



Service de lutte contre la pauvreté,  
la précarité et l'exclusion sociale

Steunpunt tot bestrijding van armoede,  
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären  
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

# Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

## ● ● Des faits et des chiffres

### ● Existe-il des inégalités sociales de santé ?

Dernière mise à jour : 07/05/2020

Oui. Les chiffres révèlent que les personnes ayant un statut social plus bas (niveau de formation, statut professionnel, niveau de revenu) sont souvent en moins bonne santé, ont moins accès aux soins de santé et meurent plus jeunes que celles occupant une position plus élevée sur l'échelle sociale.

### Commentaire

Cette fiche porte sur les inégalités sociales de santé au sein de la population générale. Une analyse plus spécifique des liens entre pauvreté et santé devrait être faite, vu la situation spécifique des personnes très pauvres et le fait qu'elles sont peu voire pas représentées dans les enquêtes. Nous structurons le commentaire selon le plan suivant :

#### 1. Les inégalités en matière de santé

- Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé
- La pauvreté rend malade - la maladie rend pauvre
- Enfants et jeunes

#### 2. Facteurs de risques

- Conditions de vie
- Prévention médicale
- Mode de vie

#### 3. Inégalités sur le plan de l'accès aux soins de santé

- Utilisation des services de santé et des services sociaux
- Accessibilité financière aux soins de santé

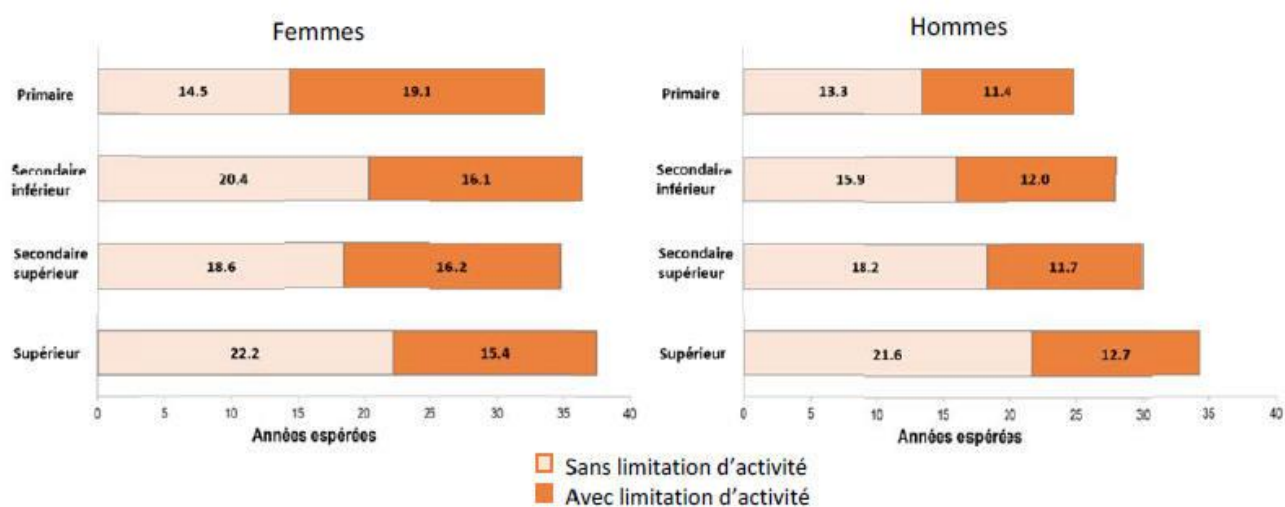
## 1. Les inégalités en matière de santé

Plus la position socio-économique d'un individu est basse, plus il a de chances d'être en mauvaise santé. Une recherche de la Politique scientifique fédérale (2011) montre que par ailleurs, ces importantes inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socio-économiques ne diminuent pas. Des chiffres récents de l'OCDE montrent eux aussi la persistance de ces inégalités sociales de santé en Europe. La Belgique est même l'un des pays où les inégalités en matière de santé entre les plus instruits et les moins instruits sont les plus grandes. (source : OECD (2019), Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems)

### • *Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé*

L'étude des inégalités relatives à l'espérance de vie et aux nombres d'années de vie en bonne santé selon le niveau d'instruction (sur une cohorte de personnes incluses en 2004) confirme qu'il existe bel et bien en Belgique une inégalité qui se manifeste tant dans l'espérance de vie que dans l'espérance de vie en bonne santé. Voir la figure 9a.

**Figure 9a** : Espérance de vie (EV) et Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 50 ans en Belgique et par niveau d'instruction (Enquête SILC 2004 et suivi de mortalité jusqu'au 31/12/2009)



Source : European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014 - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health.

- L'espérance de vie chez les hommes à 50 ans est la plus basse chez les personnes les moins instruits (niveau primaire ou moins : 24,7 années) et la plus élevée chez les plus instruits (34,4 années). L'espérance de vie à 50 ans chez les femmes est la plus faible chez les

femmes les moins instruites (niveau primaire : 33,6 années) et plus élevée chez les femmes les plus instruites (37,6 années). En termes de mortalité, le gradient social est particulièrement fort.

La recherche de l'Agence intermutualiste (IMA) montre qu'en 2016, les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres ont un risque accru de 56 % de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches (source : Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Inégalités sociales en santé](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste, p. 15).

- 'L'espérance de vie en bonne santé' donne une indication du nombre d'années qu'une personne d'un certain âge peut espérer de vivre en bonne santé. Si 'l'espérance de vie en bonne santé' est mesurée en tant que 'l'espérance de vie sans limitation d'activité', on observe que les hommes les plus instruits à 50 ans, peuvent espérer vivre 21,6 années contre 13,3 années pour les hommes avec un niveau d'instruction primaire ou moins. Les inégalités en espérance de vie sans limitation d'activité sont de 8,3 années. Le nombre d'années avec une limitation d'activité est presque similaire pour les différentes catégories d'instruction, cependant ce nombre est légèrement plus élevé chez les hommes les plus instruits (12,7 années) et plus faible chez les hommes les moins instruits (11,4 années).

A 50 ans, les femmes les plus instruites peuvent espérer vivre 22,2 années en bonne santé contre 14,5 années pour les femmes avec un niveau d'instruction primaire ou moins, une différence de 7,7 années. Les femmes les moins instruites connaissent une espérance de vie avec limitation d'activité de 19,1 années contre 15,4 années chez les femmes les moins instruites. Source : European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), [Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014](#), op.cit.

Entre 2001 et 2011, les inégalités en terme du nombre d'années de vie en bonne santé sans incapacité ont augmenté. (source : Renard François, Devleeschauwer Brecht, Van Oyen Herman et al. (2019), [Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study](#) dans *Archives of Public Health*, 77:6)

- **La pauvreté rend malade - la maladie rend pauvre**

D'après les résultats des [Enquêtes de Santé](#), il existe un lien très clair entre état de santé et niveau social (niveau d'éducation, statut d'activité, niveau de revenu).

D'après l'Enquête de Santé 2018 : ' La présence d'inégalités socio-économiques en termes de maladies chroniques demeure un problème. Des inégalités sociales s'observent aussi dans les

conséquences des maladies sur la vie (qualité de vie, douleurs, limitations). Les personnes se situant en bas de l'échelle sociale doivent donc non seulement faire face à un risque plus élevé de morbidité, mais une fois malades, elles sont aussi confrontées à un impact plus important sur leur vie quotidienne.' (source : Charafeddine R., Van der Heyden J., Demarest S., et al. (2019), [Enquête de santé 2018 : Santé et qualité de vie. Résumé des résultats](#), Bruxelles, Sciensano, p. 11).

Plus d'infos : [Enquête de Santé 2018, Belgique](#)

Les résultats de l'étude de l'Agence intermutualiste (IMA) montrent également que quand on descend le long de l'échelle sociale, l'état de santé physique et mentale se dégrade. (source : Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Inégalités sociales en santé](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste)

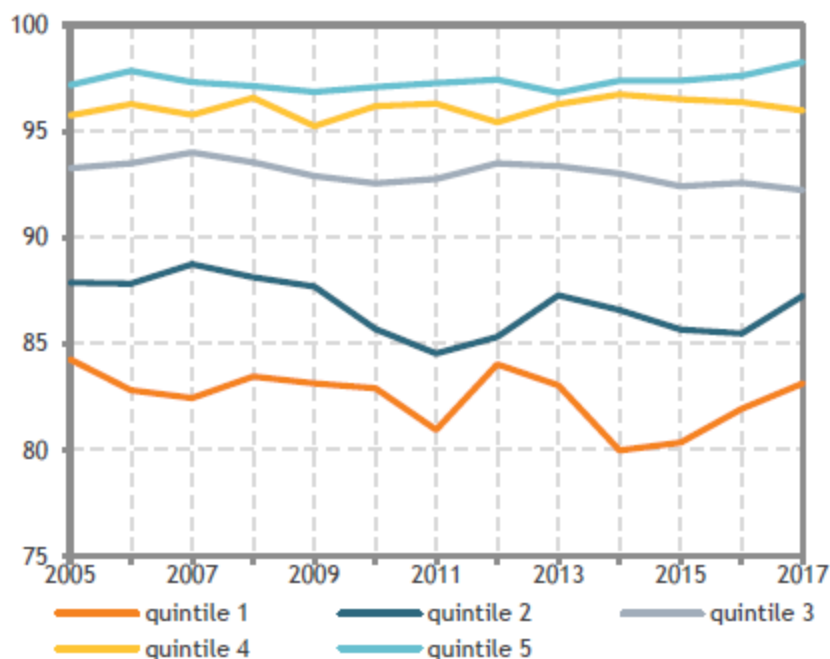
#### ● Santé subjective

La santé subjective varie en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus: les personnes les moins scolarisées (niveau primaire) estiment plus que leur état de santé n'est pas bon comparé à celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire. Le risque (relatif) de déclarer une mauvaise santé subjective est 4,0 fois plus élevé chez les personnes les moins scolarisées par rapport à celles dont le niveau d'instruction atteint l'enseignement supérieur. Le lien entre statut socio-économique et santé subjective est constaté depuis plusieurs années déjà.

Plus d'infos : Tafforeau J., Drieskens S., Charafeddine R. et al. (2019), [Enquête de santé 2018 : Santé subjective](#), Bruxelles, Sciensano.

La santé subjective varie également en fonction du niveau de revenu: plus leur revenu est élevé, plus les personnes se déclarent dans un état de santé très bon, bon ou moyen. La différence entre les catégories de revenu s'accroît légèrement, ce qui est dû à la fois à une amélioration de la santé perçue des personnes les plus riches et à une diminution de celles en situation de pauvreté. Elle atteint 15,1 points de pourcentage en 2017.

**Figure 9b** : Santé perçue: très bon, bon ou moyen, selon le revenu, pourcentage de la population de 16 ans et plus, 2005-2017



Source : Statistics Belgium (2018) tel que repris dans Bureau fédéral du Plan (2019), Indicateurs complémentaires au PIB, p. 53, graphique 30.

Dans l'enquête EU-SILC de 2018, 60,3 % de la population âgée de 16 ans et plus dans le premier quintile (20% de la population ayant le revenu le plus faible) ont déclaré être en très bonne ou en bonne santé et 65,3 % dans le deuxième quintile, contre 76,8 % dans le troisième quintile, 83,0 % dans le quatrième groupe et 88,5 % dans le cinquième quintile (20% de la population ayant le revenu le plus élevé). La différence entre le groupe de revenu le plus pauvre et le plus riche est de 28,2 points de pourcentage. (source: Eurostat, Health variables of EU-SILC, hlth\_silc\_10)

#### ● Maladies chroniques

Le fait que les maladies chroniques soient plus fréquentes chez les personnes peu instruites que chez les personnes plus instruites a déjà été établi dans la toute première enquête de santé en 1997. Vingt ans plus tard, cela n'a toujours pas changé. Les personnes peu instruites sont plus susceptibles que les personnes plus instruites de souffrir d'hypertension, d'hypercholestérolémie, d'infarctus, de problèmes au bas du dos, d'arthrose, d'arthrite, de diabète, d'incontinence urinaire, de maux de tête sévères comme la migraine, de fatigue

chronique, de dépression et d'asthme et sont donc beaucoup plus susceptibles de souffrir de multimorbidité (l'apparition de plus d'une maladie chronique chez une même personne au cours d'une période déterminée).

Plus d'infos : Van der Heyden J., Charafeddine R.(2019), [Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques](#), Bruxelles, Sciensano.

Les résultats de l'enquête nationale de santé par examen, organisée pour la première fois en Belgique en 2018-2019, montrent que le diabète affecte davantage les personnes ayant un faible niveau d'éducation que les personnes plus instruites. De plus, le diabète ignoré ou mal contrôlé est trois fois plus fréquent parmi les personnes peu scolarisées que chez les personnes plus instruites.

Plus d'infos : Van der Heyden J., Nguyen D., Renard F., et al. (2019), [Enquête de santé par examen belge](#), Bruxelles, Sciensano.

#### ● Limitations fonctionnelles de longue durée

Les personnes âgées (65+) peu instruites déclarent plus souvent des incapacités que les personnes plus instruites. Il s'agit des incapacités à réaliser les activités élémentaires du quotidien ou les tâches de la vie domestique.

Plus d'infos : Demarest S., Gisle L., Charafeddine R. et al. (2019). [Enquête de santé 2018 : Incapacités de longue durée](#), Bruxelles, Sciensano.

#### ● Qualité de vie liée à la santé

Dans l'Enquête de santé, la qualité de vie liée à la santé est estimée sur la base de questions sur la mobilité, l'autonomie personnelle, les activités courantes, les douleurs/gêne et l'anxiété/dépression. La qualité de vie liée à la santé augmente significativement avec le niveau d'instruction.

Plus d'infos : Charafeddine R., Braekman E., Van der Heyden J. (2019). [Enquête de santé 2018 : Qualité de vie liée à la santé](#). Bruxelles, Sciensano.

#### ● Tuberculose

Il existe un lien entre la pauvreté et l'incidence de la tuberculose (= le nombre de nouveaux tuberculeux par an pour 100.000 habitants). Le risque de contracter la TBC et de développer une TBC active est effectivement lié à la sous-alimentation, à la surpopulation, à un renouvellement insuffisant de l'air ambiant, ainsi qu'à de mauvais équipements sanitaires. La pauvreté peut également faire obstacle à un traitement efficace et effectif de la maladie (accès insuffisant à l'information et au traitement). Sur le plan géographique, on observe également une corrélation avec l'urbanisation. L'incidence se concentre au sein de groupes à

risque spécifiques, comme les demandeurs d’asile et les sans-abri. Depuis 2007, l’incidence est passée sous le seuil de 10 cas par 100.000 habitants. En 2018, elle est de 8,6/100.000 habitants et 981 cas de tuberculose ont été déclarés. Un peu plus que la moitié des patients (52,0 %) étaient d’origine non belge. Les grandes villes (Bruxelles, Anvers Liège, Charleroi) étaient celles qui connaissent les incidences de la tuberculose les plus élevées car on y trouve une plus grande concentration de populations à risque (personnes précarisées, sans-abri, migrants issus de pays à haute incidence). En 2018, 10,8 % des cas signalés étaient des sans-papier, dont la majorité se situe en Région bruxelloise et 9,0 % étaient des sans-abri ou sans-domicile, le plus haut pourcentage observé depuis que les données sont collectées. Les 3/4 se situent en Région bruxelloise. (source : FARES (2020), [Registre belge de la tuberculose 2018](#)).

### ● Enfants et jeunes

Les inégalités sur le plan de la santé touchent les enfants dès avant la naissance et continuent de se manifester durant l’ensemble de leur développement. Les enfants contraints de vivre en situation de pauvreté évoluent dans un environnement qui met en péril leur développement physique et mental. Le taux de prématurité est fortement corrélé avec des facteurs sociaux. En classant les communes en 5 catégories sur base d’indicateurs de pauvreté (niveau de chômage, d’instruction et revenu), on observe une croissance du taux de prématurité avec le taux de pauvreté de la commune: 7,35 % pour les communes les plus riches contre 8,75 % pour les communes les plus pauvres (voir la figure 9c)

**Figure 9c** : Taux de prématurité selon le niveau socio-économique des communes (niveau de chômage, d’instruction et revenu)

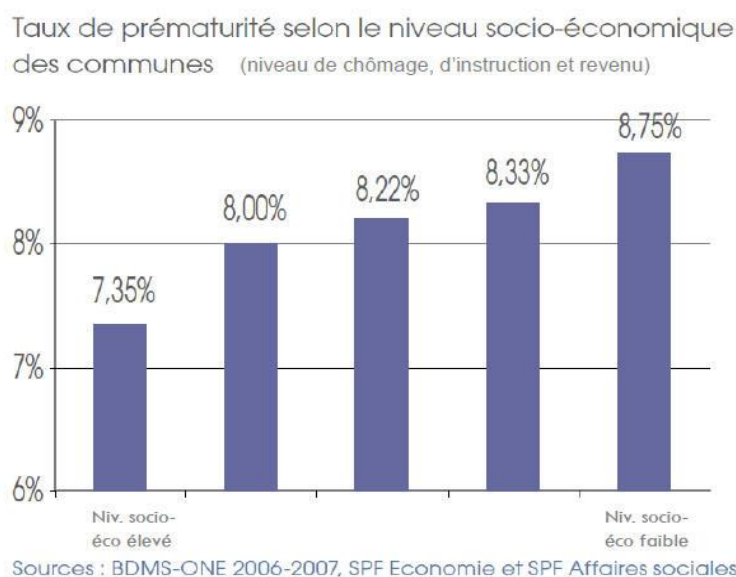


Figure comme publiée dans Billiet A., Tellier V., Vandenhooft A., Deguerry M. (2014). *Les inégalités sociales de santé chez les enfants*, Fondation Roi Baudouin, Colloque 'Agir sur les causes structurelles de la pauvreté des enfants'.

En 2016-2017, en Région de Bruxelles-Capitale, les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail courent plus de trois fois plus de risques d'être mort-nés et deux fois plus de risque de décéder dans la première année de vie par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage disposant de deux revenus. (source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2019). [Baromètre social 2019](#), Bruxelles, Commission communautaire commune, pp. 53-54).

Une partie importante des risques excessifs des immigrés par rapport au poids de naissance et mortalité périnatale sont liés à leur situation socio-économique (source : De Spiegelaere M., Racape J., Sow M. (2017), [Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance](#), Bruxelles, Fondation Roi Baudouin).

S'agissant des adolescents, une étude internationale longitudinale de [Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\)](#) a montré que des inégalités existent entre les jeunes sur le plan de la santé, lesquelles inégalités peuvent être mises en relation avec leur origine sociale. Plus d'infos : [HBSC Vlaanderen](#) et [HBSC 2018 Fédération Wallonie-Bruxelles](#).

## **2. Facteurs de risques**

- ***Conditions de vie***

Les conditions de vie difficiles à différents égards (logement, cadre de vie, emploi, finances,...) expliquent en grande partie le mauvais état de santé des personnes pauvres et les différences constatés en matière de santé (voir OMS, [Déterminants sociaux de la santé](#); EuroHealthNet, [Les inégalités de santé](#)). Pendant les concertations sur le thème de santé, organisées par le Service de lutte contre la pauvreté, il a toujours été rappelé que la pauvreté touchait durement la santé. Les acteurs engagés dans la lutte contre la pauvreté plaident ainsi pour que la prévention en matière de santé soit conçue de manière très large et que l'on investisse dans l'amélioration des conditions de vie des personnes pauvres. (source : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013), [Protection sociale et pauvreté](#), p. 69-70) et Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019), [Durabilité et pauvreté](#), p. 47).

- ***Prévention médicale***

A côté du rôle important de la 'prévention non-médicale' qui vise une amélioration des conditions de vie, la 'prévention médicale' par le biais du système de santé contribue



également au maintien d'une bonne santé. Elle consiste à vacciner, dépister certaines maladies etc. Dans certaines circonstances, la prévention peut encore accroître les inégalités sociales pour des motifs très divers : les 'visites de contrôle' chez un médecin coûtent cher, les moyens mis en place sont insuffisants pour atteindre les plus pauvres etc. L'enquête de santé 2018 relève que des inégalités sociales persistent dans le domaine du dépistage du cancer du sein malgré l'existence d'un programme national : les femmes ayant un niveau d'instruction élevé sont plus nombreuses à avoir eu une mammographie que les femmes moins instruites. En effet, l'écart entre les femmes les moins instruites qui déclarent avoir eu une mammographie et celles les plus instruites est de 15,2 %. De grandes différences socioéconomiques existe aussi dans la réalisation d'un frottis du col de l'utérus en vue du dépistage précoce d'un cancer : le taux de couverture n'est que de 47,3 % chez les femmes les moins éduquées, contre 76,3 % chez les femmes les plus éduquées. Les tumeurs au niveau colorectal constituent un des cancers les plus fréquents, tant chez les hommes que chez les femmes en Belgique. Il existe des inégalités sociales pour le dépistage du cancer colorectal que ce soit par la DSFO ou par la colonoscopie.

Plus d'infos : Berete F., Demarest S., Charafeddine R., et al. (2019), [Enquête de santé 2018 : Connaissances et pratiques préventives en santé](#). Résumé des résultats, Bruxelles, Sciensano; Berete F., Demarest S., Tafforeau J. (2019), [Enquête de santé 2018 : Dépistage du cancer](#), Bruxelles, Sciensano.

Les résultats de l'étude de l'Agence intermutualiste (IMA) montrent également que quand on descend le long de l'échelle sociale, la prévention est moins effective (source : Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Inégalités sociales en santé](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste).

- **Mode de vie**

Les facteurs de risque associés au mode de vie et aux habitudes alimentaires offrent une explication partielle aux écarts sanitaires constatés. Les personnes avec un faible niveau d'éducation représentent un groupe à risque en ce qui concerne la pratique d'activités physiques et ils sont plus à risque de surpoids et d'obésité. Les personnes au statut socio-économique plus faible ont également d'habitudes alimentaires moins favorables. Les résultats de [l'enquête nationale de santé par examen](#) organisée en 2018-2019, montrent également que le pourcentage d'adultes en surpoids, obèses et avec un tour de taille élevé diminue avec le niveau d'éducation.

La santé bucco-dentaire est un des domaines où les inégalités sociales en matière de santé sont les plus marquées. Les personnes avec le niveau d'éducation le plus faible cumulent toute une série de problèmes : elles sont plus nombreuses à ne plus avoir de dents, à avoir une prothèse dentaire ou à avoir des difficultés pour mâcher des aliments durs; elles brossent également leurs dents moins fréquemment. Quant à la santé sexuelle, les personnes moins scolarisées déclarent plus souvent avoir eu des relations sexuelles précoces et les femmes

moins scolarisées utilisent moins souvent un moyen de contraception.

Plus d'infos : Drieskens S., Gisle L., Charafeddine R. et al. (2019), [Enquête de santé 2018 : Style de vie](#). Résumé des résultats, Bruxelles, Sciensano.

Tous les rapports sur: [Enquête de santé 2018, Belgique](#)

### 3. Inégalités sur le plan de l'accès aux soins de santé

La Belgique prend la cinquième place dans un classement européen par rapport à l'accessibilité des soins ([European Health Consumer Index 2018](#)), mais il existe des différences importantes en matière de l'accès aux soins de santé.

- **Utilisation des services de santé et des services sociaux**

Des rapports tels que celui du [Réseau européen de politique sociale \(ESPN\) \(2018\) sur les inégalités sur le plan d'accès aux soins de santé en Belgique](#) et le [rapport du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé \(KCE\) \(2019\) sur la performance du système de santé belge](#) attirent l'attention sur les inégalités socio-économiques importantes et même croissantes dans l'accès aux soins de santé. 'Il reste difficile d'atteindre efficacement les groupes défavorisés' (Commission Européenne, [Rapport 2019 pour la Belgique](#), p. 48).

Les résultats de l'Enquête de santé 2013 (les résultats de [l'Enquête de santé 2018 sur l'utilisation des services de santé](#) ne sont pas encore disponibles) montrent que les personnes ayant un faible niveau d'éducation consultent plus souvent le médecin généraliste et il s'agit davantage de consultation pour le suivi d'un problème connu ou pour une visite de contrôle. Ceci est dû en partie à un plus grand nombre de problèmes de santé. Les personnes plus instruites quant à elles consultent relativement plus souvent pour un nouveau problème de santé ou pour un soin préventif. Un médecin spécialiste semble être un pas plus difficile à franchir pour les personnes peu instruites. Les variations socio-économiques dans l'utilisation des soins prodigués par un médecin spécialiste diffèrent en fonction du type de spécialiste. Le gynécologue et le pédiatre sont les spécialistes qui sont plus souvent consultés par les personnes avec un niveau d'éducation élevé. Les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé ont plus souvent recours à un service d'urgence. Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes avec le niveau d'éducation le plus élevé sont deux fois plus nombreuses à visiter annuellement le dentiste que les personnes les moins instruites. La consommation de médicaments prescrits augmente à mesure que le niveau d'éducation diminue. Cette tendance se vérifie aussi bien pour les produits qui sont remboursés que pour ceux qui ne le sont pas remboursés. Inversement, la consommation de produits sans prescription (qui bien entendu ne sont jamais remboursés) est la plus importante au sein des groupes avec le niveau d'éducation le plus

élevé. On peut en conclure que les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé ont plus souvent recours à de l'automédication. En ce qui concerne les services de soins et d'aide à domicile, -il existe en Belgique un vaste réseau de soins et d'aide à domicile et la mutuelle rembourse une partie importante des frais pour bon nombre de ces services- : les personnes avec un faible niveau d'éducation utilisent plus souvent les services de soins et d'aide à domicile, notamment les services prestés par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme. (source : Drieskens S., Gisle L. (ed.) (2015), [Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et de services sociaux. Résumé des principaux résultats](#)). Les résultats de l'étude de l'Agence intermutualiste (IMA) montrent également qu'il y a 'un très net problème général d'accès aux soins dentaires en défaveur des populations défavorisées'. Les personnes appartenant au groupe de revenu le plus pauvre ont une probabilité accrue de 47 % de ne pas avoir eu le moindre contact avec un dentiste, au cours de 3 années consécutives, par rapport à celles qui appartiennent au groupe le plus élevé. Les chercheurs notent aussi un recours plus accentué aux services d'urgence des hôpitaux quand on descend le long de l'échelle sociale. (source : Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Inégalités sociales en santé](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste).

- **Accessibilité financière aux soins de santé**

Le tableau 9a présente le montant des dépenses en soins de santé, ainsi que le pourcentage de ménages contraints de reporter des soins de santé.

**Tableau 9a** : Tableau récapitulatif en matière d'accessibilité des soins de santé

Dépenses moyennes par mois en soins de santé (en euros) (2018) (1)	1.636
Part (%) du revenu disponible des ménages consacrée aux dépenses en soins de santé (2018) (2)	5 %
Pourcentage des ménages...	
qui indiquent que leurs dépenses en soins de santé sont difficiles à intégrer dans le budget familial (2017) (3)	15,7
qui indiquent avoir dû reporter des soins de santé au cours des 12 derniers mois (2018) (4)	1,8

(1) et (2) source : [Statbel \(Direction générale Statistique - Statistics Belgium: Enquête sur le budget des ménages 2018](#)

(3) source : [Eurostat, EU-SILC](#) modules ad hoc: 2017-santé (ilc\_hch)

(4) source : [Eurostat, EU-SILC data](#) (hlth\_silc\_08)

Les personnes de toutes les catégories de revenu indiquent qu'elles ont dû reporter des soins de santé en 2018 principalement pour des raisons financières. Les besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits pour des raisons financières sont en moyenne faibles, mais élevés pour le quintile ayant le revenu le plus faible (tableau 9b).

**Tableau 9b** : Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits par raison principale déclarée et quintile de revenu, 2018

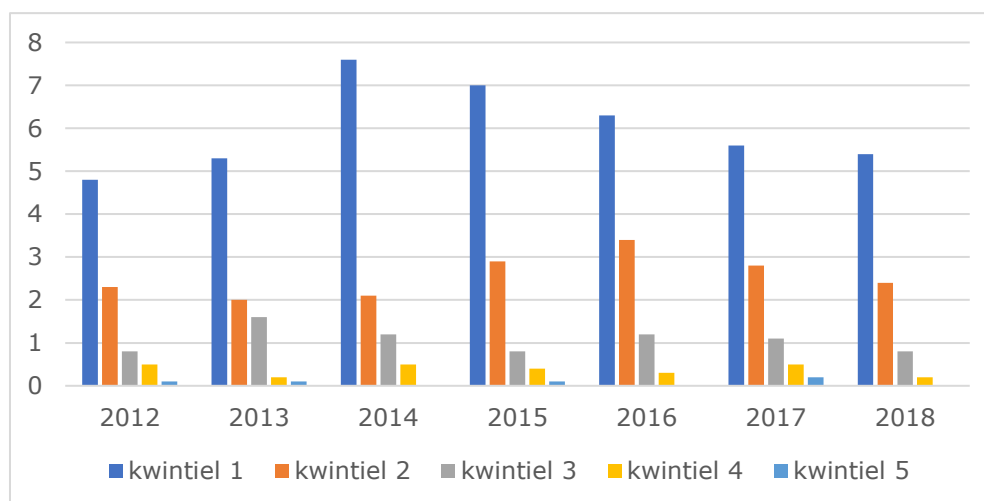
	Trop cher	Trop loin	Liste d'attente
Total	1,8	0,0 (n)	0,0 (n)
quintile 1	5,4	0,0 (n)	0,0 (n)
quintile 2	2,4	0,0 (n)	0,0
quintile 3	0,8	0,0	0,0 (n)
quintile 4	0,2	0,0	0,0 (n)
quintile 5	0,0	0,0	0,0 (n)

(n) : non significatif

Source : [Eurostat, EU-SILC](#)

Dans le quintile de revenu le plus faible, le nombre de personnes n'ayant pas accès aux soins médicaux pour des raisons financières est passé de 4,8 % en 2012 à 7,6 % en 2014. En 2018, le pourcentage reste élevé : 5,4 % signalent des obstacles financiers à l'accès aux soins médicaux. (tableau 9c).

**Tableau 9c** : Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits pour des raisons financières par quintile de revenu, 2012-2018



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
quintile 1	4,8	5,3	7,6	7,0	6,3	5,6	5,4
quintile 2	2,3	2,0	2,1	2,9	3,4	2,8	2,4
quintile 3	0,8	1,6	1,2	0,8	1,2	1,1	0,8
quintile 4	0,5	0,2	0,5	0,4	0,3	0,5	0,2
quintile 5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0

Bron: [Eurostat, EU-SILC data](#)

Les inégalités sont encore plus prononcées pour les soins dentaires. La proportion de personnes qui indiquent qu'elles doivent reporter leurs soins en 2018 est de 8,2 % dans le quintile ayant le revenu le plus faible contre 0,3 % dans le cinquième quintile (voir le tableau 9d).

**Tableau 9d** : Besoins auto-déclarés de soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières par quintile de revenu, 2018

	Soins dentaires
Total	3,1
quintile 1	8,2
quintile 2	4,5
quintile 3	2,0
quintile 4	0,5
quintile 5	0,3

Bron: [Eurostat, EU-SILC data](#)

Les auteurs du [rapport du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé \(KCE\) \(2019\) sur la performance du système de santé belge](#) expriment leur préoccupation au sujet de la proportion des citoyens déclarant reporter des soins de santé pour des raisons financières. D'importantes inégalités socio-économiques dans la santé persistent. La Commission européenne exprime également sa préoccupation (Commission européenne, [Rapport 2019 pour la Belgique](#)). Voir également : OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), [Belgique : Profils de santé par pays 2019](#).

Le Service de lutte contre la pauvreté a déjà travaillé à plusieurs reprises sur la santé, sur les soins de santé comme composante de la protection sociale, voir le Rapport bisannuel 2012-2013, [Protection sociale pour les personnes malades ou handicapées](#), sur le volet préventif des soins de santé voir le Rapport bisannuel 2014-2015, [Services publics et pauvreté, Santé](#) et sur les soins de santé dans le contexte du développement durable voir le Rapport bisannuel 2018-2019, [Durabilité et pauvreté](#).

Le Service de lutte contre la pauvreté recueille également de la [jurisprudence](#) sur ce thème.  
Dernière mise à jour : 07/05/2020