Entre les deux	3,00 (Tout à fait) d'accord	Total
1,00 18 à 25 ans	13,0%	39,4%	47,6%	100,0%
2,00 26 à 35 ans	17,9%	29,3%	52,8%	100,0%
3,00 36 à 45 ans	18,1%	43,2%	38,7%	100,0%
4,00 46 à 55 ans	22,9%	40,7%	36,4%	100,0%
5,00 56 à 65 ans	24,3%	40,8%	34,9%	100,0%
6,00 66 à 75 ans	23,3%	41,0%	35,6%	100,0%
Total	20,6%	39,3%	40,1%	100,0%

Parmi les néerlandophones, les partisans de la politique d'activation sont plus de 3 fois aussi nombreux que les opposants (48% contre 14%). Parmi les francophones, ces groupes sont pratiquement identiques (29,4 et 29,5%).

Tableau 7.14: Attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics en fonction de la communauté linguistique

	1,00 Pas (du tout) d'accord	2,00 Entre les deux	3,00 (Tout à fait) d'accord	Total
,00 néerlandophone	14,2%	37,9%	47,9%	100,0%
1,00 francophone	29,5%	41,1%	29,4%	100,0%
Total	20,7%	39,3%	40,1%	100,0%

Parmi les personnes peu qualifiées, 32% sont d'accord sur la politique d'activation et 28% ne le sont pas. Ici aussi, les deux groupes ne sont donc pas fort différents. Toutefois, parmi les personnes hautement qualifiées, 52% sont d'accord et seulement 13% ne le sont pas (cf. tableau 7.15).

Tableau 7.15: Attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics en fonction du niveau de formation

	1,00 Pas (du tout) d'accord	2,00 Entre les deux	3,00 (Tout à fait) d'accord	Total
Faible 1,00	27,5%	40,6%	31,9%	100,0%
Moyen 2,00	19,3%	41,0%	39,7%	100,0%
Élevé 3,00	12,9%	35,1%	52,1%	100,0%
Total	20,2%	39,2%	40,6%	100,0%

Pour ce qui est du quart des personnes qui se montrent très positives quant à l'Etat-providence, on constate davantage d'opposants à la politique d'activation (35%) que de partisans (25%). Pour ce qui est du quart des personnes qui se montrent le plus négatives, 53% sont partisans d'une telle politique et seulement 15% s'y opposent (cf. tableau 7.16).

Tableau 7.16: Attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics en fonction de l'attitude face à l'Etat-providence

	1,00 Pas (du tout) d'accord	2,00 Entre les deux	3,00 (Tout à fait) d'accord	Total
1,00 Très positif	34,9%	39,9%	25,3%	100,0%
2,00 Positif	18,0%	44,8%	37,2%	100,0%
3,00 Négatif	12,3%	38,5%	49,3%	100,0%
4,00 Très négatif	14,9%	32,5%	52,6%	100,0%
Total	20,2%	39,2%	40,7%	100,0%

L'état de santé a également un effet sur le point de vue vis-à-vis de la politique d'activation (cf. tableau 7.17). Parmi les 20% de personnes en meilleure santé, on compte beaucoup plus de partisans que d'opposants, 48% contre 14%. Parmi les 20% de personnes présentant le plus de problèmes de santé, les partisans et les opposants sont davantage en équilibre, 31% contre 25%.

Tableau 7.17: Attitude face à la politique d'activation d'invalides par les mutualités et les pouvoirs publics en fonction de l'état de santé

	1,00 Pas (du tout) d'accord	2,00 Entre les deux	3,00 (Tout à fait) d'accord	Total
1,00 en très bonne santé	13,6%	38,5%	48,0%	100,0%
5,00 en très mauvaise santé	25,4%	43,9%	30,6%	100,0%
Total	18,8%	39,2%	42,0%	100,0%

Bref, sur la question de savoir si les mutualités et les pouvoirs publics doivent mener une politique d'activation en ce qui concerne les personnes en incapacité de travail, quasi 40% ne se prononcent pas. Les 60% qui se prononcent sont partagés entre 40% de partisans et 20% d'opposants. Les partisans sont plus jeunes, plus qualifiés et en meilleure santé que les opposants. Ils sont également beaucoup plus nombreux parmi les néerlandophones que les francophones et plus nombreux parmi ceux qui se montrent moins positifs vis-à-vis de l'Etat-providence que parmi les défenseurs de ce dernier.

## 7.5 Conclusion

En ce qui concerne l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail, deux modèles explicatifs différents sont avancés par la population. Le premier attribue cette augmentation à une démotivation au travail : les gens ne travaillent plus avec plaisir et tombent de ce fait plus rapidement malades, il y a de plus en plus de personnes qui se débrouillent. En fonction de l'item spécifique, cette explication est avancée par 30

à 50 % de la population. Le deuxième modèle explicatif situe l'origine de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail dans l'incertitude causée par la crise économique et par l'augmentation du stress et de la pression du travail. Alors que l'incertitude et les exigences professionnelles de plus en plus impérieuses peuvent également être vues comme des explications, les répondants considèrent qu'il s'agit d'une seule et même explication. Les items qui mentionnent l'incertitude comme une des causes de l'incapacité de travail reçoivent l'assentiment de 40 % des répondants. L'explication selon laquelle l'augmentation de l'incapacité de travail est due au caractère de plus en plus exigeant du travail et à l'augmentation du stress est avancée par 60 à 70 % des personnes interrogées. Ces personnes ne mentionnent d'ailleurs pas uniquement le caractère exigeant du travail, mais plutôt la pression de la vie quotidienne en général. Une grande majorité des personnes voit donc dans l'organisation quotidienne de la vie et du travail une source importante d'incapacité de travail.

La thèse selon laquelle l'augmentation de l'incapacité de travail résulte d'une démotivation au travail trouve plus d'écho dans les couches de population peu qualifiées que chez les citoyens plus qualifiés ; elle trouve plus de partisans chez les personnes ayant une bonne position économique, chez les néerlandophones qui ont une préférence médiatique populaire, chez les personnes n'utilisant que peu Internet ; elle est plus souvent avancée par les néerlandophones que par les francophones et plus souvent aussi par les personnes en mauvaise santé que par celles en bonne santé. L'effet de loin le plus important est celui de l'attitude à l'égard de l'État-providence. Les personnes qui ont un avis négatif sur l'État-providence parce qu'elles estiment qu'il présente différents inconvénients (par exemple : l'État-providence freine la croissance économique et rend les citoyens paresseux et irresponsables), pensent également que l'augmentation de l'incapacité de travail est une conséquence d'une atténuation de la disposition à travailler.

L'explication en termes d'incertitude et de stress reçoit d'une façon générale un large écho. Pourtant, cette explication est encore davantage soutenue par les personnes qui sont confrontées elles-mêmes à une incertitude économique. Elle est également avancée dans une plus large mesure par les mêmes personnes qui sont d'avis qu'il y a encore trop d'inégalités dans notre société et qu'il faut tendre à plus d'égalité.

Selon les répondants, l'indemnité d'invalidité peut s'élever en moyenne à 1.457,50 EUR par mois, avec un écart-type de 485 EUR. Cela signifie que pour 66 % de la population, l'indemnité devrait être comprise entre 1.000 et 1.900 EUR. Il s'agit naturellement d'une

estimation brute qui ne tient pas compte de la situation familiale, mais ce résultat correspond assez bien au montant actuel des indemnités.

On a aussi demandé aux répondants si des efforts particuliers devaient être fournis pour aider les personnes invalides ou incapables de travailler à trouver malgré tout un travail adapté. Une très large majorité, pratiquement trois quarts des répondants, estime que les employeurs et les entreprises doivent donner à ces personnes la possibilité d'effectuer un travail adapté afin qu'elles puissent recommencer à travailler. À la question de savoir si les mutualités et les pouvoirs publics doivent fournir plus d'efforts pour remettre les invalides au travail, les avis sont plus partagés. 40 % des répondants pensent que oui, 21 % sont contre et pas moins de 39 % hésitent, ce qui souligne encore plus les divergences. Par comparaison avec les opposants à une politique d'activation, ses partisans sont jeunes, plutôt néerlandophones que francophones, ils sont en bonne santé, ont une meilleure formation et ont plutôt une opinion négative sur l'État-providence.

Le caractère exigeant du travail quotidien et la pression de la vie quotidienne sont présentés comme les principales causes de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail. Les personnes qui souhaitent plus d'égalité dans la société estiment cette explication encore plus importante que les autres répondants, mais elle est avancée par une majorité de la population. Une large majorité des répondants estime que les employeurs et les entreprises ont la responsabilité d'offrir aux personnes en incapacité de travail un travail adapté, afin de leur permettre de recommencer plus rapidement à participer à la vie économique de la société. Quant à la question de savoir si les pouvoirs publics et les mutualités doivent promouvoir cette forme de participation, les avis sont divergents, mais les partisans d'une telle politique sont deux fois plus nombreux que ses opposants.



## 8 Chapitre 8, E-médecine et traitement de l'information

### 8.1 Caractère souhaitable, acceptable et plausible de l'utilisation d'informations de soins et de santé en ligne

Trois applications en ligne possibles, liées aux soins de santé, ont été présentées aux répondants :

- *Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur ce que cela va coûter environ et quel sera votre part personnelle dans ce montant.*
- *Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur dans quel hôpital aller pour obtenir le meilleur prix ou la meilleure qualité de soins.*
- *Si vous vous sentez malade, vous pourriez décrire à l'ordinateur comment vous vous sentez et répondre à une série de questions. L'ordinateur pourrait alors donner l'une des réponses suivantes : (a) vous indiquer que vous ne devez pas vous inquiéter, (b) vous délivrer une prescription, (c) vous dire d'aller consulter votre médecin généraliste ou un spécialiste.*

Il a chaque fois été demandé si les répondants estiment plausible la réalisation de cette application, s'ils considèrent qu'elle est souhaitable et s'ils l'utiliseraient eux-mêmes, le cas échéant.

#### 8.1.1 Le caractère plausible des applications

La collecte en ligne d'informations sur le coût des opérations dans différents hôpitaux est envisagée comme possible par 87 % des répondants, impossible par seulement 4 % des répondants et les 9 % restants pensent que c'est possible dans un avenir très lointain (tableau 8.1). Les 87 % qui pensent que c'est possible sont partagés comme suit : 48 % pensent que cela pourra se réaliser rapidement et 39 % sont d'avis que ce n'est pas encore pour demain. Vu que les prototypes et les applications de ce service existent déjà, l'avis de la population à ce sujet est fort conservateur. Il s'agit d'une application plausible, qui pourrait être utilisée à large échelle dans un délai assez rapide.

Des informations en ligne sur les rapports qualité/prix des différentes opérations dans différents hôpitaux sont considérées comme possibles par 79 % des répondants, la majorité d'entre eux pense toutefois que ce ne sera pas pour demain (voir tableau 8.1). 9 % pensent qu'une telle application est irréalisable et 12 % estiment que c'est possible, mais dans un avenir très lointain. Il est évident que l'on estime que la faisabilité d'une telle application est largement inférieure à celle de l'offre de simples informations concernant le coût. Plus étonnante est la faible différence entre l'estimation de la

faisabilité des informations en ligne sur le prix et celle des informations en ligne sur le rapport qualité/prix. Cela indique probablement qu'une fois que la consultation en ligne des coûts sera intégrée, la pression sera grande pour pouvoir également collecter de cette manière des informations sur le rapport qualité/prix.

Tableau 8.1 : Caractère plausible (en %) de 3 formes d'e-médecine selon la population belge (N : 1.972)

	Oui, je trouve cela possible et cela devrait arriver assez rapidement	Oui, cela me paraît possible, mais ce n'est pas pour demain	Dans un avenir très lointain	Cela n'arrivera jamais
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur ce que cela va coûter environ et quel sera votre part personnelle dans ce montant.	47,7	39,1	8,9	4,3
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur dans quel hôpital aller pour obtenir le meilleur prix ou la meilleure qualité de soins.	36,5	42,5	12,0	9,0
Si vous vous sentez malade, vous pourriez décrire à l'ordinateur comment vous vous sentez et répondre à une série de questions. L'ordinateur pourrait alors donner l'une des réponses suivantes : (a) vous indiquer que vous ne devez pas vous inquiéter, (b) vous délivrer une prescription, (c) vous dire d'aller consulter votre médecin généraliste ou un spécialiste	15,6	28,4	26,6	29,4

Les répondants croient beaucoup moins au développement d'une véritable e-médecine, telle que décrite dans la troisième application (voir tableau 8.1). 27 % pensent qu'une telle e-médecine est impossible et 29 % considèrent qu'elle est possible dans un avenir très lointain. Les 44 % restants sont d'avis que c'est bien possible mais la majorité d'entre eux (28 % du total) pensent que ce n'est quand même pas pour demain. Seuls 16 % des répondants pensent qu'un tel système pourrait être développé rapidement.

D'une façon générale, on peut dire que la population sous-estime (fortement) le caractère plausible de ces applications en ligne.

### 8.1.2 *Le caractère souhaitable des applications*

Une toute grande majorité des répondants trouve souhaitable la présentation d'informations sur le coût et sur le rapport qualité/prix des opérations, à savoir respectivement 85 % et 74 % (voir tableau 8.2). Seuls 5 % des répondants ne trouvent pas souhaitable de donner des informations sur les coûts des opérations et ce pourcentage est de 13 % pour ce qui concerne le rapport qualité/prix. La demande de ce type d'informations est donc réellement très importante.

Par contre, il y a un scepticisme relativement important à l'égard de la mise en ligne d'un diagnostic, même avec la possibilité que celui-ci renvoie le patient à son médecin généraliste ou à un spécialiste. Seuls 25 % des répondants estiment que c'est souhaitable, alors que 62 % d'entre eux pensent que ce n'est pas souhaitable.

Tableau 8.2 : Caractère souhaitable (en %) de 3 formes d'e-médecine selon la population belge (N: 1.985)

	Très sou-haitable	Sou-haitable	In-différent	Non sou-haitable	Pas du tout sou-haitable
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur ce que cela va coûter environ et quel sera votre part personnelle dans ce montant.	41,4	43,3	9,8	3,2	2,2
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur dans quel hôpital aller pour obtenir le meilleur prix ou la meilleure qualité de soins.	35,4	39,0	13,2	8,0	4,5
Si vous vous sentez malade, vous pourriez décrire à l'ordinateur comment vous vous sentez et répondre à une série de questions. L'ordinateur pourrait alors donner l'une des réponses suivantes : (a) vous indiquer que vous ne devez pas vous inquiéter, (b) vous délivrer une prescription, (c) vous dire d'aller consulter votre médecin généraliste ou un spécialiste	8,1	17,1	12,4	32,1	30,4

### 8.1.3 L'intention d'utiliser ces applications

La mesure dans laquelle on utiliserait ces applications correspond bien à la mesure dans laquelle on les estime souhaitables. 46 % des personnes interrogées déclarent qu'elles vérifieraient en ligne le coût d'une intervention et 32 % disent qu'elles le feraient probablement (voir tableau 8.3). Pour des informations sur le rapport qualité/prix des interventions, les pourcentages respectifs sont de 37 % et 32 %.

Tableau 8.3 : Intention d'utiliser (en %) les 3 formes d'e-médecine selon la population belge (N: 2.000)

	Certainement	Vraisemblablement	Ne sait pas	Vraisemblablement pas	Certainement pas
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur ce que cela va coûter environ et quel sera votre part personnelle dans ce montant.	46,2	32,3	13,0	4,8	3,8
Si vous savez que vous devez subir une opération dans un hôpital, vous pouvez demander en ligne avec votre ordinateur dans quel hôpital aller pour obtenir le meilleur prix ou la meilleure qualité de soins.	36,7	32,0	17,8	7,7	5,8
Si vous vous sentez malade, vous pourriez décrire à l'ordinateur comment vous vous sentez et répondre à une série de questions. L'ordinateur pourrait alors donner l'une des réponses suivantes : (a) vous indiquer que vous ne devez pas vous inquiéter, (b) vous délivrer une prescription, (c) vous dire d'aller consulter votre médecin généraliste ou un spécialiste	11,0	12,3	20,5	24,8	31,5

Le scepticisme à l'égard du diagnostic en ligne ressort également de l'intention de l'utiliser. Seules 11 % des personnes interrogées déclarent qu'elles l'utiliseraient. 12 % déclarent qu'elles l'utiliseraient vraisemblablement, 25 % qu'elles ne l'utiliseraient vraisemblablement pas et 32 % sont certaines qu'elles ne l'utiliseront pas.

## 8.2 Qui souhaite un diagnostic en ligne ?

La collecte en ligne d'informations sur le coût et même sur le rapport qualité/prix d'opérations est considérée comme possible et souhaitable par la toute grande majorité des répondants, et ceux-ci utiliseraient cette possibilité. C'est pourquoi il n'y a pas vraiment de raison d'examiner quels sont les groupes de la population qui en sont plus ou moins partisans.

En ce qui concerne le caractère plausible, le caractère souhaitable et l'utilisation du diagnostic en ligne, il y a par contre des divergences, étant entendu que ses opposants sont deux fois plus nombreux que ses partisans. Nous avons tenté de savoir si ces groupes se distinguent également par d'autres caractéristiques. Nous n'avons pas obtenu beaucoup de résultats, à l'exception de la constatation, certes étonnante, mais intéressante, que les personnes qui n'utilisent que rarement ou jamais Internet ne diffèrent pas des utilisateurs confirmés dans leur attitude à l'égard du diagnostic en ligne. D'une façon générale, on ne peut que faiblement distinguer, sur la base des caractéristiques mentionnées, les personnes qui considèrent le diagnostic en ligne comme plausible et souhaitable des personnes qui ne le trouvent pas plausible ou souhaitable, et on ne peut pas davantage distinguer les utilisateurs potentiels des non-utilisateurs potentiels. Seules quelques caractéristiques ont une influence (assez modeste) sur ces opinions (voir tableau 8.4).

	Plausible		Souhaitable		Utilisation	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,492	***	,734	n.s.	,331	***
Âge	1,007	**				
°Homme (réf. : femme)	1,254	*				
Formation			,813	***		
Composition du ménage (réf. : avec partenaire et enfant(s))						
°Avec partenaire sans enfant			1,363	*	1,397	*
°Isolé avec enfant(s)			1,132	n.s.	1,159	n.s.
°Isolé			1,211	n.s.	1,190	n.s.
Mauvaise position au niveau de la santé					1,212	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,009		,028		,018	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Les répondants plus âgés sont un peu plus nombreux à estimer que le diagnostic en ligne est plausible, à partir de 55 ans (voir tableau 8.5). Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à être de cet avis. Parmi celles-ci, 58 % pensent que le diagnostic en ligne n'existera jamais ou seulement dans un très lointain avenir ; les hommes sont 53 % à être de cet avis

Tableau 8.5 : Caractère plausible du diagnostic en ligne selon la population belge, en fonction de l'âge

	Oui, assez rapidement et pas pour demain	Dans un avenir très lointain et jamais	Total
1,00 18 à 25 ans	38,2%	61,8%	100,0%
2,00 26 à 35 ans	41,7%	58,3%	100,0%
3,00 36 à 45 ans	45,2%	54,8%	100,0%
4,00 46 à 55 ans	41,2%	58,8%	100,0%
5,00 56 à 65 ans	49,5%	50,5%	100,0%
6,00 66 à 75 ans	46,4%	53,6%	100,0%
Total	44,0%	56,0%	100,0%

Les personnes plus qualifiées trouvent le diagnostic en ligne moins souhaitable que les personnes peu qualifiées. Parmi ces dernières, 32 % estiment le diagnostic en ligne souhaitable, parmi les personnes moyennement qualifiées, 24 % sont de cet avis, quant aux personnes hautement qualifiées, ce pourcentage est de 19 %. Par comparaison avec les personnes isolées et les couples avec enfants, les couples sans enfants estiment aussi davantage souhaitable le diagnostic en ligne (28 % de partisans, pour 25 % dans la population en général). Ces couples utiliseraient aussi davantage le diagnostic en ligne. Les personnes en moins bonne santé le feraient également. Parmi les 20 % de personnes qui sont en très bonne santé, 16 % utiliseraient probablement ou certainement le diagnostic en ligne. Parmi les 20 % des personnes qui ont le moins bon état de santé, 29 % l'utiliseraient.

### 8.3 Un meilleur échange de données

On a aussi demandé aux répondants si le médecin généraliste ou spécialiste qu'ils consultent pourrait consulter toutes les informations médicales les concernant disponibles chez tous les médecins et dans tous les hôpitaux (voir tableau 8.6). 5 % des répondants n'ont pas d'opinion en la matière. Parmi ceux qui ont un avis, seulement 1 % refuse un tel échange d'informations. Les 99 % qui l'approuvent sont toutefois répartis comme suit: 42 % pour lequel l'autorisation du patient n'est pas nécessaire et 57 % qui pensent que l'échange d'informations n'est possible que moyennant une autorisation.

Tableau 8.6 : Répartition de la population belge (en %) en ce qui concerne les objections à un échange d'informations médicales entre médecins (N: 2.105)

	Avec PA/NSP	Sans PA/NSP
Oui, sans mon autorisation explicite	39,6	41,7
Oui, avec mon autorisation explicite	54,2	57,0
Non, en aucun cas	1,2	1,3
Pas d'avis/Je ne sais pas	5,0	
Total	100	100

Nous avons examiné quelles caractéristiques font que les personnes optent pour l'échange de données avec autorisation ou au contraire pour l'échange de données sans autorisation expresse. Seules deux caractéristiques se sont avérées avoir une influence statistiquement significative, l'âge et l'attitude vis-à-vis de la sécurité sociale (voir tableau 8.7). Les jeunes et les personnes qui ont une attitude favorable à l'égard du système de sécurité sociale souhaitent plus souvent l'autorisation expresse. Ces liens sont décrits plus en détail dans les tableaux 8.8 et 8.9. Parmi les personnes de moins de 45 ans, 60 % souhaitent pouvoir donner leur autorisation avant que des informations ne soient échangées.

Tableau 8.7 : Analyse de la régression logistique de la nécessité d'une autorisation explicite pour l'échange d'informations médicales entre médecins (N: 2.065)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	2,484	n.s.
Âge	,988	***
Attitude négative face à la sécurité sociale	,878	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,014	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Note : 0= Oui, sans mon autorisation explicite ; 1= Oui, avec mon autorisation explicite

Tableau 8.8 : Répartition de la population belge (en %) en ce qui concerne les personnes qui estiment nécessaire une autorisation pour l'échange de données médicales entre médecins, en fonction de l'âge (N: 1.974)

Attitude à l'égard de l'État-providence	Sans autorisation	Avec autorisation	Total
18 à 25 ans	31,5	68,5	100
26 à 35 ans	38,6	61,4	100
36 à 45 ans	39,0	61,0	100
46 à 55 ans	42,3	57,7	100
56 à 65 ans	49,6	50,4	100
66 à 75 ans	46,6	53,4	100
Total	42,2	57,8	100

Tableau 8.9 : Répartition de la population belge (en %) en ce qui concerne les personnes qui estiment nécessaire une autorisation pour l'échange de données médicales entre médecins, en fonction de l'attitude à l'égard de l'État-providence (N: 1.785)

Attitude à l'égard de l'État-providence	Sans autorisation	Avec autorisation	Total
Très positive	36,4	63,6	100
Positive	42,1	57,9	100
Négative	41,3	58,7	100
Très négative	47,0	53,0	100
Total	41,7	58,3	100

#### 8.4 Souhaite-t-on avoir des informations en matière d'hérédité et qui paie ces informations ?

On a dit aux répondants qu'il est désormais possible de savoir si l'on est porteur d'un certain nombre d'affections héréditaires, et on leur a demandé s'ils souhaiteraient obtenir cette information. 12 % d'entre eux a déclaré ne pas savoir s'ils souhaitent obtenir cette information. Parmi les 88 % qui se prononcent, 66 % choisissent de connaître cette information et 22 % de ne pas la connaître (voir tableau 8.10). Les 66 % qui souhaitent obtenir cette information sont encore répartis de la façon suivante : 36 % souhaitent certainement obtenir cette information et 30 % qui la désirent vraisemblablement

Tableau 8.10 : Répartition de la population belge quant au souhait d'obtenir des informations sur le risque d'être atteint de certaines maladies héréditaires (N: 2.098)

	Nombre	% avec pas d'avis/ne sait pas	% sans pas d'avis/ne sait pas
1 Certainement pas	172	8,2	9,4
2 Vraisemblablement pas	278	13,3	15,2
3 Vraisemblablement oui	619	29,5	33,7
4 Certainement	765	36,4	41,7
5 Pas d'avis/ne sait pas	264	12,6	
Total	2098	100,0	100,0

On a également dit aux répondants que la collecte d'informations a un coût, et on leur a demandé si celui-ci doit être supporté par l'assurance maladie obligatoire. 22 % des répondants ne se prononcent pas sur cette question. Parmi les répondants qui se sont prononcés, 80 % optent pour un remboursement de l'assurance maladie obligatoire et 20 % rejettent cette option. Il va de soi qu'on peut s'attendre à ce que les personnes qui souhaitent disposer de cette information choisissent dans une large mesure le remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Tel est en effet le cas (voir tableau 8.11).

Tableau 8.11 : Répartition du souhait d'obtenir un remboursement des coûts engendrés pour obtenir des informations sur le risque d'être atteint de certaines maladies héréditaires en fonction du souhait d'obtenir cette information

		Souhait d'un remboursement		Total
		1 Oui	2 Non	
Souhait d'obtenir des informations	1 Certainement pas	48,8%	51,2%	100,0%
	2 Vraisemblablement pas	45,5%	54,5%	100,0%
	3 Vraisemblablement oui	82,5%	17,5%	100,0%
	4 Certainement	91,7%	8,3%	100,0%
	Total	79,3%	20,7%	100,0%

Parmi les personnes qui veulent certainement disposer de cette information, 92 % optent pour un remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Parmi les personnes qui veulent vraisemblablement disposer de cette information, 83% sont de cet avis. Ce pourcentage atteint 46 % pour les personnes qui ne souhaitent certainement pas cette information. Presque la moitié des personnes qui ne veulent pas disposer de cette information opte donc quand même pour un remboursement via l'assurance maladie obligatoire. On a en outre examiné s'il y a des différences entre les personnes qui souhaitent obtenir ce type d'information et celles qui ne le souhaitent pas et ce, au niveau de la série de caractéristiques qui ont été contrôlées dans ce rapport. Tel n'est pas le cas. Seules deux petites différences apparaissent, dont la signification statistique est malgré tout incertaine. C'est la raison pour laquelle nous ne les avons pas approfondies.

Il y a donc une majorité de répondants qui souhaiteraient disposer d'informations sur leur hérédité. Et également une majorité de répondants qui estiment que le coût de la collecte de cette information doit être supporté par l'assurance maladie obligatoire.

## 8.5 Conclusion

Trois applications possibles d'e-médecine ont été présentées aux répondants : la possibilité d'être informé en ligne sur le prix des opérations dans les différents hôpitaux, sur le rapport qualité/prix des opérations dans les différents hôpitaux et sur le diagnostic en ligne (avec la possibilité que celui-ci renvoie le patient vers son médecin généraliste ou vers un spécialiste). Pour chacune de ces applications, on a demandé aux répondants s'ils la trouvaient plausible, souhaitable et si eux-mêmes l'utiliseraient.

Il est frappant de constater que les répondants estiment qu'il est relativement peu probable que ces applications arrivent, même pour les applications qui existent déjà ou tout au moins qui sont déjà utilisées sous forme de prototype. Ainsi, 9 % des répondants estiment que la communication des prix des opérations n'est plausible que dans un



avenir très lointain, et 30 % d'entre eux pensent que le diagnostic en ligne est impossible.

En ce qui concerne le caractère souhaitable et l'utilisation de ces applications, une grande différence se dessine entre la consultation en ligne des prix et du rapport qualité/prix des opérations dans les différents hôpitaux d'une part, et le diagnostic en ligne d'autre part. Respectivement 85 et 74 % des répondants pensent qu'il est souhaitable de pouvoir consulter en ligne les prix et les rapports qualité/prix. Respectivement 79 et 69 % déclarent également qu'ils utiliseraient de tels services. Il y a donc une demande importante à l'égard de ce type d'informations et on peut s'attendre à ce que la demande d'informations sur le rapport entre les prix et la qualité devienne très urgente une fois que la population se sera familiarisée avec la consultation des prix. On voit également qu'au moins une partie des personnes est consciente du fait que l'offre d'informations sur la qualité est plus difficile que la simple offre d'informations sur les prix.

La résistance est néanmoins encore vive à l'égard du diagnostic en ligne. Un quart des répondants estime qu'un tel diagnostic en ligne est souhaitable et 62 % ont un avis opposé. Seulement 32 % des répondants déclarent qu'ils utiliseraient un tel service. La réticence est plus importante auprès des répondants hautement qualifiés que des répondants peu qualifiés, ainsi qu'auprès des personnes sans enfants que des personnes avec enfants. Il est probable que ces dernières soient attirées par le fait de pouvoir obtenir des informations adéquates sur les maux et les maladies de leurs enfants et qu'elles voient dans le diagnostic en ligne une manière rapide d'obtenir un avis compétent sur quand consulter le médecin et quand ne pas le faire. On constate d'ailleurs aussi que les personnes qui ont plus de problèmes de santé sont également de plus grands partisans du diagnostic en ligne.

On a aussi demandé si les personnes souhaitent que leur médecin traitant puisse consulter toutes les informations disponibles les concernant auprès de tous les médecins, de tous les spécialistes et de tous les hôpitaux. Pas moins de 99 % des répondants approuvent cette option. D'ailleurs, 67 % des répondants estiment déjà qu'un meilleur échange des données et un meilleur partage des données entre les dispensateurs de soins est une bonne mesure d'économie (voir chapitre 4). Les 99 % des répondants qui se prononcent en faveur de ce partage se répartissent de la façon suivante : 42 % pensent que cela peut se faire sans leur approbation et 57 % estiment que leur approbation est nécessaire. Les jeunes et les personnes qui ont une bonne opinion de l'État-providence attachent plus d'importance au fait que leur autorisation soit demandée.

Enfin, on a signalé aux répondants qu'il est désormais possible de savoir si on est porteur de certaines maladies héréditaires. On leur a demandé s'ils souhaiteraient obtenir cette information. Trois quart des répondants souhaitent cette information et 79 % estiment que l'assurance maladie obligatoire devrait prendre en charge le coût de cet examen. L'opinion selon laquelle ce coût doit être supporté par l'assurance maladie obligatoire est évidemment plus répandue chez les personnes qui souhaitent obtenir cette information. Parmi les répondants déclarant certainement vouloir cette information, 92 % se prononcent en faveur d'une prise en charge du coût par l'assurance maladie obligatoire. Parmi les personnes qui ne souhaitent "certainement pas" obtenir cette information, 49 % sont malgré tout d'avis que c'est à l'assurance maladie obligatoire d'en supporter le coût.

## 9 Chapitre 9, Attitude par rapport aux principes de base de l'assurance maladie obligatoire

### 9.1 La proportionnalité de la contribution

L'attachement au caractère obligatoire de l'assurance et au principe que celui-ci assure la population toute entière s'est déjà avéré au chapitre 4. L'une des éventuelles mesures d'économie proposée y était « de ne conserver l'assurance obligatoire que pour les personnes pauvres et de laisser les autres s'assurer dans le privé », à l'instar quelque peu du modèle néerlandais. Cette proposition a été rejetée par 75% des personnes interrogées et acceptée seulement par 7%, 18% étant indécis sur la question.

Outre le caractère obligatoire et universel de l'assurance maladie, la proportionnalité de la contribution – les épaules les plus solides supportent les charges les plus lourdes – constitue un principe de base du système. Ce principe bénéficie d'un large soutien (voir tableau 9.1). 63% des personnes interrogées sont en faveur d'un tel système (35% souhaite maintenir le système tel qu'il existe actuellement et 27% souhaiteraient voir les revenus les plus élevés payer plus et les faibles revenus payer moins). 31% des personnes interrogées rejettent ce principe et sont d'avis que tout le monde doit contribuer de la même façon, indépendamment du revenu. Enfin, 6% souhaitent lier la contribution au risque et faire payer plus les personnes qui sont souvent ou longtemps malades.

Tableau 9.1: Analyse de l'attitude des belges par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire

	En nombre	En %
Je trouve cela bien :	1287	63,1
Les épaules les plus solides supportent les charges les plus lourdes	718	35,2
mais les revenus élevés devraient contribuer davantage et les revenus modestes devraient contribuer moins.	569	27,9
Je ne trouve pas cela bien, tout le monde devrait contribuer à peu près de la même façon, indépendamment du revenu.	638	31,3
En fait, je ne trouve pas cela bien. Ce sont les personnes présentant un risque élevé de maladies et d'accidents qui devraient contribuer plus.	113	5,6
Total	2039	100,0

Afin d'identifier les partisans (63%) et les opposants (37%) au principe de proportionnalité, un contrôle des caractéristiques de fond a été effectué. Il ressort du tableau 9.2 que les partisans et les opposants au principe peuvent être assez bien distingués sur la base de ces caractéristiques ( $R^2=18\%$ ). Le soutien accroît avec l'âge, est moins important chez les francophones que chez les néerlandophones, est plus important chez les personnes employées dans le secteur public, chez les personnes hautement qualifiées, chez les personnes en faveur de plus d'égalité et d'une redistribution. Ce soutien est moins important chez les personnes qui ont une attitude

négative vis-à-vis de l'État-providence. Les relations les plus fortes, celles avec l'âge, la communauté linguistique, le niveau d'éducation et le secteur de l'emploi sont décrites en détail dans les tableaux 9.3 à 9.6 inclus.

Tableau 9.2: Analyse de la régression logistique selon l'avis des Belges quant au maintien du niveau des allocations sociales, même si cela signifie une augmentation d'impôts (N: 1.874)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,392	n.s.
Âge	1,022	***
°Francophones (réf.: néerlandophones)	,681	***
Sector d'emploi (réf.: indépendant)		
° Secteur privé	1,208	n.s.
° Secteur public	1,420	***
Formation	1,132	*
Attitude négative vis-à-vis de la sécurité sociale	,704	***
Attitude égalitaire au niveau de l'ancienne ligne de fracture	1,641	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,182	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significatif

Plus de 70% des personnes âgées de plus de 55 ans soutiennent le principe de proportionnalité. Près de 54% des personnes âgées de moins de 35 ans le soutiennent également (voir tableau 9.3). Ces données ne permettent pas de constater un effet d'âge (le soutien accroît avec l'âge) ou de génération (les générations plus jeunes sont moins partisans du principe). Un effet de génération signifierait un affaiblissement, au fil du temps, du soutien à ce principe de base du système.

Tableau 9.3: Analyse de l'analyse par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire selon l'âge

	,00 Ce n'est pas une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	1,00 C'est une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	Total
1,00 De 18 à 25 ans	46,7%	53,3%	100,0%
2,00 De 26 à 35 ans	45,1%	54,9%	100,0%
3,00 De 36 à 45 ans	40,8%	59,2%	100,0%
4,00 De 46 à 55 ans	39,0%	61,0%	100,0%
5,00 De 56 à 65 ans	27,4%	72,6%	100,0%
6,00 De 66 à 75 ans	28,6%	71,4%	100,0%
Total	36,8%	63,2%	100,0%

La différence selon la communauté linguistique n'est pas grande mais elle est statistiquement significative. 64% des néerlandophones adhèrent au principe contre 62% des francophones (voir tableau 9.4).

Tableau 9.4: Analyse de l'attitude par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire selon la communauté linguistique

	,00 Ce n'est pas une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	1,00 C'est une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	Total
1,00 Néerlandophones	35,8%	64,2%	100,0%
1,00 Francophones	38,2%	61,8%	100,0%
Totaal	36,8%	63,2%	100,0%

Le soutien au principe est le moins important chez les travailleurs indépendants (58%) et le plus important chez les personnes employées dans le secteur public (69%) (voir tableau 5.9).

Tableau 9.5: Analyse de l'attitude par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire selon le secteur d'emploi

	,00 Ce n'est pas une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	1,00 C'est une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	Total
1,00 Travailleur indépendant	42,3%	57,7%	100,0%
2,00 Secteur public	30,9%	69,1%	100,0%
3,00 Secteur privé	36,2%	63,8%	100,0%
Total	36,5%	63,5%	100,0%

Le soutien est le moins important chez les personnes moyennement qualifiées (61%) et plus important tant chez les personnes peu qualifiées (66%) que hautement qualifiées (64%).

Tableau 9.6: Analyse de l'attitude par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire selon le niveau de formation

	,00 Ce n'est pas une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	1,00 C'est une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	Total
1,00 Peu qualifié	33,8%	66,2%	100,0%
2,00 Moyennement qualifié	39,3%	60,7%	100,0%
3,00 Hautement qualifié	35,7%	64,3%	100,0%
Total	36,4%	63,6%	100,0%

## 9.2 Le bilan des contributions payées et le soutien au principe

Il a également été examiné si le soutien au principe de proportionnalité varie selon que la personne espère retoucher plus, moins ou le même montant de l'assurance maladie que ce qu'il a contribué. La manière dont les belges estiment ce chiffre, est décrite dans le tableau 9.7.

Tableau 9.7: Estimation du bilan des contributions et soutien à l'assurance maladie obligatoire

	En nombre	En %
1 Retoucher beaucoup plus	123	6,2
2 Retoucher plus	275	13,9
3 Retoucher à peu près le même montant	520	26,4
4 Retoucher moins	718	36,4
5 Retoucher beaucoup moins	335	17,0
Total	1969	100,0

Vingt pour cent s'attendent à retoucher plus que ce qu'ils auront contribué ; 26% s'attendent à retoucher à peu près le même montant ; 53% s'attendent à contribuer plus que ce qu'ils auront retouché. Une majorité pense donc que le montant net payé à l'assurance maladie obligatoire est supérieur au montant qu'ils retouchent. Toutefois, il apparaît que cette attente n'influence que dans une moindre mesure l'attitude à l'égard du principe de proportionnalité (le lien est par ailleurs tout juste statistiquement significatif). Les personnes qui pensent retoucher plus, soutiennent le principe dans 65% des cas, ceux qui s'attendent à retoucher à peu près le même montant, soutiennent le principe dans 67% des cas et ceux qui s'attendent à retoucher moins, soutiennent le principe dans 60% des cas. Indépendamment donc de ce que les personnes s'attendent à retoucher en plus ou en moins par rapport aux contributions payées, une large majorité soutient le principe de proportionnalité.

Bref, une majorité de la population soutient le principe de proportionnalité. Si l'effet de l'âge peut être interprété comme un effet cohorte, ce serait toutefois une indication que le soutien à ce principe s'affaiblit au fil du temps et que le soutien est moins important chez les générations plus jeunes que chez les générations plus âgées. Focce est de constater qu'une courte majorité de la population espère contribuer plus à l'assurance maladie obligatoire que de retoucher de cette dernière.

Tableau 9.8: Analyse de l'attitude par rapport à la proportionnalité de la contribution à l'assurance maladie obligatoire selon l'attitude subjective par rapport à sa propre contribution à l'assurance maladie obligatoire

	,00 Ce n'est pas une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	1,00 C'est une bonne chose que la contribution soit proportionnelle au revenu	Total
1,00 Retoucher (beaucoup) plus	34,7%	65,3%	100,0%
2,00 Retoucher à peu près le même montant	33,5%	66,5%	100,0%
3,00 Retoucher (beaucoup) moins	39,9%	60,1%	100,0%
Total	37,2%	62,8%	100,0%

### 9.3 Conclusion

Le soutien à une assurance maladie obligatoire et universelle est particulièrement important. Seuls 7% des personnes interrogées seraient disposés à renoncer au principe

pour des raisons d'économie et à instaurer une assurance de base obligatoire pour les plus démunis et à prévoir des assurances privées pour les personnes plus aisées ; 75% rejettent la proposition de manière explicite et 18% restent indécis.

L'autre principe important, la proportionnalité ou les épaules les plus solides supportent les charges les plus lourdes, bénéficie du soutien de 63% des personnes ; 31% sont d'avis que tout le monde devrait contribuer de la même façon et 6% estiment que les personnes souvent malades devraient contribuer davantage. La grande majorité soutenant le principe de proportionnalité se subdivise néanmoins en une catégorie de personnes qui estiment que la situation actuelle peut être maintenue (35%) et une catégorie de personnes qui estiment que les revenus plus élevés devraient contribuer plus et les faibles revenus moins (28%). Le soutien à ce principe n'est guère influencé par l'idée que l'on se fait du bilan des contributions payées sur toute une vie et des interventions/remboursements accordés par l'assurance maladie obligatoire. 53% des personnes pensent que ce bilan sera en leur défaveur, qu'ils auront contribué plus que ce qu'ils auront retouché à la fin de leur vie. 60% d'entre eux soutiennent le principe de proportionnalité. 65% de ceux qui pensent qu'ils auront retouché plus que ce qu'ils auront contribué, soutiennent ce principe et 67% de ceux qui croient que le bilan sera en équilibre, soutiennent le principe.

Le soutien à ce principe est moins important chez les jeunes, les travailleurs indépendants, les personnes moyennement qualifiées et les francophones mais la majorité des personnes issues de ces groupes soutiennent néanmoins le principe. Soulignons au passage le lien étroit avec l'âge. Plus de 70% des personnes âgées de plus de 55 ans et près de 55% des personnes âgées de moins de 35 ans soutiennent le principe. L'enquête ne permet pas de constater un effet d'âge (en vieillissant, on est de plus en plus en faveur du principe de proportionnalité des contributions) ou de génération (toute nouvelle génération émergente est de moins en moins en faveur d'un tel principe de proportionnalité). En d'autres mots, un effet de génération signifierait une érosion du soutien au principe.

## 10 Chapitre 10, Résumé, conclusions et points d'attention

À l'occasion de son 50<sup>e</sup> anniversaire, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a ordonné la réalisation d'une enquête à grande échelle auprès de la population. L'Institut souhaitait ainsi connaître les avis, idées et souhaits de la population au sujet du système de soins de santé et d'assurance maladie obligatoire, également en vue de poursuivre le développement de ce système. Un échantillon représentatif de 6000 habitants, âgés de 18 à 80 ans, a été invité à participer à l'enquête : *Vos soins de santé, Votre avis compte !*

L'enquête a été réalisée à l'automne 2013. À la clôture du travail sur le terrain, 2221 questionnaires au total avaient été renvoyés, soit un taux de réponse net de 41%. Le taux de réponse varie selon les régions mais il était particulièrement faible dans la Région de Bruxelles-Capitale. En faisant abstraction de la Région de Bruxelles-Capitale, le taux de réponse net s'élève à 45%, voire à 50% en Flandre. Vu le faible taux de réponse à Bruxelles, il a été décidé de ventiler les résultats uniquement selon la langue et non pas selon la région. Le taux de réponse était également inférieur à 40% chez les personnes âgées entre 75 et 80 ans. C'est pourquoi ces derniers n'ont pas été inclus dans l'analyse. Celle-ci porte donc sur les habitants de la Belgique, âgés de 18 à 75 ans.

### 10.1 Soutien aux principes de base du système

Le caractère universel et proportionnel de l'assurance maladie est largement soutenu en Belgique. Le caractère universel signifie que tout le monde est assuré pour une offre de soins étendue et que l'on n'opte pas pour une offre de base limitée et universelle à laquelle les gens aisés peuvent ajouter d'autres formules par le biais d'assurances privées. La proportionnalité signifie que tout le monde contribue selon ses propres moyens, les épaules les plus solides supportant les charges les plus lourdes.

Seuls 7% des belges âgés de 18 à 75 ans seraient disposés à renoncer au principe d'universalité pour des raisons d'économie et à instaurer une assurance de base obligatoire (limitée) pour les plus démunis, complétée par des assurances privées pour les gens plus aisés. Trois-quarts des personnes rejettent cette option alors que 18% restent indécis sur la question.

L'autre principe important, la proportionnalité, bénéficie du soutien de 63% des personnes interrogées ; 31% sont d'avis que tout le monde devrait contribuer de la même façon et 6% estiment que les personnes souvent malades devraient contribuer davantage. La grande majorité qui soutient le principe de proportionnalité se compose de



personnes qui estiment que la situation actuelle peut être maintenue (35%) et de personnes qui sont d'avis que la proportionnalité devraient être plus progressive, c'est-à-dire que les revenus plus élevés devraient contribuer plus et les faibles revenus moins (28%).

Le soutien à ce principe n'est guère influencé par l'idée que l'on se fait du bilan des contributions payées sur toute une vie et des interventions/remboursements accordés par l'assurance maladie obligatoire. 53% des personnes pensent que ce bilan sera en leur défaveur ; qu'ils auront contribué plus que ce qu'ils auront retouché à la fin de leur vie. 60% d'entre eux soutiennent le principe de proportionnalité. 65% des personnes qui pensent retoucher plus que ce qu'ils auront contribué, soutiennent ce principe.

Le soutien à ce principe est moins important chez les jeunes ainsi que chez les travailleurs indépendants, les personnes moyennement qualifiées et les francophones. Même si le soutien au principe est moins important dans ces groupes, une majorité des personnes issues de chacun de ces groupes soutient le principe.

Soulignons le lien étroit avec l'âge. Plus de 70% des personnes âgées de plus de 55 ans et près de 55% des personnes âgées de moins de 35 ans soutiennent le principe de proportionnalité. L'enquête ne permet pas de constater un effet d'âge (en vieillissant, on est de plus en plus en faveur du principe de proportionnalité des contributions) ou de génération (toute nouvelle génération émergente est de moins en moins en faveur d'un tel principe de proportionnalité). Un effet de génération signifierait une érosion du soutien au principe. On peut toutefois difficilement s'imaginer pourquoi des personnes, en vieillissant, deviendraient de plus grands partisans du principe de proportionnalité. Il semble dès lors plausible d'interpréter le lien entre l'âge et le soutien au principe de proportionnalité comme un effet de génération, indiquant une érosion progressive du soutien à ce principe.

Nous avons vu que 6% de la population âgée entre 18 et 75 ans sont d'avis que les personnes plus souvent malades devraient payer plus. La différenciation de la prime selon le risque qui ne peut être lié au comportement ou aux choix personnels – appelé ici différenciation du cours de la vie – ne bénéficie pas d'un large soutien. En fonction de la forme proposée spécifiquement, 6 à 14% des personnes interrogées en sont partisans. Six pour cent souhaiteraient que les personnes présentant des gènes défectueux contribuent davantage et 14% souhaiteraient que les jeunes contribuent moins puisqu'ils sont en moyenne moins souvent malades.

Le soutien à ce type de différenciation est beaucoup plus important chez les jeunes que chez les personnes âgées, et également nettement plus important chez les francophones que chez les néerlandophones, plus important chez les opposants à l'État-providence que chez les partisans et plus important chez les travailleurs indépendants que chez les travailleurs salariés.

Bien que le soutien à ce type de différenciation ne soit pas globalement important – et même particulièrement faible comparé au soutien au principe de proportionnalité – il est tout de même surprenant de trouver un soutien pour la thèse selon laquelle la personne souvent ou longtemps malade devrait contribuer davantage. Une telle position va en effet directement à l'encontre de l'esprit de notre assurance maladie obligatoire et solidaire. Il s'avère en outre – nous reviendrons sur ce point plus loin – que les personnes de faible santé atteignent ou franchissent bien souvent le seuil de pauvreté suite à des dépenses médicales élevées. Toutefois, 20% des personnes âgées entre 18 et 25 ans et 20% des francophones sont d'avis que ce sont précisément ces personnes qui devraient contribuer davantage. Ceci démontre aussi que les principes de base d'un système solidaire de soins de santé doivent être mieux expliqués, certainement aux jeunes qui n'ont pas assisté à la construction du système.

## 10.2 La fraude sociale comme préoccupation majeure

Toutefois, le large soutien aux principes de base du système ne signifie en aucun cas l'absence de critiques ou de préoccupations sur le mode de fonctionnement du système ou sur sa pérennité. Le degré de critique dépend fortement de la position plus générale que l'on adopte vis-à-vis de l'État-providence. Bon nombre de personnes sont d'avis que l'État-providence génère un certain nombre d'effets indésirables. Selon eux, l'État-providence rend les gens paresseux, les prive de la motivation et de la compétence de se prendre en main, freine la croissance économique, ... Environ un tiers des personnes interrogées est d'avis que le système de sécurité sociale génère ces effets indésirables. Environ le même nombre de personnes rejettent cette thèse et un grand groupe hésite, n'est pas sûr, ne souhaite pas se prononcer dans l'immédiat sur la question, preuve de plus que la population est divisée sur la question. Une autre enquête démontre que de vastes majorités reconnaissent les conséquences positives de l'État-providence qui permet d'éviter la pauvreté à grande échelle, qui donne à tout le monde la chance de construire sa vie, qui rend la vie de beaucoup de personnes plus libre et plus agréable (Elchardus & Spruyt, 2013a). Alors qu'une large majorité semble consciente des conséquences positives du système de sécurité sociale, la population est visiblement partagée sur les conséquences négatives et indésirables de ce système.

Les personnes qui se placent à droite en ce qui concerne les revendications d'égalité, celles qui sont d'avis qu'il y a déjà suffisamment d'égalité et que les autorités ne doivent pas agir pour une meilleure répartition ainsi que celles qui ont une position économique forte et qui sont indépendantes sont convaincus des effets négatifs.

Cette division sur les éventuelles conséquences négatives de l'État-providence – la conviction qu'il rend les gens paresseux et les prive de la motivation de se prendre en main – laisse déjà supposer que de nombreuses personnes pensent observer des cas de fraude sociale. Une grande majorité de la population croit en effet en l'existence d'une fraude sociale à grande échelle dans l'assurance maladie, estime que les contrôles existants sont insuffisants, souhaite des contrôles plus sévères, est d'avis que les mutualités devraient y jouer un rôle plus actif et estime que quiconque commet un abus, doit être puni plus sévèrement. Cette attitude est d'autant plus présente chez les personnes qui pensent constater de nombreux effets négatifs de l'État-providence mais également chez les personnes en bonne santé, qui ont une position économique forte et qui n'ont jamais eu recours à une allocation. Le fait de croire en l'existence d'une fraude sociale à grande échelle s'avère être la manière d'exprimer une attitude négative vis-à-vis de l'État-providence. Cette conviction apparaît également comme l'enjeu d'un combat idéologique et d'un conflit d'intérêts entre les personnes ayant une position économique forte et les personnes en bonne santé d'une part, et les personnes en position économique précaire et les personnes en moins bonne santé d'autre part.

Alors que cette division et cette lutte se dessinent dans les idées, force est de constater que parmi les partisans de l'État-providence et les personnes économiquement plus vulnérables, l'idée de la fraude sociale est largement répandue et l'appel à des contrôles plus sévères et des sanctions plus lourdes se fait entendre de plus en plus. Même parmi les personnes qui ont un jour bénéficié d'une allocation, 56% pensent que de nombreuses personnes qui sont en congé de maladie pourraient en fait travailler, 60% sont d'avis que les incapacités de travail ne sont pas suffisamment contrôlées et 79% que les sanctions pour abus devraient être plus sévères. Des idées semblables se retrouvent auprès du quart de la population ayant la situation économique la plus fragile et chez 20% de la population présentant le plus de problèmes de santé. Les plus grands partisans de l'État-providence, soit le quart de la population ayant l'attitude la plus positive, sont plus indulgents. Parmi eux, 31% voient de nombreuses personnes qui pourraient travailler alors qu'elles sont en congé de maladie, 39% estiment que les contrôles ne sont pas suffisamment sévères et 67% sont d'avis que les abus devraient être punis plus sévèrement. Comparé à d'autres groupes de la population, il s'agit d'attitudes plus modérées mais en aucun cas modérées en soi. Cela souligne à quel point

l'idée de la fraude sociale est largement répandue parmi la population et l'appel à des contrôles plus sévères et à des sanctions plus lourdes se fait entendre. Le fait que les personnes interrogées croient en l'existence d'une fraude sociale à grande échelle dans l'assurance maladie, affaiblit également la volonté de contribuer personnellement au maintien à niveau des allocations sociales par le biais d'une augmentation des impôts.

Des majorités au sein de la population se demandent si les nombreuses personnes bénéficiant d'une aide de l'État-providence le méritent réellement. Le problème du « deservedness », comme on l'appelle dans la littérature anglaise, joue un rôle important dans l'idée que se font les personnes du fonctionnement de l'État-providence et de l'assurance maladie obligatoire. De nombreuses personnes estiment que le principe de réciprocité, de la double solidarité qui s'attend à ce que la personne dans le besoin soit aidée et que la personne qui en soit capable financièrement, contribue, n'est pas suffisamment respecté. Il est clair que bon nombre de personnes ont le sentiment qu'on n'attire pas suffisamment l'attention des personnes sur leurs propres responsabilités.

### 10.3 La grande importance de la responsabilité personnelle

L'importance consacrée à la responsabilité personnelle ressort également très clairement du soutien à la différenciation du style de vie, c'est-à-dire la différenciation de primes ou de remboursements vers des risques qui sont liés à un style de vie dont on suppose qu'il est la conséquence d'un libre choix. Ce type de différenciation peut compter sur le soutien d'un quart, voire (largement) un tiers de la population. De nombreuses personnes soutiennent l'idée de moins bien rembourser le traitement d'un cancer du poumon pour les fumeurs et de mieux le rembourser pour les non-fumeurs. Même en faisant référence à son propre enfant ou son propre partenaire, en sachant que le traitement concerne ces personnes, le soutien à l'une ou l'autre forme de différenciation du style de vie grimpe à 25%. Il est dès lors très important, d'une part de chercher les moyens qui renforcent, de manière justifiée, la double solidarité et la participation et responsabilité personnelles, d'autre part de souligner les difficultés pratiques et les problèmes éthiques d'une différenciation du style de vie. Il n'est en effet pas clair pour quels éléments du mode de vie une telle différenciation peut et doit être instaurée. Le soutien à le faire pour le tabagisme et les conséquences d'une consommation de drogue est par exemple beaucoup plus important que le soutien à pénaliser ainsi la consommation de matières grasses, le bronzage excessif, le travail acharné, la création de relations stressantes, le manque structurel de sommeil... ou tout autre comportement malsain. Si une telle différenciation était instaurée, le problème du contrôle se poserait immédiatement. Il s'accompagnerait d'un risque élevé de contrôles imparfaits et d'une

trop grande intrusion dans la vie privée. Il existe en outre dans la littérature scientifique des doutes quant à l'effet préventif d'une telle différenciation (Van de Goor, 2011; ten Have, 2013). Plusieurs enquêteurs sont également d'avis que le principe du « pollueur payeur » n'est en l'occurrence pas fondé puisque les personnes adoptant un mode de vie malsain coûtent finalement moins à la sécurité sociale puisqu'ils meurent plus vite, qu'ils profitent moins longtemps de leur pension, qu'ils sont moins longtemps dépendants pour les soins... (bv. Baal et al., 2006). Pour le reste, la mesure dans laquelle bon nombre de ces éléments de mode de vie peuvent être attribués à un choix personnel plutôt qu'à une influence sociale et culturelle est particulièrement incertaine.

Ce sont surtout les personnes qui pensent observer toute une série de conséquences négatives de l'État-providence qui sont les grands partisans de la différenciation du style de vie. Les personnes qui adoptent un mode de vie malsain ne sont, fort logiquement, pas partisans. Les hommes y sont nettement plus favorables que les femmes et les néerlandophones aussi un peu plus que les francophones.

#### 10.4 La prévention et l'incitation à vivre sainement

La différenciation du style de vie étant parfois présentée comme une mesure préventive, on a également examiné s'il y a une base pour l'augmentation des accises sur les produits nuisibles à la santé. Cela s'avère être le cas pour ces produits frappés déjà par de lourdes accises : le tabac, l'alcool et les véhicules à moteur (dangereux). Les aliments contenant beaucoup d'agents colorants et aromatisants viennent s'ajouter à cette liste. Pour une majorité de la population, les accises sur tous ces produits peuvent être augmentées.

Une majorité n'est cependant pas partisan d'une augmentation des accises sur les matières grasses, le sucre, les produits contenant de la caféine et la viande rouge. Seuls 13% se prononcent en faveur d'une augmentation des accises sur la viande rouge, 55% s'y opposent.

L'attitude par rapport à l'augmentation des accises est assez fortement influencée par trois facteurs: les personnes âgées en sont partisans dans une plus grande mesure que les jeunes, les personnes qui vivent sainement en sont de plus ferventes partisans que celles dont le style de vie est moins sain, et les personnes ayant une attitude négative vis-à-vis de l'État-providence en sont également de ferventes partisans.

## 10.5 Causes de l'incapacité de travail et réactions face à l'incapacité de travail

Ce qui nous frappe dans les idées sur les effets négatifs de l'État-providence et de la fraude sociale, c'est le nombre de personnes qui pensent que beaucoup de personnes en incapacité de travail sont en réalité capables de travailler. 36 % des personnes sont d'accord avec l'affirmation « Je pense que beaucoup de personnes qui bénéficient d'une indemnité d'invalidité n'y ont en fait pas droit » ; 58 % sont d'accord avec l'affirmation « Je pense que de nombreuses personnes en congé de maladie sont en fait capables de travailler » et 56 % sont d'accord avec l'affirmation « De nombreuses personnes qui sont sur la mutualité pourraient en fait travailler ». Le nombre de personnes en incapacité de travail a augmenté graduellement ces dernières années. Nous avons demandé aux personnes interrogées à quoi cette augmentation est due selon elles.

La population utilise deux modèles différents pour expliquer l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail. Le premier modèle impute cette augmentation à une baisse de la motivation professionnelle : les gens n'aiment plus travailler et c'est pourquoi ils sont plus facilement malades ; il y a de plus en plus de « tire-au-flanc » parmi la population. En fonction de l'affirmation spécifique, un tiers à cinquante pourcent de la population adhère à ce modèle explicatif. Le deuxième modèle explicatif attribue l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail à l'incertitude due à la crise économique et à l'augmentation de la charge de travail et du stress. Bien que l'on puisse considérer l'incertitude et les exigences professionnelles de plus en plus impérieuses comme deux facteurs explicatifs différents, la population les considère comme un facteur explicatif global. 40 % des personnes interrogées voient l'incertitude comme cause de l'incapacité de travail. Le stress et la pression liés à l'organisation actuelle du travail, mais aussi à la vie en générale, constituent, d'après la population, de loin la cause principale de l'augmentation de l'incapacité de travail. Soixante à septante pourcent des gens imputent l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail aux exigences professionnelles de plus en plus impérieuses et à l'augmentation du stress. Dans ce contexte, ils font non seulement référence aux exigences professionnelles mais aussi à l'agitation de la vie moderne en générale. Une grande majorité de la population estime donc que l'organisation actuelle de la vie et du travail est une source importante de maladie et d'incapacité de travail. Beaucoup pensent en même temps que de nombreuses personnes en congé de maladie sont des « tire-au-flanc ». Il est par conséquent important d'effectuer suffisamment de contrôles et d'en faire suffisamment la publicité pour corriger cette vision. La notion d'incapacité de travail mérite certainement

aussi d'être précisée. Un certain nombre de personnes pensent peut-être qu'une personne en incapacité de travail doit présenter une inactivité totale sur tous les plans et devenir une concitoyenne invisible.

L'affirmation selon laquelle l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail est due à une diminution de la motivation professionnelle trouve plus d'adhésion chez les personnes peu qualifiées que chez les personnes hautement qualifiées, plus chez les personnes bénéficiant d'une bonne situation économique, plus chez les néerlandophones ayant une préférence pour les médias populaires que chez les néerlandophones ayant une préférence pour les médias plus intellectuels, plus chez les personnes qui utilisent peu l'Internet, plus chez les néerlandophones que chez les francophones et plus chez les personnes en mauvaise santé que chez les personnes en bonne santé. L'effet de loin le plus important est l'effet de l'attitude à l'égard de l'État-providence. Les personnes qui désapprouvent l'État-providence parce qu'elles estiment qu'il présente divers inconvénients tels que le ralentissement de la croissance économique et le fait de rendre les gens paresseux et irresponsables, sont en outre d'avis que la hausse du taux d'incapacité de travail est due à une diminution de la volonté de travailler.

L'explication en termes d'incertitude et de stress est, de manière générale, largement acceptée. Toutefois, ce sont surtout les personnes qui vivent elles-mêmes dans l'incertitude économique qui adhèrent à cette explication. Cette explication est aussi en grande partie admise par des personnes qui estiment qu'il existe encore trop d'inégalités dans notre société et qu'il faut tendre vers davantage d'égalité, notamment via une redistribution des ressources.

Nous avons en outre demandé aux personnes interrogées si elles pensent que des efforts particuliers sont nécessaires pour aider les personnes invalides ou les personnes en incapacité de travail à quand même trouver un travail adapté. Une très grande majorité - presque trois quarts d'entre elles - pense que les employeurs et les sociétés doivent leur proposer un travail adapté pour que celles-ci puissent reprendre le travail. Quant à la question de savoir si les mutualités et les pouvoirs publics doivent mener une politique d'activation en la matière et déployer davantage d'efforts pour aider les personnes invalides à quand même trouver un travail adapté, les avis sont un peu plus partagés. On compte en effet deux fois plus de partisans d'une telle politique que d'opposants : 40 % estiment que les mutualités et les pouvoirs publics doivent mener une politique d'activation, 21 % s'y opposent et pas moins de 39 % hésitent, ce qui ne fait qu'accentuer les divergences.

Comparé aux opposants d'une politique d'activation, les partisans d'une telle politique sont jeunes et plutôt néerlandophones que francophones ; ils jouissent d'une bonne santé, sont mieux qualifiés et ont une opinion plutôt négative de l'État-providence.

## 10.6 Le souhait de réciprocité et d'un État-providence « activateur »

Considérant les différentes positions, nous constatons que la population soutient un certain nombre de principes qui ont orienté la réforme de l'État-providence et l'assurance maladie dans différents pays au cours des dernières décennies. Ces réformes dans le sens d'un État-providence « activateur » (van der Veen, 2009) ou d'un État « catalyseur » (« *enabling state* ») (Gilbert, 2002) se caractérisaient par une responsabilisation personnelle bien plus grande, une réciprocité, une activation, l'évitement de la dépendance et la limitation de celle-ci dans la mesure du possible.

Une grande partie de la population, voire une majorité de la population concernant certains points, souhaite une réforme en ce sens. Toutefois, les propositions concrètes en la matière formulées par la population menacent souvent le caractère solidaire du système actuel de santé et d'assurance maladie. C'est pourquoi il est conseillé de bien étudier comment mieux intégrer la part de responsabilité personnelle, l'équilibre entre droits et obligations ou la double solidarité dans le système sans toucher à son caractère solidaire. Il est également conseillé de mener un débat sociétal à ce sujet. Les conclusions de cette enquête permettent de mener un tel débat. Dans d'autres pays tels que les Pays-Bas, une réforme assez radicale dans le sens d'un État-providence activateur a été instaurée, par souci d'économie, sans trop de débats sociétaux. Par la suite, il a fallu vérifier si la réforme pouvait compter sur quelque appui de la population (Ex. : Achterberg et al., 2010).

## 10.7 Pourquoi les coûts en soins de santé augmentent-ils et comment y faire face ?

Il est clair que l'inquiétude qui vit chez une partie de la population à propos des répercussions de l'État-providence, de la fraude sociale et de l'absence de réciprocité provient en partie de l'inquiétude à propos de l'augmentation des coûts de l'État-providence. Dans l'enquête, nous avons demandé à la population comment elle explique l'augmentation des coûts en soins de santé et du budget de l'assurance maladie obligatoire. Trois modèles explicatifs ont été avancés.



Le premier modèle explicatif regroupe les inducteurs de coûts quasi inévitables tels que l'augmentation du prix des médicaments et des thérapies et le vieillissement de la population. Le deuxième modèle explicatif regroupe les abus, allant des bénéfices excessifs de l'industrie médicale au gaspillage dans les hôpitaux et aux abus des immigrés. Le troisième modèle impute l'augmentation des coûts à l'absence d'une approche rationnelle : prescription à profusion de médicaments ou pénurie d'hôpitaux spécialisés...

Le premier modèle est le modèle principal, une grande majorité de la population – 60 à 70 % – le considérant comme une explication essentielle. L'abus comme modèle explicatif vient en deuxième place. L'explication la moins répandue impute l'augmentation rapide des coûts à un manque d'organisation rationnelle.

Les personnes qui ont une attitude négative vis-à-vis de l'État-providence invoquent dans une moindre mesure les facteurs inévitables et dans une plus large mesure le manque d'organisation rationnelle et plus encore les abus comme facteurs explicatifs. L'abus comme dernier facteur explicatif est également plus populaire chez les personnes âgées, chez les personnes de gauche en matière de redistribution des ressources et chez les personnes économiquement vulnérables. L'explication en termes d'inducteurs de coûts inévitables est plus populaire chez les personnes hautement qualifiées que chez les personnes peu qualifiées et trouve moins d'adhésion chez les francophones que chez les néerlandophones, les francophones étant moins convaincus du fait que le vieillissement de la population constitue un facteur d'augmentation des coûts en soins de santé.

L'absence d'une organisation rationnelle ne constituant pas un modèle explicatif populaire des coûts élevés et/ou de l'augmentation des coûts, nous supposons déjà qu'une rationalisation ne constitue pas une mesure d'économie très populaire. Des différentes mesures d'économie proposées, trois seulement sont soutenues par la population : un meilleur échange et un meilleur partage des données entre les dispensateurs de soins, toujours prescrire les médicaments et les traitements appropriés les moins chers et ne plus dispenser de traitements onéreux visant à prolonger la vie des personnes de plus de 85 ans.

D'autres mesures d'économie, par exemple une organisation plus rationnelle des soins de santé, ne trouvent, à l'heure actuelle, aucun soutien. 27 % seulement des personnes interrogées sont par exemple en faveur d'une spécialisation des hôpitaux ; 41 % s'y opposent. 6 % seulement sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle qu'il y a trop d'hôpitaux. L'exclusion des personnes à partir de 85 ans trouve plus de soutien : 37 %

sont favorables à cette mesure contre 35 % qui s'y opposent. Les personnes qui ont une attitude négative à l'égard de l'État-providence attachent toutefois davantage d'importance au manque de rationalité sur le plan de l'organisation du système des soins de santé comme explication des coûts élevés. En dépit de cela, elles sont bien plus en défaveur qu'en faveur de la rationalisation. Elles adoptent cette attitude parce qu'elles sont très attachées à la grande liberté individuelle du patient et du thérapeute, et cette liberté empêche souvent une rationalisation génératrice d'économies.

Les arguments en faveur d'une rationalisation ont été examinés de plus près à l'aide d'un certain nombre d'exemples concrets. Il est apparu que seuls le droit de substitution ou l'obligation de substitution du pharmacien trouve un large soutien. Pour toutes les autres mesures, près de la moitié des personnes interrogées affirment qu'elles préféreraient encore payer davantage plutôt que de voir leur liberté ou celle de leur thérapeute entravée par la rationalisation. Les néerlandophones sont plus partisans des mesures de rationalisation que les francophones. Les personnes qui estiment que notre société devrait évoluer vers une société plus égalitaire sont également davantage en faveur d'une rationalisation. Des mesures de rationalisation, l'amélioration de notre système de soins de santé en termes d'efficacité, signifient presque toujours une restriction de la liberté particulièrement grande du patient et du thérapeute dans notre pays. Près de la moitié des personnes interrogées préfèrent cette liberté à la réduction des coûts qui est réalisable en limitant la liberté et en rationalisant. Un débat sociétal s'impose effectivement. Un tel débat permettrait de préciser qu'il existe plusieurs formes raisonnables de limitation du choix du patient et du thérapeute qui n'enlèvent rien à la qualité des soins ou au confort du patient et qui sont susceptibles de favoriser la durabilité et l'accessibilité du système.

## 10.8 La solidarité peut-elle dépendre de l'âge ?

L'exclusion des personnes âgées – dans le questionnaire, il s'agissait de personnes âgées de 85 ans ou plus – des soins onéreux (dans les exemples concrets, il s'agissait de traitements de 50.000 euros) trouve davantage de soutien que diverses mesures de rationalisation proposées. 30 à 40 % des personnes interrogées sont, en fonction du cas concret qui leur a été soumis, favorables à l'exclusion des personnes de plus de 85 ans. Les partisans de l'exclusion sont bien plus nombreux chez les néerlandophones que chez les francophones et plus nombreux parmi les personnes qui attendent beaucoup d'effets négatifs que parmi celles qui attendent peu d'effets négatifs de l'État-providence. Les pourcentages élevés de la population qui se prononcent en faveur de cette forme d'exclusion sont choquants. Peut-être que ces chiffres expriment également une

opposition à l'acharnement thérapeutique. Les chiffres alarmants montrent en tout cas clairement qu'un débat sociétal s'impose en la matière, qu'il faut entrer en dialogue avec la population au sujet des restrictions raisonnables pouvant être imposées à l'acharnement thérapeutique, de la manière dont on peut raisonnablement tenir compte de l'âge tout en restant humain et surtout de l'inadmissibilité d'une discrimination sur la base de l'âge.

## 10.9 Avenir et souhait d'une e-médecine

L'e-médecine est également envisagée comme une possibilité de rendre les soins de santé plus efficaces. Pour la population, un meilleur partage des données entre dispensateurs de soins est au reste la mesure d'économie la plus désirée. Pas moins de 99 % des personnes se prononcent en faveur d'une consultation par leur médecin traitant de toutes les informations les concernant disponibles auprès de tous les médecins et de tous les hôpitaux. Ces 99 % se répartissent de la façon suivante : 42 % pensent que cela peut se faire sans l'approbation du patient et 57 % souhaitent que cette approbation soit d'abord demandée.

Trois applications possibles d'e-médecine ont été présentées aux répondants : la possibilité de s'informer en ligne sur le prix des opérations dans les différents hôpitaux, sur le rapport qualité/prix des opérations dans les différents hôpitaux et sur le diagnostic en ligne (avec la possibilité que celui-ci renvoie le patient vers son médecin généraliste ou vers un spécialiste). Pour chacune de ces applications, on a demandé aux répondants s'ils la trouvaient plausible, souhaitable et si eux-mêmes l'utiliseraient.

Il est frappant de constater que les répondants estiment qu'il est relativement peu probable que ces applications arrivent, même pour les applications qui existent déjà ou tout au moins qui sont déjà utilisées sous forme de prototype. Ainsi, 9 % des répondants estiment que la communication des prix des opérations n'est plausible que dans un avenir très lointain, et 30 % d'entre eux pensent que le diagnostic en ligne est impossible.

En ce qui concerne le caractère souhaitable et l'utilisation de ces applications, une grande différence se dessine entre la consultation en ligne des prix et du rapport qualité/prix des opérations dans les différents hôpitaux d'une part, et le diagnostic en ligne d'autre part. Respectivement 85 et 74 % des répondants pensent qu'il est souhaitable de pouvoir consulter en ligne les prix et les rapports qualité/prix. Respectivement 79 et 69 % déclarent également qu'ils utiliseraient de tels services. Il y a donc une demande

importante à l'égard de ce type d'informations et on peut s'attendre à ce que la demande d'informations sur le rapport entre les prix et la qualité devienne très urgente une fois que la population se sera familiarisée avec la consultation des prix. On voit également qu'au moins une partie des personnes est consciente du fait que l'offre d'informations sur la qualité est plus difficile que la simple offre d'informations sur les prix.

La résistance est néanmoins encore vive à l'égard du diagnostic en ligne. Un quart des répondants estime qu'un tel diagnostic en ligne est souhaitable et 62 % ont un avis opposé. Seulement 32 % des répondants déclarent qu'ils utiliseraient un tel service. La réticence est plus importante auprès des répondants hautement qualifiés que des répondants peu qualifiés, ainsi qu'auprès des personnes sans enfants que des personnes avec enfants. Il est probable que ces dernières soient attirées par le fait de pouvoir obtenir des informations adéquates sur les maux et les maladies de leurs enfants et qu'elles voient dans le diagnostic en ligne une manière rapide d'obtenir un avis compétent sur quand consulter personnellement le médecin et quand ne pas le faire. C'est probablement pour les mêmes raisons que les répondants qui ont plus de problèmes de santé sont eux aussi de plus grands partisans du diagnostic en ligne.

## 10.10 Les soins de santé : solidaires, de bonne qualité et accessibles ?

### 10.10.1 *Solidaires ?*

Le système des soins de santé a l'ambition d'être solidaire, de bonne qualité et accessible. Il ressort de l'enquête que la grande majorité de la population soutient le caractère solidaire des soins de santé, mais qu'il est en même temps menacé par le soutien dont bénéficient la différenciation selon le style de vie et l'exclusion des personnes âgées auprès d'une partie de la population ainsi que par la conviction qu'il existe une fraude sociale à grande échelle, le sentiment largement répandu que le système offre trop peu de garantie de réciprocité ou d'une double solidarité et enfin par la faible base en faveur d'une organisation plus rationnelle de ce système. Les menaces qui touchent un système bénéficiant d'un large soutien découlent de l'inquiétude largement ressentie qu'il est trop facile de profiter du système et de la conviction que trop de personnes en abusent.

### 10.10.2 *De bonne qualité ?*

L'enquête a également examiné dans quelle mesure la population trouve que le système est de bonne qualité, dans quelle mesure elle en est satisfaite et dans quelle mesure il est accessible. Le degré de satisfaction à l'égard des soins de santé a été mesuré de

façon très détaillée. Au total, 48 questions ont été posées pour sonder la satisfaction à l'égard des soins de santé, 31 pour mesurer le degré de satisfaction et 17 pour obtenir des informations sur des expériences négatives. Les réponses à 34 de ces 48 questions indiquent une grande à très grande satisfaction. Donc, même si l'enquête ne porte pas sur la satisfaction par rapport aux soins de santé en général, mais qu'elle s'intéresse en détail à différents aspects et expériences, le degré de satisfaction s'avère très élevé. Ce mode de questionnement laisse toutefois apparaître certains problèmes et points prioritaires : des aspects pour lesquels les personnes interrogées sont moins satisfaites ou des expériences négatives qui se produisent trop souvent.

Il s'agit :

- du montant que l'on doit payer de sa propre poche pour les soins de santé et qui est trop élevé pour de nombreuses personnes ;
- du nombre de maisons de repos et de leurs prestations de service ;
- en ce qui concerne les hôpitaux :
  - o du manque d'informations sur le coût d'une hospitalisation,
  - o de l'aide insuffisante en cas d'hospitalisation, du manque d'informations sur le déroulement de l'hospitalisation,
  - o du nombre de factures hospitalières incompréhensibles et du sentiment récurrent que la facture hospitalière n'est pas correcte ;
- en ce qui concerne les spécialistes :
  - o des trop longues listes d'attente,
  - o de l'impression que le spécialiste prescrit des examens superflus,
  - o et l'impression que l'on doit payer trop chez le spécialiste.

Le niveau d'accessibilité ressenti a une influence importante sur la satisfaction. Les répondants qui ont dû faire face à un manque d'accessibilité sont moins contents de l'approche globale en matière de soins de santé, des informations qu'ils reçoivent et connaissent davantage d'expériences négatives. Des expériences négatives sont également plus souvent rapportées par les répondants hautement qualifiés et par ceux qui utilisent souvent Internet. Il s'agit probablement de personnes plus exigeantes ou qui échangent plus facilement des expériences négatives en ligne. Les francophones rapportent aussi nettement plus d'expériences négatives que les néerlandophones. Il est également frappant de constater que les personnes qui sont en moins bonne santé, et donc plus enclines à faire appel aux services de santé, rapportent nettement plus d'expériences négatives. Parmi les 20 % de personnes interrogées qui souffrent le plus de problèmes de santé, 34 % déclarent qu'il leur est arrivé « parfois » ou fréquemment » de recevoir trop peu d'informations de leur médecin généraliste, 46 % qu'elles ont reçu

trop peu d'informations d'un médecin spécialiste, 50 % qu'elles ont reçu une facture erronée de l'hôpital et 47 % qu'elles ont trop payé chez le spécialiste. L'incidence d'expériences négatives est donc élevée dans cette partie de la population.

### 10.10.3 Accessibles ?

L'affirmation selon laquelle tout un chacun, qu'il soit riche ou pauvre, peut bénéficier de soins de santé de bonne qualité dans ce pays, n'est pas correcte. Un problème aigu d'accessibilité se pose pour 10 % de la population : près de 17 % de ces personnes doivent reporter des soins dentaires ou l'acquisition de lunettes par manque d'argent. 20 % de la population déclare craindre d'attraper une maladie (chronique) de peur de basculer dans la pauvreté. Ces données ne permettent pas de dire si l'accessibilité a diminué avec le temps. Pour pouvoir se prononcer à ce sujet, il faut comparer des données relatives à l'accessibilité disponibles pour une plus longue période. Cette tâche est compliquée par le fait que ces données ne sont pas toujours comparables et ne font pas partie des ambitions du présent rapport. Les chiffres rapportés ici sont beaucoup plus élevés que ceux du Rapport social 2013 sur la Belgique, selon lequel 2,5 % de la population doit reporter des soins. Ces chiffres sont également beaucoup plus élevés que ceux du Baromètre de la pauvreté (Coene et al., 2013) qui constate que 2,6 % de la population doit reporter des soins en raison de problèmes financiers. Les chiffres rapportés ici correspondent par contre bien aux constatations de l'enquête-santé 2008 (celle de 2013 n'est pas encore disponible), selon laquelle 13,9 % de la population doit reporter l'achat de médicaments, ainsi qu'aux conclusions d'une récente enquête auprès des membres des mutualités chrétiennes, de laquelle il est apparu qu'une personne sur dix doit reporter une visite chez le médecin pour des raisons financières.

Les problèmes d'accessibilité sont rencontrés dans une plus large mesure par des personnes peu qualifiées, des personnes dont l'avenir économique est incertain, par des francophones et par des personnes souffrant de problèmes de santé. Cette constatation est très importante parce qu'en fait on ne doit pas mesurer l'accessibilité auprès de l'ensemble de la population. Dans ce cas, on tient en effet compte de personnes qui sont en très bonne santé et qui courent par conséquent un risque dérisoire d'être confrontées à des problèmes d'accessibilité.

On obtient une meilleure représentation de l'accessibilité en examinant l'expérience des 20 % de Belges qui souffrent le plus de problèmes de santé. Parmi ces personnes, 17 % déclarent devoir reporter une intervention médicale par manque d'argent, 19 % reportent ou annulent une visite chez le médecin et 18 % basculent dans la pauvreté

suite à des frais médicaux trop importants. Il est évident que les problèmes d'accessibilité sont plus souvent rencontrés par les plus démunis, par exemple les personnes peu qualifiées par rapport aux personnes hautement qualifiées. Mais si on se penche sur les personnes qui souffrent de problèmes de santé, par exemple les 40 % de personnes qui ont le plus de problèmes de santé, on constate que parmi les personnes hautement qualifiées de ce groupe, 8 % doivent régulièrement reporter ou annuler une visite chez le médecin par manque d'argent, 11 % doivent reporter une intervention médicale pour la même raison, 7 % disent basculer dans la pauvreté en raison de l'importance des frais médicaux et 23 % vivent avec l'angoisse de tomber malade par peur de basculer dans la pauvreté.

### 10.11 Différentes sensibilités

Des différences parfois importantes entre différents groupes de la population apparaissent pour de très nombreuses attitudes, opinions et expériences examinées. Nous revenons brièvement sur deux types de différences.

#### *10.11.1 Les communautés linguistiques*

Un certain nombre de différences apparaissent entre les francophones et les néerlandophones, la plupart d'entre elles étant toutefois fort limitées. Les francophones voient moins de conséquences négatives à l'État-providence, mais se prononcent en même temps un peu moins en faveur du principe de proportionnalité. Ils rapportent un plus faible degré d'accessibilité et rencontrent plus d'expériences négatives dans le cadre des soins de santé.

En ce qui concerne les causes de l'augmentation des coûts des soins de santé, les francophones attachent un peu moins d'importance aux facteurs qui semblent inévitables. Les francophones sont moins nombreux que les néerlandophones à penser que le vieillissement de la population entraîne une augmentation des coûts.

Les néerlandophones sont beaucoup plus enclins à exclure les personnes âgées de plus de 85 ans des soins plus onéreux. Les francophones sont plus enclins à faire davantage contribuer les personnes souvent malades (différenciation selon le parcours de vie) alors que les néerlandophones sont un plus nombreux à se prononcer en faveur d'une différenciation selon le style de vie.

Les néerlandophones attribuent un peu plus souvent que les francophones l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail à une démotivation au

travail. Ils sont également beaucoup plus nombreux que les francophones à avoir un avis favorable sur la politique d'activation.

Les néerlandophones mettent davantage l'accent sur la responsabilité personnelle et imputent plus rapidement les développements à des décisions et motivations individuelles. Ils sont également plus enclins à faire supporter aux personnes les conséquences de leurs (mauvais) choix. En bref, leur pensée s'inscrit davantage dans la direction des réformes « activatrices » de la sécurité sociale, telles qu'elles ont été réalisées dans un certain nombre de pays européens, plutôt nordiques. Les francophones attachent un peu moins d'importance à la responsabilité personnelle. Ils sont un peu moins partisans d'un État-providence « activateur », mais désirent davantage un équilibre entre contribution et utilisation du système, indépendamment de la responsabilité personnelle. Ils se montrent de ce fait un peu moins partisans du principe de la proportionnalité et de la différenciation selon le style de vie et se prononcent nettement plus en faveur de la responsabilité en matière de parcours de vie. Ainsi, 20 % des francophones estiment que les personnes qui ont déjà souvent été malades devraient cotiser davantage ; un point de vue qui n'est partagé que par 7 % des néerlandophones. 16 % des francophones, pour 8 % des néerlandophones, sont d'avis que les personnes âgées devraient payer des cotisations plus élevées parce qu'elles tombent plus souvent malade.

En ce qui concerne les positions, nous constatons uniquement des grandes différences en ce qui concerne l'exclusion des personnes âgées et le rôle que les pouvoirs publics et les mutualités doivent jouer dans le cadre de l'accompagnement au travail des personnes en incapacité de travail. 46 % des néerlandophones pensent que les opérations onéreuses visant à prolonger la vie des personnes de 85 ans ou plus ne devraient pas être remboursées ; 25 % des francophones partagent cet avis. Parmi les néerlandophones, 48% estiment que les pouvoirs publics et les mutualités doivent jouer un rôle dans l'activation des personnes en incapacité de travail; 29 % des francophones sont de cet avis.

#### *10.11.2 Les partisans et les opposants à l'État-providence*

Un des facteurs qui fait le plus de différence en nombre d'opinions étudiées est l'attitude adoptée à l'égard des possibles conséquences de l'État-providence. Les personnes qui pensent que l'État-providence incite les gens à la paresse, qu'il les prive de la volonté et de la compétence de prendre soin de soi et qu'il freine la croissance économique, sont également convaincues de l'existence d'une fraude sociale à grande échelle dans les



soins de santé et souhaitent, non seulement que cette fraude sociale soit sévèrement contrôlée, mais aussi qu'elle soit sévèrement punie. Ces personnes imputent dans une moindre mesure l'augmentation des coûts à des facteurs inévitables tels que le vieillissement et l'augmentation des prix des médicaments et des thérapies, et dans une plus large mesure aux abus et à l'absence d'une approche rationnelle. Elles plaident également fréquemment en faveur de tout ce qui pourrait permettre de faire des économies, à l'exception de la rationalisation, parce qu'elles sont fortement attachées à la liberté du patient et du thérapeute. Elles se prononcent davantage que d'autres groupes en faveur de l'exclusion des personnes âgées de plus de 85 ans, de la différenciation selon le parcours de vie et selon le style de vie ainsi que de différentes sortes d'augmentation d'accises. Elles attribuent davantage que les autres l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail à une démotivation au travail et sont de grands défenseurs de l'activation.

## 11 Littérature

- AAPOR (2011). *Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. Revised 2011*. Retrieved 15/04/2014 from <http://aapor.org/Content/NavigationMenu/AboutAAPOR/StandardsampEthics/StandardDefinitions/StandardDefinitions2011.pdf>.
- Achterberg, P., R van der Veen en J. Raven (2010) *Omstreden solidariteit*. Amsterdam, Aksent.
- Baal, P.H.M et al. (2006) *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies - A comparative analysis. *Human Relations*, 52(4), 421-438.
- Coene, J., A. Van Haarlem, D.Dierckx (2013) *Rapport Armoedebareometer*. Antwerpen, Universiteit Antwerpen.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and internet surveys: the tailored design method*. New York, Wiley.
- Elchardus, M. en B. Spruyt (2013a) Het draagvlak van de verzorgingsstaat. [www.socmut.be](http://www.socmut.be).
- Elchardus, M. en B. Spruyt (2013b) Tevredenheid met de gezondheidszorg en keuzes in de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering. [www.socmut.be](http://www.socmut.be).
- Gilbert, N. (2002) *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford, Oxford University Press.
- Goor, L.A.M. (2011) *Van gezondheid verzekerd*. Tilburg, Tilburg University.
- Have, ten, M., (2013) *Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering*. Den Haag, Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Lievens, J. and H. Waeye (2011). *Participatie in Vlaanderen. Basisgegevens van de Participatiesurvey 2009*. Leuven, Acco.
- Roosma, F., J. Gelissen & W. van Oorschot (2013), The Multidimensionality of Welfare State Attitudes: A European Cross-National Study. *Social Indicators Research*, 113,1:235-55
- UNESCO. (2008). ISCED Review Concept Note november 2008 [Electronic Version]. Retrieved 13/11/2012 from <http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/2009/AC190-10-e.PDF>.

Veen, R. Van der (2009) De herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Analyse van een paradigmawissel. In: J.de Vries en P. Bordewijk (red.) *Rijdende treinen en gepasseerde stations*. Amsterdam, Van Genneep.

# Vos soins de santé, Votre avis copte !

*Enquête effectuée à la demande de l'Institut national d'assurance maladie  
invalidité (INAMI) à l'occasion de son cinquantenaire*

## Annexe 1

Calcul des réponses brutes et  
des réponses nettes

MARK ELCHARDUS &

PETRUS TE BRAAK

Sur les questionnaires renvoyés, 22 avaient été complétés de manière partielle ou avec des erreurs manifestes, de sorte qu'ils ont dû être supprimés du fichier de données. Par ailleurs, 36 personnes interrogées ont refusé de participer explicitement à l'enquête. En outre, 14 personnes interrogées ont dit ne pas maîtriser les langues dans lesquelles les questionnaires ont été rédigés (français et néerlandais). Enfin, des personnes séjournant à l'étranger depuis longtemps (n=15) ou ayant des problèmes de santé (n=11) n'ont pas pu répondre aux questions. Au total, 40 membres de l'échantillon (0,67%) n'ont pas eu la possibilité de remplir le questionnaire et ne font donc pas partie de la population échantillonnée valable. Soyons clairs : ces unités d'échantillon non intégrables constituent une forte sous-estimation du nombre réel. Pour calculer les *response rates nets*, l'*American Association for Public Opinion Research* (AAPOR, 2011: 45) recommande de faire une estimation précise des unités d'échantillon non intégrables sur la base d'informations scientifiques des enquêtes portant sur une population comparable. Les informations utilisées ici proviennent pour le calcul de l'estimation de la *Participatiesurvey 2009* (Lievens & Waeghe, 2009). Il s'agit en l'occurrence d'une *face-to-face survey* en Flandre sur des personnes âgées de 14 à 85 ans. Parce qu'elle a été menée face à face, cette enquête est adéquate pour faire une estimation des unités d'échantillon non intégrables.

La population de l'échantillon de l'enquête « Vos soins de santé, votre avis compte ! » diffère sans doute légèrement (âge : 14-85 contre 18-80 ; région géographique : Flandre contre Belgique), mais les informations tirées de la *Participatiesurvey 2009* (PaS2009) sont, à la connaissance des auteurs, les plus comparables avec l'enquête dont il est question ici. Cependant, il se peut que le pourcentage de membres d'échantillon non intégrables, parce qu'ils sont décédés, soient surestimés si ceux-ci se basent sur la PaS2009. Pour cette raison, il a été décidé de ne pas calculer le pourcentage de membres d'échantillon non intégrables parce qu'ils sont décédés par rapport aux membres d'échantillon non intégrables de l'enquête « Vos soins de santé, votre avis compte ! ».

Dans la PaS2009, un bon 11,5% de la population sondée se composent de membres d'échantillons non intégrables. Sans les personnes qui sont décédées, 11,2% sont des non-intégrables. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle le 0,67% d'unités non-intégrables de l'échantillon constituent une forte sous-estimation. Pour le calcul des réponses nettes, conformément aux recommandations de l'AAPOR (2013), le pourcentage d'unités d'échantillon non intégrables est estimé à 10,83% (11,2% - 0,67%). Le calcul des réponses nettes valables se présente comme suit :

$$\text{Réponses nettes valables} = \frac{\text{réponses valables}}{\text{échantillon} - \text{unités non intégrables estimées}}$$

Sur la base d'un échantillon initial de 6 000 unités, il peut ainsi être postulé que 650 unités (6 000 \* 10,83%) de l'échantillon ne sont pas intégrables. Les réponses nettes valables pour l'enquête « Vos soins de santé, votre avis compte ! » se présentent dès lors comme suit :

$$\frac{2199}{6000 - 650} = 41,1\%$$

Les réponses nettes valables se montent par conséquent à 41,1%. Cela signifie que 41,1% des toutes les personnes interrogées qui font partie des unités d'échantillon intégrables ont complété correctement le questionnaire. Les personnes interrogées qui n'ont répondu que très irrégulièrement ou avec des erreurs manifestes ont donc été soustraites du compteur des réponses nettes valables.

# Vos soins de santé, Votre avis copte !

*Enquête effectuée à la demande de l'Institut national d'assurance maladie  
invalidité (INAMI) à l'occasion de son cinquantenaire*

## Annexe 2

### Procédure de pondération

MARK ELCHARDUS &

PETRUS TE BRAAK

Pour pondérer nos données, nous avons utilisé des données sur la répartition des caractéristiques région, âge, sexe et niveau d'éducation de la population étudiée. Les données les plus fiables sont celles obtenues auprès du recensement de la population. Ces données n'étant collectées qu'une seule fois tous les dix ans, et les dernières données disponibles datant de 2001, nous avons décidé de chercher une source de rechange. L'Enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socioéconomique sur un échantillon de ménages belges dont l'objectif principal est de donner une idée de la population en âge de travailler. La participation à l'enquête est en principe obligatoire. Les informations ont été collectées lors d'entretiens particuliers. Les ménages composés uniquement de personnes inactives âgées de plus de 64 ans peuvent également être sondés par téléphone. L'échantillon comprend 15 000 ménages par trimestre, dont 12 000 peuvent être sondés effectivement. Sur une base annuelle, les informations obtenues sur la situation du marché du travail de 90 000 habitants de la Belgique, âgés de 15 ans et plus. Les réponses se montent à environ 80%. Moins de 3% des non-réponses concernent des refus de prendre part à l'enquête. Pour ces raisons, la banque de données EFT de 2013 constitue une solution de rechange adéquate à la construction de variables de pondération<sup>1</sup>.

Pour le calcul de la pondération, un tableau croisé est dressé tant pour la banque de données EFT que pour la banque de données de Soins de santé, qui contient les caractéristiques région, sexe, âge et niveau d'éducation. Nous avons décidé délibérément de définir deux coefficients de pondération séparés. Le premier porte sur une pondération s'appuyant sur une combinaison de sexe, d'âge et de niveau de formation par région (pondération SAN). Cela signifie que si seules les données provenant d'une région spécifique sont utilisées, qu'après application de cette pondération la population reflète correctement la population présente dans la région en question. Les personnes interrogées qui, pour une des caractéristiques, ne sont pas valables (n:164) ne peuvent pas être incluses dans le calcul. Elles reçoivent comme coefficient de pondération la valeur 1.

Pour l'âge, nous faisons une distinction entre trois catégories et pour le niveau d'éducation, trois. Nous obtenons le poids par cellule en prenant le quotient du pourcentage de cellule de la banque de données EFT avec le pourcentage de la banque de données Santé<sup>2</sup>. Idéalement, ces coefficients sont proches de 1 (= situation où la

---

<sup>1</sup> Données provenant du Service public fédéral Économie.

<sup>2</sup> Nous retenons 6 chiffres après la virgule.



représentation dans l'enquête est identique à la répartition dans la population). Un coefficient de pondération pour un groupe supérieur à 1 signifie que celui-ci est sous-représenté dans l'enquête par rapport à sa présence dans la société. De manière classique, les personnes d'un faible niveau d'éducation sont sous-représentées et les personnes d'un haut niveau d'éducation sont surreprésentées et comme le niveau d'éducation a une grande influence sur nombre d'attitudes, il importe de corriger cette sous-représentation et cette surreprésentation par pondération. En général seuls 8 des 54 coefficients de pondération se sont avérés supérieurs à 2. Deux coefficients se sont avérés supérieurs à 4, des jeunes femmes de faible niveau d'éducation à Bruxelles et des jeunes femmes de faible niveau d'éducation en Flandre. Ces deux coefficients ont été écartés

à

4.

Tableau B2.1: Calcul du coefficient de pondération pour la combinaison âge, éducation et sexe par région sur la base de l'Enquête sur les forces de travail

			18-35 ans	36-65 ans	66+
Région de Bruxelles-Capitale	Faible	Hommes	1,597485	0,977768	2,229599
		Femmes	4,638986*	1,105349	3,98884
	Moyen	Hommes	1,358724	1,153612	1,125115
		Femmes	1,216119	0,695503	1,539499
	Élevé	Hommes	0,80692	0,630444	0,663128
		Femmes	0,862531	0,670076	0,717452
Région flamande	Faible	Hommes	3,144221	1,482788	1,408485
		Femmes	9,296143*	1,193108	1,661817
	Moyen	Hommes	1,785551	0,829637	0,807556
		Femmes	1,06628	0,728416	1,433131
	Élevé	Hommes	0,881522	0,753021	0,911977
		Femmes	0,83893	0,596421	0,740212
Région Wallonne	Faible	Hommes	2,860291	1,215804	1,110408
		Femmes	1,474852	0,923939	2,577482
	Moyen	Hommes	2,126313	1,095521	0,9531
		Femmes	1,143293	1,151034	1,507934
	Élevé	Hommes	0,765965	0,587234	0,749647
		Femmes	0,823213	0,522202	0,530462

Pour certaines analyses, nous avons voulu faire une comparaison entre les régions. Pour cette raison et aussi parce que les régions ont été stratifiées de manière disproportionnée, un coefficient de pondération qui tient compte de la répartition de la population de la Belgique entre les régions (pondération Région). Les coefficients obtenus ont été multipliés par le coefficient de pondération pour la combinaison sexe, âge et formation (coefficient SAN). Cette combinaison de deux pondérations figure dans la banque de données sous le coefficient SAN.

Tableau B2.2 : Calcul des coefficients de pondération par région

Région de Bruxelles-Capitale	0,511738429
Région flamande	1,132785545
Région wallonne	1,096398715

Les écarts entre données non pondérées et données pondérées sont relativement petits et de plus vont tous dans le sens escompté. Étant donné que les personnes d'un faible niveau d'éducation sont sous-représentées dans les données non pondérées et sont contrebalancées, nous voyons qu'en comparaison des données non pondérées, les données pondérées représentent davantage les attitudes et comportements des personnes d'un faible niveau d'éducation. Cela se traduit clairement par les écarts suivants :

- Dans les données pondérées, le groupe bénéficiant d'une intervention majorée est plus important que dans les données non pondérées,
- Le groupe qui dit que sa santé ne constitue jamais une limitation est plus petite dans les données pondérées,
- Le groupe qui mange des légumes au moins deux par jour s'est également réduit,
- Il y a moins d'employés, de cadres et de directeurs dans les données pondérées tandis qu'il y a plus d'ouvriers qualifiés et non qualifiés,
- Le nombre de personnes à la retraite a également augmenté dans les données pondérées,
- Le groupe qui est d'accord sur une augmentation des accises sur le tabac et l'alcool s'est réduit,
- Le groupe qui a dû reporter certains traitements médicaux pour des raisons financières s'est agrandi,
- Le nombre de personnes qui n'utilisent jamais Internet a augmenté après pondération,
- le groupe de personnes ayant de faibles revenus a également augmenté un peu.

Tous ces écarts sont toutefois faibles. Il s'agit surtout de glissements de quelques pour cent. L'écart le plus important entre données pondérées et données non pondérées est trouvé pour la variable qui reproduit combien de fois on utilise Internet pour réserver des voyages. Pour ce faire, pour 1 catégorie, un glissement de 98 cas a eu lieu, soit 5,5% de la population. Les personnes à faible niveau d'éducation partent moins en voyage et lorsqu'elles partent en voyage elles réservent moins par Internet. Raison pour laquelle, cette variable a un glissement relativement important de 5 points pour cent. LE sens des écarts constatés indique clairement que la pondération est utile et rend les données plus représentatives, en ce sens que les attitudes des personnes faiblement qualifiées et les plus faibles socialement sont mieux représentées que dans les données non pondérées.

# Vos soins de santé, Votre avis copte !

*Enquête effectuée à la demande de l'Institut national d'assurance maladie  
invalidité (INAMI) à l'occasion de son cinquantenaire*

## Annexe 3

### Questionnaire en néerlandais

Le questionnaire est joint séparément sous forme électronique.

MARK ELCHARDUS &

PETRUS TE BRAAK

# Vos soins de santé, Votre avis copte !

*Enquête effectuée à la demande de l'Institut national d'assurance maladie  
invalidité (INAMI) à l'occasion de son cinquantenaire*

## Annexe 4

### Questionnaire en français

Le questionnaire est joint séparément sous forme électronique.

MARK ELCHARDUS &  
PETRUS TE BRAAK