



# Les Bruxellois inégaux

## devant la santé

---

Thaddée D'Haegheleer ■ Décembre 2019

## Le mythe de la gratuité des soins de santé

La Belgique est souvent présentée comme un pays dans lequel les soins de santé sont de très bonne qualité et quasi gratuits, grâce notamment à une sécurité sociale forte et un large réseau d'hôpitaux publics et de médecins conventionnés dont les prestations sont remboursées par la sécurité sociale. Il est vrai qu'avec son système d'assurance obligatoire, la Belgique est l'un des pays européens les plus performants en termes de couverture de soins. Cependant, selon un récent rapport de la Commission européenne<sup>1</sup>, nous sommes également un des pays de l'Union Européenne où l'inégalité d'accès aux soins entre les hauts et bas revenus est la plus marquée ! Comme nous allons le voir, Bruxelles n'est pas épargnée par ce triste record... Bien au contraire, ces inégalités sont plus fortes encore dans en région bruxelloise qu'en Flandre et en Wallonie !

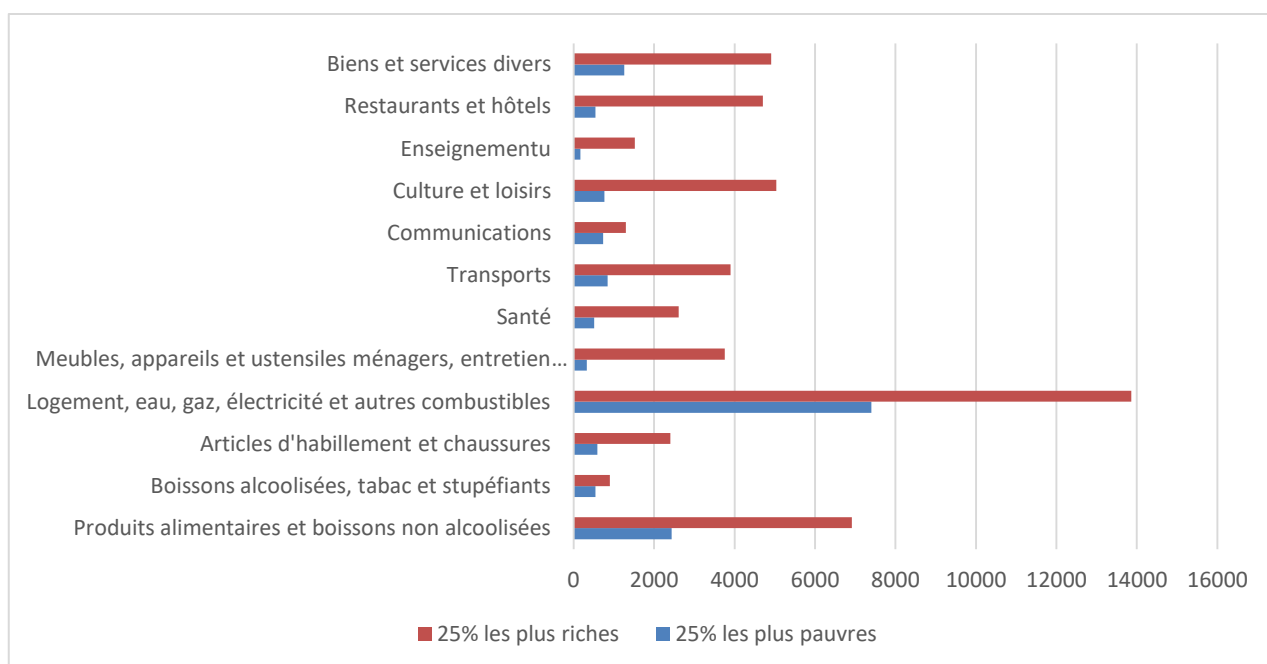
## Des revenus élevés permettent de vivre plus longtemps et en meilleure santé

Notre système de santé est basé sur un principe d'égalité d'accès. Cependant, l'analyse des dépenses moyennes des ménages bruxellois (graphique 1) nous indique que ce principe n'est pas respecté dans les faits. Comment croire que les ménages les plus défavorisés aient accès au mêmes soins que les plus favorisés, alors que ces derniers dépensent en moyenne 2.610 euros contre 514 euros, soit plus de cinq fois plus, dans le secteur de la santé ? Ces chiffres prouvent à eux seuls l'existence d'un système de soins à deux vitesses, dans lequel les plus fortunés paient pour avoir recours à des assurances privés, des médecins non conventionnés, etc. tandis que les moins fortunés n'ont accès qu'à des soins de base, voire sont obligé de reporter des soins.

---

<sup>1</sup> V. Buffel & I. Nicaise (2018), « ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Belgium 2018 », European Commission, DG for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Graphique 1 : Dépenses moyennes par ménage selon la catégorie de dépenses et le quartile de revenus : RBC 2016.



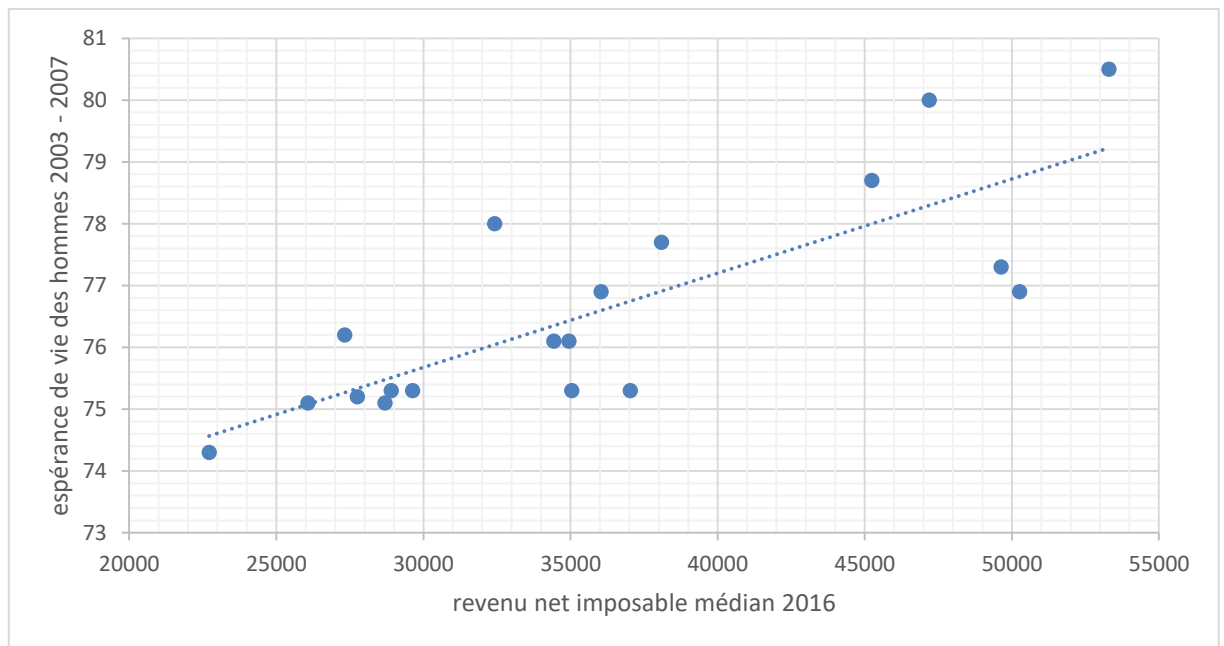
Source : IBSA via SPF Economie – Statistics Belgium (Enquête sur le budget des ménages)

D'autres données démontrent ces inégalités d'accès aux soins.

Au premier plan, l'espérance de vie : Il semblerait comme le montre le graphique ci-dessous que les bruxellois issus de milieux défavorisés vivent globalement moins longtemps que ceux issus de milieux favorisés. L'espérance de vie est en effet très positivement corrélée au revenu médian dans les communes bruxelloises.

Dans la commune la plus riche de Bruxelles (Woluwe-Saint-Pierre) les hommes nés entre 2003 et 2007 peuvent ainsi s'attendre à vivre en moyenne 6 ans de plus que dans la commune la plus pauvre (Saint-Josse-ten-Noode) ! Ces inégalités en termes de durée de vie sont tout simplement inacceptables !

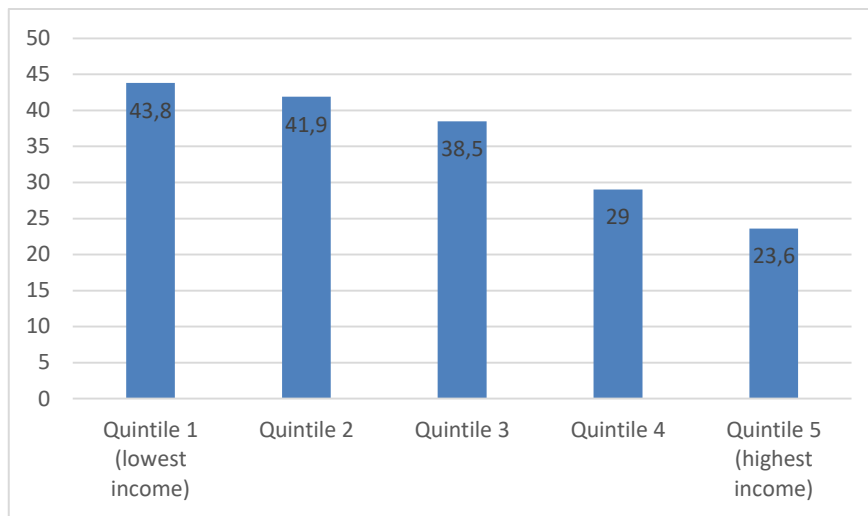
Graphique 2 : espérance de vie des hommes nés entre 2003 et 2007 par commune en fonction du revenu net imposable médian de la commune en 2016.



Source : IBSA via Statbel (Direction générale Statistique - Statistics Belgium) (Registre national pour l'espérance de vie et Statistique fiscale des revenus pour le revenu net imposable médian).

D'autres chiffres montrent une corrélation entre les revenus et l'état de santé, comme le dévoile le graphique ci-dessous (état de santé perçu). A Bruxelles, en 2013, près de la moitié (44%) des 20% des bruxellois les moins fortunés de 45 ans ou plus se considéraient en mauvaise santé. C'est presque deux fois plus que chez les 20% des bruxellois les plus riches (23,6%).

Graphique 3 : part des bruxellois de plus de 45 ans se considérant en mauvaise santé (santé perçue), 2013.

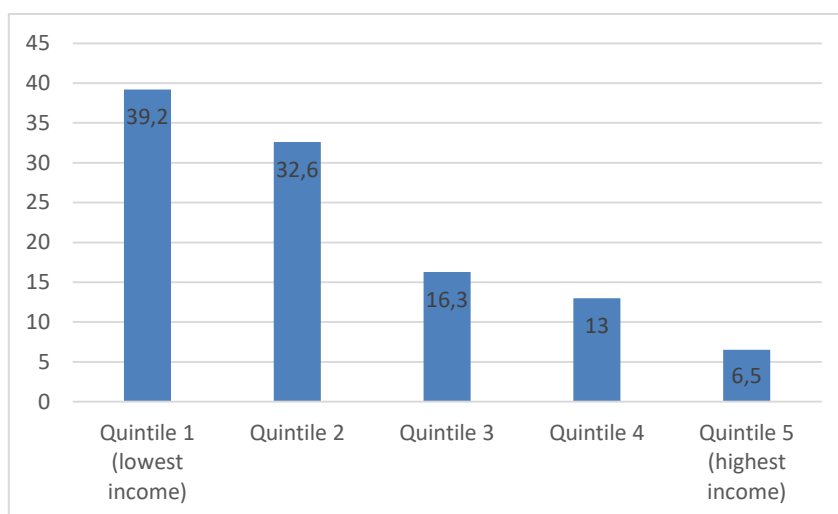


Source : Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

## Comment expliquer ces écarts de santé entre groupes sociaux ?

La première explication est bien sûr financière. Comme nous avons pu le montrer par nos exemples et par l'analyse des dépenses moyennes, l'accès aux soins de santé n'est pas gratuit. Le nonaccès aux soins de santé pour des raisons financières est une réalité bien présente chez les bruxellois : en 2013, 39% du cinquième des ménages bruxellois les moins riches a dû reporter ou abandonner des soins par manque de moyens ! Pour le cinquième des ménages les plus riches, cela n'était le cas que pour 6,5% des ménages.

Graphique 4 : part de ménages bruxellois ayant été obligé de reporter ou abandonner des soins médicaux pour des raisons financières, selon le quintile de revenus, 2013.



Source : Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Le manque de données disponibles pour Bruxelles ne permet pas une analyse régionale plus récente, mais tout porte à croire que ces résultats ont empiré depuis 2013.

En effet, une récente enquête de Solidararis s'est intéressée au report des soins de santé pour raisons financières<sup>2</sup> en Belgique francophone. D'après cette enquête, 4 personnes sur dix en FWB sont concernées par ce problème en 2018. Environ un quart des répondants a renoncé à des soins dentaires et la même proportion à consulter un spécialiste. L'accessibilité à un généraliste reste meilleure avec un report qui concerne 15,5% des répondants. Ce chiffre reste cependant inquiétant, surtout au regard de son évolution ces dernières années (de 9,5% à 15,5% en deux ans !).

Autre tendance palpable en FWB : les inégalités d'accès aux soins se creusent ! Pour les personnes faisant partie des 25% de la population appartenant aux groupes sociaux les plus élevés<sup>3</sup>, le report d'au moins un soin a diminué de 29,7% à 24,4% entre 2015 et 2018. Sur cette même période, il a par contre augmenté de manière spectaculaire pour les personnes à revenu moyen (la moitié de la population se trouvant dans les groupes sociaux intermédiaires), passant de 33,2% à 41,5%. Chez les 25% de la population se trouvant dans les groupes sociaux les moins élevés en 2018, 34,6% a renoncé à consulter un dentiste,

<sup>2</sup> Solidararis (2019), « Enquête Solidararis : le report des soins de santé »

<sup>3</sup> Ces groupes sont estimés sur base de la structure du ménage, la profession et le niveau d'étude

34,8% un spécialiste, 22% un généraliste et 29,5% à acheter des médicaments. Ce sont également les isolés et les parents seuls avec enfants qui sont les plus touchés.

Autre constat particulièrement frappant : de tous les groupes professionnels, les personnes en incapacité de travail sont les plus impactées par le non-accès aux soins ! En 2018, 61,1% d'entre eux seraient concernés !

L'évolution inquiétante du report de soins ces dernières années est à mettre en lien direct avec les réformes entreprises dans le secteur de la santé sous cette dernière législature. Les mesures d'austérité prises par le gouvernement ont particulièrement impacté notre système de soins. En réduisant la norme de croissance du budget des soins de santé (progressivement, de 4,5% annuels en 2012 à 0,5% en 2018), c'est 2,1 milliards d'économies qui ont été réalisées entre 2014 et 2018, dont 130 millions directement à charge des patients.<sup>4</sup> En devenant une variable d'ajustement, le budget de la santé est fixé largement en dessous des besoins réels. Les mesures prises en ce sens ont augmenté le coût pour les patients (médicaments, consultation chez un spécialiste...) et diminué les indemnités de maladie, déforçant notre système de solidarité et rendant plus difficile l'accès aux soins pour les personnes à revenu moyen et les plus démunis, cela malgré les mécanismes existants s'adressant aux groupes les plus vulnérables (BIM, tiers-payant, système de facturation maximum). Les plus hauts revenus et les travailleurs qui bénéficient d'une couverture médicale via l'intervention de leur employeur ont par contre de plus en plus recours à des assurances privées et n'ont pas de problèmes à payer les tickets modérateurs et autres montants supplémentaires demandés.

Il faut garder à l'esprit que la santé est un problème multifactoriel. D'autres paramètres que l'accessibilité financière influencent et renforcent les inégalités sociales de santé : l'environnement dans lequel vivent les personnes précarisées peut exposer celles-ci à des risques sanitaires. Les mauvaises conditions de logement sont donc très certainement à mettre en cause.

Les problèmes liés à l'environnement de vie au sens plus large (pollution et bruit en fonction du quartier) ont aussi des effets négatifs sur la santé et sur le niveau de stress.

Finalement, les conditions de travail ont des implications importantes en termes de santé. Ces observations viennent de nouveau mettre en évidence les interdépendances existantes entre les différentes dimensions des inégalités subies dans la ville.

---

<sup>4</sup> Solidaris (2019) : « Pour une protection sociale et des soins de santé renforcés. Mémoire en vue des élections européennes, fédérales et régionales de mai 2019 ».

Aujourd'hui, Il est fondamentale de rendre les soins de santé accessibles pour tous ! Si les bruxellois sont tributaires en grande partie des mesures prises au niveau fédéral, les compétences régionales héritées de la sixième Réforme de l'état ont donné de nouveaux leviers d'action au niveau régional. Dans ce cadre, les actions prioritaires suivantes devraient être mise en oeuvre :

1. **la mise en place d'un dispositif d'accueil et de prise en charge des personnes en grande précarité**, assurant leur ré-affiliation à la sécurité sociale (ligne 0.5) ;
2. le développement des **services d'aide et de soins ambulatoires** dans le but de maintenir autant que possible les patients à domicile et éviter leur institutionnalisation ;
3. la sauvegarde et le refinancement des **hôpitaux publics**, qui font rempart à la marchandisation de la santé et sont les seuls garant de l'universalité du droit à la santé ;
4. la mise en œuvre d'une **gestion globale et intégrée** de la politique de santé publique, intégrant l'ensemble des déterminants économiques et sociaux de la santé (aide sociale, emploi, expansion économique, conciliation vie familiale et vie professionnelle, logement, environnement, éducation, cohésion sociale...) ;
5. la promotion de **la santé reproductives, l'accompagnement de la grossesse et la prévention de la violence**, La politique de santé régionale doit accorder une attention particulière à la santé reproductive et à l'accompagnement de la grossesse et des nouveau-nés, surtout pour les mamans seules.