

# Inégaux face à la santé

Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC

Hervé Avalosse, Clara Noirhomme, Sophie Cès — Service d'études

Remerciements à Svetlana Sholokhova et Gauthier Vandeleene

## Résumé

Avec la présente étude, nous voulons attester une nouvelle fois et mesurer l'ampleur des inégalités de santé à l'aide des bases de données de la MC. Pour ce faire, nous confrontons deux types d'informations : divers indicateurs de santé, construits sur base des informations administratives et des données de consommation des soins de santé (collectées en routine) et un proxy du niveau de revenu déterminé à l'aide des revenus fiscaux médians, par déclaration fiscale, par zone géographique (les secteurs statistiques qui résultent d'un découpage géographique du territoire plus petit que la commune) où résident nos membres. Une échelle de dix classes de revenus fiscaux médians est construite pour observer les écarts de santé.

Le constat est sans équivoque : on observe un état de santé considérablement dégradé et un risque de surmortalité important chez les personnes qui résident dans les zones géographiques les plus défavorisées. En comparaison avec ceux et celles qui résident dans les quartiers les plus riches, les membres habitant les quartiers les plus pauvres ont un risque accru de 51% de souffrir du diabète et de 84% de décéder dans l'année. Outre les indicateurs d'état de santé, nous mesurons également les inégalités face à la prévention médicale et le recours aux soins de santé (soins ambulatoires de première ligne, soins hospitaliers, soins de santé mentale). Dans tous ces domaines, nous mesurons l'existence d'un gradient économique, défavorable envers les populations vivant dans les quartiers pauvres, qui est d'autant plus marqué que les soins sont lourds.

Ces écarts de santé sont potentiellement évitables par des politiques fortes de lutte contre les inégalités économiques, ce qui devrait être un enjeu pour tous. Compte tenu des multiples facteurs susceptibles d'influencer la santé, il est essentiel et nécessaire d'agir de façon conjointe dans les autres domaines d'action comme les revenus, l'emploi, le logement, les conditions matérielles de vie, etc., soit une stratégie de « la santé dans toutes les politiques » (« Health in All Policies »). Dans le domaine des soins de santé, nous insistons sur l'importance d'appliquer le principe de l'universalisme proportionné pour garantir un accès suffisant selon les besoins en adoptant des mesures universelles, qui s'appliquent à l'ensemble de la population, mais avec la possibilité d'adapter leur intensité et leur contenu en fonction des besoins de chacun.

Mots-clés : Inégalités sociales, état de santé, mortalité, morbidité, soins de santé, équité, pauvreté, étude quantitative

## 1. Introduction

Les inégalités de santé sont des différences injustes et évitables en matière de santé au sein de la population et entre différents groupes de la société<sup>1</sup>. Elles « découlent des inégalités dans la société – les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (Marmot, 2004, notre traduction). On réfère également à ces conditions sociales, économiques et environnementales en tant que déterminants de la santé.

Selon Aïach et Fassin, on peut parler d'inégalités sociales si deux conditions sont réunies (Aïach & Fassin, 2004) :

- 1) Il faut qu'il s'agisse d'un '**objet**' socialement valorisé tel que l'espérance de vie, le fait d'être en bonne santé ou des soins efficaces et de qualité.
- 2) Il faut que cet 'objet' socialement valorisé (donc, ici, la santé et les soins de santé) concerne des **groupes sociaux hiérarchisés** dans une position de dominant/dominé. « À ce titre, les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruction, mais aussi en fonction du sexe ou de l'origine peuvent être comparés sous l'angle des inégalités sociales de santé » (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225).

Comment se manifestent alors ces inégalités sociales de santé ? Quand on confronte indicateurs de santé et une échelle sociale reflétant ces divers groupes sociaux hiérarchisés (dans la littérature, les critères de stratification les plus souvent utilisés sont les revenus, le niveau de formation, la situation socio-professionnelle), on voit les indicateurs de santé et de bien-être se dégrader au fur et à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale (Mackenbach, et al., 2008 ; Wilkinson & Pickett, 2010). On parle alors de **gradient social**, c'est-à-dire une « diminution progressive ou linéaire de la santé qui accompagne une position sociale décroissante » (Marmot, 2004, notre traduction). Comme précisé par Van Oyen et al., « les ISS [inégalités sociales de santé] ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus pauvres et les autres. Au contraire, **les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population, où chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure** » (Van Oyen, et al., 2011, p. 6). Autre-

ment dit, des écarts de santé sont observés continuellement entre chaque classe de l'échelle sociale.

En Belgique, les différentes enquêtes de santé, organisées par Sciensano, sont une source importante d'informations non seulement sur la santé des Belges, mais également sur les inégalités de santé que l'on peut observer dans notre pays<sup>2</sup>. La thématique des inégalités sociales de santé est également intégrée dans l'évaluation de la performance de notre système de santé, menée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Ainsi dans son rapport 2019, le KCE met en évidence d'importantes inégalités socio-économiques de santé et les considère comme un point faible de notre système de santé (Devos, et al., 2019).

Les inégalités sociales de santé font également l'objet de l'attention des entités fédérées. Par exemple, l'Observatoire de la Santé et du Social de la région bruxelloise reprend régulièrement, dans son baromètre social, un certain nombre d'indicateurs d'inégalités sociales d'état de santé et d'accès aux soins. Ce baromètre montre clairement, entre autres, que les inégalités de santé sont observables dès la naissance : « Les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail courent trois fois plus de risques d'être mort-nés et plus de deux fois plus de risques de décéder dans la première année de vie par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage disposant de deux revenus » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2021, p. 76).

De son côté, la MC a déjà produit, par deux fois, de nombreux indicateurs montrant l'ampleur des inégalités de santé dans notre pays (Avalosse, et al., 2009 et 2015). La méthode appliquée est, ici, originale, en ce sens qu'elle repose sur un traitement des bases de données traitées par les mutualités dans le cadre de leur mission de remboursement des soins pour l'assurance obligatoire soins de santé. Il ne s'agit donc pas de traiter des informations autorapportées comme lors d'enquêtes auprès d'un échantillon de personnes, mais d'exploiter les données administratives et de facturation de soins de santé collectées en routine. C'est une méthode semblable qui a été mise en œuvre en 2019 (sur des données 2016) par l'Agence Intermutualiste, dont les bases de données couvrent l'ensemble des assurés sociaux en Belgique (Avalosse, et al., 2019). Que l'on procède par un traitement des bases de données gérées par les mutualités ou par enquête auprès d'un échantillon

1 *What are healthcare inequalities?*, www.england.nhs.uk, consulté le 3 octobre 2022.

2 Les rapports sont disponibles via : <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>. Les résultats sont également accessibles via un outil interactif <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia>.

de personnes, les résultats observés sont complémentaires et convergent vers les mêmes conclusions : tant au niveau de l'état de santé que du recours aux soins, il existe des inégalités de santé en Belgique, qui sont parfois de grande ampleur, et toujours défaveur des personnes pauvres. Ces inégalités sont importantes et conduisent à des écarts en santé, il est donc crucial de bien les mesurer.

Avec la présente étude, nous avons l'ambition d'identifier les inégalités sociales de santé à l'aide d'une méthodologie plus fine, sur base des données de soins de santé de la MC (2019) en les confrontant à un indicateur détaillé de répartition géographique des revenus, méthodologie que nous présentons dans la **deuxième partie** de cet article. Cela nous permet, d'une part, d'étudier si les gradients sociaux que nous constatons dans nos études précédentes persistent toujours. D'autre part, nous voulons avoir une compréhension de la situation plus approfondie, notamment pour les publics les plus pauvres et comparer les situations les plus extrêmes. Quelle est l'ampleur des écarts de santé entre les personnes qui vivent dans les quartiers de Belgique où les revenus sont les plus élevés par rapport à ceux où ils sont les plus bas ? Dans la **troisième partie** de l'article, nous présentons ainsi les résultats autour d'indicateurs liés à l'état de santé de nos membres, afin de montrer que les risques de mortalité et de maladie ne sont pas égaux selon que l'on habite dans les quartiers pauvres ou riches. Nous présentons ensuite, dans la **quatrième partie**, une analyse de la consommation de soins de santé, en fonction du niveau de revenu du quartier de résidence, concernant le recours aux dispositifs préventifs, les contacts avec des prestataires de première ligne, le recours aux structures hospitalières et aux soins de santé mentale. À l'aide de ces indicateurs, notre objectif est de voir si les inégalités de santé observées donnent lieu à des inégalités de consommation de soins de santé, c'est-à-dire si les personnes qui vivent dans des quartiers pauvres consomment davantage de soins lourds parce qu'elles sont en mauvaise santé et inversement, dans quelle mesure la sous-consommation de certains soins est un facteur d'aggravation des inégalités de santé. Dans la discussion des résultats (**cinquième partie**), nous tirons des conclusions générales sur les inégalités sociales en matière d'état de santé et d'utilisation des soins et insistons ainsi sur la nécessité d'adopter des mesures qui suivent le principe de l'universalisme proportionné pour garantir un accès aux soins à la hauteur des besoins de chacun et la stratégie de « la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*).

À l'heure de parution de cet article, la situation en termes de pauvreté a grandement été impactée par la récession économique pendant la crise sanitaire suivie d'une inflation rapide marquée par une hausse des prix de l'énergie, qui pourraient avoir des répercussions majeures sur le niveau de vie et de santé des Belges (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2022, p. 10). Bien que les données que nous présentons dans cet article soient celles de 2019, année où ni les revenus ni l'accès aux soins n'ont été perturbés par la pandémie, les résultats sont-ils déjà alarmants ?

## 2. Méthode

Pour mesurer l'ampleur des inégalités sociales en santé, il faut combiner des indicateurs liés à la santé et une échelle de stratification sociale. Les indicateurs de santé sont construits sur base des informations administratives et de facturation des soins que les mutualités traitent dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Nous construisons une échelle sur base d'un critère économique : les revenus. Les mutualités ne disposant pas de données exhaustives quant aux revenus de leurs membres, nous procédons donc en identifiant le niveau de richesse de leurs lieux de vie, méthode que nous expliquons dans le point ci-dessous.

Dans nos études précédentes, l'échelle de revenus utilisée était constituée de cinq classes de revenus fiscaux (Avalosse, et al., 2009 et 2015). Pour la présente étude, nous avons construit une échelle en dix classes qui permet de mieux saisir l'ampleur des inégalités de revenus par quartier. Avec cette échelle, nous obtenons des gradients réguliers, avec l'avantage de résultats plus affinés, permettant de mieux appréhender les écarts relatifs entre classes extrêmes (les plus pauvres versus les plus riches). En outre, nous avons également créé deux sous-groupes qui représentent les situations les plus extrêmes afin de souligner le fait que même la classe qui comprend les personnes les plus pauvres n'est pas homogène et tenter de mesurer les situations des personnes en grande pauvreté.

## 2.1. Construction d'une échelle économique

Pour construire notre échelle économique, nous recourons aux statistiques fiscales au niveau des secteurs statistiques. Ces derniers résultent d'une subdivision du territoire des communes et sont les plus petites unités géographiques officielles de notre pays, ce qui permet des analyses précises. Un secteur statistique peut être constitué par un quartier d'une ville, parfois par quelques rues. On en compte environ 20.000 qui se répartissent dans les 581 communes belges. STATBEL met à disposition des statistiques fiscales calculées au niveau de ces secteurs statistiques, dont le **revenu fiscal médian** par déclaration, c'est-à-dire le montant de revenu net imposable qui partage les observations en deux sous-groupes d'égale importance, les déclarations étant classées par ordre croissant de valeur. Pour la présente étude, nous privilégions le revenu **médian** des secteurs statistiques comme indicateur de richesse, la médiane d'une série étant moins sensible aux valeurs extrêmes. En Belgique, le revenu médian par déclaration s'élève à 25.475 euros par an pour l'année 2019. Cela signifie que 50% des déclarations ont un montant de revenu net imposable inférieur à 25.475 euros, les autres 50% ayant un montant supérieur (déclarations nulles non comprises).

On a donc bien, pour chaque secteur statistique, une indication de la « richesse » de ceux qui y habitent, dans la mesure du moins où ils remplissent une déclaration fiscale. Sur base de l'adresse du domicile de nos membres, on peut retrouver le secteur statistique où ils résident. On peut donc attribuer à chaque membre un niveau de revenu : celui du secteur statistique où il réside. La période de référence des données fiscales utilisées est l'année de revenus 2019<sup>3</sup>, soit l'exercice d'imposition 2020. Nous synthétisons ces informations en construisant une échelle de dix classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians, pour obtenir un classement des secteurs statistiques du plus pauvre au plus riche.

Les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe approximativement 10% des membres de la MC (en 2019) (voir Tableau 1). Par exemple, la classe 1 regroupe 10% de nos membres qui résident dans des secteurs statistiques caractérisés par les revenus nets imposables médians par déclaration les plus faibles : moins de 21.236 euros par an. Les quartiers des secteurs statistiques faisant partie de la classe 1 sont donc ceux où se concentre la po-

pulation la plus pauvre. La classe 10, quant à elle, regroupe 10% de nos membres qui habitent dans les secteurs statistiques dont les revenus nets imposables médians par déclaration sont supérieurs à 33.585 euros par an. Ce sont les quartiers où se concentre la population la plus riche. Pour les classes intermédiaires (de 2 à 9), les limites de chaque classe sont données au tableau 1.

De façon additionnelle, nous construisons deux classes plus spécifiques pour refléter les situations 'extrêmes', les personnes très pauvres et très riches :

- la classe 'P5' regroupe les 5% de nos membres qui résident dans les secteurs statistiques les plus pauvres (le revenu net imposable médian par déclaration de ces secteurs est inférieur à 19.491 euros pour l'année 2019) ;
- la classe 'P95' regroupe les 5% de nos membres qui résident dans les secteurs statistiques les plus riches (le revenu net imposable médian par déclaration de ces secteurs est supérieur à 35.656 euros pour l'année 2019).

## 2.2. Indicateurs de santé et d'utilisation des soins de santé

La présente étude est réalisée à partir des données collectées pour les membres de la Mutualité chrétienne. Bien que ces données ne comprennent pas de diagnostics à proprement parler pour l'ensemble des membres, les données administratives et de facturation des soins de santé collectée en routine nous permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé et à l'utilisation des soins de santé.

Ces événements sont :

- 1) **déduits** directement des données administratives (par exemple, les décès et les admissions à l'hôpital) ;
- 2) **construits** sur base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (par exemple, avoir bénéficié de soins dentaires, avoir consommé une certaine catégorie de médicaments, etc.).

Le choix des événements étudiés dans le présent article répond à divers critères pragmatiques : disponibilité et robustesse des données, tout en sachant que d'autres indicateurs pourraient également être analysés.

- En termes d'**indicateurs sur l'état de santé** : La morbidité peut être approchée à l'aide de la consommation de soins

3 Les données fiscales 2019 étaient les dernières données disponibles au moment de la rédaction du présent article.

Tableau 1 : Définition des classes de secteurs statistiques pour l'année 2019

Classes de secteurs statistiques	Limite des classes (revenu net imposable médian par déclaration, en euros, en base annuelle)	Nombre de membres de la MC qui résident dans ces secteurs statistiques	Répartition du nombre de membres de la MC
Pas de répartition	/	25.777	0,6%*
1	]0; 21.236]	456.415	10,0%
2	]21.236; 23.510]	455.812	9,9%
3	]23.510; 24.991]	455.340	9,9%
4	]24.991; 26.352]	455.780	9,9%
5	]26.352; 27.622]	456.471	10,0%
6	]27.622; 28.831]	454.243	9,9%
7	]28.831; 30.069]	457.616	10,0%
8	]30.069; 31.496]	453.388	9,9%
9	]31.496; 33.585]	456.182	10,0%
10	]33.585; ...]	454.966	9,9%
TOTAL =		4.581.990	100,0%
P5	]0; 19.491]	227.916	5,0%
P95	]35.656; ...]	227.653	5,0%

Seuls 0,6% des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle. Deux raisons : l'adresse ne permet pas de retrouver le secteur statistique, le revenu médian n'a pas été calculé pour le secteur statistique en cause (car il n'y a pas assez de déclarations fiscales).

de santé. Ainsi, certaines catégories de médicaments et certaines prestations de l'assurance obligatoire soins de santé sont suffisamment spécifiques pour pouvoir détecter des pathologies précises. Dans cette étude, nous nous sommes limités à quelques pathologies pour lesquelles des proxys sont documentés via l'Atlas ou la documentation de l'échantillon permanent de l'Agence intermutualiste.

• En termes d'indicateurs sur l'utilisation des soins de santé :

- En matière de **dispositifs préventifs**, les données disponibles dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sont limitées, la prévention et la promotion de la santé au sens large du terme faisant principalement l'objet des compétences des entités fédérées (Sholokhova, 2021). Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrerons sur deux indicateurs : ceux en lien avec la prévention du cancer de sein et les soins dentaires. La contraception féminine est également reprise dans cette catégorie.

- En matière d'utilisation de soins de santé, nous distinguons les **soins de première ligne** des **soins hospitaliers aigus**. Concernant la première ligne, nous présentons les contacts avec les médecins, au sein desquels nous différencions les soins à l'acte des soins au forfait (maisons médicales), qui sont utilisés par des publics très différents, et le recours aux soins dentaires.

- En matière de **santé mentale**, nous utilisons l'ensemble des indicateurs à notre disposition, allant de soins qui peuvent être davantage considérés comme préventifs à des soins plus aigus : bénéficier d'un remboursement de l'assurance complémentaire de la MC pour couvrir les coûts des consultations psychologiques, avoir au moins une consultation chez un (neuro)psychiatre, avoir recours à des médicaments tels que les antidépresseurs ou les antipsychotiques, être admis en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général, résider dans une initiative d'habitation protégée (IHP) ou dans une maison de soins psychiatriques (MSP)<sup>4</sup>.

4 Une initiative d'habitation protégée (IHP) est une forme d'habitation pour adultes qui ont des difficultés à vivre de manière autonome en raison de problèmes psychiatriques (suffisamment stabilisés de sorte qu'un séjour dans un hôpital psychiatrique n'est pas nécessaire). Ils bénéficient d'un accompagnement adapté et suivent des activités de jour. Contrairement à une maison de soins psychiatriques (MSP), le personnel lié à l'initiative d'habitation protégée n'y est pas présent en permanence. L'accompagnement des résidents d'une MSP est assuré par une équipe multidisciplinaire : psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux. L'accompagnement se concentre sur la conservation et la stimulation des capacités des résidents et est plus intensif que dans les IHP.

Dans le tableau 2, nous présentons les événements étudiés<sup>5</sup> ainsi que le nombre total de membres de la MC concernés par ces événements (n). Nous précisons également le nombre de personnes faisant partie de la population de référence (N) car certaines variations ont été introduites (lorsque l'évènement ne concerne qu'une partie de la population, à l'exemple des contraceptifs qui sont uni-

quement remboursés pour les jeunes femmes). Nous calculons également à chaque fois le ratio entre n et N pour mesurer le risque que chaque événement ait lieu dans la population en cause. Nous y distinguons cinq catégories : les événements en lien avec l'état de santé, les dispositifs préventifs, les soins de première ligne, les soins hospitaliers et la santé mentale.

**Tableau 2 : Les évènements analysés dans le cadre de l'étude**

Catégorie	Évènement	Nombre de membres de la MC concernés (n)	Population de référence (indice 100)	Population de référence : nombre de personnes (N)	n/N
État de santé	<b>Mortalité dans l'année</b>	46.860	Tous les membres MC	4.581.990	1,0%
	<b>Diabète</b> [code ATC= A10 ou prestations spécifiques de l'assurance obligatoire soins de santé]	287.418	Tous les membres MC, à l'exception des femmes ayant accouché durant l'année (pour éviter le diabète gestationnel)	4.581.990	6,3%
	<b>Affections cardio-vasculaires</b> [codes ATC : C01-C02-C03-C07-C08-C09, 90 DDD et plus]	1.032.095	Tous les membres MC	4.581.990	22,5%
	<b>Thérapie cardiaque</b> [code ATC : C01, 90 DDD et plus]	90.794	Tous les membres MC	4.581.990	2,0%
	<b>Maladies obstructives des voies respiratoires</b> [code ATC : R03, 90 DDD et plus]	232.132	Tous les membres MC	4.581.990	5,1%
	<b>Bronchopneumopathie chronique obstructive</b> [codes ATC : R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, 90 DDD et plus]	138.474	Membres MC de plus de 50 ans	2.009.740	6,9%
	<b>Bénéficiaire du statut affection chronique</b>	583.955	Tous les membres MC	4.581.990	12,7%
	<b>Être en incapacité primaire</b> (au moins 30 jours indemnisés)	100.485	Membres MC actifs ouvrier·ères, employé·es, indépendant·es entre 20 et 64 ans, hors agent·es statutaires du service public et personnes en invalidité	1.822.303	5,5%
	<b>Être en invalidité</b>	155.908	Membres MC actifs (ouvrier·ère, employé·e, indépendant·e) entre 20 et 64 ans, hors agent·es statutaires du service public	1.972.020	7,9%

<sup>5</sup> Lorsque des médicaments sont utilisés comme proxy pour détecter la présence de pathologies, nous indiquons le code ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*). Les codes ATC proviennent de la classification des médicaments contrôlée par l'Organisation mondiale de la Santé. Pour certains indicateurs, nous mentionnons également les DDD (*Defined Daily Dose – dose quotidienne définie*), c'est-à-dire la dose journalière moyenne supposée pour un médicament utilisé pour son indication principale chez un adulte.

Dispositifs préventifs	Recours aux <b>soins dentaires préventifs</b>	563.296	Tous les membres MC	4.581.990	43,1%
	<b>Vaccin antigrippe</b>	563.296	Membres MC de 65 ans et plus ne résidant pas en institution	972.119	57,9%
	<b>Dépistage du cancer du sein</b> (mammotest ou mammographie diagnostique, 2018-2019)	397.160	Affiliées MC entre 50 et 69 ans	612.717	64,8%
	Recours aux <b>contraceptifs</b> [codes ATC : G02B, G03A]	68.305	Affiliées MC de 12 à 20 ans <sup>6</sup>	202.980	33,7%
Soins de première ligne	Au moins une <b>consultation d'un médecin généraliste</b>	3.543.902	Tous les membres MC sauf ceux inscrits en maison médicale	4.463.022	79,4%
	Au moins une <b>visite à domicile d'un médecin généraliste</b>	668.082	Tous les membres MC	4.581.990	14,6%
	Être inscrit en <b>maison médicale</b>	118.968	Tous les membres MC	4.581.990	2,6%
	Au moins une <b>consultation d'un médecin spécialiste</b> [à l'exclusion d'un (neuro)psychiatre]	2.884.998	Tous les membres MC	4.581.990	63,0%
	<b>Aucun soins dentaires</b> durant trois années consécutives [de 2017 à 2019]	1.212.606	Tous les membres MC	4.581.990	26,5%
Soins hospitaliers	Être <b>admis à l'hôpital général</b> (services G, A, K, T et S exclus)	456.600	Tous les membres MC	4.581.990	10,0%
	Être <b>admis en service pédiatrique ou de soins néonataux</b>	45.864	Membres MC de 15 ans et moins	746.284	6,1%
	Se présenter aux <b>urgences hospitalières</b>	736.592	Tous les membres MC	4.581.990	16,1%
Santé mentale	Recours aux antidépresseurs [code ATC : N06A, 90 DDD et plus]	377.337	Tous les membres MC	4.581.990	8,2%
	Recours aux <b>antipsychotiques</b> [code ATC : N05A, 30 DDD et plus]	95.546	Tous les membres MC	4.581.990	2,1%
	Au moins une <b>consultation d'un (neuro) psychiatre</b>	148.701	Tous les membres MC	4.581.990	3,2%
	Bénéficiaire d'une intervention de l'assurance complémentaire dans le coût des <b>consultations psychologiques</b>	89.944	Tous les membres MC	4.581.990	2,0%
	Être admis en <b>hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général</b>	28.134	Tous les membres MC	4.581.990	0,6%
	Résider dans une initiative d' <b>habitation protégée</b> (IHP)	2.356	Tous les membres MC	4.581.990	0,05%
	Résider dans une <b>maison de soins psychiatriques</b> (MSP)	1.792	Tous les membres MC	4.581.990	0,04%

6 À partir de 2020, le dispositif est étendu aux femmes de moins de 25 ans.



## 2.3. Standardisation

Disposant de notre échelle de revenus fiscaux en dix classes, nous pouvons voir dans quelle mesure ces événements liés à la santé suivent un gradient social. Pour cela, nous calculons un indice standardisé pour chaque événement de santé mentionné pour chaque classe de secteur statistique. Par exemple, pour un événement tel que « décé-

der au cours de l'année 2019 », on calcule l'indice standardisé de mortalité pour les classes décrites ci-dessus. L'indice standardisé s'obtient grâce à une standardisation indirecte afin de tenir compte du « profil », de la structure particulière de la population au sein de chacune des classes. Les paramètres pour la standardisation<sup>7</sup> sont l'âge, le sexe et la Région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de domicile.

### Méthode de standardisation indirecte

Dans cet encadré, nous présentons la méthode de standardisation indirecte à l'aide d'un exemple théorique. L'événement en cause est le fait de décéder au cours de l'année. La question que l'on se pose est la suivante : dans quelle mesure le risque de mortalité est-il différent dans chaque classe de secteurs statistiques formant notre échelle ? Pour faciliter l'explication, partons de l'hypothèse que la standardisation se fait sur base d'un seul critère : l'âge.

- La **première étape** consiste à calculer, selon les tranches d'âge choisies, le taux de mortalité dans la population de référence. Il s'agit, ici, de l'ensemble de nos membres. Le taux de mortalité ( $T_i$ ) est le rapport entre le nombre de décès et le nombre de membres dans chaque tranche d'âge.
- Ensuite, **seconde étape**, on calcule le nombre de décès attendus dans chaque classe de secteurs statistiques ( $A_i$ ). Par exemple, pour la classe 1 qui contient la population vivant dans les quartiers les plus pauvres, on répartit cette population selon les mêmes tranches d'âge ( $N_i$ ) et on leur applique les taux de mortalité de la population de référence, par tranche d'âge correspondante ( $A_i = T_i \times N_i$ ). Par nombre de décès attendus, il faut donc entendre le nombre de décès auquel on aurait pu s'attendre si la mortalité au sein de la population appartenant à la classe 1 avait été la même que dans la population de référence.
- Enfin, **troisième étape**, on compare le nombre de décès observés au sein de population appartenant à la classe 1 ( $O = \text{somme des } O_i$ ) au nombre de décès attendus ( $A = \text{somme des } A_i$ ). On a alors la valeur de l'indice standardisé pour la classe 1 : **indice standardisé =  $(O / A) \times 100$** .
  - Si la valeur de l'indice est supérieure à 100, alors cela signifie que le nombre de décès observés ( $O$ ) est supérieur au nombre de décès attendus ( $A$ ). Dans le cas de figure de notre exemple théorique, cela indiquerait que le risque de mortalité est plus élevé dans la population de la classe 1 que dans la population de référence, le facteur d'âge ayant été neutralisé. Par exemple, un indice de 130 obtenu pour la classe 1 indique un risque accru de 30% pour la population appartenant à cette classe par rapport à la population de référence.
  - Si la valeur de l'indice est égale à 100, cela signifie que le nombre de décès observés est égal au nombre de décès attendus. Ce qui revient à dire que le risque de mortalité est identique dans la classe en cause par rapport à la population de référence.
  - Si la valeur de l'indice est inférieure à 100, cela signifie que le nombre de décès observés est inférieur au nombre de décès attendus. Cela indique que le risque de mortalité dans la classe en cause est inférieur à celui de la population de référence.

<sup>7</sup> Grâce à cette procédure de standardisation, on neutralise les effets dus à la variation de la structure d'âge-sexe des populations d'une classe à l'autre ainsi que d'éventuelles variations régionales. Si, par exemple l'indice indique une surmortalité de 30% dans la classe 1 par rapport à la population de référence, on ne peut pas attribuer cette surmortalité au fait que la population de la classe 1 serait davantage âgée, ou davantage masculine, ou qu'il y aurait dans cette classe davantage de secteurs statistiques provenant d'une certaine région.

Certains des résultats sont présentés graphiquement aux figures 1 à 8. Attention, l'échelle de l'indice standardisé change d'une figure à l'autre (axe vertical), le gradient peut donc être plus ou moins prononcé selon les graphiques. Dans la mesure où ils sont visibles, nous donnons également l'intervalle de confiance (à 95%) autour de la valeur de l'indice standardisé, ce qui permet de voir dans quelle mesure la valeur de l'indice est bien significativement différente d'une classe à l'autre, c'est-à-dire quand les intervalles ne se recoupent pas.

## 2.4. Avantages et limites de la méthode utilisée

L'**avantage majeur** de cette méthode de mesure des inégalités est qu'elle est **systématique** : on couvre l'ensemble des membres de la MC, toutes les données administratives et de facturation de soins de santé peuvent être utilisées pour approcher divers événements de santé. De plus, ces données sont enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion. On a donc affaire à des données objectives et non autorapportées, ce qui permet d'éviter de nombreux biais. Cette façon d'approcher l'ampleur des inégalités peut se répéter chaque année. Dès lors, on peut suivre et évaluer au plus près les initiatives et mesures prises en vue de réduire ces inégalités et formuler des objectifs à atteindre. Enfin, avec une échelle en dix classes, on peut mesurer les inégalités en santé de façon à la fois robuste et plus fine qu'en se contentant de la différenciation entre celles et ceux qui bénéficient de l'intervention majorée et les autres assurés sociaux – le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est classiquement utilisé par les mutualités comme proxy des populations ne disposant que de faibles revenus mais l'analyse se limite alors à une variable binaire : on bénéficie du statut ou pas.

L'**inconvenient** est que l'on ne dispose pas d'une échelle construite sur base des revenus individuels (ou familiaux) de nos membres mais bien d'**une approximation** via la « valeur fiscale » des secteurs statistiques où ils résident. Or, au sein d'un même secteur statistique, il peut y avoir de grandes variations de richesse entre les familles. Toutefois, cela n'invalide pas pour autant les résultats car le seul biais possible est le fait de sous-estimer les écarts de santé en raison de la possible hétérogénéité résiduelle dans chaque groupe.

Par ailleurs, les données fiscales présentent elles-mêmes des limites. Étant donné que les déclarations fiscales peuvent concerner une ou plusieurs personnes (au sein

des ménages, la règle générale veut que chacun doit remplir une déclaration individuelle, à l'exception des personnes mariées et des cohabitants légaux), ces chiffres permettent uniquement d'évaluer le revenu net imposable par déclaration fiscale à l'échelle d'un quartier, en base annuelle, et **non pas au niveau individuel**, par personne ou par ménage. En outre, ces revenus comprennent les revenus imposables au titre d'une profession, les revenus de remplacement, les pensions, les dividendes, le revenu cadastral et les rentes alimentaires mais **ne comprennent pas les revenus non imposables** tels que les allocations familiales et le revenu d'intégration (STATBEL, 2022). De plus, STATBEL ne comptabilise pas les personnes ayant un revenu net imposable nul dans le calcul des médianes, ce qui surestime ainsi le revenu médian par rapport à la réalité et tout particulièrement dans les zones pauvres où les personnes qui n'ont pas de revenus sont plus nombreuses. Cela peut expliquer que le seuil de revenu de la classe 1 (soit 21.236 euros, voir Tableau 1) puisse paraître élevé alors que le seuil de pauvreté en 2019 se situe à 14.765 euros net par an pour un isolé, ou à 31.007 euros net par an pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants (STATBEL, 2022).

D'autres limites sont inhérentes aux bases de données mutualistes : **ce qui ne fait pas l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) n'est pas enregistré** (par exemple, certains médicaments non remboursés tels que les somnifères, les antidouleurs et les anxiolytiques). Ces indicateurs seraient pourtant aussi intéressants à étudier dans le cadre de la recherche sur les inégalités sociales de santé. Enfin, avec la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, un certain nombre de prestations de soins de santé ont été transférées aux entités fédérées et ne font plus l'objet d'un enregistrement dans le cadre de l'AO (par exemple, les vaccins contre la grippe dans les maisons de repos en Flandre). On ne peut donc pas mesurer tous les événements de consommation de soins santé à l'aide des données mutualistes.

Finalement, notre méthode pour mesurer les inégalités fait appel à un **critère de nature économique** : les revenus nets imposables des secteurs statistiques où vivent nos membres. Rappelons que l'on peut examiner les inégalités de santé grâce à d'autres critères, comme le niveau de formation, la catégorie socio-professionnelle, l'origine, etc. L'objectif premier de cette étude étant d'observer les effets de l'application de notre échelle de revenus à l'état de santé et à l'utilisation des soins, nous nous limitons à cet indicateur.

### 3. Inégalités d'état de santé

#### 3.1. Mortalité

Pour étudier la mortalité, nous avons mesuré le fait de décéder au cours de l'année 2019. Le taux brut de mortalité (soit le ratio entre le nombre de décès et le nombre total des membres de la MC) est de l'ordre de 1%. Ce que montre la Figure 1, c'est que ce risque est inégalement réparti le long de notre échelle économique. On voit bien se dessiner un gradient : de gauche à droite du graphique, le risque relatif de mortalité par rapport à la totalité des membres de la MC diminue régulièrement au fur et à mesure que l'on passe d'une classe à l'autre.

Examinons plus avant les classes 1 et 10 :

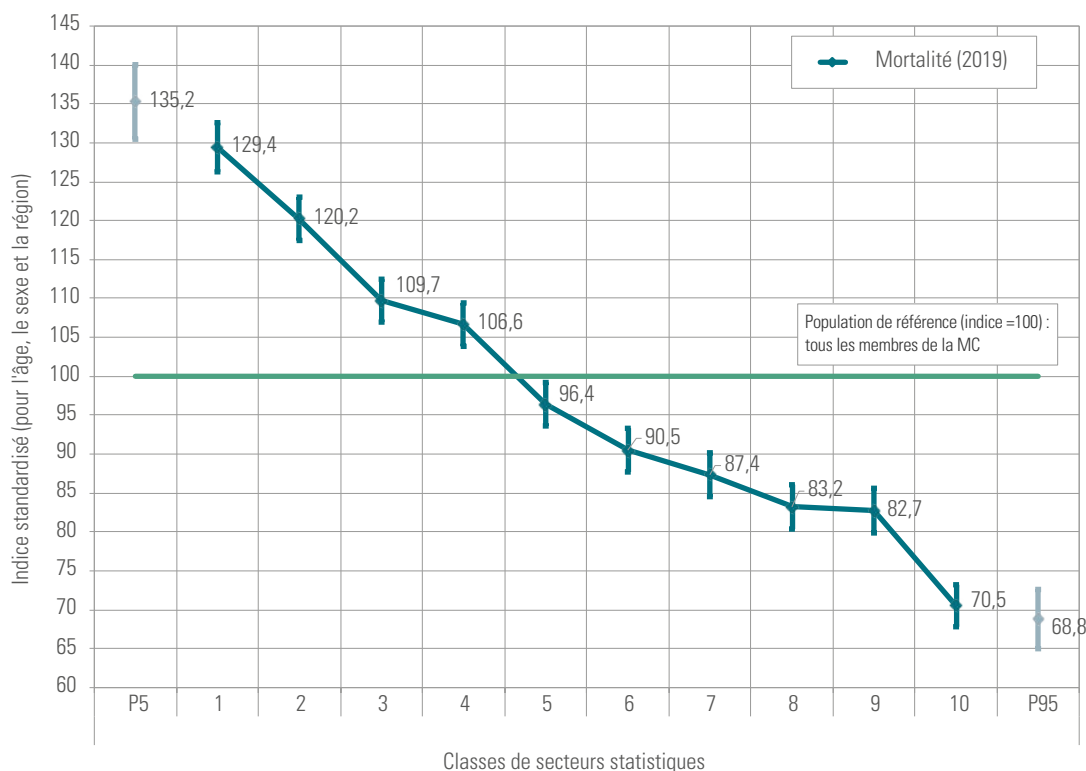
- Les personnes appartenant à la classe 1, regroupant les membres de la MC vivant dans les quartiers les plus pauvres, présentent un risque de mortalité supérieur de 29% par rapport à l'ensemble des membres.

- Par contre, les personnes appartenant à la classe 10, regroupant nos membres vivant dans quartiers les plus riches, ont un risque de mortalité inférieur de 30% par rapport à l'ensemble des membres.

Si on mesure l'écart relatif entre ces deux classes, on voit que le risque de décéder dans l'année est accru de **84%** ( $= [129,4/70,5]-1$ ) pour la population qui vit dans les quartiers pauvres par rapport à la population qui vit dans les quartiers les plus riches. Une personne qui vit dans un quartier pauvre a donc **1,8 fois plus de risque** de décéder qu'une personne qui vit dans les quartiers les plus riches (toutes causes confondues).

Cet écart relatif s'accroît encore quand on compare les situations 'extrêmes', soit l'écart relatif entre la classe P5 et la classe P95. En effet, on observe que le risque de décéder dans l'année est accru de **97%** ( $= [135,2/68,8]-1$ ) dans la classe extrême la plus pauvre (P5) par rapport à la classe extrême la plus riche (P95), soit un risque deux fois plus élevé (toutes causes confondues).

Figure 1 : Fait de décéder au cours de l'année 2019 en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



## 3.2. Morbidité

### 3.2.1. Pathologies

Le diabète étant une pathologie facilement identifiable, nous l'examinons à titre d'exemple. En 2019, environ **6,3%** des membres de la MC ont eu recours aux médicaments antidiabétiques ou ont bénéficié de prestations spécifiques (par exemple, le trajet de soins diabète) en rapport avec cette maladie chronique. Comme on peut le voir à la Figure 2, le risque de souffrir du diabète est plus élevé dans les classes les plus pauvres (1, 2, 3) et n'est pas linéaire. Ainsi le risque relatif pour la classe 1 par rapport à la classe 3 est de 20% tandis que pour classe 8 par rapport à la 10, il est de 11%, ce qui signifie que le risque est exponentiel lorsque l'on se déplace des quartiers où le niveau de revenu est moyen aux quartiers les plus pauvres. Si on compare les classes 1 et 10, on voit que le risque est accru de **51%** ( $= [124,7/82,7]-1$ ) pour la population vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) par rapport à la population vivant dans les quartiers riches (classe 10). Ce même écart

relatif est plus élevé encore quand on compare la classe extrême la plus pauvre (P5) à la classe extrême la plus riche (P95) : **60%** ( $= [130,1/81,5]-1$ ).

Nos données nous permettent également d'identifier des patient-es atteints d'autres pathologies, pour lesquelles les écarts relatifs entre les populations qui habitent dans les quartiers pauvres et riches sont certes moins marqués, comme c'est le cas des maladies cardiovasculaires (voir Tableau 3), mais existent néanmoins. Ils sont déjà plus élevés pour les maladies obstructives respiratoires en général, surtout pour la bronchopneumopathie chronique obstructive en particulier. Tous ces résultats vont dans le même sens : les personnes qui résident dans des quartiers pauvres ont plus de risque de présenter ces maladies, ce qui traduit un état de santé général plus dégradé. Ceci est également confirmé par le gradient calculé pour le fait de bénéficier du statut affection chronique. Ce statut ne dénote pas de maladies particulières mais bien la récurrence d'importantes dépenses de santé, ce qui dénote également un état de santé détérioré.

Figure 2 : Diabète en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)

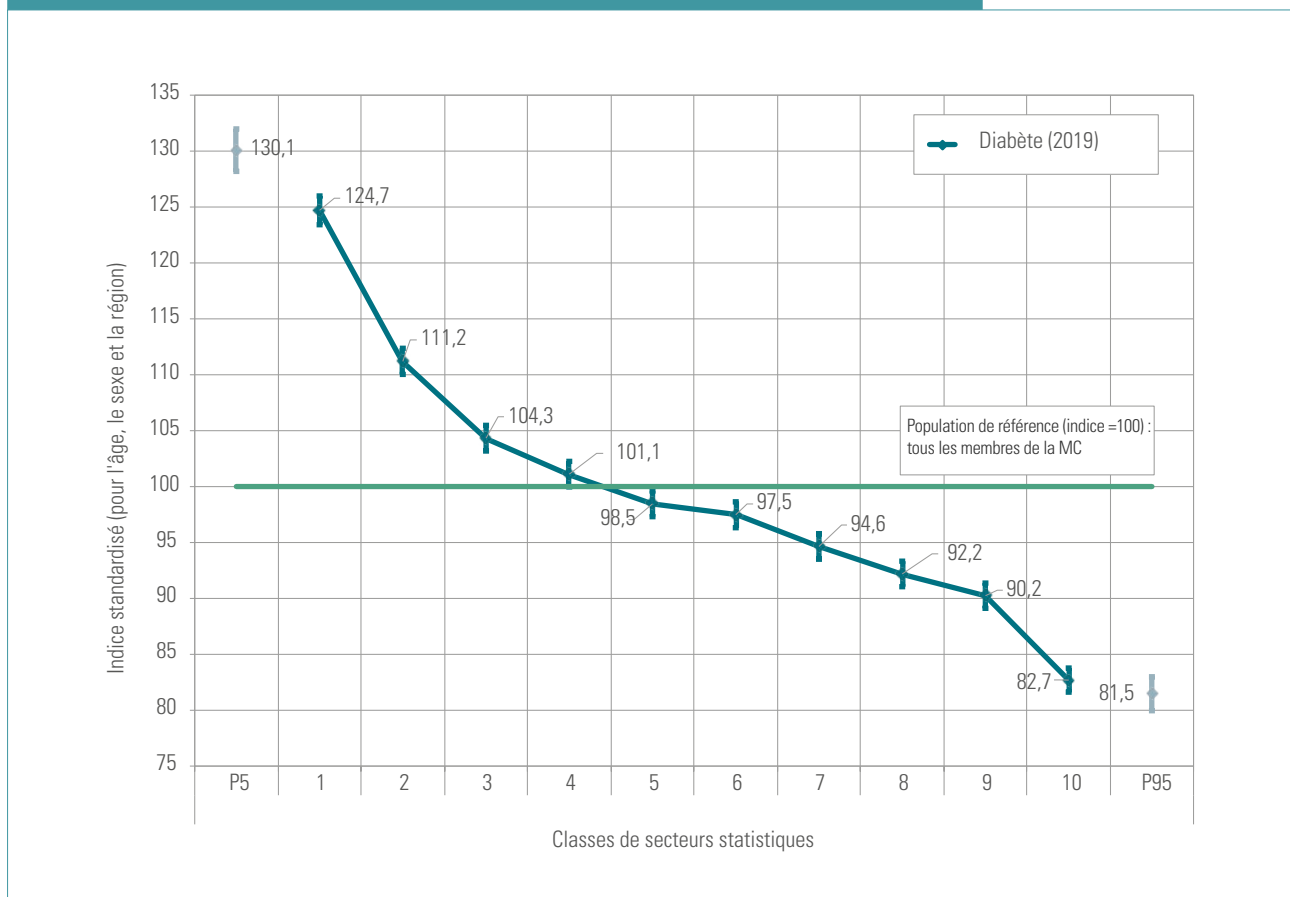


Tableau 3 : Pathologies diverses et statut affection chronique en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)

Événement	Indice standardisé pour				Ratio	
	Classe 1 (a)	Classe 10 (b)	Classe P5 (c)	Classe P95 (d)	(a)/(b)	(c)/(d)
Affections cardiovasculaires	101,2	93,9	101,2	92,8	1,08	1,09
Thérapie cardiaque	103,4	85,9	104,5	84,9	1,20	1,23
Maladies obstructives des voies respiratoires	110,5	87,6	108,6	84,3	1,26	1,29
Bronchopneumopathie chronique obstructive	120,4	82,8	121,8	78,7	1,45	1,55
Bénéficiaire du statut affection chronique	120,1	82,4	121,9	80,5	1,46	1,51

### 3.2.2. Incapacité de travail

On peut étudier divers événements entrant dans le cadre de l'incapacité de travail. Cette dernière est bien un marqueur de morbidité car pour être reconnu-e en incapacité de travail, un-e salarié-e doit avoir cessé toute activité professionnelle du fait d'une maladie ou d'un accident et avoir perdu au moins 66% de sa capacité de gain. Pour les travailleur.euses indépendant.es, l'activité professionnelle doit avoir complètement cessé.

Nous avons examiné deux événements liés à l'incapacité de travail en 2019 : être indemnisé au moins 30 jours pour une incapacité primaire, et être en invalidité<sup>8</sup>. Pour ces deux événements, on observe d'importants gradients. En ce qui concerne l'incapacité primaire, les travailleur.euses vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) présentent un risque accru de **59%** d'être indemnisé-es (au moins durant 30 jours) par rapport aux travailleur.euses qui vivent dans les quartiers les plus riches (classe 10). Le gradient est encore plus accentué pour l'invalidité : le risque d'être invalide est **2,5 fois plus élevé** dans la classe 1 que dans la classe 10, soit un risque de **150%** supplémentaires. La comparaison entre les classes extrêmes P5 et P95 est encore plus interpellante : pour l'incapacité primaire, l'écart relatif atteint presque **70%** en défaveur des plus pauvres et **180%** pour l'invalidité.

8 La première année d'incapacité de travail est appelée incapacité primaire. Quand l'incapacité se prolonge au-delà d'une année, on passe alors sous le statut d'invalidité.

## 4. Inégalités de consommation de soins de santé

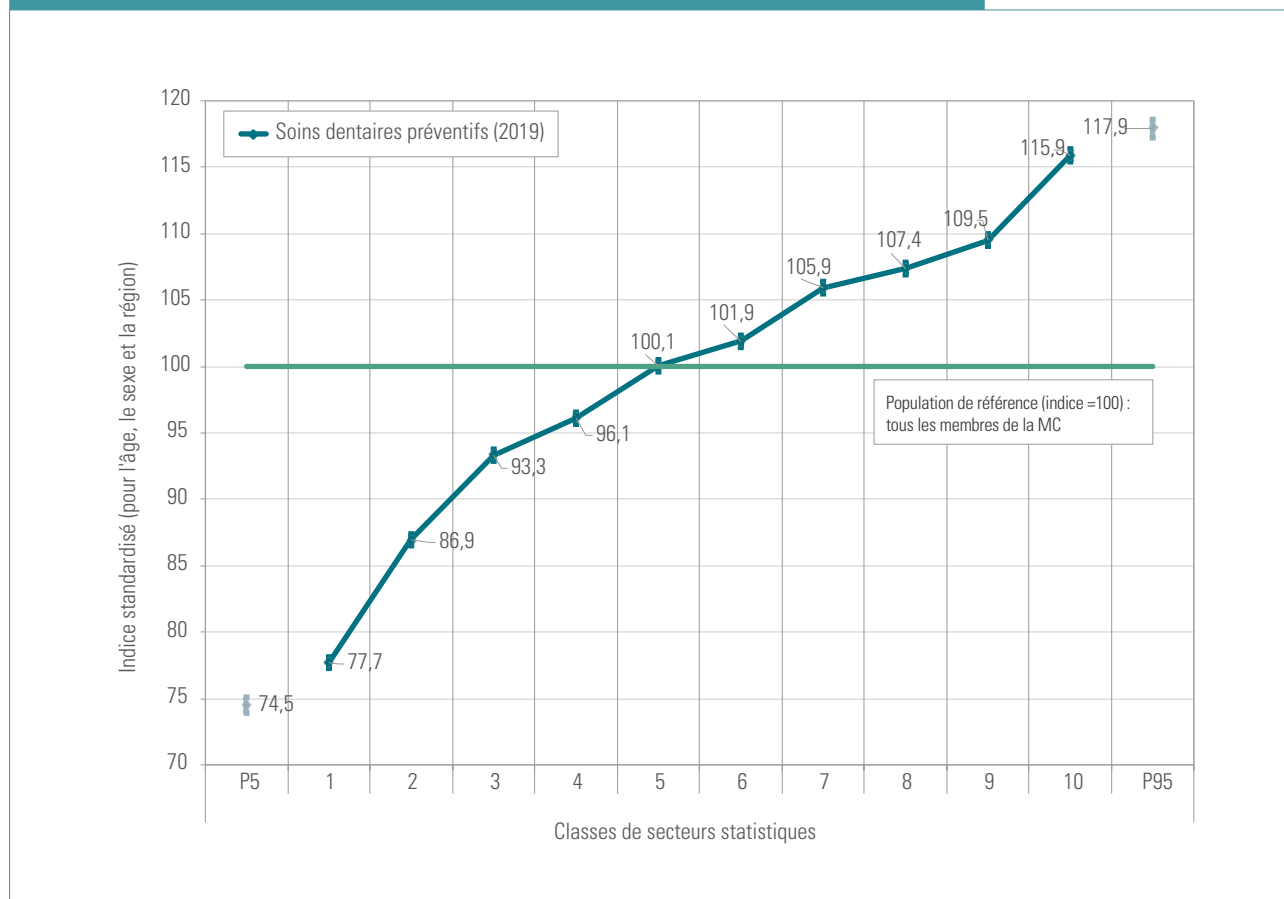
### 4.1. Dispositifs préventifs

Avec les dispositifs préventifs étudiés, le sens des gradients s'inverse, ce qui traduit que le recours à ces dispositifs est moins fréquent chez les populations pauvres et augmente au fur et à mesure qu'on monte le long de notre échelle économique. Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé les soins dentaires préventifs, auxquels **39,2%** de nos membres ont eu recours en 2019. Cette proportion d'utilisateur-rices peut paraître élevée, malheureusement le recours à ce type de soins est marqué par un important gradient défavorable aux populations moins favorisées économiquement. Comme on peut le voir à la figure 3, les personnes vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) ont **33%** ( $=[77,7/115,8]-1$ ) de chance en moins de recourir à ces soins que celles vivant dans les quartiers riches (classe 10). Ce même écart relatif est un peu plus élevé encore quand on compare la classe P5 à la classe P95 : **37%** ( $=[74,5/117,9]-1$ ).

Notons encore que la valeur de l'indice est nettement plus bas pour la classe 1 par rapport à la classe 3. Ici, l'écart relatif est de 17%, ce qui signifie que les personnes habitant les quartiers les plus pauvres de la classe 1 ont 17% de chance en moins de recourir aux soins dentaires préventifs par rapport aux personnes de la classe 3. Cet écart relatif est moins accentué entre la classe 8 et 10 : les personnes habitant les quartiers de la classe 8 ont seulement 7% de chance en moins de recourir aux soins dentaires préventifs que celles qui habitent les quartiers les plus riches de la classe 10.

En ce qui concerne le recours à la vaccination contre la grippe, l'écart relatif entre les classes 1 et 10 est plutôt limité : de l'ordre de **7%**, en défaveur des personnes de la classe 1, par rapport à celles de la classe 10 (l'écart relatif entre les classes extrêmes P5 et P95 est quant à lui de **9%**). En revanche, le gradient afférent au dépistage du cancer du sein est plus accentué : l'écart entre classes 1 et 10 est de **20%** en défaveur des femmes vivant dans les quartiers les plus pauvres par rapport à celles vivant dans les quartiers les plus favorisés, voire de **25%** entre les deux classes extrêmes P5 et P95.

Figure 3 : Recours aux soins dentaires préventifs en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



Nous avons également regardé le recours aux contraceptifs féminins (principalement hormonaux). À nouveau, le recours aux contraceptifs est marqué par un gradient important. En effet, les jeunes femmes vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) ont **29%** de chance en moins de faire appel aux moyens contraceptifs remboursés en comparaison avec celles vivant dans les quartiers riches (classe 10). Cet écart passe à **34%** quand on compare les classes extrêmes P5 et P95.

## 4.2. Contacts de première ligne

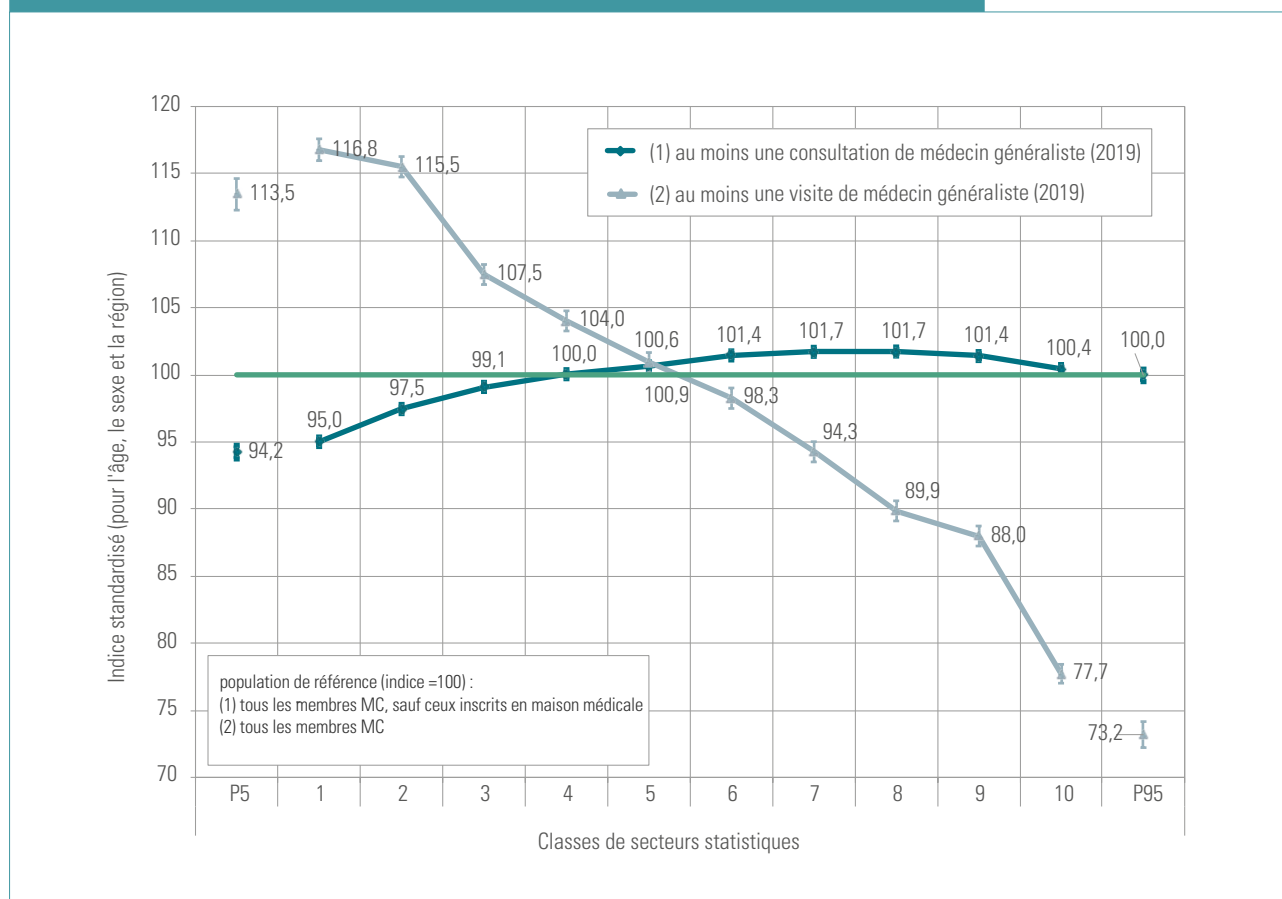
### 4.2.1. Médecins

En 2019, près de **79%** de nos membres (non inscrits en maison médicale) ont bénéficié d'au moins une consultation au cabinet d'un-e médecin généraliste. Comme on le voit à la figure 4, le gradient est très proche de l'horizontal, ce qui traduit le fait qu'il n'y a pas de grande différence en fonction du niveau de revenu des quartiers quant à ce type de contact avec la médecine générale. L'écart entre la classe 1 et la classe 10 est très limité (**5%**).

Par contre, il n'en va pas de même pour ceux et celles qui ont eu au moins une visite à domicile de la part de leur médecin généraliste. Ce type de contact est nettement moins fréquent : **14,6%** de nos membres ont bénéficié d'une telle visite en 2019. On observe que la population appartenant à la classe 1 a davantage recours à ce type de contact : les personnes vivant dans les quartiers pauvres ont **50%** ( $= [116,8/77,7]-1$ ) de chance en plus d'avoir eu une visite de leur médecin généraliste par rapport à celles vivant dans les quartiers riches (de la classe 10) (voir Figure 4). Cet écart s'élève à **55%** ( $= [113,5/73,2]-1$ ) quand on compare la classe P5 à la classe P95.

Une autre façon de bénéficier de la médecine générale, sans devoir en avancer les coûts, est d'être inscrit dans une maison médicale (financée au forfait). Les maisons médicales ont pour vocation première de rendre les soins de première ligne globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale (Fédération des Maisons Médicales, 2013). On observe que ceux et celles qui vivent dans les quartiers les plus pauvres (classe 1) sont davantage inscrits-es en maison médicale : l'écart relatif avec la classe 10 est massif et de l'ordre

Figure 4 : Recours à la médecine générale en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



de **500%**). Entre les classes P5 et P95, l'écart relatif est même de **576%**.

Du côté des contacts ambulatoires avec les médecins spécialistes, il y a bien un gradient mais il est de faible ampleur : l'écart entre la classe 1 et 10 est de l'ordre de **8%**, tandis qu'entre les classes P5 et P95 l'écart relatif est de presque **10%**.

#### 4.2.2. Soins dentaires

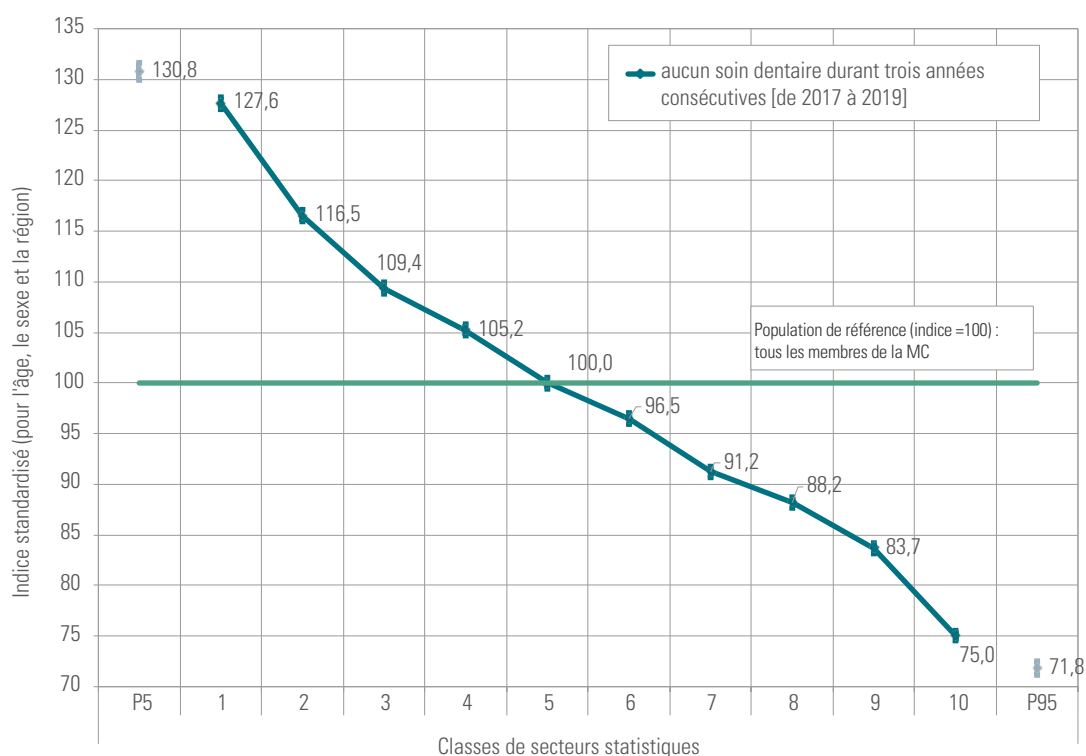
Nous avons déjà vu ci-dessus (au point 4.1) que le recours aux soins dentaires préventifs est moins fréquent dans les quartiers moins favorisés. Une autre manière d'approcher les inégalités relatives à la santé bucco-dentaire est d'examiner le fait de ne pas avoir bénéficié de soins dentaires (de tout type) au cours de trois années consécutives. En 2019, près de **26%** de nos membres sont dans cette situation, ce qui est une proportion qui est loin d'être négligeable.

Est-ce que ce non-recours aux soins dentaires suit un gradient social ? Le résultat est sans appel (voir Figure 5) : les personnes qui résident dans les quartiers les plus pauvres (classe 1) ont un risque accru de **70%** ( $= [127,6/75,0] - 1$ ) de ne pas avoir eu le moindre contact avec un-e dentiste, au cours de trois années consécutives, par rapport à celles qui résident dans les quartiers les plus riches (classe 10). L'accroissement du risque est plus élevé encore quand on compare la classe P5 à la classe P95 : **82%** ( $= [130,8/71,8] - 1$ ).

#### 4.3. Soins hospitaliers

Les admissions à l'hôpital général que nous avons considérées sont essentiellement celles qui ont eu lieu dans des services de soins aigus<sup>9</sup>. En 2019, près de **10%** de nos membres ont été admis à l'hôpital, au moins une fois. De façon générale, le risque d'avoir eu au moins une telle admission augmente au fur et à mesure que l'on descend le

Figure 5 : N'avoir recours à aucun soin dentaire sur une période de trois ans en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



9 Nous n'avons pas considéré les séjours dans les services de gériatrie, de (neuro)psychiatrie, les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle.



long de notre échelle (voir Figure 6). Les personnes vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) présentent un risque accru de **23%** ( $=[109,3/89,2]-1$ ) d'être admis en hôpital général, par rapport à la population vivant dans les quartiers riches (classe 10). Ce risque supplémentaire est un peu plus élevé quand on compare la classe P5 à la classe P95 : **26%** ( $=[110,9/88,1]-1$ ). Cette tendance se confirme lorsqu'on examine spécifiquement les admissions des enfants (âgés de 15 ans et moins) en service de pédiatrie ou de soins néonataux, avec presque le même écart relatif (20%-21%) pour les personnes appartenant aux classes 1 et P5 d'être hospitalisées en comparaison avec celles des classes 10 et P95.

Une façon d'accéder aux soins est de recourir au service d'urgence de l'hôpital. En 2019, près de **16%** des membres de la MC ont eu recours aux urgences hospitalières, au moins une fois. Se présenter aux urgences hospitalières est plus fréquent quand on descend le long de notre échelle économique. Comme on l'observe à la Figure 6, les personnes vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) ont près de **39%** ( $=[120,4/86,6]-1$ ) de risque supplémentaire de venir aux urgences en comparaison avec la population vi-

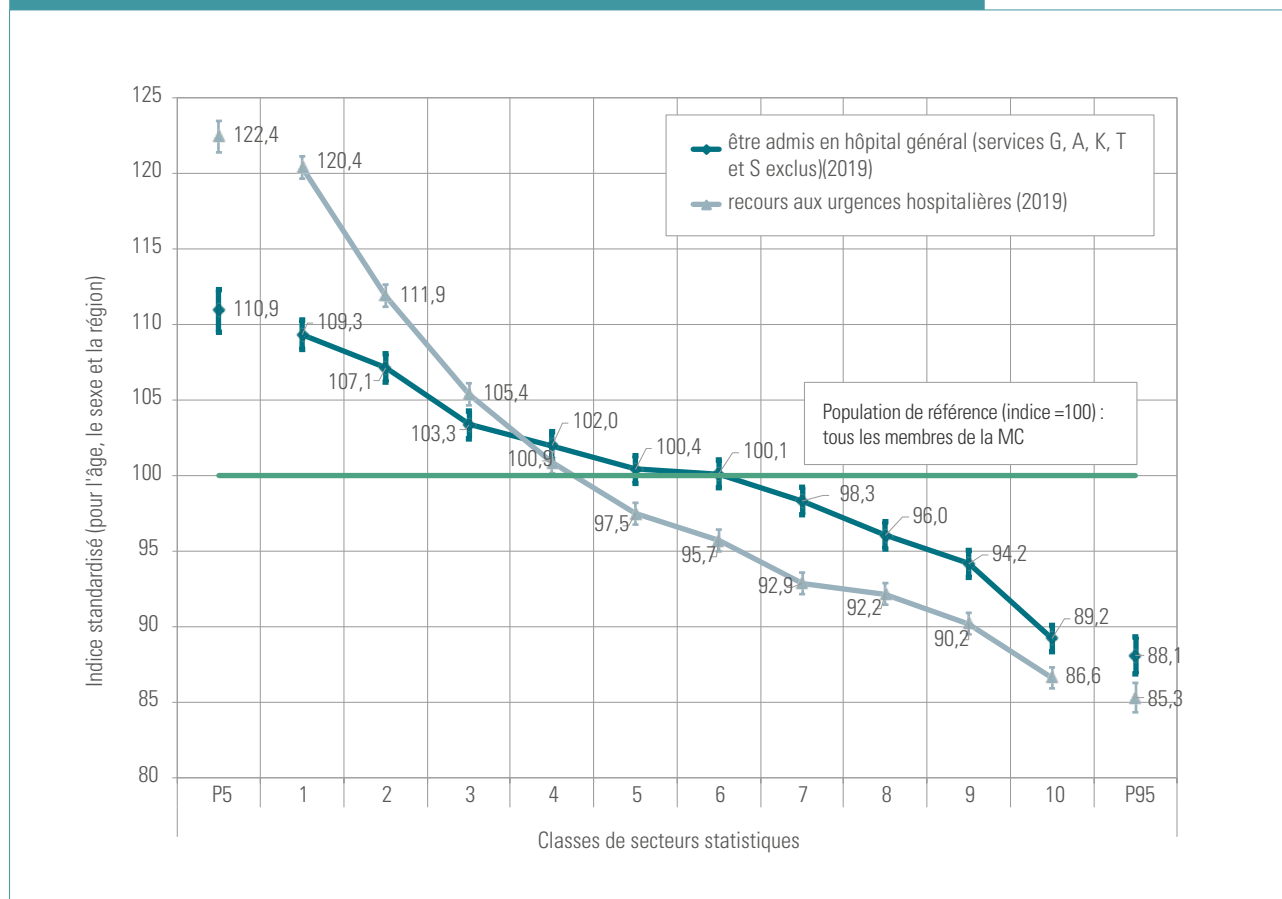
vant dans les quartiers riches (classe 10). Cet écart relatif est un peu plus élevé quand on compare la classe P5 à la classe P95 : **44%** ( $=[122,4/85,3]-1$ ).

On observe aussi que le risque de recourir au service d'urgence est accentué pour les classes 1 à 4 par rapport aux autres classes. En effet, l'écart relatif entre la classe 1 et la classe 4 est de 19%. En revanche, on observe que le gradient est beaucoup moins accentué entre la classe 4 et la classe 10, soit de l'ordre de 17% alors que l'on compare ici 7 classes. Cela signifie donc qu'un dessous d'un certain seuil de revenu, la situation se dégrade très rapidement avec un recours beaucoup plus grand aux soins urgents.

#### 4.4. Santé mentale

En 2019, **8%** des membres de la MC ont ainsi eu recours à des antidépresseurs, **2%** aux antipsychotiques, **3%** aux soins d'un neuro(psychiatre), **2%** à une intervention de l'assurance complémentaire dans le coût des consultations psychologiques, **moins d'1%** ont été admis-es en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un

Figure 6 : Recours aux soins hospitaliers en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



hôpital général et **moins de 0,1%** résident dans des IHP et dans des MSP.

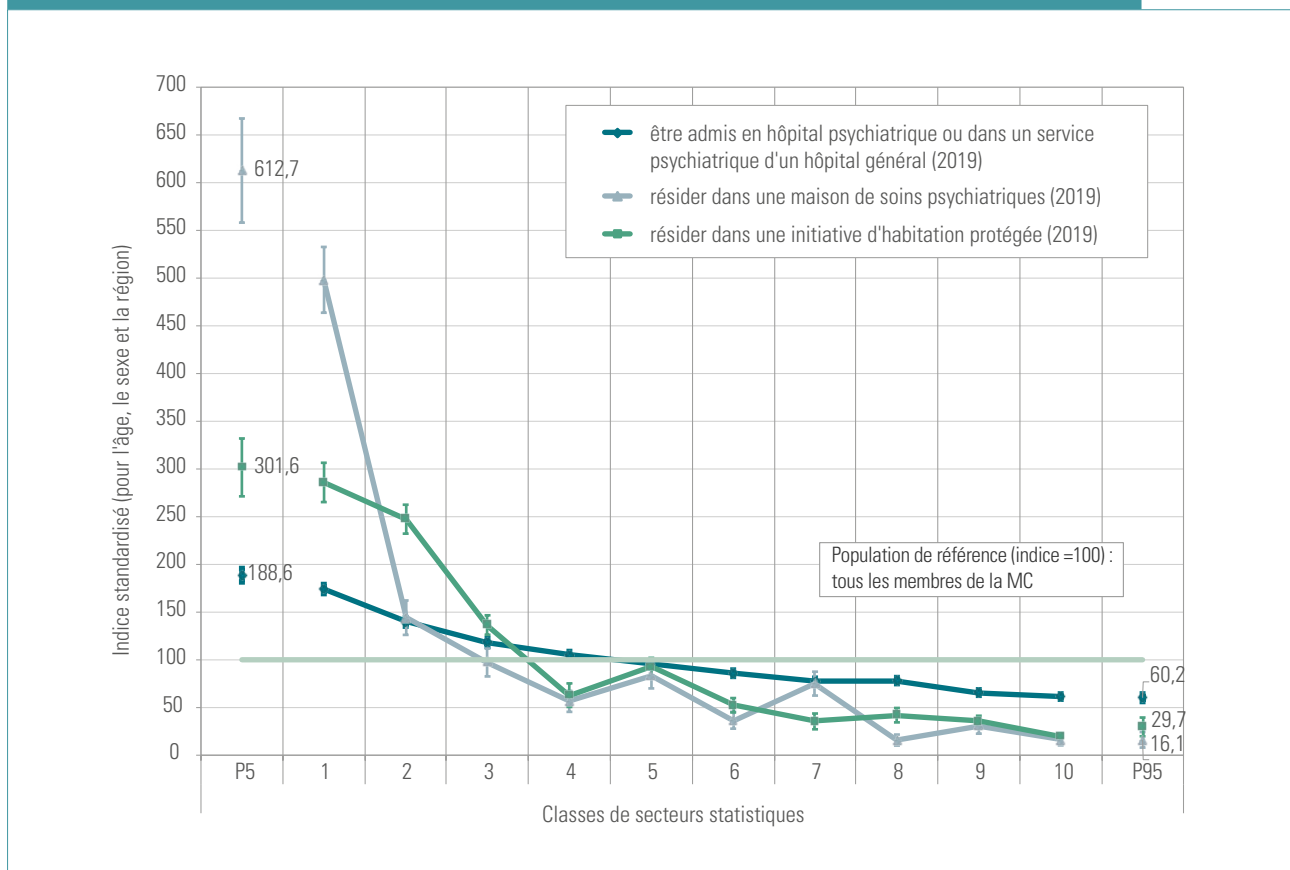
On observe un gradient clair pour trois types de soins qui peuvent être considérés comme « lourds » : c'est-à-dire les hospitalisations et les séjours en IHP et en MSP (voir Figure 7). Le risque d'hospitalisation psychiatrique est ainsi **2,8 fois plus élevé** pour les personnes résidant dans les quartiers pauvres (soit un écart relatif de **183%** ( $= [174,1/61,5]-1$ )) quand on compare la classe 1 à la classe 10). Le risque de résider dans une IHP ou MSP est quant à lui extrêmement élevé pour les personnes qui résident dans un quartier pauvre (classe 1), avec **14,7 fois plus de risque** que les personnes qui résident dans un quartier riche (classe 10) de résider en IHP (écart relatif : **1366%** ( $= [285,8/19,5]-1$ )) et **31 fois** de résider en MSP (écart relatif : **3013%** ( $= [498,1/16]-1$ )). De plus, on le voit, ces gradients ne sont pas linéaires, avec un risque beaucoup plus élevé pour les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres (classe 1) de résider en MSP par rapport au groupe directement supérieur (classe 2). Pour les deux autres indicateurs, on observe également un risque beaucoup plus élevé pour les populations de la classe 1 par rapport à la classe 3.

Par rapport aux personnes vivant dans les quartiers les plus riches de la classe P95, on constate que les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres de la classe P5 ont :

- **3,1 fois plus de risque** d'être admises en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général (écart relatif : **213%** ( $= [188,6/60,2]-1$ )) ;
- **10,1 fois plus de risque** de séjourner en IHP (écart relatif : **915%** ( $= [301,6/29,7]-1$ )) ;
- **38 fois plus de risque** de résider en MSP (écart relatif : **3706%** ( $= [612,7/16,1]-1$ )).

En comparaison avec les soins hospitaliers que nous caractérisons de lourds, les consultations psychologiques peuvent davantage être considérées comme des soins de première ligne. Jusqu'à la réforme des soins psychologiques de première ligne – implémentée à partir de 2020 et que ne nous pouvons donc pas encore évaluer – les consultations chez les psychologues ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé mais uniquement par l'assurance complémentaire (AC) de la MC. Les soins dispensés par les psychiatres sont donc les soins ambulatoires les plus accessibles financiè-

**Figure 7 : Hospitalisations psychiatriques, séjours en maisons de soins psychiatriques et initiatives d'habitation protégées en fonction de la classe de secteurs statistiques**  
(Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



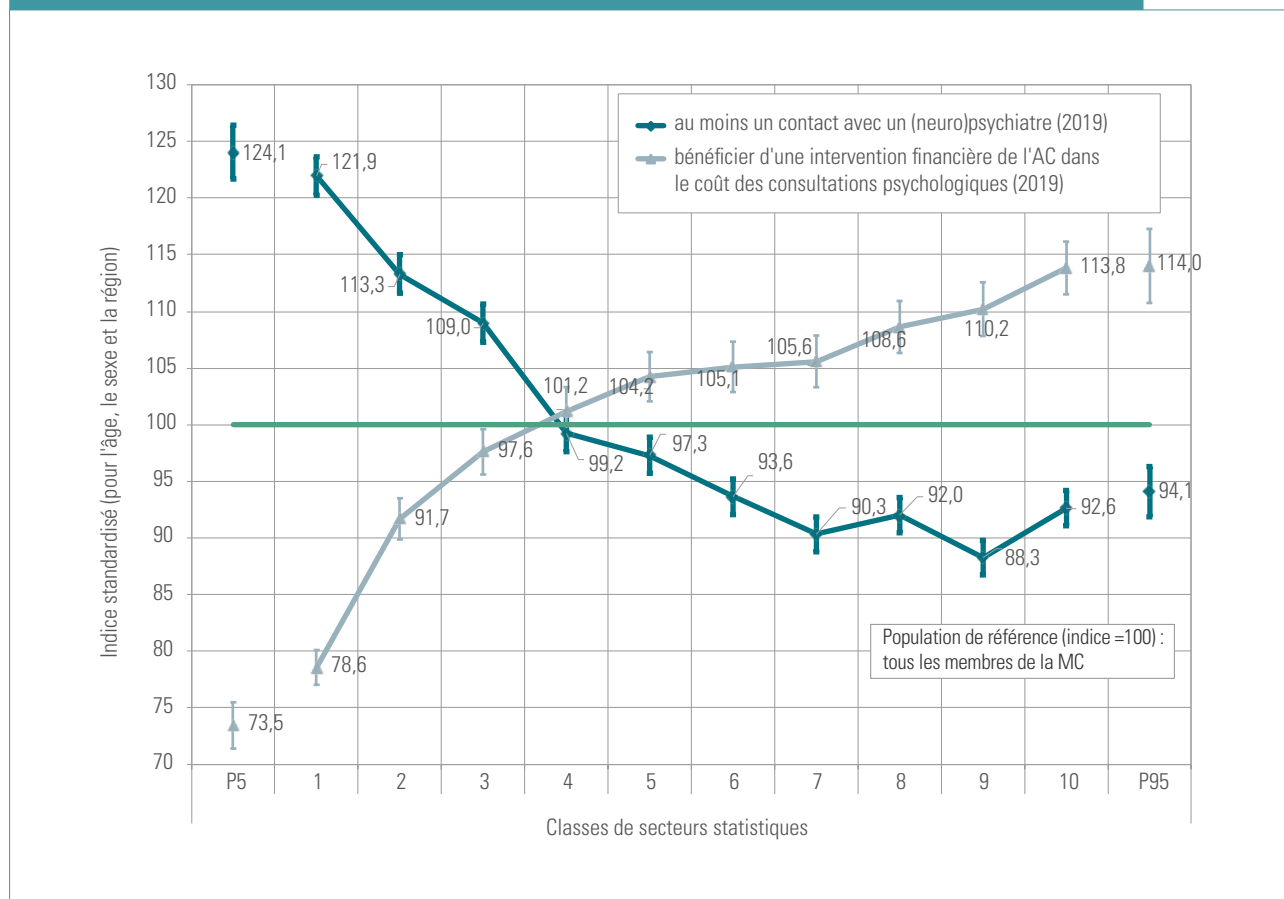
rement pour les populations vulnérables économiquement (Noirhomme, 2022).

On le voit à la Figure 8, le gradient des consultations psychologiques est diamétralement opposé à celui des consultations chez le-la psychiatre : plus on est riche et plus on a l'opportunité d'aller chez le-la psychologue, plus on est pauvre et plus on consulte le-la psychiatre. Il convient d'être prudent quant à l'échelle de nos figures : le risque en matière de consultations n'est pas comparable à celui qu'on observe pour les IHP ou MSP. Ici, il s'agit d'une tendance moins marquée mais toutefois constante : les personnes qui vivent dans les quartiers pauvres ont **30%** de chance en plus de consulter un-e psychiatre (= [121,9/95,6]-1) et **40%** de chance en moins de consulter un-e psychologue (basé sur l'écart relatif entre la classe 1 et la classe 10) (= [113,8/78,6]-1). Notons également que vivre dans un quartier pauvre a un impact considérable sur la consommation des soins, ce qu'on observe en examinant la façon dont les gradients évoluent entre les classes 1 et 4 et les classes 4 et 10. En effet, on observe que le risque relatif est de 23% supplémentaires pour la classe 1 par rapport à la

classe 4 pour les contacts avec les psychiatres, alors qu'il n'est que de 7% supplémentaires entre la classe 4 et la classe 10. Pour les contacts avec les psychologues, l'écart entre la classe 1 et la classe 4 est quant à lui de 29%, alors que celui entre la classe 4 et 10 est de 12%. Cela peut donc signifier que lorsqu'on atteint un certain niveau de revenu, soit celui représenté par la classe 4, les conditions de vie deviennent « suffisantes » pour assurer un bon niveau de soins/de santé, mais que ce n'est pas le cas en deçà.

Pour le recours aux antidépresseurs, nous voyons un écart relatif de l'ordre de **26%**, en comparant la classe 1 à la classe 10 et de **28%** en comparant les deux classes extrêmes P5 et P95 : plus le quartier dans lequel on habite est pauvre et plus on a recours aux antidépresseurs. Du côté des antipsychotiques, l'écart est considérable : les personnes qui résident dans les quartiers pauvres (classe 1) ont 2,6 fois plus de risque de recourir à cette classe de médicaments que les personnes vivant dans les quartiers riches (classe 10), soit un écart relatif de **160%**. De même, l'écart relatif entre les classes extrêmes P5 et P95 est de **186%**.

Figure 8 : Consultations avec un-e psychiatre et intervention de l'assurance complémentaire dans le coût des consultations psychologiques en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



## 5. Discussion

Une nouvelle fois, nos résultats attestent et mesurent de façon robuste les inégalités sociales de santé et des différences dans le recours aux soins de santé. Certains gradients sociaux peuvent apparaître plus accentués que d'autres, mais dans l'ensemble les caractéristiques des inégalités sont les suivantes : quand on descend le long de notre échelle économique, **(a)** l'état de santé se détériore de façon continue, **(b)** les soins lourds sont plus utilisés et **(c)** certains soins préventifs sont moins utilisés.

### **(a) L'état de santé se détériore :**

- Pour les personnes qui résident dans les quartiers pauvres, cela se traduit concrètement par le fait que le risque de décéder, de tomber en incapacité de travail, d'être confronté à des problèmes (chroniques) de santé (y compris la santé mentale) est plus important par rapport aux personnes qui vivent dans les quartiers riches.
- Un des résultats saillants de l'étude est que la détérioration de l'état de santé (que ce soit au travers de la mortalité ou du diabète) suit un gradient continu selon le niveau de revenu des quartiers : l'état de santé se dégrade de façon continue à mesure que le revenu du quartier diminue (relativement à l'état de santé de la population totale). Cette tendance s'observe également dans les quartiers plus riches, le risque de mortalité diminue à mesure que le revenu du quartier augmente. Ce résultat est aussi illustré au travers des différences d'espérance de vie à la naissance : en Belgique, en 2020, on observe un écart de 9 ans pour les hommes et de 6 ans pour les femmes entre les quartiles socio-économiquement défavorisé et le plus favorisé (Bourguignon, et al., 2021).

### **(b) Les soins lourds plus fréquemment utilisés :**

- Le gradient social est également bien marqué pour les soins lourds, dont l'utilisation augmente progressivement à mesure que le niveau de revenu diminue. Les personnes qui vivent dans les quartiers les plus pauvres sont celles qui ont le plus de risque d'être admises à l'hôpital (y compris pour les enfants), de recourir aux urgences hospitalières et d'être hospitalisées ou de résider dans des institutions de soins psychiatriques, soit tous des soins qui peuvent être considérés comme lourds. Ce résultat est aussi cohérent au regard de l'importance des inégalités de santé qui sont observées : plus les personnes sont socio-économiquement défavorisées, plus elles risquent d'être

confrontées à des problèmes de santé importants qui nécessitent une prise en charge lourde.

- Pour les soins ambulatoires, on voit peu de gradient se dessiner quand il s'agit d'entrer en contact avec les médecins, mis à part le fait de recourir à la visite à domicile du/de la médecin généraliste (augmentation de la probabilité lorsque le revenu diminue). Le gradient social est très marqué pour les soins dentaires avec un risque de ne pas bénéficier de soins dentaires sur trois années consécutives qui diminue progressivement avec le revenu. L'écart relatif d'utilisation est important entre les quartiers plus favorisés et les moins favorisés. De la même manière, les personnes pauvres ont moins recours aux consultations psychologiques, qui sont peu accessibles financièrement, et davantage recours aux consultations psychiatriques.

### **(c) La prévention est moins opérante :**

Pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes et le recours aux soins dentaires préventifs, l'usage diminue avec le niveau de revenu. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude KCE qui montre que le dépistage du cancer du sein et les soins dentaires préventifs sont moins fréquemment réalisés chez les personnes vulnérables, comme les personnes à risque de pauvreté, en situation de déprivation matérielle, avec un faible niveau d'éducation ou encore avec un niveau de revenu bas (Bouckaert, et al., 2020). Tout comme pour les inégalités de santé, un gradient social est observé avec une augmentation progressive du recours aux soins dentaires préventifs avec l'augmentation du niveau de revenu du quartier.

Descendre le long de l'échelle sociale, c'est d'abord être confronté à des conditions de vie, sociales, économiques et environnementales plus dures qui ont un impact majeur sur la santé. En effet, « les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales **structurelles** qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire de son développement économique » (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225). Ces inégalités de santé sont exacerbées par les multiples difficultés d'accès aux soins qui persistent en Belgique (Cès & Baeten, 2020). Les domaines d'action sont donc nombreux : les revenus, l'emploi et les conditions de travail, le logement, l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel), les soins de santé, etc. Les inégalités sociales de santé restent un défi sociétal majeur qui doit être abordé de façon globale et complète, le risque étant le morcellement des politiques publiques non coordonnées qui n'agissent pas sur l'ensemble des déterminants sociaux. Réduire les

inégalités sociales, qui « sont les causes **inévitables et évitables** de problèmes de santé dans la population » (Van Oyen, et al., 2011, p. 8), passe donc par la mobilisation de tous les niveaux de pouvoir et de tous les partenaires sociaux. Avec sa stratégie « *Health in All Policies* »<sup>10</sup> (la santé dans toutes les politiques), l'Organisation mondiale de la santé nous montre le chemin à suivre.

Les travaux en épigénétique montrent que la santé n'est pas un acquis à la naissance mais qu'elle se construit tout au long de la vie en fonction de l'environnement au sens large, y compris social. Il a été démontré que des conditions de vie stressantes ont des répercussions biologiques qui détériorent la santé. Les recherches récentes montrent que certains traumatismes, tels que les abus sexuels pendant l'enfance ou encore un faible niveau de revenu, agissent jusqu'à l'échelle moléculaire en venant modifier l'expression des gènes. L'impact des événements psychologiquement stressants notamment pendant l'enfance a des effets négatifs sur la santé à l'âge adulte, indépendamment des autres causes possibles (niveau socio-économique, d'éducation, de comportement, etc.). Ces modifications génétiques peuvent en outre également être transmises aux générations suivantes (Lang, et al., 2016).

Ces constats invitent à repenser la notion de causalité dans une approche dynamique par rapport à la biographie de l'individu. Les personnes confrontées à des environnements stressants au cours de leur vie ont plus de risque d'avoir des problèmes de santé que les autres. Cela met en lumière l'importance d'agir sur les conditions de vie des personnes en raison de leur impact direct sur leur santé (comme par exemple les conditions de logement ou la pollution environnementale) ou indirectement par un stress chronique liés à des problèmes sociaux, en particulier lorsque les revenus sont insuffisants pour subvenir aux besoins élémentaires. Cela signifie également qu'une politique de santé qui se limiterait à agir au niveau des comportements individuels, plus facilement observables que les conditions de vie, occulterait les causes principales des inégalités de santé, à savoir des circonstances défavorables auxquelles une partie importante de la population se trouve confrontée tout long de leur vie.

Dans le domaine des soins de santé, pour réduire les inégalités de santé, c'est le principe d'un universalisme pro-

portionné qui doit fonder l'action, comme le recommande Marmot : « Pour réduire la pente du gradient social en matière de santé, les **actions doivent être universelles, mais d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles au niveau de désavantage**. Une action plus intense sera probablement nécessaire pour les personnes défavorisées sur le plan économique et social, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème » (Marmot, 2010, p.10, notre traduction).

Améliorer l'accessibilité aux soins nécessite une réflexion approfondie sur la façon dont l'offre de soins est organisée en fonction des besoins de la population. Le principe de l'universalisme proportionné devrait guider les transformations pour améliorer **l'accès aux soins dans les quatre domaines**, la sensibilité aux besoins de soins, la disponibilité des services de santé, l'accessibilité financière et l'acceptabilité (Cès, 2021). Il est possible d'affirmer, de la même façon que pour les inégalités de sociales de santé, que les obstacles pour accéder aux soins se multiplient à mesure que les désavantages sociaux se cumulent. Concernant l'amélioration de la **sensibilité** aux besoins de soins, nos résultats démontrent au travers de différents indicateurs (surmortalité, diabète, problèmes cardiovasculaires) que nous ne sommes pas égaux en terme de risque/besoins en soins et qu'il est donc indispensable de prendre en compte ces différences de besoins pour obtenir une réduction des inégalités de santé, à commencer par le dépistage précoce des problèmes de santé.

Par exemple, le risque de diabète étant très inégalement réparti au sein de la population, comment est-il possible d'adopter des mesures différenciées pour dépister davantage/plus intensivement les groupes plus à risque ? Au vu de l'importance des risques sociaux sur la santé, il est essentiel de questionner la pratique et la recherche clinique dans le cadre du processus diagnostic. Les besoins en soins accrus des personnes moins favorisées doivent pouvoir être détectés de façon suffisamment précoce. Cela pourrait être intégré, d'une part, dans la formation des prestataires de soins visant à mieux identifier les risques sociaux de santé pour favoriser un dépistage et un suivi plus adapté. Les risques sociaux devraient pouvoir être considérés afin d'adapter la prise en charge en fonction des profils de patient-es. Du côté des patient-es, la sen-

10 L'Organisation mondiale de la Santé définit cette stratégie comme « une approche des politiques publiques dans tous les secteurs qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. Elle accroit la responsabilité des décideurs quant aux effets sur la santé à tous les niveaux de l'élaboration des politiques. Elle met l'accent sur les conséquences des politiques publiques sur les systèmes de santé, les déterminants de la santé et le bien-être » (WHO, 2014, p. 2).

sibilisation aux besoins en soins préventifs dans la population devrait également mieux considérer les différences de risque des différents publics afin de lutter contre une sous-utilisation structurelle d'autant plus dommageable pour les groupes les plus à risque. Les personnes moins favorisées sont confrontées à de multiples difficultés à gérer au quotidien pour répondre à leurs besoins élémentaires (s'alimenter, se loger, se chauffer, etc.) et sont donc moins disponibles pour répondre à leurs besoins en soins préventifs. Rendre un soin gratuit (ou peu cher) ne supprime pas le problème de l'accessibilité : comme pour le dépistage du cancer de sein où le programme communautaire gratuit ne permet pas que les femmes moins favorisées économiquement aient autant recours au dépistage que les autres franges de la population. Les efforts réalisés ou à entreprendre pour améliorer la littératie devraient aussi inclure explicitement le fait de savoir détecter ses besoins de soins. Or, le niveau de 'littératie' en santé<sup>11</sup> est plus faible quand on descend le long de l'échelle sociale (Avalosse, et al., 2017, p.39).

L'existence d'inégalités de santé signifie aussi que les besoins en soins de santé de la population sont inégalement répartis sur le territoire. C'est pourquoi l'offre de soins devrait être mieux répartie géographiquement en fonction des besoins de soins de la population locale pour garantir des **services de soins de santé disponibles** à tous, sans discrimination. L'offre de soins doit être dimensionnée pour assurer une disponibilité suffisante des services adéquats en fonction des besoins de la population locale (par exemple, développer l'offre de maisons médicales, les services d'urgence, adapter la capacité hospitalière dans une zone géographique en fonction du profil socio-économique de la population locale, dans les quartiers moins favorisés, etc.) afin de prévenir l'engorgement des services, les listes d'attentes ou encore la surcharge de travail des professionnels de santé. En particulier, nos résultats montrent bien combien il est essentiel de garantir la disponibilité des services pour assurer un suivi différencié à l'hôpital afin de tenir compte des facteurs de risques sociaux de santé. Une standardisation accrue de la prise en charge nierait les situations sociales risquerait d'accroître encore davantage les inégalités de santé. Enfin, il est aussi nécessaire de veiller à rendre disponibles les soins en fonction du niveau de besoin en évitant une dualité entre les publics vulnérables et les autres qui ne reflète pas la réalité des besoins de la population.

Concernant l'**accessibilité financière**, il faut veiller à ne pas adopter une politique dichotomique, avec des mesures visant uniquement pour les publics les plus défavorisés financièrement, mais progressive pour s'adapter à la variabilité de la capacité à payer et des niveaux de besoins de soins au sein de la population. Les personnes les plus gravement atteintes devraient être suffisamment protégées du risque financier lié aux soins de santé pour ne pas subir de fardeau financier ou reporter des soins indispensables pour leur santé. Si les mesures récentes améliorant l'accès financier (par exemple, la levée de l'interdiction du tiers-payant en ambulatoire, la non indexation des plafonds du Maximum A Facturer, l'absence de ticket modérateur en ambulatoire pour les personnes de moins de 25 ans avec le statut bénéficiaire de l'Intervention Majorée) représentent des avancées importantes, l'effort devrait se poursuivre dans les années à venir au regard de l'importance des montants qui demeurent à charge des patient-es (notamment en cas d'hospitalisation, pour les médicaments, ou encore les dépassements d'honoraires difficilement évitables dans certaines disciplines faiblement conventionnées). Par exemple, la sous-utilisation des soins dentaires préventifs trouve sans doute une part d'explication dans le fait que les personnes craignent de ne pas pouvoir financer les soins dentaires curatifs et que les dentistes soient aussi peu conventionnés (De Wolf, et al., 2020). Une meilleure cohérence des conditions financières d'accès permettrait une meilleure lisibilité de l'organisation des soins de santé et donc un meilleur accès. Avec la crise économique actuelle, les besoins en soins risquent de ne pas être rencontrés pour une partie plus importante encore de la population en raison de leur incapacité à supporter les dépenses de santé et les personnes les plus malades risquent ainsi d'être touchées davantage.

Enfin, ces résultats mettent aussi en lumière l'importance de délivrer **des soins acceptables** pour tous, c'est-à-dire assurer un niveau de qualité perçue minimum pour que les personnes acceptent de recourir aux soins. Les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique doivent pouvoir bénéficier d'une écoute et d'une compréhension suffisante de la part des soignant-es afin qu'ils-elles puissent adapter les soins et la façon de les délivrer en fonction des situations personnelles. Les maisons médicales, par leur expérience des publics défavorisés, développent une expertise à part entière par leur connaissance et leur compréhension des difficultés vécues au quotidien

11 Ce concept est défini comme « la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie » (Sørensen, et al., 2012, notre traduction).

(Cès & Baeten, 2020). Cela signifie que les professionnel·les de santé doivent être suffisamment sensibilisés et formés aux difficultés sociales pour pouvoir adapter leur pratique, que ce soit par rapport à la communication, aux choix thérapeutiques ou encore au suivi. Cela passe en premier lieu par la lutte contre la stigmatisation, qui est reconnue plus généralement comme une cause fondamentale d'inégalités de santé (Hatzenbuehler, et al., 2013). À titre d'exemple, dans les soins de santé, les préjugés et certaines croyances ou stéréotypes à l'égard de l'obésité influencent les attitudes des professionnel·les de santé qui peuvent être alors être contre-productives (Taluuma, et al., 2022). Au-delà de la question de l'acceptabilité des soins, pour lutter contre le report ou le renoncement aux soins, cette capacité à prendre soin de l'autre, sans jugement de l'altérité, y compris dans ses différences, devrait être reconnue comme une composante centrale de l'efficacité thérapeutique. Le développement de l'empathie, « la capacité à comprendre le vécu d'autrui et de communiquer cette compréhension est essentielle à l'efficacité thérapeutique » (Taluuma, et al., 2022, notre traduction).

Dans l'accord de gouvernement à l'origine de l'actuel gouvernement fédéral, on trouve par exemple la formulation explicite d'un ambitieux objectif de réduction des inégalités de santé : « L'objectif est de réduire, d'ici 2030, de minimum 25% les inégalités de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées en matière d'espérance de vie en bonne santé, de réduire le taux de mortalité évitable de 15%, et de revenir dans le 'top 10' européen en ce qui concerne le nombre d'années de vie en bonne santé, tout en garantissant une très bonne accessibilité et une bonne couverture » (Accord de gouvernement, 2020, p. 14). Un tel engagement doit toutefois se traduire par des mesures concrètes visant à réduire les inégalités. Notre étude fournit en particulier l'opportunité de réfléchir à des objectifs SMART dans le domaine de la lutte contre les inégalités de santé pour guider et coordonner les politiques de santé et de soins de santé (Cès, 2022) comme par exemple :

- réduire de 20% la différence de risque de décéder (toutes causes confondues) entre la population qui vit dans les quartiers les plus pauvres (le premier décile des revenus) et la population totale d'ici 10 ans (différence de près de 29% en 2019) ;
- réduire de 20% la différence de risque de diabète entre la population qui vit dans les quartiers les plus pauvres (le premier décile des revenus) et la population totale d'ici 10 ans (différence de 25% en 2019).

Nos indicateurs sont construits sur base des données relatives aux membres de la MC, soit à partir des données de 4,5 millions de membres, et fournissent des résultats robustes. Il est essentiel également de souligner que nos résultats montrent à quel point il est indispensable de disposer de données représentatives au niveau socio-économique pour capturer l'ampleur des problèmes de santé au sein de la population. Une sous-représentation des publics défavorisés conduit de facto à une sous-estimation de la prévalence des problèmes de santé au niveau populationnel.

## 6. Conclusion

Dans le présent article, nous avons voulu mesurer les inégalités liées à la santé et au recours aux soins de santé. Plus précisément, ce sont des inégalités économiques que nous avons mesurées en classant les quartiers d'habitation des membres selon le niveau de revenu fiscal. Nos résultats sont sans équivoque : nous ne sommes pas égaux face à la mort et à la (mauvaise) santé, nous n'utilisons pas les soins de santé de la même façon. Et c'est invariablement aux dépens des populations pauvres : plus le quartier est défavorisé et plus l'état de santé est détérioré et plus le risque de décéder dans l'année augmente (toutes causes confondues). La nouvelle méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude, différenciant dix classes de secteurs statistiques, permet également de mettre en évidence l'existence ou non d'une linéarité des inégalités de santé et d'utilisation de soins de santé. Les différences parfois très marquées pour les situations de pauvreté extrêmes montrent qu'en dessous d'un certain seuil de revenu, les risques de santé sont beaucoup plus élevés que pour le reste de la population. Cela démontre qu'un certain niveau de revenu minimum est indispensable pour assurer des conditions de vie « suffisantes » qui garantissent un bon état de santé.

Ces inégalités de santé ne sont pas une fatalité : elles ne sont en rien 'naturelles' mais bien 'produites' du fait qu'elles sont la résultante de toutes les autres inégalités auxquelles notre société est confrontée. Les réduire devrait être l'objectif de tous. Pour y arriver, il faut agir sur tous les déterminants de la santé et pas seulement sur le système de santé. Car « les inégalités sociales de santé sont pour l'essentiel dues à des facteurs indépendants du système de santé, c'est-à-dire aux conditions et aux modes de vie des personnes. Elles résultent donc en large

part des choix de société en matière d'emploi et de logement, d'éducation et de fiscalité » (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226).

Il faut également souligner le risque de santé publique que représente la crise économique actuelle en l'absence de réponse politique forte et coordonnée pour éviter l'ac-

croissement des inégalités économiques. Enfin, la crise écologique majeure à laquelle nous sommes collectivement confrontés nous oblige à repenser nos priorités. Que voulons-nous en tant que société ? Devons-nous continuer à poursuivre des objectifs de croissance économique ? Ou bien ne devons-nous pas plutôt mettre en avant des objectifs de santé et de bien-être ? (Laurent, 2020).

## Bibliographie

Accord de gouvernement. (30-09-2020). *Pour une Belgique prospère, solidaire et durable*.

Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54, 2221-2227.

Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., & Mertens, R. (2009). Inégalités sociales de santé en Belgique : des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données mutualistes. *Revue belge de sécurité sociale*, 1, 145-170.

Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles : Agence Intermutualiste.

Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2015). Les inégalités en santé chez les membres des MC : ne pas avancer, c'est reculer. *MC-Informations*, 262, 26-39.

Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S., De Cock, S., Gérard, F., Cornerotte, S., & Van den Broucke, S. (2017). Littératie en santé et sources d'information. *MC-Informations*, 267, 33-47.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). KCE Reports 334B. D/2020/10.273/30. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Bourguignon, M., Damiens, J., Doignon, Y., Eggerickx, T., Fontaine, S., Lusyne, P., et al. (2021). *Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19*, Document de travail 27. Louvain-la-Neuve : Centre de recherche en démographie.

Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels : European Social Observatory.

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.

Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 313B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Bruxelles : Agence Intermutualiste.

Fédération des Maisons Médicales. (2013). *La charte des Maisons médicales*. Bruxelles.

Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.

Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Revue Santé publique*, 2(28), 169-179.

Laurent, E. (2020). *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*. Paris : LLL (Les Liens qui libèrent).

Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.

Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. London : Bloomsbury.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary.

Noirhomme, C. (2022). Le suivi psychologique : Accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC. *Santé & Société*, 3, 28-51.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2022). *Baromètre social 2021*. Bruxelles : Commission communautaire commune.



- Sholokhova, S. (2021). Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Information*, 283, 42-57.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- STATBEL. (2022). *Revenus fiscaux*. Consulté le 29-09-2022, sur <https://statbel.fgov.be> : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>
- Taluuma, B., Brown, A., Batterham, RL, & Kalea AZ. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity review*, 23(10), e13494.
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2011). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent : Academia Press.
- WHO. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London : Penguin.

