

# L'insécurité sociale

## Paupérisation des personnes âgées. Conséquence sur l'accessibilité à des soins de santé de qualité.

Michel ROSENFELDT

---

### 1. Statistiques relatives à la paupérisation de la population en Belgique

Il n'y a pas qu'aux Etats-Unis que le problème de la pauvreté et de l'accès à des soins de santé de qualité se pose. L'«insécurité sociale» se développe aussi en Europe.

En Belgique, le risque de pauvreté <sup>1</sup> touche 14,7% des personnes (15,6% des femmes et 13,7% des hommes), tout âge confondu <sup>2</sup>. Il est de 17,5% en Wallonie et de 10,7% en Flandre. La moyenne européenne est de 16%.

Un Belge sur sept est pauvre. Pour les plus de 65 ans, ce taux est de 23,2% (25% pour les femmes et 20,8% pour les hommes). Cela signifie donc que, pour la population de plus de 65 ans, 25% des femmes et 20,8% des hommes ont un revenu équivalent disponible inférieur à 860€ par mois. Pour les couples sans enfant à charge dont l'une des deux personnes a plus de 65 ans, le taux de pauvreté est de 21,4%.

---

<sup>1</sup> Le risque de pauvreté se définit comme la part de la population tombant en dessous d'un seuil déterminé de revenu. Ce seuil, qui est lié à la répartition des revenus, a été fixé à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent. Les personnes vivant au sein d'un ménage dont le revenu par tête est en deçà de ce montant ont un risque de pauvreté accru. Ce seuil de pauvreté, pour un ménage unipersonnel, calculé sur base d'une enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (enquête EU-SILC, *Study on Income and Living Conditions*) - organisée pour la Belgique par le Département de la Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie - est de **10.316,44 € par an**, soit **860€ par mois**, pour la Belgique en 2008.

<sup>2</sup> Pour la troisième année consécutive, le nombre de pauvres en Belgique est estimé, d'après cette enquête européenne, à environ 1,5 million de personnes. En outre, 1,8 million de personnes déclarent avoir des difficultés, voire de grandes difficultés, à « joindre les 2 bouts » en fin de mois.

Et, ce qui est encore plus grave, ce taux ou risque de pauvreté augmente dramatiquement au-delà de 65 ans. A 75 ans, il atteint 26,9%.

En outre, il a été mis en évidence, sur base d'enquêtes européennes annuelles (voir notes en bas de page 1 et 2), que le profil de la pauvreté marque une évolution en Belgique. Les travailleurs et les familles semblent moins exposés à la pauvreté tandis que les personnes âgées et les travailleurs sans emploi le sont davantage. Rien d'étonnant à cela quand on sait que l'inflation touche de manière beaucoup plus importante les petits revenus (cas de beaucoup d'allocataires sociaux, en ce compris les pensionnés) qui ont perdu 400€ de pouvoir d'achat sur la seule année 2007 <sup>3</sup>.

## 2. Paupérisation et évolution de la Sécurité Sociale

Du fait que l'écart entre les revenus du travail et les allocations sociales est de plus en plus marqué en Belgique, les taux de remplacement <sup>4</sup> ont chuté de manière significative. La sécurité sociale n'offre aujourd'hui qu'une sécurité réduite. Elle perd son caractère assurantiel. Elle ne garantit plus de revenus de remplacement à des travailleurs qui ne peuvent plus les acquérir par le biais normal de leur activité professionnelle (cas des chômeurs, invalides,...) ou qui sont pensionnés <sup>5</sup>.

La raison de cette évolution dramatique est à rechercher, principalement, dans l'absence, depuis 30 ans, d'une liaison automatique et structurelle des allocations sociales à l'évolution des salaires (loi Namèche de 1973) <sup>6</sup>.

C'est à cause de la non liaison automatique et structurelle des allocations sociales - ainsi que de la non adaptation de la plupart des plafonds de calcul - à l'évolution des salaires que les pensions ne représentent plus en 2008 et en moyenne que 32,3% des salaires ! Elles sont aujourd'hui une des plus basses d'Europe !

C'est donc bien dans la dégradation du taux de remplacement au cours du temps que doit être recherché l'explication de la montée dramatique de la pauvreté des allocataires sociaux en général et des pensionnés en particulier. Ces derniers (salariés du secteur privé et les indépendants) sont près de 2 millions en Belgique.

---

<sup>3</sup> Chiffre cité dans l'étude de Philippe DEFEYT : « Indice des prix, indexation et pouvoir d'achat des ménages à petits revenus », Institut pour un Développement durable, novembre 2007.

<sup>4</sup> Le taux de remplacement indique en % ce que représente en moyenne le montant des revenus de remplacement (pensions, allocations de chômage,...) par rapport aux salaires.

<sup>5</sup> La perte de revenu qui en résulte peut être, par exemple, la conséquence de l'accession au statut de pensionné, de la perte involontaire de son emploi ou d'une incapacité de travail découlant d'une maladie ou d'une invalidité.

<sup>6</sup> Explication de cette évolution négative de la sécurité sociale voir brochure du CEPAG « Les 3 piliers de la marchandisation des pensions », Michel Rosenfeldt, pages 42 à 44.

### **3. Comparaison du revenu des pensionnés (pensions et GRAPA) avec les taux de pauvreté, le coût mensuel moyen d'un hébergement en maison de repos et les dépenses d'un ménage moyen belge**

En regard du seuil de risque de pauvreté, qui est fixé - pour 2008 - en Belgique à 860€ par mois pour un isolé et à 1.290€ par mois pour un ménage sans enfant (voir note en bas de page n°1) :

- Le montant mensuel moyen de pension pour un travailleur salarié (chiffres au 01/01/07) n'est au dessus du seuil de risque de pauvreté que pour les hommes (au taux de ménage - 1.432€ - comme au taux isolé - 1.071€).  
Les pensions moyennes des femmes (chiffres au 01/01/07), au taux ménage (664€) et au taux isolé (844€), sont toutes les deux en dessous de ce seuil de pauvreté.
- Les pensionnés qui reçoivent la pension minimum garantie pour une carrière complète de travailleur salarié vivent en dessous de ce seuil de pauvreté pour les ménages (1.171,79€) sans enfants. Les isolés (937,73€) vivent légèrement au-dessus de ce seuil.
- Les pensionnés qui reçoivent la Garantie de Revenu aux Personnes Agées (GRAPA) vivent également (pour ne pas dire « survivent ») en dessous de ce seuil puisque les montants de la GRAPA en 2008 sont, par mois, de 551,74€ (taux de base cohabitant) et de 827,61€ (taux majoré isolé).
- Le coût mensuel moyen d'un hébergement en maison de repos s'élève en 2008 à 855€ (pour une maison de repos) et à 909€ (pour une maison de repos et de soins). Ces montants ne tiennent compte que des frais d'hébergement !

### **4. Paupérisation et Accès aux soins de santé**

Alors que l'écart entre les revenus du travail et les allocations sociales est de plus en plus marqué, les dépenses des patients en général pour leurs soins de santé n'arrêtent pas d'augmenter. C'est ainsi que, par exemple, la quote-part du patient dans les frais d'hospitalisation a augmenté de 30% alors que se sont les plus pauvres et les plus âgées qui sont le plus souvent hospitalisés. Parmi les factures en souffrance, celles des hôpitaux figurent en bonne place et ont entraîné des réactions de plus en plus musclées de la part des chefs des établissements hospitaliers.

Se soigner coûte donc de plus en plus cher, malgré les réformes et les progrès de l'Assurance maladie qui ont été réalisés depuis plusieurs années (Maximum à facturer - MAF,

VIPO élargi, chronologiquement, d'abord aux « Bénéficiaires d'une Intervention Majorée » - « BIM » - et ensuite au statut « OMNIO »).

**Quelques conséquences de cette évolution dramatique <sup>7</sup> :**

- Dans un pays développé comme la Belgique, 26% des familles monoparentales doivent remettre des dépenses en matière de santé à plus tard pour des raisons financières. 180.000 personnes ont dû reporter des soins médicaux pour raison financière.
- Et pour 5% d'entre eux, il est même impossible d'y faire fasse, même en reportant les frais à plus tard.
- La présence de dettes de soins de santé dans les dossiers de médiation de dettes à par conséquent tendance à croître. Une progression qui va de pair avec une précarisation croissante de la population.

S'il est vrai que la croissance des soins de santé doit être encadrée - du fait que le budget de l'assurance maladie/invalidité augmente chaque année plus rapidement que le PIB (c'est-à-dire les richesses produites par le pays) - les mesures d'économie nécessaires ne doivent pas se faire sur le dos des patients. Elles sont légitimes quand elles visent à faire baisser les prix des médicaments, à généraliser l'utilisation des médicaments génériques ou à éviter la répétition d'actes médicaux inutiles qui ne servent qu'à amortir un matériel coûteux pour les hôpitaux et les laboratoires. Elles sont, par contre, « asociales » quand elles poussent inévitablement les patients à limiter leur accès à des soins de santé et l'utilisation de médicaments nécessaires et justifiés médicalement.

La croissance des soins de santé doit d'autant plus être encadrée par des mesures d'économie légitimes, que les besoins de la population vont encore augmenter pendant les décennies à venir. Entre autres parce que la population vieillit avec, comme conséquence, une augmentation du nombre de maladies chroniques. Et aussi, du fait que les évolutions médicales et technologiques rendront les soins de santé plus coûteux.

Les études réalisées jusqu'à présent par les mutualités mettent en avant le fait que les mesures correctives qui viennent ensuite, comme le « maximum à facturer » (MAF), l'élargissement du statut VIPO ou les forfaits de soins pour les maladies chroniques, si elles sont évidemment bonnes en soi, n'apportent pas toutes les solutions pour contrecarrer ce recul de l'accessibilité financière à des soins de santé de qualité.

Deux exemples illustrent bien cette constatation :

---

<sup>7</sup> Voir l'étude de Thérèse-Marie BOUCHAT, chercheuse-associée à ETOPIA (Centre d'animation et de recherche en écologie politique), « Pauvreté, précarité et exclusion sociale...La Région wallonne peut déjà beaucoup ! », février 2008, 20 pages.

- Le premier exemple est celui du « maximum à facturer » (MAF), qui plafonne la facture du patient à un montant déterminé par son niveau de revenu. L'examen des prestations qui interviennent dans son compteur montre que la charge du patient ne cesse pas de croître pour autant. En effet, un certain nombre de coûts de soins de santé ne sont pas pris en compte par ce système. Tel est le cas de tout montant payé au titre de supplément, qu'il s'agisse de suppléments d'honoraires ou de chambres, des montants qui par définition ne sont pas officiels. Ces restrictions concernent également des quotes-parts personnelles prévues dans la loi sur l'assurance maladie, telles que les quotes-parts relatives aux coûts des personnes âgées lors de séjours en maisons de repos, en maisons de repos et de soins et en centres de soins de jour. En outre, le MAF n'offre pas une couverture totale une fois le plafond dépassé. De nombreuses interventions personnelles ne sont pas prises en compte et la hausse de la charge du patient procède de plus en plus souvent de la partie non officielle des interventions personnelles.
- Le deuxième exemple est celui du forfait de soins pour les maladies chroniques dont les bénéficiaires sont surtout des personnes âgées dépendantes (l'âge moyen des bénéficiaires est de 68 ans) qui doivent supporter des frais élevés pour les soins médicaux et non-médicaux liés à une perte d'autonomie. Ce forfait, qui est une allocation complémentaire payée par l'INAMI, s'élève actuellement à 261,97€ sur base annuelle. Pour pouvoir bénéficier de ce forfait, des conditions sont à respecter, non seulement médicalement (il faut répondre à des critères de dépendance) mais aussi financièrement : la quote-part personnelle doit durant 2 années consécutives s'élever (chiffres de 2006) à minimum 450€ et 365€ pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Dans cet exemple également, des mesures de restrictions budgétaires vont empêcher un grand nombre de patients d'avoir accès à ce forfait. C'est ainsi qu'en 2003 et 2006, le plafond de la quote-part personnelle a fortement augmenté. Il est passé de 248€ en 1998 à 450€ en 2006. Depuis, ils sont indexés annuellement.

### **Les pensionnés sont particulièrement concernés par cette situation**

Cette évolution est particulièrement inquiétante pour les aînés, davantage touchés (voir chiffres ci-dessus) par la pauvreté et ses conséquences en matière de santé.

Dans la population des plus de 65 ans, 40% des ménages ont des difficultés à payer les dépenses de soins de santé. Ces dépenses atteignaient en 2005, en moyenne, 120€ par mois pour les plus de 65 ans et 144€ pour les plus de 75 ans. C'est énorme en regard du faible pouvoir d'achat des pensionnés.

On peut en conclure que les pensionnés dans leur grande majorité ne reçoivent pas un revenu qui leur permette d'avoir accès à des soins de santé de qualité. L'absence d'une assurance dépendance au sein de la Sécurité Sociale ne fait qu'aggraver cette situation pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qui sont non seulement pauvres mais qui, en plus, doivent faire face à d'importants frais médicaux (médicaments, kiné,...) et non médicaux (pour pouvoir assumer les tâches de leur vie quotidienne via une aide familiale et une aide ménagère). En Belgique, on estime leur nombre à 200.000 personnes.

**De plus en plus souvent, les aînés doivent même choisir entre se chauffer, se loger, manger correctement ou se soigner. Cette situation est un très bon exemple d'insécurité sociale.**

