

# Projet Interreg Transfrontalier COPROSEPAT

Coopération transfrontalière en promotion à la santé et éducation du patient en milieu rural



## COPROSEPAT

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional  
Met steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

Co-financeur du projet

# ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

## Facilitateurs et freins en Belgique et en France



2022





**Projet Interreg Transfrontalier COPROSEPAT**

**ACCÈS AUX  
SOINS DE SANTÉ**

Facilitateurs et freins  
en Belgique et en France

2022

## **Droits d’auteur et référence de la publication**

Service public provincial, l’Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg encourage la diffusion et la reproduction de l’information contenue dans cette publication à la condition qu’une mention claire et explicite de ce rapport et de la (des) source(s) soit faite.

Veillez faire référence au présent document de la manière suivante :

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg · « Accès aux soins de santé : Facilitateurs et freins – Belgique et France » · 2022 · Document de synthèse · Arlon, 2022.

## **Éditeur responsable**

Pierre-Henry Goffinet, Directeur général provincial  
Place Léopold, 1 – 6700 Arlon

## **Édition**

Décembre 2022

## **Rédaction et coordination**

Charles-Henri BOEUR - Céline LEFEBVRE

## **Remerciements**

À l’ensemble des relecteurs et du groupe de travail Interreg Coprosep

# PRÉFACE

Bonjour à toutes et tous,

En tant que Député provincial en charge de la Santé, je suis très favorable au développement de la coopération transfrontalière en matière de santé.

Par exemple, le projet COPROSEPAT, qui requiert toute mon attention, se concentre sur la prévention et l'éducation thérapeutique du patient tout en soutenant une dynamique de coopération sanitaire.

Cette dernière porte sur un des aspects majeurs de nos politiques de santé, à savoir la prise en charge des maladies chroniques dans un contexte de vieillissement démographique.

La Province de Luxembourg souhaite renforcer l'accès de toutes et tous aux soins, à l'éducation thérapeutique du patient et à l'équité en santé.

Notre objectif, avec nos partenaires, est d'améliorer l'accès aux soins pour tous et d'adapter les messages de prévention et de promotion de la santé afin qu'ils collent le mieux possible à la réalité vécue par les personnes les plus fragiles et les plus précarisées.

Pour atteindre cet objectif, différentes étapes sont nécessaires dont la réalisation de ce rapport qui pourra permettre de prendre les décisions les plus appropriées à la réalité de terrain.

Bonne lecture !

## **Stephan De Mul**

Président du Collège provincial de la Province de Luxembourg,  
Député provincial en charge du Social,  
de la Santé, de la Citoyenneté et de la Mobilité



# AVANT PROPOS

Les maladies chroniques sont, dans nos sociétés occidentales, les principales causes de mortalité de nos populations.

Les traitements administrés pour soigner ces pathologies représentent plus des trois quarts des dépenses des systèmes de santé.

Aujourd'hui, ces pathologies se développent également de manière importante dans les pays les moins développés de la planète.

Pour en améliorer la prise en charge, il est indispensable d'intégrer dans les programmes de soins l'apport du patient qui est le premier observateur et acteur de l'évolution de son état de santé. Le patient atteint d'une affection chronique doit pouvoir apporter sa connaissance, son expérience, son ressenti sur son état de santé.

Au travers du programme Interreg V FWV, le projet COPROSEPAT vise à atteindre de tels objectifs dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière initiée depuis trois décennies au sein de l'espace frontalier rural franco-belge. Celui-ci est doté de sept territoires de santé transfrontaliers dénommés ZOAST qui améliorent l'accès aux soins des patients résidant dans ces territoires de l'espace frontalier franco-belge. Le projet COPROSEPAT veut renforcer cette prise en charge transfrontalière au moyen des actions suivantes :

- ▶ L'élaboration d'un portrait de territoire pour permettre une connaissance fine de l'état de santé des populations et de l'offre de soins.
- ▶ Un recensement des services de prévention et d'éducation thérapeutique du patient qui sont primordiaux et essentiels à la prise en charge responsabilisée des patients atteints d'affections chroniques.
- ▶ Une prise en compte des moyens et des pratiques développées en éducation thérapeutique pour favoriser un échange de bonnes pratiques tant au niveau des professionnels de santé que des patients.

- ▶ Le développement d'une action d'éducation thérapeutique transfrontalière dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, première cause de mortalité.
- ▶ Une amélioration de la prise en charge des patients vulnérables atteints de pathologies chroniques au moyen d'une étude préalable de la littérature en ce domaine et le développement d'actions éducatives adaptées aux spécificités de ce type de patientèle.
- ▶ L'intégration de projets d'éducation thérapeutique dans un territoire transfrontalier classé désert médical.
- ▶ L'amélioration de l'accès aux soins des patients résidant dans un « désert médical » en développant des consultations de médecine spécialisée au sein d'une structure de soins de première ligne et ainsi renforcer l'attractivité de ce territoire.

Le projet qui s'étale sur la période allant du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 décembre 2022 repose sur un partenariat solide composé principalement de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST), l'Observatoire Régional de la Santé du Grand Est (ORS GE), l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, la Mutualité Socialiste du Luxembourg, le Groupe Vivalia, l'Hôpital de Mont-Saint-Martin Groupe SOS Santé, le CHU UCL Namur, l'asbl COTRANS, la Mairie de Givet, l'UGECAM Ardennes, CHRONILUX, etc.

La présentation du projet et les travaux réalisés ainsi que le partenariat que développe ce projet sont accessibles sur le site internet : <https://coprosepateu/>



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b> .....	<b>5</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>7</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Les mécanismes existants</b> .....	<b>13</b>
1.1. Les principes de base .....	<b>14</b>
1.2. Les mesures de protection similaires.....	<b>14</b>
1.3. Les mesures de protection spécifiques en France .....	<b>16</b>
1.4. Les mesures de protection spécifiques en Belgique.....	<b>17</b>
<b>2. Les freins et renoncements aux soins</b> .....	<b>19</b>
2.1. Difficulté d'accès au niveau géographique, manque de disponibilité .....	<b>20</b>
2.2. Difficultés d'accès au niveau financier.....	<b>21</b>
2.3. Autres difficultés .....	<b>22</b>
<b>3. Les recommandations</b> .....	<b>23</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>27</b>



# INTRODUCTION

Tant en Belgique qu'en France, la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire permettant, en principe, de garantir l'accès aux soins de santé.

Néanmoins, pour diverses raisons, qu'elles soient administratives, financières ou autres, une partie de la population éprouve de réelles difficultés en matière d'accès aux soins.

Paradoxalement, ces personnes, dont le nombre est en perpétuelle croissance, sont celles qui nécessitent davantage de soins mais aussi celles qui sont le plus souvent obligées d'y renoncer ou de les postposer.

Différents mécanismes permettent de faciliter l'accès aux soins pour les citoyens belges et français. En effet, il existe toute une série de mesures générales et spécifiques qui sont présentes mais souvent insuffisantes.

De ce fait, il subsiste toujours de nombreux freins et obstacles dont certains sont explicités ci-après.

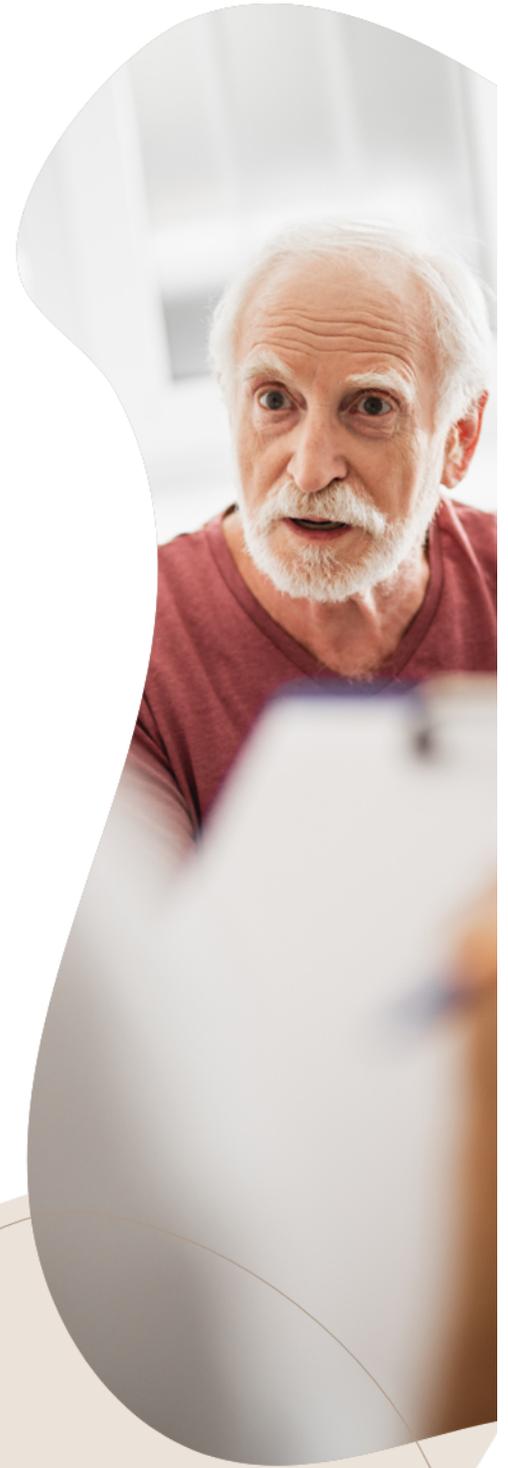
Différentes recommandations sont également proposées pour essayer de trouver des solutions concrètes à cette problématique.

A noter que tous les éléments repris dans le présent document concernent exclusivement la Belgique et la France et n'en constituent pas une liste exhaustive.





# LES MÉCANISMES EXISTANTS



## 1.1. Les principes de base

Aussi bien en France qu'en Belgique, le système de soins de santé repose sur le principe de **liberté de choix du patient** : ce dernier a le libre choix du médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, auquel il souhaite avoir recours, de l'hôpital où il désire être soigné, ...

Chaque citoyen est tenu d'être **affilié**, comme titulaire ou personne à charge, à une mutualité (Belgique) ou une caisse d'assurance maladie (France), ce qui lui permet de bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé.

En fonction du pays concerné, l'assurance maladie couvre différents frais :

« En France, l'assurance maladie couvre la prise en charge des prestations suivantes si elles sont inscrites à la nomenclature des prestations remboursables :

- ▶ les soins et traitements hospitaliers dans les établissements publics ou privés de santé, de réadaptation ou de rééducation ;
- ▶ les soins ambulatoires dispensés par les médecins généralistes, les spécialistes, les dentistes et les sages-femmes ;
- ▶ les examens diagnostiques et les soins prescrits par les médecins et effectués par les laboratoires d'analyses et les professionnels paramédicaux (infirmières, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.) ;
- ▶ les médicaments, les appareils médicaux et les prothèses prescrits par ordonnance et figurant sur les listes de produits remboursables ;
- ▶ les transports sanitaires prescrits par ordonnance »<sup>1</sup>.

« En Belgique, l'assurance maladie couvre la prise en charge des prestations suivantes si elles sont inscrites à la nomenclature des prestations remboursables :

- ▶ les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;
- ▶ les soins donnés par les kinésithérapeutes ;

- ▶ les soins donnés par des infirmiers et par des services de soins infirmiers à domicile ;
- ▶ les soins dentaires ;
- ▶ les accouchements ;
- ▶ les prothèses, voiturettes, bandages et implants ;
- ▶ les soins hospitaliers ;
- ▶ les soins en maison de repos pour personnes âgées ;
- ▶ les soins de rééducation fonctionnelle ;
- ▶ les médicaments : préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques »<sup>2</sup>.

## 1.2. Les mesures de protection similaires

Certains mécanismes sont similaires en Belgique et en France mais présentent, néanmoins, des différences dans leur appellation, leur champ d'application, le public-cible, ...

A noter que ces relevés ne sont cependant pas exhaustifs.

### 1.2.1. Le dossier médical

Les deux pays ont mis en place un système de **dossier informatisé** reprenant les informations de santé du patient afin d'assurer un meilleur suivi et une prise en charge optimale de celui-ci.

L'appellation et les avantages découlant de cette démarche sont toutefois différents :

- ▶ Le « Dossier Médical Partagé » (DMP) en France remplacé, depuis début 2022, par « Mon Espace Santé » (avec transfert automatique des données contenues dans un DMP créé précédemment).

Cet espace numérique gratuit permet de stocker les données médicales du patient en toute confidentialité dans un espace sécurisé.

1. Le système de santé en France (cleiss.fr)

2. Le système de santé belge (cleiss.fr)

► Le «Dossier Médical Global» (DMG) en Belgique.

En plus d'avoir ses données médicales centralisées dans un dossier numérique, le patient bénéficie également d'un meilleur remboursement de ses consultations chez son médecin traitant par sa mutualité. Les frais en lien avec la création ou le renouvellement (tous les 2 ans) du DMG sont également pris en charge par la mutualité.

### 1.2.2. Le tiers payant

Le tiers payant est un dispositif permettant à un assuré d'être dispensé de tout ou partie de ses frais médicaux. Les modalités d'application diffèrent d'un pays à l'autre.

En France<sup>3</sup>, le système du tiers payant dispense le patient de faire l'avance des frais médicaux remboursés par l'Assurance Maladie sur présentation de sa carte Vitale mise à jour. Depuis 2017, la mise en œuvre du système du tiers payant a été généralisée mais sans caractère contraignant pour les dispensateurs de soins.

Il s'applique obligatoirement (sous réserve d'une situation administrative en ordre) dans certaines situations : patient qui bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME), victime d'un accident du travail/d'une maladie professionnelle, patient atteint d'une affection de longue durée (ALD)<sup>4</sup>.

Il existe 2 types de tiers payant : le tiers payant total (aucun frais à régler hormis la participation forfaitaire et les franchises médicales) et le tiers payant partiel (paiement par le patient de la part des frais non pris en charge par l'Assurance maladie).

En Belgique<sup>5</sup>, grâce à l'application du système du tiers payant, le patient ne paye que la part des frais à sa charge appelée « ticket modérateur ».

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les prestataires de soins peuvent, sans obligation, l'appliquer à tous leurs patients et à toutes leurs prestations de santé.

Néanmoins, le tiers payant est obligatoire :

- « Chez le médecin généraliste si le patient bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé (mais il n'est pas obligatoire lors d'une visite à domicile).
- Lors d'une téléconsultation par vidéo ou téléphone auprès du médecin (à partir du 1<sup>er</sup> août 2022).
- Chez le dentiste pour certaines prestations.
- Chez le bandagiste pour du matériel de stomie »<sup>6</sup>.

### 1.2.3. Le suivi des maladies chroniques

En France<sup>7</sup>, un dispositif relatif aux Affections de Longue Durée (ALD) par l'Assurance maladie a été mis en place permettant ainsi la prise en charge de pathologies nécessitant généralement un traitement prolongé et coûteux.

Les ALD sont classées en deux catégories pour lesquelles la prise en charge diffère et pouvant nécessiter la mise en œuvre d'un protocole de soins :

- Exonérantes (ALD 30)<sup>8</sup> : remboursement des frais au maximum du plafond de remboursement par l'Assurance Maladie (sur base d'une demande de prise en charge à 100% établie par le médecin traitant - renouvelable).
- Non exonérantes (ALD 31) : remboursement aux taux habituels de la sécurité sociale (sur base d'une demande de prise en charge à 100% à durée déterminée renouvelable établie par le médecin traitant).

3. Tiers payant | Service-public.fr

4. Ces différents systèmes seront explicités plus loin.

5. Tiers payant : ne payez que votre part, la mutualité paie directement le dispensateur de soins - INAMI (fgov.be)

6. Tiers payant : ne payez que votre part, la mutualité paie directement le dispensateur de soins - INAMI (fgov.be)

7. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

8. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré - JORF n°0017 du 21 janvier 2011 - <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023456250>

En Belgique, l'Arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la Loi relative à l'Assurance obligatoire soins de santé et indemnités détaille les conditions d'octroi de statut de personne atteinte d'une maladie chronique. Ce statut peut être accordé sur base de différents critères (financier, bénéfice de l'allocation forfaitaire, maladie rare ou orpheline,...)<sup>9</sup>

Dans certains cas, un trajet de soins peut être mis en place, sur base d'une collaboration entre le patient, son médecin traitant et un médecin spécialiste, afin d'organiser et de coordonner la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique (prévu actuellement pour certains patients avec une insuffisance rénale chronique ou un diabète de type 2).

Ce statut permet de bénéficier automatiquement de l'application du tiers payant et d'une diminution du plafond en lien avec le Maximum à Facturer qui sera détaillé plus loin.

A côté de toutes ces démarches relativement semblables, des mécanismes spécifiques existent de chaque côté de la frontière.

A noter que ces relevés ne sont cependant pas exhaustifs.

### **1.3. Les mesures de protection spécifiques en France**

#### **1.3.1. L'accompagnement santé**

Parmi ses missions, l'Assurance Maladie propose aux assurés un « accompagnement santé » personnalisé afin de leur permettre de faire valoir leurs droits, d'accéder aux soins dont ils ont besoin et de bénéficier d'une aide dans les démarches en lien<sup>10</sup>.

#### **1.3.2. La Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S)**

La CSS est une aide supplémentaire destinée aux personnes à revenus modestes à condition qu'elles bénéficient de l'Assurance Maladie et que les revenus du foyer ne dépassent pas un certain plafond.

L'assuré peut y accéder soit via l'Assurance Maladie soit via un organisme complémentaire à son libre choix. La demande doit être renouvelée chaque année.

En fonction des ressources du foyer, la CSS est gratuite (anciennement CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou coûte moins d'un euro par jour et par personne (anciennement ACS : Aide à la Complémentaire Santé).

Les bénéficiaires de la CSS ne payent pas leurs dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le kinésithérapeute, l'infirmier, les médicaments,...

Dans la plupart des cas, les bénéficiaires ne payent pas non plus les prothèses dentaires, auditives, visuelles ainsi que les dispositifs médicaux.

9. Pour plus de détails : [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2013\\_n2013022638.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2013_n2013022638.html)

10. Missions accompagnement santé : présentation | L'Assurance Maladie (ameli.fr)

### 1.3.3. L'Aide Médicale de l'Etat (AME)<sup>11</sup>

Il s'agit d'un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins accordé sous conditions de résidence et de ressources (pour 1 an – renouvelable).

Les bénéficiaires de l'AME et les personnes à leur charge disposent d'une prise en charge à 100 % (aux taux habituels de la sécurité sociale) de leurs soins médicaux et hospitaliers.

### 1.3.4. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

« Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ».<sup>12</sup>

Ce dispositif s'adresse principalement aux personnes en situation précaire qui ne peuvent accéder aux soins dont elles ont besoin à cause de leur situation sociale, financière ou administrative.

Ces permanences qui sont mises en place dans les hôpitaux publics et certains établissements privés ont pour objectif de faciliter l'accès de ces personnes aux soins et de les aider dans leurs démarches via un accompagnement social et un accès à une consultation médicale non facturée.

### 1.3.5. Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Ces équipes mobiles sont un complément mobile spécialisé en santé mentale par rapport aux équipes des PASS évoquées ci-avant. Elles sont d'ailleurs généralement rattachées à un hôpital également.

Ces équipes pluridisciplinaires ont pour objectif d'aller à la rencontre des personnes en souffrance psychique en assurant des permanences, des points d'écoute... dans les endroits fréquentés par ce type de personnes afin de pouvoir les aider dans leurs démarches administratives, les orienter, leur proposer une consultation ou les accompagner vers les soins de santé dont elles ont besoin.

## 1.4. Les mesures de protection spécifiques en Belgique

### 1.4.1. Le Maximum à Facturer (MàF)<sup>13</sup>

Il s'agit d'un système visant à limiter les dépenses de soins de santé du ménage.

Lorsque les frais médicaux restant à charge atteignent un certain montant, la mutualité rembourse, automatiquement et tous les mois, les frais supplémentaires.

Il en existe 4 types<sup>14</sup> :

- ▶ Le **MàF revenus** qui est le maximum à facturer en fonction du revenu net imposable du ménage (calculé 2 ans plus tôt) permettant le remboursement total du ticket modérateur supérieur à un plafond déterminé. Si la situation du ménage a subi des changements importants les deux dernières années, la mutualité peut, sur demande, refaire une analyse du dossier et, le cas échéant, adapter le plafond.

11. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>

12. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Ministère de la Santé et de la Prévention ([solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr))

13. [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-\(maf\)-limite-depenses-soins-sante.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-(maf)-limite-depenses-soins-sante.aspx)

14. Plus de détails : « Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé - INAMI ([fgov.be](http://fgov.be)) »



- ▶ Le **MàF social** qui est, en principe, accessible aux patients qui bénéficient de l'intervention majorée (statut BIM) et pour lequel le plafond est fixe (450€ soumis à indexation). Il s'applique également de manière automatique aux enfants porteurs d'un handicap (reconnu à au moins 66%).
- ▶ Le **MàF pour un enfant de moins de 19 ans** pour lequel le plafond est fixe également (650€ soumis à indexation : montant de base – différentes exceptions trouvent à s'appliquer) peu importe les revenus du ménage.
- ▶ Le **MàF pour les maladies chroniques** permettant une diminution du plafond global de 100€ si le total des tickets modérateurs d'une des personnes du ménage a atteint 450€ au moins durant les deux années précédentes ou si une personne du ménage bénéficie du statut « Affection chronique ».

#### 1.4.2. Les Relais Santé

Ce type de service, présent dans différentes villes ou agglomérations wallonnes, a pour objectif de « favoriser l'accessibilité aux soins de santé des personnes en situation d'exclusion »<sup>15</sup> via des missions d'accueil, d'information, de prévention, de premiers soins, d'accompagnement,...<sup>16</sup>

#### 1.4.3. Les CPAS

Les Centres Publics d'Action Sociale, présents dans chaque commune ou ville, peuvent permettre, sous réserve, entre autres d'une enquête sociale préalable, le recours à différentes aides :

- ▶ Une aide pour la mise en ordre et la régularisation au niveau de la Mutuelle.
- ▶ Une aide financière pour la prise en charge d'une partie des soins (carte médicale), la possibilité d'obtenir des soins gratuitement (réquisitoire), le remboursement de certains médicaments, ...
- ▶ L'aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal et qui n'ont pas les moyens financiers pour prendre en charge leurs soins de santé.
- ▶ ...



15. [Informer sur le Relais santé \(wallonie.be\)](http://www.informer.be)

16. Article 62 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé (CRWASS)

## 2. LES FREINS ET RENONCEMENTS AUX SOINS



L'accessibilité est définie comme « la facilité avec laquelle les patients peuvent avoir recours aux prestations de santé, en termes d'accès physique (répartition géographique), de coût, de temps d'accès et de disponibilité du personnel qualifié »<sup>17</sup>.

Malgré tous les mécanismes mis en place et les différentes allocations sociales à destination des personnes en situation précaire permettant une reconnaissance du droit social et, de ce fait, un statut d'assuré social<sup>18</sup>, des nombreux individus ne bénéficient pas toujours de cet accès aux soins de santé de manière optimale.

## 2.1. Difficulté d'accès au niveau géographique, manque de disponibilité des prestataires de soins

Un frein important à l'accès aux soins de santé est lié à la distance géographique et/ou temporelle. En effet, la désertification médicale<sup>19</sup> est une réalité fréquente. Elle est à mettre en lien avec la pénurie croissante et actuelle du personnel soignant, l'absence de structures de soins, le manque d'équipements, la faible densité de population ainsi que le manque d'attractivité de certains territoires.

A titre d'illustration, un rapport de la Commission de l'Aménagement du territoire et du Développement durable du Sénat français du 29 mars 2022 établit que 30,2% des Français résident dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) à savoir une zone caractérisée par un faible niveau d'accessibilité aux soins.<sup>20</sup>

Dans le cadre du projet Interreg COPROSEPAT, un portrait de territoire a été dressé pour la zone concernée y compris pour l'offre de soins. Ce document répertorie, entre autres, le nombre de médecins généralistes ou spécialistes sur le territoire concerné par le projet, ce qui permet d'illustrer cette problématique (tous ces chiffres sont disponibles sur le site)<sup>21</sup>.

Les délais pour obtenir un rendez-vous, la nécessité de parcourir de grandes distances pour se faire soigner et, en corollaire, les coûts tant financiers qu'en temps qui en découlent... représentent effectivement un réel frein par rapport au besoin ou à la volonté d'être suivi au niveau médical.

Les différents niveaux de pouvoir tentent de trouver des solutions pour améliorer l'attractivité sur certaines zones, favoriser la rétention du personnel existant, faciliter l'accès pour la population,...

A titre d'exemple, au niveau des zones frontalières, des ZOAST (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) ont été créées. Elles permettent aux populations concernées d'avoir accès librement aux soins de chaque côté de la frontière tout en étant dispensées d'obtenir, à chaque fois, l'accord préalable de leur système de sécurité sociale<sup>22</sup>.

Le développement de la télémédecine (médecine à distance rendue possible grâce aux technologies numériques) peut également être une réponse partielle à cette problématique de désert médical. La télémédecine qui existait déjà auparavant s'est développée de manière importante durant la crise COVID-19 par nécessité mais doit poursuivre son évolution afin de pouvoir pallier certains manques. La télémédecine permet la téléconsultation, la téléexpertise, la surveillance médicale, ...

17. [LIVERTF BI 14001.indb \(fgov.be\)](#)

18. France : aide spécifique aux personnes âgées (ASPA), allocation adulte handicapé (AAH), pension d'invalidité, allocation de chômage, revenu de solidarité active (RSA), ... Belgique : allocation pour personnes âgées (APA), allocation de remplacement de revenu (AAR) ou allocation d'intégration (AI) pour les personnes handicapées, pension d'invalidité, allocation de chômage, revenu d'intégration sociale (RIS), ...

19. « Un désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible de se faire soigner par un professionnel de santé en l'absence de médecins à proximité. » : Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics ? [vie-publique.fr](#)

20. [r21-589-syn.pdf \(senat.fr\)](#)

21. [Portrait-Coprosepat-2021-09-29.pdf](#)

Il peut s'agir notamment d'une consultation en visioconférence du domicile du patient ou d'une cabine de téléconsultation équipée d'instruments médicaux connectés permettant au patient de bénéficier d'une consultation médicale via une vidéo-transmission avec un médecin à distance. Les moyens techniques sont donc nombreux et variés.

## 2.2. Difficultés d'accès au niveau financier

Hormis les difficultés d'accès physiques et géographiques, le coût financier des soins de santé peut également représenter un frein à l'accès voire impliquer le renoncement à ceux-ci.

Ainsi, selon les résultats de l'Enquête de Santé par interview – Belgique - 2008, « 35% des ménages en Belgique déclarent que les dépenses pour les soins de santé sont (très) difficiles à supporter dans le cadre du budget disponible »<sup>23</sup> et « 1 personne sur 7 avoue avoir retardé le moment de consultation pour des raisons financières »<sup>24 25</sup>.

De même, en France, selon un article de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population »<sup>26</sup>.

Cet impact financier peut provenir de différentes causes dont certaines sont énumérées ci-dessous.

### 2.2.1. Cotisations non payées

En France comme en Belgique, comme énoncé précédemment, chaque citoyen est tenu d'être affilié à une caisse d'assurance maladie ou à une mutualité, lui permettant ainsi de bénéficier des interventions de cette assurance.

La réalité fait néanmoins émerger des situations où les droits à l'accès au financement des soins de santé des patients ne sont pas effectifs car les règles et les procédures administratives ne sont pas respectées notamment :

- ▶ Personne qui n'est pas en ordre de mutualité ou d'assurance maladie : pour des raisons financières, par manque de suivi administratif, sans domicile fixe<sup>27</sup>, ...
- ▶ Personne qui ne rentre pas dans le système d'assurance obligatoire nationale : citoyen de l'Union européenne qui ne possède pas ou plus de couverture mutuelle dans son pays d'origine, personne en séjour irrégulier, ...
- ▶ ...

### 2.2.2. Frais à charge du patient

Même si le système du tiers payant a tendance à s'étendre, il ne couvre cependant pas toutes les dépenses relatives aux soins de santé et n'a pas de caractère contraignant sauf pour certaines situations (voir précédemment).

Le patient est donc régulièrement amené à devoir avancer les montants dans l'attente d'un remboursement.

De plus, ce dernier ne couvre souvent qu'une partie de la dépense même si différents mécanismes ont été développés pour diminuer l'impact de ces coûts sur le budget du patient (voir précédemment).

22. [Portrait-Coprosepat-2021-09-29.pdf](#), p.24.

23. Enquête Santé par Interview 2008. Sciansano ; 2010.

24. [LIVERTF BI 14001.indb](#) (fgov.be)

25. En 2021, l'Enquête de Solidaris montre que le report des soins ne cesse d'augmenter ces dernières années (+13,2pts entre 2015 et 2021). Aujourd'hui, près d'une personne sur deux ayant besoin de soins a dû y renoncer pour des raisons financières en Wallonie et à Bruxelles. <https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2021/11/reportsdesoins2021VF.pdf>

26. [ER1200.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr)

27. Concernant les populations sans domicile fixe qui sont en grande précarité et souvent en rupture de soins, ce sont généralement les associations et autres acteurs caritatifs qui suppléent l'absence étatique.

Ainsi, certains médecins, tant en France qu'en Belgique, appliquent des suppléments d'honoraires qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire mais qui peuvent l'être en tout ou en partie, dans certains cas, par les assurances santé complémentaires.

Ces dépenses à prévoir et à payer peuvent constituer un réel frein et entraîner le report ou le renoncement aux soins qui, pourtant, sont nécessaires voire essentiels.

Pour exemple, pour la Belgique, « *la dernière enquête de santé<sup>28</sup> a mis en évidence que les barrières financières à l'accès aux soins se concentrent essentiellement sur les soins dentaires (au cours des 12 derniers mois, 29% des ménages n'ont pas pu se payer ce type de soins, l'achat de lunettes ou de lentilles (21%), l'achat de médicament prescrits (21%) et les soins médicaux ou une opération (20%)* »<sup>29</sup>.

A noter qu'en France, la réforme « 100% Santé »<sup>30</sup> permet la prise en charge totale par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (à condition, bien évidemment, d'être affilié et en ordre) des frais dans trois domaines (optique, audiologie et dentaire) pour des prestations et des équipements repris dans un panel de produits définis.

## 2.3. Autres difficultés

L'accès aux soins de santé peut également être difficile pour certaines personnes pour qui le système semble complexe voire très lourd : méconnaissance des droits, recherche du bon interlocuteur, nécessité préalable d'ouverture ou de régularisation des droits, vocabulaire difficile à comprendre (avec le besoin éventuel d'être assisté par un interprète), recherche d'un prestataire de soins qui applique le tiers payant et/ou qui n'applique pas de suppléments d'honoraires, ...

La numérisation et la digitalisation en constante progression et qui touchent tous les domaines de la vie quotidienne peuvent également complexifier encore davantage l'accès aux soins pour les personnes qui ne disposent pas de l'équipement nécessaire ou qui ne maîtrisent pas l'outil informatique.



28. Enquête de Santé par Interview de 2008

29. LIVERTF BI 14001.indb (fgov.be)

30. 100% Santé : des soins pour tous, 100% pris en charge - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)

# 3. LES RECOMMANDATIONS



Même si différents processus ont été mis en place, que ce soit en France ou en Belgique, pour faciliter l'accès aux soins de santé, la réalité de terrain démontre que certains patients restent éloignés des soins de santé et que des adaptations pourraient encore être apportées.

Néanmoins, il est clair que les contraintes budgétaires ne peuvent permettre de tout faire et de tout solutionner...

Dans les deux pays, différentes recommandations pourraient être mises à l'étude. Il s'agit ici de suggestions et non d'une liste exhaustive.

- ▶ Poursuivre les réflexions et le travail sur la **pénurie de personnel de santé** et sur la **coopération entre les professionnels** au bénéfice des populations : le manque de personnel soignant (tant au niveau des généralistes que des spécialistes, des infirmiers,...) entraîne, entre autres, un éloignement de l'endroit de soins, ce qui peut empêcher d'y avoir accès. Différents systèmes ont été mis en place pour aider les médecins (développement de la télé-médecine, organisation des gardes via la 1733 en Belgique, incitants financiers tels que IMPULSEO en Wallonie,...) mais le travail doit se poursuivre afin d'attirer, par exemple, des étudiants vers le cursus de médecine, les aider dans leur installation (de préférence dans des régions peu pourvues) et les inciter à rester par la suite.
- ▶ Extension du système du **tiers payant** (explicité précédemment) : le fait d'étendre et de rendre obligatoire l'application de ce système non contraignant à l'heure actuelle pourrait diminuer l'impact financier sur les revenus du patient et faciliter son recours aux soins.
- ▶ Développement des **maisons médicales**<sup>31</sup> en Belgique et des **centres de santé**<sup>32</sup> en France<sup>33</sup> : ce type de structure regroupe une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, kiné...) permettant un meilleur suivi des patients.

En Belgique, dans les maisons médicales au forfait<sup>34</sup>, le patient ne paye pas les prestations mais ce sont les organismes assureurs qui versent un forfait à la structure. Le patient qui doit s'inscrire préalablement pour bénéficier de ce système s'engage néanmoins à ne plus consulter le même type de prestataires ailleurs (sous réserve de ne pas être remboursé pour ces prestations). Pour tous les autres soins, la mutualité intervient sur base de la nomenclature de l'INAMI.

En France, les centres de santé ont l'obligation d'appliquer le tiers payant sans dépassement d'honoraires.

- ▶ Amélioration de la **couverture médicale** du patient : comme déjà expliqué, les montants qui restent à charge des patients (médecin non conventionné, supplément d'honoraires, ...) constituent un réel frein pour ceux qui, pour cette raison, prennent parfois la décision de reporter ou renoncer aux soins.

Rendre le conventionnement plus attractif pour les médecins pourrait permettre d'amener un début de réponse à cette recommandation.

- ▶ Amélioration de l'**information** communiquée au patient : le préalable à l'accès aux soins doit être l'accès pour le patient à l'information sur ses droits. Il devrait donc pouvoir disposer de toute l'information nécessaire à ce sujet.

De plus, avant toute consultation ou intervention, il devrait connaître de manière claire les conséquences financières de ses choix (médecin conventionné ou non, application du tiers payant, suppléments d'honoraires en cas de chambre d'individuelle,...).

De même, une meilleure publicité pour les services d'aides en 1<sup>ère</sup> ligne (CPAS ou Centre Communal d'Action Sociale, service social des mutuelles et des Caisses d'Assurance Maladie...) permettrait de les faire connaître et ainsi d'aider et renseigner le citoyen en état

31. Accueil - Fédération des maisons médicales ([maisonmedicale.org](http://maisonmedicale.org))

32. Qu'est ce qu'un centre de santé ? ([fnsc.org](http://fnsc.org))

33. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/maison-medicale/Pages/default.aspx>

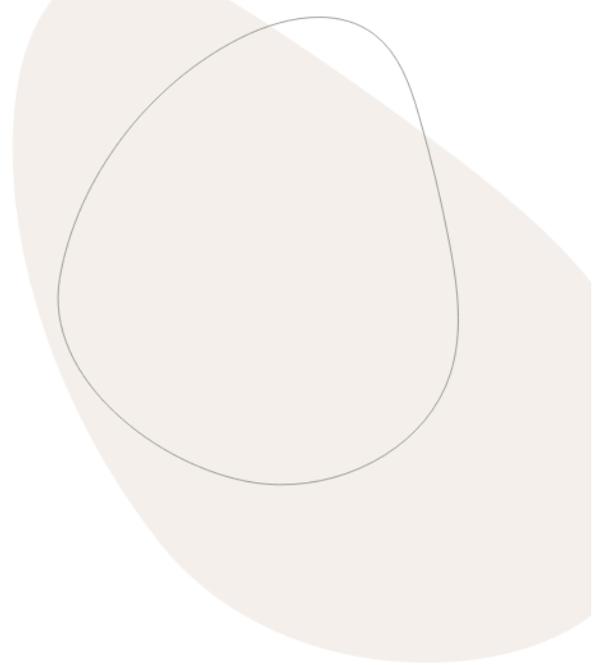
34. RAPPORT FINAL MODULE 4 / L'ETP, une pratique coopérative et productrice d'un savoir partagé entre les acteurs - COPROSEPAT

de besoin. Cet accès doit pouvoir également se faire en face-à-face et pas uniquement via une procédure électronique que tous ne maîtrisent pas forcément.

- ▶ Poursuite du développement de l'**Education Thérapeutique du Patient** (ETP) et de l'harmonisation des pratiques en visant l'implication de ce dernier dans la prise en charge de ses soins<sup>35</sup>. Il est important de mobiliser les usagers dans un rôle central au niveau de la compréhension et du suivi de leur maladie et du traitement qui en découle.
- ▶ Poursuite du développement de la **coopération transfrontalière** permettant de mutualiser l'offre en soins de santé disponibles, dans les zones frontalières, en prenant en compte ce qui existe de chaque côté de la frontière. Cela peut, entre autres, constituer une partie de réponse à la pénurie de personnel soignant et potentiellement réduire fortement les distances pour accéder aux soins.

Le concept des ZOAST a déjà été mentionné précédemment.

Différents projets ont travaillé ou travaillent sur cette thématique. C'est le cas, par exemple, du projet INTERREG V A Grande Région « COSAN – Coopération transfrontalière en santé dans la Grande Région » ou du micro-projet « MOSAN » qui a été intégré dans le projet INTERREG V FWV « COPROSEPAT », ce qui a permis, via ce micro-projet, de poursuivre les objectifs de lutte contre la désertification médicale de la pointe Nord des Ardennes.





# BIBLIOGRAPHIE



- ▶ Cès, S. and Baeten, R., « *Inequalities in access to healthcare in Belgium* », Brussels : European Social Observatory, July 2020, p. 184.
- ▶ Demarest S. et al., « *Enquête de santé, 2008. Rapport IV – Santé et Société* », IPH/EPI. Reports n° 2010/037, Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, 2010, p. 48.
- ▶ [www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr).
- ▶ INAMI. « *Gérer le dossier médical global (DMG) de votre patient* ». 2022. Disponible à partir de : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/Pages/dossier-medical-global.aspx>.
- ▶ [www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167](http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167).
- ▶ [www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant.aspx](http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant.aspx).
- ▶ [www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald](http://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald).
- ▶ [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2013\\_n2013022638.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2013_n2013022638.html)
- ▶ [assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite/etre-partenaire/outils-et-services-pour-les-partenaires/missions-accompagnement-sante](http://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite/etre-partenaire/outils-et-services-pour-les-partenaires/missions-accompagnement-sante).
- ▶ [sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass](http://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass).
- ▶ [www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-\(maf\)-limite-depenses-soins-sante.aspx](http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-(maf)-limite-depenses-soins-sante.aspx).
- ▶ [www.wallonie.be/fr/demarches/informer-sur-le-relais-sante](http://www.wallonie.be/fr/demarches/informer-sur-le-relais-sante).
- ▶ INAMI « *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique* ». 2014. Disponible à partir de : <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>.
- ▶ [www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics#:~:text=Un%20désert%20médical%20désigne%20une,absence%20de%20médecins%20à%20proximité](http://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics#:~:text=Un%20désert%20médical%20désigne%20une,absence%20de%20médecins%20à%20proximité).
- ▶ SENAT FRANCE - Commission de l'Aménagement du Territoire et du Développement durable, Rapport d'information, « *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : Agir avant qu'il ne soit trop tard* », r21-589-syn.pdf ([senat.fr](http://senat.fr)).
- ▶ [www.coprosepat.eu](http://www.coprosepat.eu).
- ▶ Enquête par interview 2008. Sciensano. 2010.
- ▶ DREES. « *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres* ». Juillet 2021. Numéro 1200. Disponible à partir de : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>.
- ▶ [sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/](http://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/).
- ▶ [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org).
- ▶ [www.fnecs.org/qu-est-ce-qu-un-centre-de-sante](http://www.fnecs.org/qu-est-ce-qu-un-centre-de-sante).

- ▶ Assurance Maladie. « *Lutter contre le renoncement aux soins : un dispositif généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain* ». (en ligne). 2018. Disponible à partir de : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-07-06-dp-lutte-renoncement-soins.pdf#:~:text=La%20cellule%20de%20lutte%20contre,aux%20soins%20de%20certains%20assur%C3%A9s.>
- ▶ Poucineau J., Bricard D., Dourgnon Paul. « *Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères* », Questions d'économie de la santé. N° 259. Juin 2021.
- ▶ Agence Régionale de Santé Grand Est. « *Projet régional de santé 2018-2028. Schéma Régional de Santé et programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* », 2018-2023. pp 111-138.
- ▶ Boissonnat, H., Deschamps, J.-P., & Pikus, A.-C. « *Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations* ». (en ligne). 2015. Disponible à partir de : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-13.htm>.
- ▶ Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. « *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021. Rapport d'étape national* ». (en ligne). Octobre 2021. Disponible à partir de : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_national\\_-\\_3\\_ans\\_pauvrete-\\_oct21-v5\\_1110.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_-_3_ans_pauvrete-_oct21-v5_1110.pdf).
- ▶ Haut Conseil de la Santé Publique. « *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* ». Décembre 2009. Disponible à partir de : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>.
- ▶ DREES. « *Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins* ». (en ligne). Décembre 2015. Numéro 0944. Disponible à partir de : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er944.pdf>.



## Observatoire de la Santé

Rue du Carmel, 1 - 6900 Marloie  
084 31 05 05

[www.province.luxembourg.be](http://www.province.luxembourg.be)

## Editeur responsable

Pierre-Henry GOFFINET, Directeur général provincial, Place Léopold, 1, 6700 Arlon  
[communication@province.luxembourg.be](mailto:communication@province.luxembourg.be)

## Crédit photos :

Adobe Stock/ Halfpoint, R. Mellado, Y. Olena, Goodluz, Kostia, A. Ozerov, Köpenicker, aletia2011,  
ARMMYPICCA, Kzenon, Photographee.eu -A.Spratt - P. du Preez - Mizianitka



Co-financeur du projet

