

NON-RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE ET OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS : APERÇU ET ETUDE DE CAS

PAR | EVA LEFEVERE, TIM GOEDEME, MARJOLIJN DE WILDE ET TOM DE SPIEGELEER

INTRODUCTION

L'efficacité et l'efficience de la politique sociale ne dépendent pas seulement de la disponibilité de mesures politiques et d'initiatives appropriées. La mesure dans laquelle les citoyens utilisent effectivement ces mesures joue également un rôle important. En effet, de nombreuses personnes qui ont droit à des mesures bien intentionnées n'en profitent pas. Nous parlons de « non-recours » ou de « non-utilisation » lorsque des personnes qui ont droit à des dispositifs de sécurité sociale n'y recourent pas ou que partiellement (van Oorschot, 1995). Ce phénomène nuit à la capacité des gouvernements aux différents niveaux de la politique de mener une politique drastique réduisant efficacement la pauvreté et l'exclusion sociale. En outre, le non-recours peut entraîner une inégalité injustifiable entre des personnes et des ménages qui se trouvent dans une situation similaire.

Cependant, la recherche nous apprend que les autorités et les administrations disposent de différentes possibilités pour limiter le non-recours. L'une des mesures politiques les plus importantes dans la lutte contre le non-recours est l'octroi automatique de droits. Des droits en matière de sécurité sociale sont alors octroyés sans ou avec le moins possible d'intervention nécessaire de l'assuré social. Dans le présent article, nous analysons l'octroi automatique de droits dans le cadre du système de l'intervention majorée dans l'assurance maladie. Il s'agit d'une allocation très intéressante pour examiner l'effet de l'octroi automatique de droits. Dans le cadre de cette intervention, une automatisation a été effectuée de différentes façons au cours de ces 20 dernières années.

Dans le présent article, nous examinons l'effet de l'automatisation totale de l'octroi de l'intervention majorée sur la réduction du non-recours. Nous nous concentrons sur certains groupes de bénéficiaires pour lesquels l'intervention majorée est un droit dérivé. Plus précisément, nous analysons l'ampleur du non-recours à l'intervention majorée par des personnes qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)¹, à une allocation pour personnes handicapées ou à un revenu d'intégration, et ce sur la période 2003-2011. Au cours de la période d'analyse, ces personnes avaient en principe toutes droit à l'intervention majorée. Pour les personnes bénéficiant d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'une allocation aux personnes handicapées,

(1) Lorsque nous évoquons, dans le présent article, des personnes qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées, nous visons également celles qui ont droit à un revenu garanti aux personnes âgées (le prédécesseur de la garantie de revenus aux personnes âgées) ou à un complément de rente.

l'octroi s'est déroulé de façon automatique dès le départ. Pour les bénéficiaires d'un revenu d'intégration, le processus d'octroi a été automatisé au fil des ans. Du fait que certains CPAS (Centres publics d'aide sociale) ont recouru plus vite à l'échange automatique de données que d'autres, et en comparant avec les autres catégories de bénéficiaires, nous pouvons vérifier dans quelle mesure l'octroi automatique de droits a eu un impact sur l'ampleur du non-recours. A notre connaissance, c'est la première fois que ce cas fait l'objet d'une étude.

Premièrement, les analyses démontrent que l'automatisation des flux de données a eu un impact majeur sur la réduction du non-recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires du revenu d'intégration. Cet élément est très frappant parce que ce groupe avait en principe déjà « automatiquement » droit à l'automatisation : l'intervention majorée était aussi déjà un droit dérivé à l'époque. Dans ce contexte, il suffisait d'introduire un formulaire, sans nouveau contrôle de ce droit. Deuxièmement, nous constatons qu'à la fin de notre période d'observation en 2011, il y avait encore beaucoup de variation entre les CPAS au niveau du pourcentage de non-recours. Cela démontre que, bien que l'automatisation soit une mesure très importante, des dispositifs supplémentaires restent peut-être nécessaires pour éliminer totalement le non-recours parmi le groupe de bénéficiaires du revenu d'intégration.

Nous commençons cet article en fournissant les informations de fond nécessaires et en dressant le contexte de notre étude. Tout d'abord, nous exposons les grandes lignes de la littérature scientifique autour du non-recours. Ensuite, nous abordons le principe de l'intervention majorée et les différentes catégories de bénéficiaires. Enfin, nous donnons un aperçu des mesures prises jusqu'à ce jour dans le cadre de l'octroi automatique de droits pour l'intervention majorée.

Dans la deuxième partie de l'article, nous présentons notre étude de cas. Nous abordons successivement la conception de l'étude, les données et la méthodologie utilisées, ainsi que les résultats.

Nous concluons l'article par une discussion sur les implications de nos constatations et les limites de l'étude.

1. INFORMATIONS DE FOND ET CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1. NON-RECOURS ET OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS

Le non-recours ou « non-take-up » désigne le fait que des personnes qui ont droit à des dispositifs de sécurité sociale n'en profitent pas ou que partiellement (van Oorschot, 1995). Il est souvent difficile de mesurer le non-recours (on essaie en effet de mesurer quelque chose « qui n'est pas présent »...). Les données disponibles sont de ce fait limitées. Or, l'ampleur de ce problème s'avère souvent très grande. Ainsi, on estime qu'en Belgique, entre 57 et 76 % des personnes qui ont droit au revenu d'intégration n'y recourent pas dans la pratique (Bouckaert et Schokkaert, 2011). Pour d'autres exemples de notre pays, voir Van Hootegem et De Boe (2017).

La question de savoir pourquoi les gens ne recourent pas à leurs droits préoccupe depuis longtemps et de plus en plus les scientifiques. Les premiers modèles explicatifs du non-recours ciblaient le bénéficiaire proprement dit. Le modèle de Kerr, par exemple, partait du principe qu'un bénéficiaire doit surmonter successivement six obstacles pour parvenir à tirer avantage d'un dispositif. S'il ne parvient pas à franchir un certain seuil, cela entraîne le non-recours (Kerr, 1982). Des modèles « *rational choice* » affirmaient que le processus visant à faire valoir le droit à un dispositif consiste en une prise en compte rationnelle des coûts et avantages par le bénéficiaire. Si les coûts dépassent les avantages, il en résulte le non-recours (Ritchie, 1988).

Dans la littérature aussi bien économique que sociologique, ces premiers modèles ont été modifiés et adaptés en profondeur au fil des ans. Un constat récurrent est que le comportement du bénéficiaire peut être influencé dans une large mesure. Des chercheurs en économie comportementale (*behavioral economics*) soulignent que le processus pour parvenir au recours à un dispositif est loin d'être aussi rationnel qu'initialement admis. Il s'avère que le comportement des individus est sujet à certains biais (*biases*). Par exemple, les répétitions d'un même message ont un effet clair sur le (non-)recours (Bhargava et Manoli, 2015). Le recours ou non aux droits dépend aussi dans une large mesure de l'option par défaut (l'option qui s'applique par défaut lorsqu'un bénéficiaire n'entreprend aucune action). Un choix éclairé de cette option *par défaut* peut donc aussi exercer une influence considérable sur le recours (Johnson et Goldstein, 2003 ; Choi, Laibson et al., 2004 ; Thaler et Sunstein, 2008). Enfin, l'octroi automatique de droits a également un impact positif significatif sur le recours (Currie, 2006). Des chercheurs en sociologie préconisent d'abandonner l'accent unilatéral des premiers modèles sur le processus décisionnel du bénéficiaire. En guise d'alternative, ils mettent en avant un modèle *multilevel* pour le non-recours (van Oorschot, 1995). Dans ce modèle, les causes du non-recours se situent non seulement au niveau du bénéficiaire (niveau client), mais aussi (et dans une large mesure) au niveau de l'administration et du dispositif proprement dit. Par exemple, au niveau de l'administration, l'information ciblée, la simplification des procédures administratives ou une coordination bien élaborée entre les organismes peuvent réduire sensiblement le non-recours. Au niveau du dispositif proprement dit, un examen des moyens de subsistance entraîne un non-recours plus élevé. Une image positive du dispositif peut alors réduire le non-recours.

Le constat que la politique peut exercer une incidence réelle sur le non-recours n'a pas non plus échappé aux décideurs eux-mêmes. Les moyens de lutter en tant qu'autorité contre le non-recours reçoivent une attention croissante dans le discours politique². Dans ce contexte, une place centrale est accordée à l'octroi automatique de droits (voir par exemple le Plan d'action fédéral pour la simplification administrative [avril 2012], le Plan Wallon de Lutte contre la pauvreté [septembre 2015] ou le *Vlaams Actieplan Armoedebestrijding* [juillet 2015]).

(2) Ce point est illustré par le projet TAKE du Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, du Bureau fédéral du Plan, du Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale et de l'Université de Liège. Ce projet examine le non-recours à des dispositifs publics belges.

Le terme « octroi automatique de droits » englobe, selon la définition du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, plusieurs situations (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2013, Buysse ; Goedemé et al., 2017). Dans sa forme la plus pure, il s'agit de « l'ouverture automatique d'un droit ». L'autorité examine d'office si les conditions d'ouverture du droit sont remplies, sans demande préalable du bénéficiaire potentiel. Le droit peut être octroyé sans intervention nécessaire du bénéficiaire. Une deuxième forme d'automatisation est « l'identification comme bénéficiaire potentiel ». Dans ce contexte, une personne est identifiée par l'autorité/le service public comme bénéficiaire potentiel, mais des informations supplémentaires sont nécessaires. Il est demandé au bénéficiaire de fournir ces informations. Sur ce, l'autorité peut octroyer ou non le droit. Enfin, il existe des situations où l'ouverture du droit ne se déroule pas automatiquement, mais bien son actualisation. Cela s'applique aux personnes déjà connues comme bénéficiaires par l'autorité/le service public compétent(e). Les modifications de leur situation font automatiquement l'objet d'un examen. En fonction des résultats, le droit est prolongé ou supprimé (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2013 ; Buysse, Goedemé et al., 2017). Nous retrouvons également ces différentes formes d'octroi automatique de droits au sein de l'« action proactive » par l'autorité, dans le cadre d'une réflexion sur « l'action réactive, active et proactive » (Steenkens, Degavre et al., 2007).

1.2. L'INTERVENTION MAJOREE

1.2.1. Principe

L'intervention majorée est une mesure importante dans la poursuite de l'accessibilité financière des soins de santé en Belgique. Les personnes qui ont droit à l'intervention majorée paient des montants personnels inférieurs (ticket modérateur réduit) pour des prestations médicales. En outre, lors de consultations chez le médecin généraliste, elles ont droit au régime du tiers payant. Cela signifie qu'elles paient uniquement le ticket modérateur dans le cadre de ces consultations. Le reste des frais est remboursé directement au médecin généraliste par la mutualité. Les personnes qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée n'ont pas droit au régime du tiers payant pour des consultations chez le médecin généraliste³ : elles paient la totalité des frais de la consultation et sont ensuite remboursées d'une partie par leur mutualité. En cas d'hospitalisation, les personnes qui bénéficient de l'intervention majorée paient par ailleurs une part personnelle des frais de séjour inférieure par rapport à celles qui n'en bénéficient pas. Enfin, les personnes couvertes par l'intervention majorée bénéficient d'un certain nombre d'avantages en dehors de l'assurance maladie, comme d'une réduction de 50 % sur le train et une réduction sur les abonnements aux transports publics. Dans certaines communes, elles ont droit à des interventions locales complémentaires.

Pour pouvoir avoir droit à l'intervention majorée, trois conditions doivent être remplies. Premièrement, une affiliation à un organisme d'assurance (une mutualité

(3) Les personnes qui ont le statut de « personne atteinte d'une maladie chronique » forment une exception. Elles ont toujours bel et bien droit au régime du tiers payant pour des consultations chez le médecin généraliste, même si elles ne bénéficient pas de l'intervention majorée.

ou la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) est requise. Deuxièmement, le candidat bénéficiaire doit avoir droit au remboursement des prestations médicales. Pour ce faire, il doit avoir payé suffisamment de cotisations au cours de la deuxième année qui précède l'année pour laquelle le droit au remboursement des prestations médicales est déterminé. Si ce n'est pas le cas, l'individu n'est « pas en règle » ou « non assuré » (Lefevre, 2007)⁴. Troisièmement, l'intervention majorée ne s'adresse qu'aux personnes qui ont de faibles revenus. Le système existe depuis 1963⁵. Au départ, il était accessible uniquement aux personnes issues de catégories sociales bien définies. Au fil des ans, le nombre de personnes pouvant prétendre à l'intervention majorée a systématiquement augmenté⁶. Dans le système actuel, les bénéficiaires d'une intervention majorée peuvent être, grosso modo, divisés en deux groupes : (1) les personnes qui ont droit à l'intervention majorée sur la base d'un examen des ressources ; et (2) les personnes qui ont droit à l'intervention majorée sur la base d'un avantage social.

1.2.2. Intervention majorée sur la base d'un examen des ressources

Les personnes à faibles revenus peuvent demander l'intervention majorée auprès de leur mutualité. Cette mutualité les soumettra alors à un examen des ressources. Ce contrôle tient compte du revenu du demandeur, de celui de son conjoint et de celui des personnes à sa charge. Le plafond par rapport auquel les revenus sont mis en balance est fixé chaque année. Si le revenu calculé est inférieur à ce plafond, la personne concernée a droit à l'intervention majorée (pour de plus amples informations, voir De Spiegeleer, Lemkens et al., 2013).

Avant le 1^{er} juillet 2007, seules les personnes issues de certaines catégories sociales bien définies pouvaient se soumettre à un tel examen des ressources. Au départ, il ne s'agissait que des « VIPO » (veufs, invalides, pensionnés et orphelins). Au fil des ans, le système a été étendu à d'autres catégories de personnes, par exemple les chômeurs de longue durée et les familles monoparentales. A partir du 1^{er} juillet 2007, d'autres personnes à faibles revenus (ne faisant pas partie d'une catégorie sociale donnée) ont également pu demander l'intervention majorée, en vertu du « statut OMNIO »⁷.

(4) « Être non assuré » n'est donc pas la même chose que ne pas être affilié à un organisme d'assurance. Les personnes non assurées sont affiliées, mais n'ont pas droit au remboursement des prestations médicales parce que les cotisations requises n'ont pas été payées.

(5) Loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

(6) Arrêté royal (AR) du 8 août 1997 fixant les conditions de revenu et les conditions relatives à l'ouverture, au maintien et au retrait du droit à l'intervention majorée de l'assurance visées à l'article 37, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur Belge (*M.B.*), 22 août 1997, et l'AR du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, *M.B.*, 3 avril 2007.

(7) AR du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, *M.B.*, 3 avril 2007.

L'intervention majorée classique (destinée aux personnes issues de certaines catégories sociales) et le statut OMNIO (destiné aux personnes qui ne faisaient pas partie d'une catégorie bien définie, mais avaient bel et bien de faibles revenus) ont coexisté pendant plusieurs années. A partir du 1^{er} janvier 2014, le système a fait l'objet d'une nouvelle réforme⁸, et les deux régimes ont été intégrés. L'intervention majorée était dès lors accessible à toute personne ayant un revenu modeste après un examen des ressources. Le terme « statut OMNIO » n'est plus utilisé.

1.2.3. Intervention majorée sur la base d'un avantage social

Pour les personnes qui ont droit à un avantage social (p. ex. une allocation pour personnes handicapées ou une garantie de revenus aux personnes âgées), un contrôle complémentaire des ressources par la mutualité n'est plus nécessaire. Pour ces personnes, les faibles revenus ont en effet déjà été constatés par un autre organisme. Elles ont droit automatiquement, sans examen des ressources, à l'intervention majorée. Les enfants qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt ont aussi automatiquement droit à l'intervention majorée.

Il s'agit de catégories de personnes suivantes :

- les personnes qui bénéficient d'un avantage social :
 - les personnes qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées, à un revenu garanti aux personnes âgées ou à un complément de rente ;
 - les personnes qui ont droit à une allocation pour personnes handicapées ;
 - les personnes qui ont droit à un revenu d'intégration et qui l'ont perçu pendant trois mois sans interruption au cours de l'année écoulée⁹ ;
 - les personnes qui ont droit à un revenu d'intégration équivalent et qui l'ont perçu pendant trois mois sans interruption au cours de l'année écoulée¹⁰.

(8) AR du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.*, 29 janvier 2014. Il y est également fait référence ci-après dans le texte en tant qu'« AR du 15 janvier 2014 ».

(9) Avant l'entrée en vigueur de l'AR du 15 janvier 2014, le droit automatique à l'intervention majorée s'appliquait également aux personnes qui ont perçu un revenu d'intégration « pendant six mois non consécutifs au cours de l'année écoulée ». Cette possibilité n'existe plus actuellement, mais était bel et bien d'application durant notre période d'analyse – voir ci-après.

(10) Avant l'entrée en vigueur de l'AR du 15 janvier 2014, le droit automatique à l'intervention majorée s'appliquait également aux personnes qui ont perçu un revenu d'intégration équivalent « pendant six mois non consécutifs au cours de l'année écoulée ». Cette possibilité n'existe plus actuellement.

- les enfants qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt :
 - les enfants avec un handicap reconnu d'au moins 66 % ou 4 points sur le premier pilier de l'échelle médicosociale¹¹ ;
 - les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) ;
 - les orphelins de père et de mère.

Les partenaires et les personnes à charge de ces personnes ont également droit à l'intervention majorée.

1.3. OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION MAJOREE

Pour octroyer l'intervention majorée, on utilise dans la mesure du possible l'octroi automatique de droits, sous différentes formes. Nous en expliquons brièvement le fonctionnement ci-dessous. Par souci de simplicité, nous nous concentrons essentiellement sur l'ouverture du droit à l'intervention majorée. Nous nous penchons également – mais moins dans le détail – sur l'actualisation, qui se déroule aussi dans une large mesure de façon automatique. Pour une explication plus détaillée sur l'actualisation du droit à l'intervention majorée, voir De Spiegeleer, Lemkens et al. (2013).

1.3.1. Intervention majorée sur la base d'un examen des ressources

Lorsque l'intervention majorée est octroyée sur la base d'un examen des ressources, l'octroi entièrement automatique n'est pas possible. En effet, l'intervention du bénéficiaire potentiel est toujours nécessaire. Cependant, de grands pas ont été franchis pour automatiser autant que possible l'accès à l'intervention majorée. Dans la mesure du possible, les bénéficiaires potentiels sont identifiés de façon proactive par les mutualités sur la base d'informations administratives. Ils reçoivent ensuite une invitation à se soumettre à un examen des ressources. En d'autres termes, les personnes qui y ont peut-être droit sont activement encouragées à recourir réellement à ce droit.

La plupart des personnes qui appartiennent à l'une des catégories sociales décrites ci-dessous peuvent être identifiées par la mutualité sur la base d'informations d'autres

(11) Avant le 11 mars 2008, ces enfants n'avaient droit à l'intervention majorée qu'après un examen des ressources. Il existait alors une différence entre les enfants de travailleurs inscrits au Régime général et les enfants de travailleurs indépendants. L'examen des ressources avait ainsi uniquement trait au revenu de l'enfant proprement dit (sauf si ce dernier avait un conjoint/partenaire de vie ou des personnes à charge). Par conséquent, l'examen des revenus entraînait, dans la plupart des cas, l'octroi de l'intervention majorée. Les enfants inscrits au Régime pour les travailleurs indépendants étaient inscrits comme personnes à charge. L'examen des ressources avait ainsi trait aux revenus de l'enfant, mais aussi à celui des bénéficiaires à charge dont l'enfant était inscrit, le conjoint ou partenaire de vie et les personnes à sa charge. Cette situation a changé à la suite de l'AR du 11 mars 2008 modifiant l'AR du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, *M.B.*, 22 avril 2008. Cet AR a également permis d'inscrire les enfants de travailleurs indépendants comme bénéficiaires. L'examen des revenus entraînerait ainsi dans la plupart des cas l'octroi du droit. Par conséquent, dans un souci de simplification, l'examen des ressources pour les enfants handicapés a été supprimé à compter de cette date.

administrations ou de la mutualité proprement dite, et sont donc invitées de manière proactive à introduire une demande :

- veufs/veuves : identifiés au moyen d'informations électroniques sur des modifications au Registre national, via la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) ;
- personnes handicapées : identifiées au moyen d'informations électroniques issues des fichiers des mutualités proprement dites ;
- pensionnés : identifiés sur la base de l'attestation de pension électronique de l'organisme/des organismes de paiement de pension, par l'intermédiaire de la BCSS (flux de données A101) ;
- personnes en incapacité de travail ou chômeurs depuis au moins 12 mois : identifiés au moyen d'informations combinées sur l'incapacité de travail des mutualités proprement dites et sur le chômage des organismes de paiement de chômage, par l'intermédiaire de la BCSS (flux de données A003) ;
- personnes handicapées : identifiées au moyen de l'attestation électronique de reconnaissance en tant qu'invalidé du SPF Sécurité sociale, par l'intermédiaire de la BCSS ;
- familles monoparentales : identifiées à l'aide d'informations électroniques combinées du Registre national (par l'intermédiaire de la BCSS) et des mutualités elles-mêmes.

Pour 2 catégories, les mutualités n'ont pas d'informations électroniques à leur disposition : le personnel public en disponibilité avec une période de maladie d'au moins 1 an d'une part, et les militaires démis temporairement pour cause de maladie, au moins 1 an, de leurs fonctions d'autre part. Les personnes qui appartiennent à ces catégories et souhaitent prétendre à l'intervention majorée sur la base de faibles revenus doivent fournir à leur mutualité une attestation papier. Etant donné que ces personnes conservent une grande partie de leur salaire pendant leur période de maladie, les chances qu'elles aient droit à l'intervention majorée sont faibles.

Dans l'année qui suit l'ouverture du droit à l'intervention majorée, les mutualités vérifient, au moyen des informations électroniques exposées ci-dessus, si les bénéficiaires appartiennent toujours à l'une des catégories sociales décrites. Si tel est le cas, le droit à l'intervention majorée est automatiquement prolongé. Si ce n'est pas le cas, les personnes concernées sont contactées et peuvent éventuellement introduire une nouvelle demande d'intervention majorée.

Les personnes qui n'appartiennent pas à l'une des catégories sociales décrites, mais qui ont bel et bien un faible revenu, n'ont été identifiées de façon proactive que récemment. Il y a eu du changement en la matière lorsque le « flux proactif » a été organisé pour la première fois en 2015. Dans cette optique, les mutualités ont reçu, par l'intermédiaire de l'INAMI, de l'Administration de l'impôt sur des personnes physiques, une liste des ménages dont le revenu était inférieur au seuil d'octroi de l'intervention majorée. Ces ménages ont ensuite reçu des informations sur l'intervention majorée et une invitation à se soumettre à un examen des ressources. Une étude expérimentale a révélé que la prise de contact proactive a entraîné une augmentation substantielle du recours à l'intervention majorée dans ce groupe (Van Gestel et al., 2017 ; Goedemé et al., 2017).

Tant pour les personnes appartenant à l'une des catégories sociales que pour celles pour qui ce n'est pas le cas, les mutualités effectuent régulièrement des contrôles afin de vérifier si le droit à l'intervention majorée peut perdurer ou non. Tel est premièrement le cas en cas de modification de la composition du ménage. En cas de changement de la composition du ménage, le droit à l'intervention majorée est maintenu jusqu'à la fin du deuxième trimestre suivant le trimestre au cours duquel la modification est intervenue¹². Les personnes concernées en sont informées et peuvent, si elles le souhaitent, introduire une nouvelle demande d'intervention majorée compte tenu de la composition du ménage renouvelée. Si le ménage s'agrandit d'un enfant de moins de 16 ans inscrit pour la première fois au Registre national, le droit à l'intervention majorée n'est pas interrompu, mais étendu à cet enfant. Deuxièmement, les mutualités vérifient chaque année, par le biais d'informations électroniques de l'Administration de l'impôt des personnes physiques, si le revenu des personnes bénéficiant de l'intervention majorée est supérieur au seuil pour l'intervention majorée. Si tel est le cas, ou s'il n'y a pas suffisamment d'informations, le droit est supprimé. Les membres concernés sont bel et bien contactés et peuvent, s'ils le souhaitent, faire effectuer un nouveau contrôle des revenus. Si le revenu est inférieur au seuil, le droit à l'intervention majorée perdure (De Spiegeleer, Lemkens et al., 2013).

1.3.2. Intervention majorée sur la base d'un avantage social

Pour les personnes qui ont droit à l'intervention majorée sur la base d'un avantage social et pour les enfants qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt, un système d'octroi entièrement automatique de droits a été élaboré au fil des ans. Le droit à l'intervention majorée peut dans ce contexte être octroyé sans intervention nécessaire du bénéficiaire. Dans ce cadre, on recourt aussi à des informations administratives.

Des informations sur le droit à un revenu garanti aux personnes âgées, une garantie de revenus aux personnes âgées ou un complément de rente sont transmises depuis 1994 par le biais du flux de données A003 du Service fédéral des pensions (anciennement « le Service national des pensions » ou SNP) par l'intermédiaire de la BCSS au Collège Intermutualiste National (CIN). Ce dernier diffuse à son tour les informations entre les mutualités. Avant l'introduction de cette attestation, la personne en question devait apporter elle-même à la mutualité l'attestation papier qu'elle avait reçue du SNP.

Des informations sur les interventions pour les personnes handicapées sont également transmises au CIN depuis 1994 par le biais du flux de données A003 de la DG Personnes handicapées (SPF Sécurité sociale ou SPF SS) par l'intermédiaire de la BCSS et, de là, aux mutualités. Avant 1994, le bénéficiaire devait fournir lui-même à la mutualité l'attestation papier du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement de l'époque.

Si un enfant a un handicap d'au moins 66 % ou 4 points sur le premier pilier de l'échelle médicosociale, ces informations du SPF SS sont transmises par l'intermédiaire

(12) Depuis octobre 2017, cela a été modifié en « fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel une modification est intervenue dans la composition du ménage » (AR du 15 janvier 2014, art. 36).

de la BCSS au CIN par le biais du flux de données électronique A652. Le CIN fournit ces informations aux mutualités. Ce flux de données a été mis en oeuvre en 2008.

Les informations sur le droit à un revenu d'intégration ou à un revenu d'intégration équivalent sont transmises par les CPAS aux mutualités par le biais du flux de données A036. Ce flux passe des CPAS via la BCSS au CIN, et ainsi aux mutualités. Au cours de la période qui précède l'échange d'informations par le biais des attestations A036, les CPAS ou les bénéficiaires du revenu d'intégration devaient fournir à leur mutualité une attestation papier mentionnant qu'ils avaient droit à cet avantage social. L'affiliation des CPAS à la BCSS (et donc la création des flux de données A036) a été très difficile dans la pratique. Par conséquent, tous les CPAS ne se sont pas affiliés à la BCSS au même moment. Au total, il y a 589 CPAS en Belgique. Les premiers CPAS à avoir utilisé l'attestation A036 l'ont fait dès décembre 1999 ; le dernier seulement en mars 2012. Deux facteurs « techniques » ont joué un rôle dans cette affiliation difficile (Lefevre, 2003). Premièrement, les CPAS ne disposaient souvent pas de l'infrastructure nécessaire en matière d'informatique. Deuxièmement, il n'y a pas eu pendant longtemps un organe global capable de gérer les données des CPAS individuels (un organisme dit « de gestion »). Une telle structure est nécessaire car une référence directe dans le répertoire BCSS au CPAS poserait des problèmes de respect de la vie privée. L'une des tâches d'un organisme de gestion consiste dès lors à assurer l'anonymat dans le cadre de l'échange d'informations sur l'adhésion à un organisme de sécurité sociale donné. Ce dernier problème a été résolu lorsqu'en février 1998 le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement de l'époque avait accepté de développer un réseau secondaire entre les CPAS. Les CPAS ont par ailleurs souligné le manque de ressources (temps, argent et personnel) pour assurer le bon déroulement de l'affiliation.

Les orphelins de père et de mère ou les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) sont inscrits en cette qualité auprès des mutualités. Des informations sur ces statuts sont donc disponibles auprès des mutualités proprement dites, ce qui permet d'octroyer automatiquement le droit à l'intervention majorée. L'octroi automatique pour les MENA est d'application depuis 2007. Il ne s'applique aux orphelins de père et de mère que depuis 2014 : auparavant, l'intervention majorée ne pouvait être octroyée qu'après un examen des ressources.

Le droit à l'intervention majorée pour les personnes bénéficiant d'un avantage social est automatiquement renouvelé chaque année si (sur la base des informations et attestations précitées) il s'avère que les conditions sont toujours remplies.

2. ETUDE DE CAS : RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES PERSONNES BENEFICIANT D'UN AVANTAGE SOCIAL

Le paragraphe précédent indique clairement qu'au fil des ans de nombreuses initiatives d'octroi automatique de droits ont été prises dans le cadre du système de l'intervention majorée. Il est généralement admis (et probablement à juste titre) que cette automatisation a un impact important sur le non-recours (Currie, 2006 ; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2013 ; Buysse, Goedemé et al., 2017). Néanmoins, rares sont les mesures de cet impact. Une exception consiste à mesurer l'effet du système

du flux proactif (Goedemé, Van Gestel et al., 2017 ; Van Gestel, Goedemé et al., 2017). Avec l'étude de cas qui suit, nous voulons à nouveau mesurer l'impact de l'automatisation sur l'octroi de l'intervention majorée. Nous nous concentrons cette fois sur le recours à l'intervention majorée par les personnes qui ont droit à l'un des avantages sociaux suivants : garantie de revenus aux personnes âgées, allocation pour personnes handicapées et revenu d'intégration¹³.

2.1. CONCEPTION DE L'ETUDE EN BREF

Pour les personnes qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées, à une allocation pour personnes handicapées ou à un revenu d'intégration, nous déterminons l'ampleur du non-recours à l'intervention majorée pour chaque année comprise entre 2003 et 2011. Nous utilisons à cet effet des données administratives. Nous comparons pour chaque groupe le nombre de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée avec le nombre de bénéficiaires effectifs. Cette comparaison est effectuée par commune. Les CPAS étant actifs au niveau communal, une analyse à ce niveau est la plus appropriée.

Les données demandées se rapportent à la période comprise entre 2003 et 2011. Pour les personnes qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées ou à une allocation pour personnes handicapées, l'octroi automatique de droits est une réalité depuis 1994, et donc tout au long de notre période d'analyse. Pour les personnes qui ont droit à un revenu d'intégration, ce n'était pas le cas étant donné l'affiliation difficile des CPAS à la BCSS. Au cours de la période d'analyse, le nombre de CPAS recourant à l'échange électronique de données a augmenté. Cela nous donne la possibilité d'estimer l'effet de l'octroi entièrement automatique de droits sur le non-recours. Nous analysons à cet effet l'évolution du non-recours à l'intervention majorée entre 2003 et 2011, et la comparons entre les 3 catégories de personnes.

2.2. DONNEES ET METHODES

2.2.1. Population étudiée

La population étudiée se compose de trois catégories de personnes bénéficiant d'un avantage social.

(13) Au départ, l'objectif était de mesurer également l'impact de l'automatisation sur le recours à l'intervention majorée pour les enfants handicapés et pour les bénéficiaires d'un revenu d'intégration équivalent. Au cours des analyses, il est toutefois apparu que nos données n'étaient pas suffisantes pour ces deux groupes. Pour les enfants handicapés, il s'est avéré que le groupe de bénéficiaires n'était pas correctement délimité dans la demande de données. Pour les personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration équivalent, des informations complémentaires se sont avérées nécessaires en cours d'analyse. Il existe notamment des catégories de personnes qui ont un revenu d'intégration équivalent et qui ne peuvent pas être affiliées à l'assurance belge maladie et invalidité en raison de leur statut. Comme mentionné, l'affiliation à un organisme d'assurance est une condition préalable pour pouvoir prétendre à l'intervention majorée. Afin de permettre une analyse adéquate du non-recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires d'un revenu d'intégration équivalent, il faudrait donc exclure ces personnes de l'analyse (elles doivent être retirées du groupe de bénéficiaires potentiels). Les informations pour ce faire n'étaient cependant pas disponibles.

- Les personnes qui bénéficient d'une garantie de revenus aux personnes âgées, d'un revenu garanti pour personnes âgées ou d'un complément de rente. La garantie de revenus aux personnes âgées remplace le revenu garanti aux personnes âgées depuis 2001. Depuis 2001, chaque nouveau bénéficiaire perçoit une garantie de revenus aux personnes âgées au lieu d'un revenu garanti aux personnes âgées. Le groupe de bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées s'éteint donc lentement, mais sûrement.
- Les personnes qui ont droit à une allocation pour personnes handicapées. On entend par « allocation pour personnes handicapées » trois différents types d'allocations : l'allocation de remplacement de revenu, l'allocation d'intégration et l'allocation d'aide aux personnes âgées.
- Les personnes qui ont droit à un revenu d'intégration et qui l'ont perçu pendant trois mois sans interruption ou six mois non consécutifs au cours de la période d'un an.

2.2.2. Sources de données

Des données sur le droit aux avantages sociaux, le droit à l'intervention majorée et l'affiliation des CPAS à la BCSS ont été demandées auprès du Datawarehouse « marché du travail et protection sociale de la BCSS »¹⁴. En outre, nous utilisons les données de l'INAMI (Service du contrôle administratif – Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données). A noter que nos données sur l'intervention majorée proviennent de 2 sources différentes : le graphique 1 est basé sur des données de l'INAMI ; tous les autres graphiques, sur des données du Répertoire des références.

2.2.3. Variables

a. Evolution de l'intervention majorée

Nous utilisons une variable qui indique le nombre total de bénéficiaires de l'intervention majorée entre 2003 et 2012 (systématiquement au 1^{er} janvier). Nous entendons par « bénéficiaires » aussi bien les personnes qui ouvrent le droit que les personnes à leur charge. Cette variable provient de l'INAMI (Service du contrôle administratif – Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données). L'INAMI reçoit des organismes d'assurance une fois par an un fichier reprenant tous les bénéficiaires de l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année en question. L'INAMI se sert de ce fichier pour le contrôle et la prolongation du droit à l'intervention majorée. A partir de 2005, une distinction peut être établie au niveau des données entre les bénéficiaires qui perçoivent l'intervention majorée sur la base d'un examen des ressources et ceux qui la perçoivent sur la base d'un avantage social.

Le fichier est tiré des fichiers des organismes d'assurance au début du mois d'avril. Les éventuelles adaptations ou corrections rétroactives du droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier qui ont lieu entre janvier et début avril sont donc reprises dans ce fichier. Si le droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier fait l'objet d'une adaptation rétroactive après le début du mois d'avril, nous ne la retrouvons pas dans notre fichier.

(14) Avis n° 13/64 du 2 juillet 2013 relatif à la communication de données anonymes par la BCSS.

b. Garantie de revenus aux personnes âgées

Nous définissons le groupe de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée comme le nombre total de personnes par commune qui ont droit à une garantie de revenus aux personnes âgées, à un revenu garanti aux personnes âgées ou à un complément de rente pour personnes âgées au 31 décembre des années comprises entre 2003 et 2011. Cette variable a été demandée auprès du Datawarehouse « marché du travail et protection sociale ».

Le groupe de bénéficiaires effectifs de l'intervention majorée se compose du nombre total de personnes par commune qui avaient droit au 31 décembre d'une année donnée (entre 2003 et 2011) à une garantie de revenus aux personnes âgées, un revenu garanti pour personnes âgées ou un complément de rente pour personnes âgées et qui avaient droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année consécutive. Cette variable était composée de données provenant du Datawarehouse et du Répertoire des références.

c. Allocation pour personnes handicapées

Le groupe de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée se compose du nombre total de personnes par commune qui avaient droit à une allocation pour personnes handicapées (allocation de remplacement de revenu, allocation d'intégration ou allocation d'aide aux personnes âgées) au 31 décembre des années comprises entre 2003 et 2011. Cette variable a également été demandée auprès du Datawarehouse « marché du travail et protection sociale ».

Le groupe de bénéficiaires effectifs de l'intervention majorée se compose du nombre total de personnes par commune qui avaient droit au 31 décembre d'une année donnée (entre 2003 et 2011) à une allocation pour personnes handicapées et qui avaient droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année suivante. Cette variable était composée de données provenant du Datawarehouse et du Répertoire des références.

d. Revenu d'intégration

Pour le groupe de bénéficiaires du revenu d'intégration, nous disposons en premier lieu des informations sur le nombre total de personnes par CPAS¹⁵ qui avaient droit au revenu d'intégration au 31 décembre des années 2003 à 2011. Dans ce contexte, seules les personnes qui n'avaient pas de solde nul ont été prises en compte (il s'agit de personnes qui ont eu un recouvrement après une avance, une suspension ou une régularisation). Il a également été tenu uniquement compte des personnes qui n'étaient inscrites qu'auprès d'un CPAS au 31 décembre et pas auprès d'un autre CPAS au cours de l'année écoulée. Cette sélection était nécessaire parce que nous devons pouvoir, aux fins de cette étude, affecter les bénéficiaires du revenu d'intégration à 1 CPAS. Nous voulons en effet vérifier l'impact de l'affiliation des CPAS à la BCSS sur le non-

(15) Nos analyses se focalisent sur le CPAS qui octroie le revenu d'intégration. Dans la plupart des cas, mais pas dans tous, cela coïncide avec le domicile de la personne concernée. Voici des exemples de situations dans lesquelles ce n'est pas le cas : les étudiants (ils sont aidés au cours de leurs études par les CPAS de leur domicile au moment de leur première demande) et les personnes qui séjournent dans un organisme donné, tel qu'un hôpital psychiatrique ou un organisme agréé pour personnes handicapées (le CPAS compétent est alors le CPAS de leur lieu de résidence principale au premier jour de leur admission).

recours à l'intervention majorée. A noter que ce point peut nous faire passer à côté d'un groupe sensible au non-recours, précisément en raison du déménagement et de la relocalisation correspondante de l'administration. Les données ont été demandées auprès du Datawarehouse « marché du travail et protection sociale. »

Le groupe de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée se compose du nombre total de personnes par CPAS qui avaient droit au revenu d'intégration au 31 décembre des années comprises entre 2003 et 2011 et qui l'ont perçu (1) sans interruption pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre de l'année en question ou (2) pendant au total 6 mois non consécutifs au cours de l'année en question¹⁶. Cette variable a également été demandée auprès de la BCSS sur la base de données tirées du Datawarehouse « marché du travail et protection sociale ».

Le groupe de bénéficiaires effectifs de l'intervention majorée se compose du nombre total de personnes par CPAS qui avaient droit au revenu d'intégration au 31 décembre des années comprises entre 2003 et 2011, qui l'ont perçu sans interruption pendant 3 mois (octobre, novembre et décembre) ou pendant 6 mois non consécutifs au cours de l'année écoulée et qui percevaient l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année suivante. Cette variable était composée de données provenant du Datawarehouse et du Répertoire des références.

e. Affiliation des CPAS à la BCSS

Auprès de la BCSS, pour chaque CPAS, une variable a été créée qui reflète la date du premier échange de messages A036 entre le Service public de programmation Intégration sociale (SPP IS) et un CPAS (par l'intermédiaire de la BCSS). Cette variable est une bonne indication du moment où un CPAS est affilié à la BCSS.

2.2.4. Calcul du pourcentage de non-recours

Pour chaque catégorie sociale (garantie de revenus aux personnes âgées, allocation pour personnes handicapées ou revenu d'intégration), nous calculons le pourcentage de non-recours pour les années comprises entre 2003 et 2011 inclus. Pour ce faire, nous divisons le nombre de bénéficiaires effectifs de l'intervention majorée par catégorie sociale et par commune au cours de l'année x par le nombre de bénéficiaires potentiels au cours de l'année x, et multiplions le résultat par 100. Nous prenons ensuite la moyenne non pondérée sur l'ensemble des communes.

(16) A noter qu'il s'agit d'une limitation du groupe de bénéficiaires du revenu d'intégration ayant droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année suivante. Les personnes qui avaient par exemple droit au revenu d'intégration au mois de janvier, de février et de mars d'une année donnée ont en effet, au 1^{er} janvier de l'année consécutive, également droit à l'intervention majorée. Comme notre sélection pour les autres avantages sociaux dans l'étude (GRAPA et allocation pour personnes handicapées) part du nombre de bénéficiaires au 31 décembre, nous avons choisi, pour les bénéficiaires du revenu d'intégration, de partir également dans cette étude de la situation au 31 décembre, et d'opérationnaliser la condition des « 3 mois de revenu d'intégration sans interruption » comme « avoir perçu le revenu d'intégration pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre » de l'année concernée.

Ci-dessous, nous résumons par catégorie sociale quel groupe de personnes nous entendons dans cette étude par « bénéficiaires effectifs », et quel groupe de personnes par « bénéficiaires potentiels ».

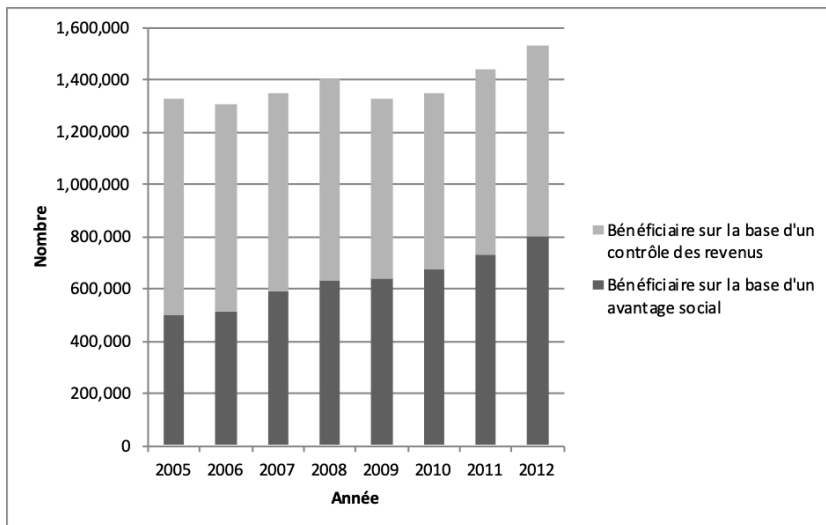
TABEAU 1 : BENEFICIAIRES EFFECTIFS ET BENEFICIAIRES POTENTIELS

Catégorie sociale	Bénéficiaires effectifs année x	Bénéficiaires potentiels année x
Garantie de revenus aux personnes âgées	Le nombre de personnes ayant droit à une garantie de revenus aux personnes âgées/ un revenu garanti pour personnes âgées/ un complément de rente au 31 décembre de l'année x et ayant perçu l'intervention majorée au 1 ^{er} janvier de l'année x-1	Le nombre de personnes ayant droit à une garantie de revenus aux personnes âgées/un revenu garanti aux personnes âgées/ un complément de rente au 31 décembre de l'année x
Allocation pour personnes handicapées	Le nombre de personnes ayant droit à une allocation pour personnes handicapées au 31 décembre de l'année x et ayant perçu l'intervention majorée au 1 ^{er} janvier de l'année x+1	Le nombre de personnes ayant droit à une allocation pour personnes handicapées au 31 décembre de l'année x
Revenu d'intégration	Le nombre de personnes ayant droit au revenu d'intégration au 31 décembre de l'année x, l'ayant perçu sans interruption pendant 3 mois (octobre, novembre et décembre de l'année x) ou pendant 6 mois non consécutifs au cours de l'année x et ayant perçu l'intervention majorée au 1 ^{er} janvier de l'année x+1	Le nombre de personnes ayant droit au revenu d'intégration au 31 décembre de l'année x et l'ayant perçu sans interruption pendant 3 mois (octobre, novembre et décembre de l'année x) ou pendant 6 mois non consécutifs au cours de l'année x

2.3. ANALYSE ET RESULTATS

2.3.1. Evolution du nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée

Le graphique 1 montre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée au 1^{er} janvier des années 2005 à 2012 incluses. Nous entendons par « bénéficiaires » aussi bien les personnes qui ouvrent le droit à l'intervention majorée que les personnes à leur charge. Le nombre total de bénéficiaires de l'intervention majorée a notamment augmenté principalement au cours des dernières années de la période d'analyse. Au 1^{er} janvier 2012, environ 14 % de l'ensemble des membres des mutualités avaient droit à l'intervention majorée. Au cours des dernières années (non reprises dans le graphique), la part des personnes ayant droit à l'intervention majorée a encore augmenté : au 31 décembre 2017, par exemple, il était déjà question de 18,6 % de l'ensemble des membres des mutualités (INAMI, 2017).

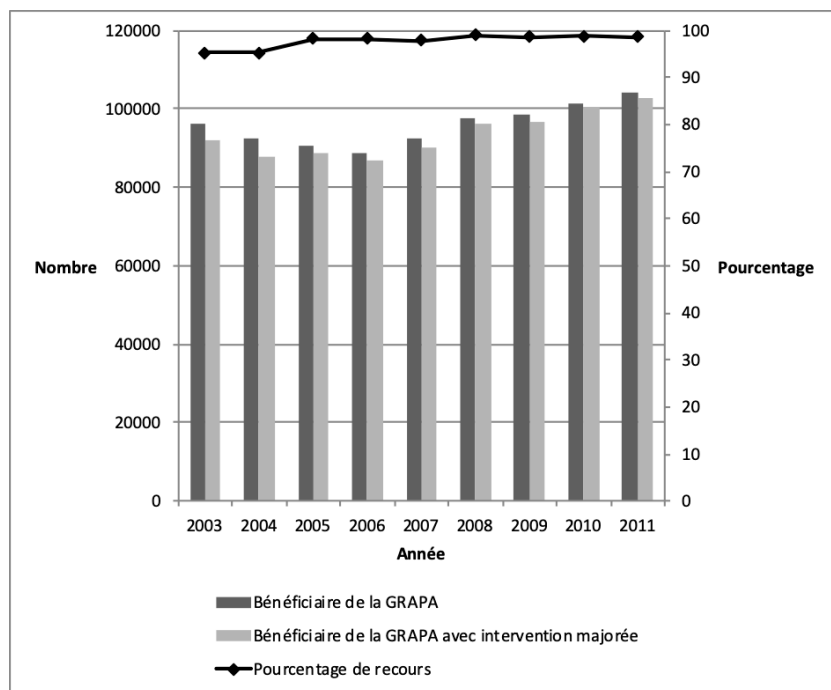
GRAPHIQUE 1 : NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'INTERVENTION MAJOREE EN FONCTION DE LA SOURCE DU DROIT

Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données. Situation systématiquement au 1^{er} janvier.

Le graphique établit une distinction entre les bénéficiaires sur la base d'un examen des ressources et les bénéficiaires sur la base d'un avantage social. L'augmentation du nombre total de bénéficiaires de l'intervention majorée au fil du temps est principalement due à une augmentation du nombre de bénéficiaires fondé sur le droit à un avantage social. En 2005, ils étaient près de 500.000 ; en 2012, plus de 800.000. Le nombre de bénéficiaires sur la base d'un examen des ressources a diminué au cours de la première partie de la période d'analyse, pour ensuite à nouveau augmenter légèrement. En 2012, il était question de plus de 733.000 personnes.

2.3.2. Recours à l'intervention majorée par des personnes ayant droit à une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)

GRAPHIQUE 2 : NOMBRE ANNUEL DE BENEFICIAIRES DE LA GRAPA ET DE BENEFICIAIRES DE LA GRAPA AVEC INTERVENTION MAJOREE 2003 – 2011



Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références.

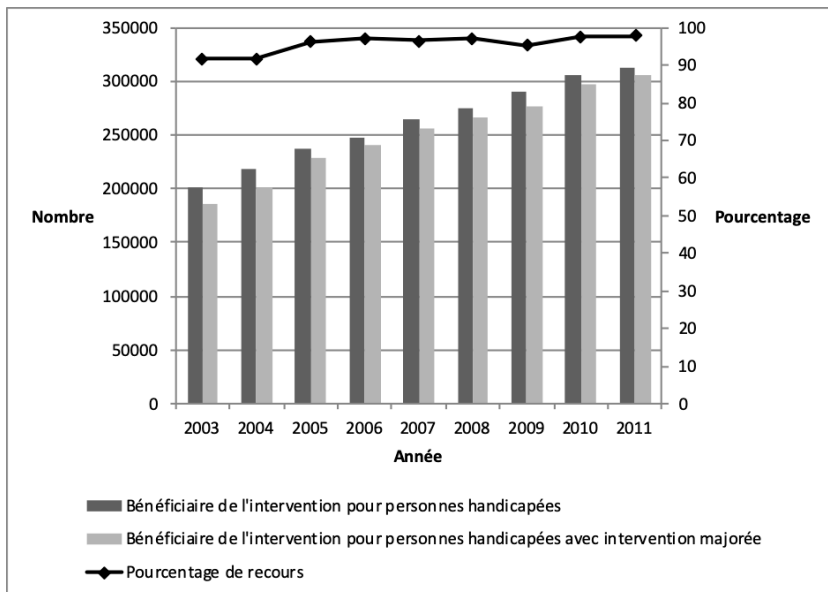
Le graphique 2 nous montre premièrement l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'un revenu garanti aux personnes âgées entre 2003 et 2011 (situation au 31 décembre) (barres en gris foncé). Ces personnes forment le groupe de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. A noter que nous analysons ici, contrairement au graphique 1, uniquement les personnes qui ouvrent le droit. Les personnes à charge ne sont pas reprises dans le graphique. Le nombre de bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'un revenu garanti aux personnes âgées diminue entre 2003 et 2006, pour ensuite augmenter à nouveau.

Lorsque nous examinons le nombre de bénéficiaires percevant effectivement l'intervention majorée (barres en gris clair), nous constatons que ce nombre suit fidèlement l'évolution du nombre de bénéficiaires de la garantie de revenus ou du revenu garanti aux personnes âgées (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires potentiels). Cela se traduit par un recours très élevé. Au fil des ans, le recours s'améliore encore, passant de 95,3 % en 2003 à 98,5 % en 2011. L'amélioration majeure a eu lieu entre

2004 et 2005. La variation entre communes est faible : le coefficient de variation du pourcentage de non-recours était de 0,04 en 2003 et a continué à baisser jusqu'à atteindre 0,02 en 2011 (non repris dans le graphique).

2.3.3. Recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées

GRAPHIQUE 3 : NOMBRE ANNUEL DE BENEFICIAIRES D'UNE INTERVENTION POUR PERSONNES HANDICAPEES ET DE BENEFICIAIRES D'UNE INTERVENTION POUR PERSONNES HANDICAPEES AVEC INTERVENTION MAJOREE SUR LA PERIODE 2003 – 2011

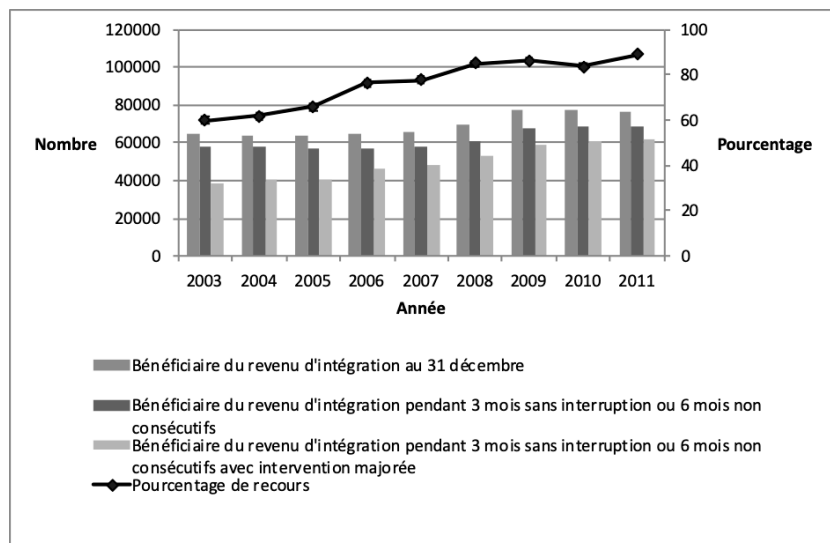


Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références. Pourcentage de recours : propres calculs.

Dans le graphique 3, nous répétons la même analyse pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour personnes handicapées. Entre 2003 et 2011 (systématiquement la situation au 31 décembre), le nombre de personnes bénéficiant d'une allocation pour personnes handicapées a fortement augmenté (barres en gris foncé). Il s'agit des bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Le nombre de personnes bénéficiant d'une allocation pour personnes handicapées qui perçoivent effectivement l'intervention majorée (les barres en gris clair) suit l'évolution précédente. Il en résulte ici aussi un recours très élevé, bien qu'il soit au départ légèrement moins fréquent que dans le cadre de la garantie de revenus aux personnes âgées. Le recours a augmenté de 91,5 % à 97 % entre 2003 et 2011. L'augmentation majeure a ici aussi eu lieu entre 2004 et 2005. La variation entre communes est à nouveau très faible : le coefficient de variation du pourcentage de non-recours était de 0,03 en 2003 et de seulement 0,01 en 2011 (non repris dans le graphique).

2.3.4. Recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires du revenu d'intégration

GRAPHIQUE 4 : NOMBRE DE BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION (3 MOIS SANS INTERRUPTION OU 6 MOIS NON CONSECUTIFS) AVEC INTERVENTION MAJOREE, 2003 – 2011



Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références. Pourcentage de recours : propres calculs.

Dans le graphique 4, nous effectuons la même analyse pour le groupe de bénéficiaires du revenu d'intégration. Nous examinons d'abord l'évolution du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration entre 2003 et 2011 (systématiquement au 31 décembre). Tout comme pour la garantie de revenus aux personnes âgées et les allocations pour personnes handicapées, nous constatons ici aussi une augmentation au fil du temps, principalement à partir de 2008.

Pour avoir droit à l'intervention majorée en tant que bénéficiaire du revenu d'intégration, il faut répondre à une condition de durée supplémentaire : il faut avoir perçu ce revenu d'intégration pendant 3 mois sans interruption ou 6 mois non consécutifs au cours de l'année écoulée. Comme mentionné, nous avons sélectionné dans notre étude les bénéficiaires du revenu d'intégration au 31 décembre des années 2003 à 2011 qui ont perçu le revenu d'intégration soit (1) pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre de l'année en question sans interruption, soit (2) pendant 6 mois non consécutifs au cours de l'année en question. Le graphique restitue combien de personnes bénéficiant du revenu d'intégration répondaient à cette condition de durée (barres les plus foncées). Ces personnes forment le groupe de bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Au fil des ans, il s'agissait d'environ 83 % (pour les 4 dernières années) à 86 % (pour les 4 premières années) des personnes qui avaient droit à un revenu d'intégration au 31 décembre.

La part des bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée et percevant effectivement l'intervention majorée est inférieure à celle des bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'une allocation pour personnes handicapées. Le recours est donc sensiblement plus faible, même si nous voyons une évolution frappante et très positive au fil du temps. En 2003, le recours ne s'élève qu'à 60 %. En 2011, il a grimpé jusqu'à 89 %.

La variation entre communes diminue nettement au fil des ans, bien qu'elle reste nettement supérieure à celle pour les autres allocations. Tel est le constat qui ressort clairement du tableau 2. Le coefficient de variation baisse de 0,32 en 2003 à 0,14 en 2011. En 2003, 5 % des communes affichent un pourcentage de recours de 29,7 % ou moins (percentile 5 ou p5). Un quart des communes affichent à ce moment-là un pourcentage de recours de 47,2 % ou moins (percentile 25 ou p25), et la moitié des communes un pourcentage de recours de 60 % ou moins (percentile 50 ou p50). En 2011, ces chiffres se sont considérablement améliorés. 75 % des communes affichent à ce moment-là un pourcentage de recours de 85,7 % ou plus ; 25 % des communes affichent même un pourcentage de recours de 97,7 % ou plus.

TABEAU 2 : MOYENNE, DEVIATION STANDARD, COEFFICIENT DE VARIATION ET REPARTITION DE PERCENTILE DU POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION PAR COMMUNE

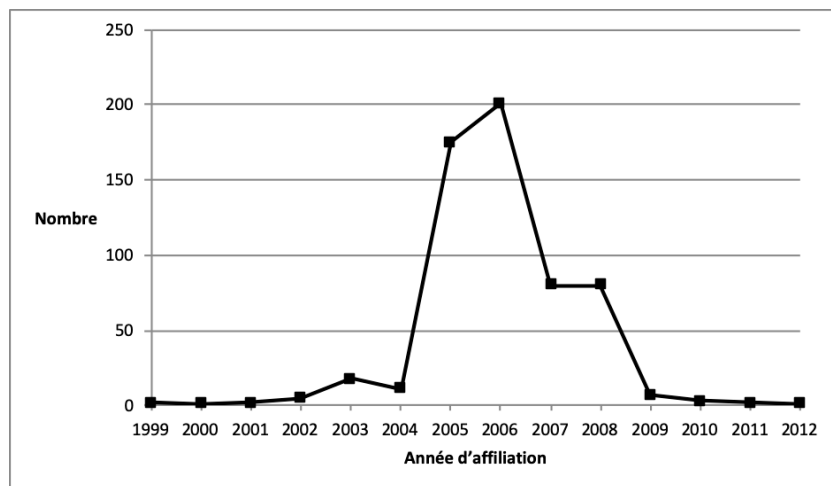
ANNEE	P5	P25	P50	P75	P95	moyenne	DS	CV
2003	29,7	47,2	60,0	75,0	87,5	60,0	19,0	0,3
2004	28,6	50,0	62,5	75,0	88,5	61,8	19,2	0,3
2005	30,8	50,0	66,7	81,7	100,0	65,8	20,4	0,3
2006	37,5	66,7	82,4	90,9	100,0	76,5	20,3	0,3
2007	40,0	70,0	83,3	90,1	100,0	77,5	19,8	0,3
2008	57,1	80,5	87,6	94,4	100,0	85,0	14,8	0,2
2009	57,0	82,0	88,9	95,5	100,0	86,2	14,5	0,2
2010	57,1	78,6	86,7	91,9	100,0	83,8	14,2	0,2
2011	66,7	85,7	91,3	97,7	100,0	89,0	12,5	0,1

Légende : p5 : percentile 5 ; p25 : percentile 25 ; p50 : médiane ; p75 : percentile 75 ; p95 : percentile 95 ; DS : déviation standard ; CV : coefficient de variation ; résultats pondérés (chaque CPAS compte pour 1 unité d'observation).

Comme l'affiliation des CPAS à la BCSS s'était effectuée difficilement, tous les CPAS ne se sont pas affiliés au cours de la même année. Les premiers CPAS se sont déjà affiliés en 1999, tandis que les derniers n'ont échangé leurs premiers messages via la BCSS qu'en 2012. La grande majorité des affiliations (91,1 %) a eu lieu de 2005 à

2008 inclus, avec le plus grand pic en 2005 et en 2006. Le nombre de CPAS par année d'affiliation à la Banque-Carrefour est repris au graphique 5.

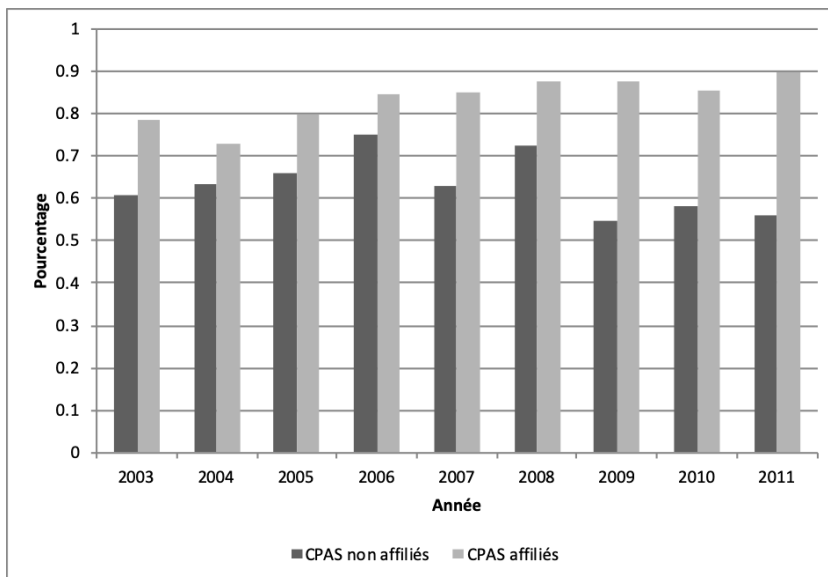
GRAPHIQUE 5 : NOMBRE DE CPAS PAR ANNEE D’AFFILIATION A LA BANQUE-CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE



Source : BCSS. Le graphique montre l'année durant laquelle des messages ont été échangés pour la première fois entre le CPAS et la BCSS.

Nous calculons ensuite le pourcentage de non-recours annuel séparément pour les CPAS qui étaient déjà affiliés à la Banque-Carrefour cette année-là et ceux qui ne l'étaient pas encore. Les résultats sont repris au graphique 6. Nous limitons notre analyse aux CPAS qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée (il y en a 343). Nous constatons qu'au cours de chaque année, le recours moyen est plus élevé dans le groupe de CPAS qui étaient déjà affiliés à la BCSS cette année-là que dans le groupe de CPAS qui ne l'étaient pas encore. Il s'agit d'une première indication d'un impact possible de l'affiliation des CPAS à la BCSS sur le recours à l'intervention majorée.

GRAPHIQUE 6 : RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION SELON L'AFFILIATION OU NON DU CPAS A LA BCSS



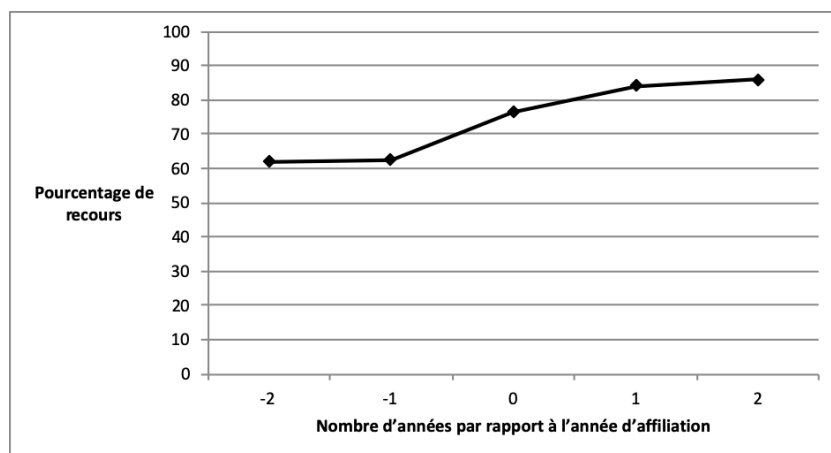
Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références. Pourcentage de recours : propres calculs. Analyse limitée aux CPAS qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée. Nombre de CPAS dans l'analyse : 343. A noter qu'en 2009 et en 2010, seulement 2 CPAS n'étaient pas encore affiliés à la BCSS ; en 2011, il n'y en avait plus qu'un.

L'année d'affiliation d'un CPAS est probablement en partie déterminée par des caractéristiques de ce CPAS. Si nous trouvons un lien entre l'affiliation du CPAS à la BCSS et le recours à l'intervention majorée, il s'agit peut-être d'un lien entre ces caractéristiques du CPAS et le recours. Idéalement, nous devons donc vérifier dans notre analyse les caractéristiques du CPAS ayant un lien avec l'année d'affiliation. Cependant, nous ne disposons pas de telles données. Nous pouvons en revanche vérifier si la taille d'un CPAS (opérationnalisée au moyen du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration) coïncide avec l'année d'affiliation. Nous divisons pour ce faire les CPAS en plusieurs catégories, en fonction du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration au 31 décembre 2007, année médiane de l'analyse. Les catégories sont les suivantes : 0 – 9 bénéficiaires du revenu d'intégration ; 10 – 19 bénéficiaires du revenu d'intégration ; 20 – 49 bénéficiaires du revenu d'intégration ; 50 – 99 bénéficiaires du revenu d'intégration, 100 – 499 bénéficiaires du revenu d'intégration et \geq 500 bénéficiaires. Nous utilisons ensuite un test au carré χ^2 pour voir s'il existe un lien entre la taille du CPAS (en catégories) et l'année d'affiliation. Tel est effectivement le cas ($\chi^2 = 30,6$, DF = 15, $p = 0,01$). Un examen plus précis des données nous montre qu'au cours des premières années, des CPAS relativement plus grands se sont affiliés à la BCSS, et des relativement plus petits au cours des dernières années.

Pour mesurer l'impact de l'affiliation à la BCSS sur le non-recours, nous nous concentrons sur les CPAS qui se sont affiliés entre 2005 et 2008, années durant lesquelles la plupart des CPAS se sont affiliés. Il s'agit de 536 CPAS. Sur ceux-ci, nous sélectionnons uniquement les CPAS qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée : il ne s'applique alors plus qu'à 331 CPAS. Pour ces années d'affiliation et ces CPAS, il s'avère qu'il n'existe plus de lien significatif entre la taille du CPAS et l'année d'affiliation ($\chi^2 = 17,2$, DF = 12, p = 0,14).

Nous analysons l'impact de l'affiliation à la BCSS sur le recours à l'intervention majorée au moyen d'une « analyse avant/après ». Pour les 331 CPAS sélectionnés, nous calculons à présent un pourcentage de recours pendant l'année de l'affiliation, 1 et 2 ans avant l'affiliation, et 1 et 2 ans après l'affiliation. Les résultats sont repris dans le graphique 7. Ce graphique montre le recours moyen pour ces 5 moments sur l'ensemble des CPAS.

GRAPHIQUE 7 : POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION (3 MOIS SANS INTERRUPTION OU 6 MOIS NON CONSECUTIFS) AVANT, PENDANT ET APRES L'AFFILIATION A LA BCSS



Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références, propres calculs. Analyse limitée aux CPAS qui étaient affiliés à la BCSS entre 2005 et 2008 et qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée. Nombre de CPAS dans l'analyse : 331.

Le graphique présente un net point d'inflexion, qui coïncide avec l'année où le CPAS s'est affilié à la BCSS. Le recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires du revenu d'intégration augmente de 62,4 % 2 ans avant l'affiliation à la BCSS à 85,3 % 2 ans après l'affiliation à la BCSS (graphique 7).

A la suite de l'affiliation à la BCSS, la variation entre communes diminue également. Les informations à ce sujet sont résumées au tableau 3. Le coefficient de variation passe de 0,24 – 0,27 avant l'affiliation à 0,12 – 0,10 après l'affiliation.

TABLEAU 3 : MOYENNE, DEVIATION STANDARD, COEFFICIENT DE VARIATION ET REPARTITION DU PERCENTILE DU POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION DE 2 ANS AVANT A 2 ANS APRES L'AFFILIATION A LA BCSS

ANNEE PAR RAPPORT A L'AFFILIATION	P5	P25	P50	P75	P95	moyenne	DS	CV
-2	36,0	52,2	61,1	73,7	85,5	62,1	14,7	0,24
-1	61,4	50,0	64,3	75,0	87,5	62,7	16,7	0,27
0	45,3	68,2	80,5	87,5	96,0	76,7	15,3	0,20
1	66,0	78,8	86,0	91,2	97,0	84,1	10,3	0,12
2	70,5	81,8	86,7	91,7	100,0	85,8	8,8	0,10

Légende : p5 : percentile 5 ; p25 : percentile 25 ; p50 : médiane ; p75 : percentile 75 ; p95 : percentile 95 ; DS : déviation standard ; CV : coefficient de variation.

Ces conclusions sont solides pour les variations suivantes dans nos analyses : a) une extension de l'analyse à 3 ans avant, et 3 ans après l'affiliation à la BCSS (graphique 7a en annexe) ; (b) une extension à plusieurs années d'affiliation (graphique 7b en annexe) ; (c) une extension à tous les CPAS comptant au moins 5 bénéficiaires du revenu d'intégration par année d'analyse (graphique 7c en annexe).

3. DISCUSSION

Entre 2003 et 2012, le nombre de personnes ayant droit à l'intervention majorée (bénéficiaires ouvrant le droit et personnes à leur charge) est passé d'environ 1.300.000 en 2003 à près de 1.534.000 personnes en 2012.

Le nombre de bénéficiaires sur la base d'un examen des ressources a diminué au cours de la première partie de la période d'analyse, pour ensuite (dès 2011) à nouveau augmenter légèrement. L'introduction du statut OMNIO au 1^{er} juillet 2007, ouvrant l'examen des ressources à toutes les personnes de la population ayant de faibles revenus (indépendamment d'une catégorie sociale particulière) ne semble pas avoir entraîné immédiatement une forte augmentation du nombre de personnes dans cette catégorie.

Le nombre de bénéficiaires sur la base d'un avantage social a augmenté sur l'ensemble de la période d'analyse. L'augmentation générale du nombre de

bénéficiaires de l'intervention majorée s'explique principalement par la hausse du nombre de bénéficiaires d'un avantage social. Rien que le nombre de personnes ayant droit à une allocation pour personnes handicapées a par exemple augmenté de 202.047 en 2003 à 312.528 en 2011. Une part bien plus faible, mais non négligeable, de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée fondée sur un avantage social est le résultat d'un recours amélioré.

Dans le cadre du système de l'intervention majorée, l'octroi automatique de droits est devenu une réalité au fil des ans pour un nombre sans cesse croissant de bénéficiaires. Là où c'est possible, le droit à l'intervention majorée est octroyé de façon entièrement automatique, sans intervention nécessaire du bénéficiaire. C'est le cas pour les bénéficiaires qui perçoivent l'intervention majorée sur la base de leur droit à un avantage social, tels que les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées, d'une allocation pour personnes handicapées ou d'un revenu d'intégration qui ont perçu ce type d'intervention pendant au moins 3 mois sans interruption. Pour les bénéficiaires sur la base d'un examen des ressources, l'octroi entièrement automatique n'est pas possible. On travaille par contre aussi proactivement que possible, en invitant personnellement les gens à se soumettre à un examen des ressources.

On en sait très peu sur l'ampleur du recours aux droits sociaux et sur l'impact de l'octroi automatique sur le recours dans notre pays. Une étude antérieure a toutefois démontré que le flux proactif a augmenté sensiblement le recours à l'intervention majorée sur la base d'un examen des ressources (Goedemé, Van Gestel et al., 2017 ; Van Gestel, Goedemé et al., 2017). Notre étude nous permet de fournir de nouveaux chiffres pour un certain nombre d'autres catégories de personnes.

Le recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées ou d'une garantie de revenus/d'un revenu garanti aux personnes âgées était presque total en 2011. En 2011, le recours était de 98,5 % pour les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées, et de 97,7% pour les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées. Le recours était déjà très élevé pour les deux catégories en 2003 (95,3 % pour les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ; 91,5 % pour les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées), mais a encore augmenté au fil des ans. L'augmentation principale a eu lieu pour les deux catégories sociales entre 2004 et 2005. Malgré les demandes auprès de divers organismes (mutualités, INAMI), nous n'avons pas pu déceler la cause potentielle de cette augmentation.

Le recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires du revenu d'intégration était bien plus faible. En 2003, le recours ne s'élevait qu'à 60 %. En 2011, il a augmenté à 89 %. La variation entre communes a également considérablement baissé à l'époque. Nos analyses laissent fortement penser que l'affiliation des CPAS à la BCSS (et donc le remplacement des attestations papier par des flux de données électroniques) a fait augmenter le pourcentage de recours d'environ 23 pour cent (de 62,4 % 2 ans avant l'affiliation à 85,3 % 2 ans après l'affiliation). La partie restante de l'augmentation du recours au fil du temps est le résultat d'autres tendances, comme peut-être l'amélioration de la qualité des flux électroniques. Nos conclusions sont conformes aux

recherches antérieures qui ont démontré l'importance majeure de l'octroi automatique de droits dans la lutte contre le non-recours à des dispositifs sociaux (Currie, 2006).

De même, le fait qu'en 2011, le recours parmi les bénéficiaires du revenu d'intégration était encore plus faible que celui parmi les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'une allocation pour personnes handicapées peut avoir diverses causes.

D'une part, il se peut que le non-recours observé soit une surestimation de la non-utilisation réelle. En raison du retard au niveau de la procédure administrative, il se peut que, dans un certain nombre de cas, le droit à l'intervention majorée ne soit octroyé que longtemps après avoir atteint la condition de durée. Dès lors, le droit est certes octroyé de façon rétroactive à compter du jour où un bénéficiaire du revenu d'intégration a satisfait à la condition de durée, mais, dans nos fichiers, cette actualisation ne se manifeste que jusqu'à un certain point.

D'autre part, il est probable que, dans une partie importante des cas de non-recours, il soit effectivement question de non-recours réel. Dans ce contexte, il est frappant de constater que la variation entre communes au niveau du pourcentage de non-recours est bien plus importante pour les bénéficiaires du revenu d'intégration que pour les bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées ou d'une allocation pour personnes handicapées. Cela laisse à penser que les processus au niveau communal jouent un rôle dans l'explication du recours moindre observé chez les bénéficiaires du revenu d'intégration.

Pour parvenir au recours à l'intervention majorée, il faut franchir plusieurs étapes. Le non-recours peut survenir à chacune de ces étapes.

Premièrement, il est possible qu'un certain nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration ne soient affiliés à aucun organisme d'assurance. Comme mentionné, l'affiliation à un organisme d'assurance est une condition nécessaire pour faire valoir le droit à l'intervention majorée. Les CPAS sont en principe également tenus d'aider les bénéficiaires du revenu d'intégration dans le cadre de leur affiliation. Il n'est cependant pas exclu qu'il y ait tout de même des cas de non-affiliation¹⁷. Nos données ne nous permettent pas de déduire si cela arrive souvent.

Deuxièmement, il se peut qu'un certain nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration ne soient « pas en règle » au niveau du paiement des cotisations pour

(17) Certains bénéficiaires ne sont pas affiliés à un organisme d'assurance parce qu'ils sont affiliés à une assurance maladie étrangère. Cela s'applique par exemple aux travailleurs frontaliers et aux personnes employées dans des institutions internationales. Cependant, il n'y a probablement quasiment personne dans cette situation au sein du groupe de bénéficiaires du revenu d'intégration. La non-affiliation chez ce groupe est plutôt une forme de non-recours. Dans le cas des personnes qui ont une allocation pour personnes handicapées, ce phénomène pourrait effectivement jouer un rôle (le fait que le groupe de bénéficiaires potentiels englobe des personnes affiliées à une assurance maladie étrangère pourrait expliquer pourquoi nous ne trouvons pas 100 % de recours).

avoir droit au remboursement des soins médicaux. Le fait d'être en règle constitue également une condition nécessaire pour avoir droit à l'intervention majorée. Bien que les CPAS soient en principe tenus de régulariser les situations qui ne sont pas en règle, il est toujours possible que cela ne se produise pas dans tous les cas, ou avec du retard. Ici aussi, nos données ne nous permettent pas de déterminer s'il s'agit d'un grand nombre de cas.

Troisièmement, l'explication du non-recours en 2011 peut résider dans la qualité des flux de données ayant trait à l'intervention majorée. La qualité n'était en effet pas encore partout optimale en 2011. C'est pourquoi, cette année-là, des contrôles de qualité ont été lancés par le SPP IS. Dans le cadre de ces contrôles, les données de la base de données du SPP IS sont comparées à celles de la base de données des flux de données A036. Ce faisant, on vérifie si une attestation électronique est créée pour chaque paiement du revenu d'intégration exécuté. Durant les premières années, il s'est avéré que ce n'était pas toujours le cas. Depuis lors, des contrôles sont effectués tous les mois. Les CPAS affichant de moins bons résultats sont régulièrement contactés par le Helpdesk des CPAS, qui les guide pour rectifier la situation. La qualité du flux de données s'est considérablement améliorée depuis lors¹⁸. Il n'est pas surprenant que la qualité des flux de données constitue une source d'attention. En dépit du fait que l'échange de données entre les CPAS et les mutualités se déroule désormais de façon électronique, un certain nombre d'opérations manuelles restent nécessaires tant dans les CPAS que dans les mutualités en vue de la transmission correcte des informations (par le CPAS) et de leur bonne interprétation (par la mutualité). Bien que l'apport des bénéficiaires ne soit plus nécessaire, une intervention nécessaire du personnel des administrations ne peut être totalement exclue. La volatilité du droit au revenu d'intégration (Carpentier, 2016) contribue en outre au fait que les informations originales transmises sont souvent adaptées, annulées ou complétées. Le fait que la condition de durée doive être constatée auprès des bénéficiaires du revenu d'intégration, combiné à cette volatilité, peut également causer des retards ou des erreurs. On pourrait se demander s'il convient de supprimer la condition de durée voire de réduire la période de la condition de durée. Cela réduirait la charge administrative et les erreurs potentielles, ce qui pourrait aider à expliquer les chiffres relativement élevés de non-recours pour un certain nombre de CPAS.

Quelle que soit la cause du non-recours, il restait clairement de la marge d'amélioration en 2011. Cette année-là, 25 % des CPAS affichaient un pourcentage de recours de 97,7 % ou plus. Ces CPAS égalaient donc le pourcentage de recours pour les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées ou d'une allocation pour personnes handicapées. D'où l'importance cruciale de suivre à l'avenir le recours à l'intervention majorée par les bénéficiaires du revenu d'intégration. Dans ce contexte, il convient également d'accorder de l'attention au degré d'affiliation des bénéficiaires du revenu d'intégration à un organisme d'assurance, et dans quelle mesure ils sont en règle quant à leur droit au remboursement des soins de santé : ces deux éléments sont en effet des conditions d'obtention de l'intervention majorée.

(18) S. De Wachter, Helpdesk CPAS, communication personnelle, 30.11.2017.

Dans notre étude, nous avons uniquement pris en compte les bénéficiaires du revenu d'intégration qui n'étaient pas inscrits auprès d'un autre CPAS au cours de l'année écoulée. Cette sélection était nécessaire parce que nous devions pouvoir, aux fins de cette étude, affecter les bénéficiaires du revenu d'intégration à 1 CPAS. Peut-être sommes-nous ainsi passés à côté d'un groupe particulièrement sensible au non-recours, précisément en raison du déménagement et de la relocalisation correspondante de l'administration.

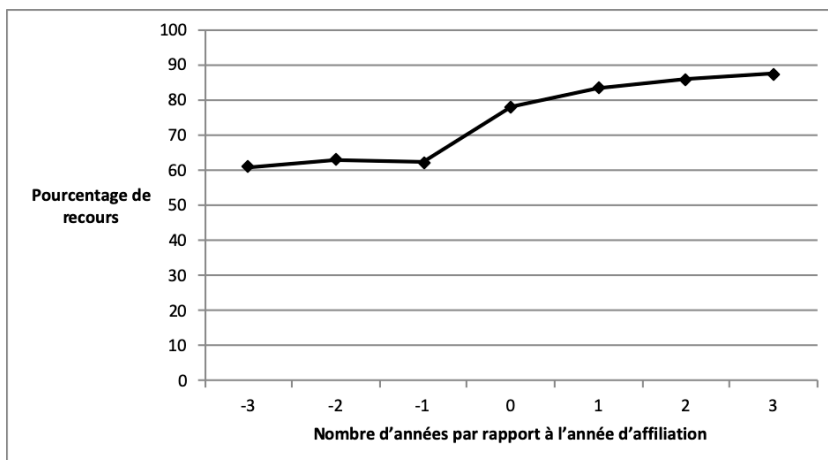
Nous avons déterminé le non-recours à l'intervention majorée pour les bénéficiaires du revenu d'intégration. Il convient de garder à l'esprit que lorsqu'une personne qui a droit au revenu d'intégration ne recourt pas à l'intervention majorée, c'est aussi le cas pour les personnes à sa charge. Le non-recours touche donc un plus grand groupe des personnes que les seuls bénéficiaires. Notre étude s'est également concentrée sur le non-recours à un droit dérivé, à savoir le droit à l'intervention majorée en conséquence du droit à un avantage social. Il est à noter que le recours à de tels droits dérivés est influencé par le recours aux droits dont ils sont dérivés. On estime notamment qu'il y a un non-recours significatif au revenu d'intégration, variant entre 57 et 76 % (Bouckaert et Schokkaert, 2011). Dans le cas de la GRAPA également, le non-recours constitue très probablement un phénomène important (Van den Bosch et De Vil, 2013). Les bénéficiaires potentiels qui ne recourent pas au revenu d'intégration ou à la GRAPA ne jouissent pas non plus de leurs droits dérivés. Dans le cas de l'intervention majorée, ils peuvent certes encore prétendre à celle-ci grâce à un examen des ressources. Cependant, il est probable que cet examen des ressources constitue un obstacle important pour eux. Pour ces raisons, il se pourrait que le non-recours réel à l'intervention majorée soit supérieur à celui que nous observons.

Notre étude démontre que l'automatisation des flux de données peut faire une énorme différence dans le recours effectif à des droits sociaux. Elle veille à ce que toutes les personnes à qui des avantages sociaux sont destinés en bénéficient et à ce que les personnes dans des situations de revenu similaires soient traitées de manière similaire. La question est par conséquent de savoir dans quels autres domaines une automatisation plus poussée de l'octroi de droits serait possible et utile. Dans le cas que nous avons examiné en l'occurrence, il s'agissait en effet d'un droit dérivé. Une fois l'avantage social octroyé, ce dernier est relativement facile à établir. Le groupe de bénéficiaires potentiels peut donc être aisément déterminé. Un défi plus important se pose dans le cadre des aides sociales comme la GRAPA et le revenu d'intégration, où le non-recours est probablement bien plus élevé. Ces deux allocations étant destinées à des personnes qui se trouvent dans une situation financière très difficile, une automatisation plus poussée devrait constituer un objectif important. L'automatisation sous la forme d'« identification en tant que bénéficiaire potentiel » constitue une première étape dans ce contexte. Celle-ci existe déjà sous une certaine forme pour la GRAPA (sous la forme d'un flux proactif), mais pas encore pour le revenu d'intégration. En fin de compte, il conviendrait toutefois d'aspirer à une automatisation totale. Pour ce faire, il ne faudrait pas seulement avoir une bonne compréhension des revenus actuels des personnes. Il faudrait également un cadastre des fortunes. Or, cela c'est une autre histoire.

(Traduction)

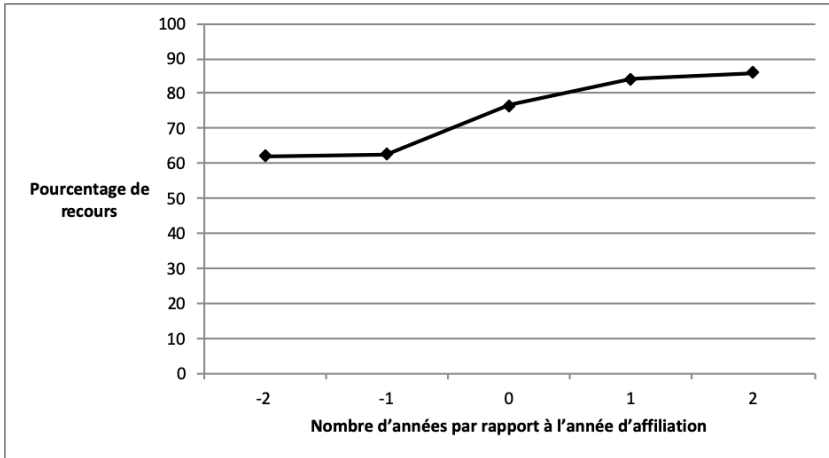
ANNEXES

GRAPHIQUE 7A : POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION (3 MOIS SANS INTERRUPTION OU 6 MOIS NON CONSECUTIFS) AVANT, PENDANT ET APRES AFFILIATION A LA BCSS : EXTENSION A 3 ANS AVANT ET APRES L'AFFILIATION



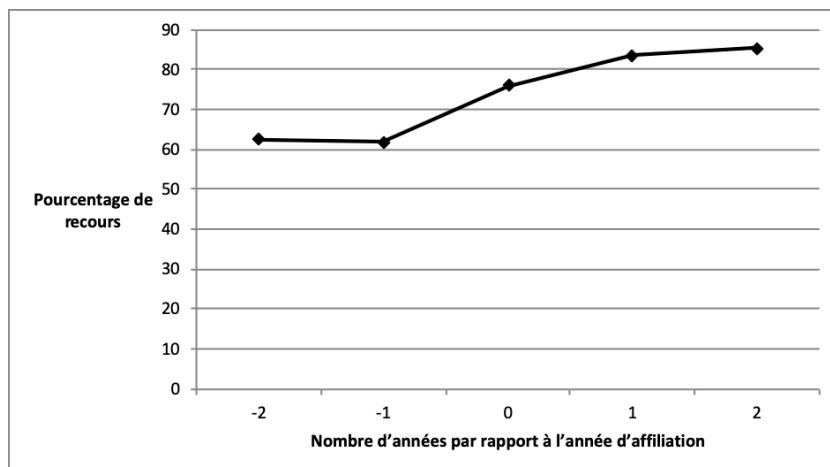
Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références, propres calculs. Analyse limitée aux CPAS qui se sont affiliés à la BCSS entre 2006 et 2008 (pour ces CPAS, un pourcentage de recours peut être calculé de 3 ans avant à 3 ans après l'affiliation) et qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée. Nombre de CPAS dans l'analyse : 228.

GRAPHIQUE 7B : POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION (3 MOIS SANS INTERRUPTION OU 6 MOIS NON CONSECUTIFS) AVANT, PENDANT ET APRES L'AFFILIATION A LA BCSS : EXTENSION A PLUS D'ANNEES D'ANALYSE



Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références, propres calculs. Analyse limitée aux CPAS qui étaient affiliés à la BCSS entre 2005 et 2009 et qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 10 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée. Nombre de CPAS dans l'analyse : 331.

GRAPHIQUE 7C : POURCENTAGE DE RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION (3 MOIS SANS INTERRUPTION OU 6 MOIS NON CONSECUTIFS) AVANT, PENDANT ET APRES L'AFFILIATION A LA BCSS : EXTENSION AUX CPAS COMPTANT AU MOINS 5 BENEFICIAIRES DU REVENU D'INTEGRATION PAR AN



Source : Datawarehouse « marché du travail et protection sociale » et Répertoire des références, propres calculs. Analyse limitée aux CPAS qui étaient affiliés à la BCSS entre 2005 et 2008 et qui comptaient durant chaque année de l'analyse au moins 5 bénéficiaires du revenu d'intégration répondant à la condition de durée. Nombre de CPAS dans l'analyse : 442.

BIBLIOGRAPHIE

Bhargava, S. et Manoli, D., Psychological Frictions and the Incomplete Take-Up of Social Benefits: Evidence from an IRS Field Experiment, *American Economic Review*, 105(11), pp. 3489-3529, 2015.

Bouckaert, N. et Schokkaert, E., A first computation of non-take-up behaviour in the 'leefloon', *Flemosi Discussion Papers*, FLEMOSI, 2011.

Buysse, L. et al., De automatische toekenning van rechten in de Belgische sociale bescherming. Stand van zaken en kritische reflectie, in *Armoede in België. Jaarboek 2017*, W. Lahaye, I. Pannecoucke, J. Vranken et R. Van Rossem, Gand, Skribis, pp. 73-99, 2017.

Carpentier, S., *Lost in Transition - Essays on the Socio-Economic Trajectories of the Social Assistance Beneficiaries*, Anvers, Universiteit Antwerpen, PhD, 2016.

Choi, J. J. et al., For better or for worse - Default effects and 401(k) savings behavior, in *Perspectives on the Economics of Aging*, D. A. Wise, Chicago, Univ Chicago Press, pp. 81-125, 2004.

Currie, J., The take-up of social benefits, in *Public policy and the income distribution*, A. J. Auerbach, D. Card et J. M. Quigley, New York, Russell Sage Foundation, pp. 80-148, 2006.

De Spiegeleer, T. et al., De verhoogde tegemoetkoming vanaf 2014, *CM informatie*, 254, 2013.

Goedemé, T. et al., De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren, *CM informatie*, 270, pp. 19-25, 2017.

INAMI, *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité*, programme web, Bruxelles, INAMI, 2017.

Johnson, E. J. et Goldstein, D. G., Do defaults save lives?, *Science*, 302, pp. 1338-1339, 2003.

Kerr, S. A., Deciding about supplementary pensions: a provisional model, *Journal of Social Policy*, 11(4), pp. 505-517, 1982.

Kerr, S. A., *Differential take-up of supplementary pensions, final report*, Edinburgh, Department of Psychology, University of Edinburgh, 1982.

Lefevère, E., *Niet-gebruik van sociale zekerheidsrechten in België. Stand van zaken met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg*, Louvain, Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Politieke Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 2003.

Lefevre, E., Les non-assurés face à la maladie et à l'invalidité 1993-2005, *Revue belge de sécurité sociale* 49(3), pp. 509-530, 2007.

Ritchie, J., *Income related benefits: the causes of non take-up. A review of recent research evidence*, Londen, Social and Community Planning Research, 1988.

Steenssens, K. et al., *Leven (z)onder leefloon: onderbescherming onderzocht*, HIVA, Louvain, HIVA, 2007.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Automatisering van rechten met betrekking tot de bevoegdheden van de federale staat. Nota op vraag van de begeleidingscommissie*, from <http://www.armoedebestrijding.be/publications/automatiseringrechten.pdf>, 2013.

Thaler, R. H. et Sunstein, C. R., *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*, New Haven, CT, Yale University Press, 2008.

Van den Bosch, K. et De Vil, G., *De evolutie van de armoede bij ouderen nader bekeken*, Working papers, Federaal Planbureau, Bruxelles, 2013.

Van Gestel, R. et al., *A reminder to pay less for healthcare: take-up of the increased reimbursement in a large-scale randomized field experiment*, Working papers Herman Deleeck Centre for Social Policy, Anvers, Herman Deleeck Centre for Social Policy, 2017.

Van Hootegeem, H. et De Boe, F., *Waarom mensen in armoede hun rechten niet kunnen realiseren*, *Samenleving en politiek*, 10, pp. 55-62, 2017.

van Oorschot, W., *Take it or leave it. A study of non-take-up of social security benefits*, Tilburg, University Press, 1995.

TABLE DES MATIERES

**NON-RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE ET OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS :
APERÇU ET ETUDE DE CAS**

INTRODUCTION	251
1. INFORMATIONS DE FOND ET CONTEXTE DE L'ETUDE	252
1.1. NON-RECOURS ET OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS	252
1.2. L'INTERVENTION MAJOREE	254
1.3. OCTROI AUTOMATIQUE DE DROITS DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION MAJOREE	257
2. ETUDE DE CAS : RECOURS A L'INTERVENTION MAJOREE PAR LES PERSONNES BENEFICIANT D'UN AVANTAGE SOCIAL	260
2.1. CONCEPTION DE L'ETUDE EN BREF	261
2.2. DONNEES ET METHODES	261
2.3. ANALYSE ET RESULTATS	265
3. DISCUSSION	274
ANNEXES	279
BIBLIOGRAPHIE	282