

Vers des soins accessibles

Recension des interventions des chercheurs et chercheuses invitées, présentées lors de la journée d'étude du 22 mai 2025

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest, Mattias Van Hulle, Nicolas Rossignol

— Service d'études CM-MC

Résumé

Si on convient aisément qu'assurer l'accessibilité des soins constitue un enjeu majeur pour notre système de santé, il reste nécessaire de comprendre ce que cela implique concrètement. Il nous faut analyser dans quelle mesure les soins sont effectivement accessibles et, si ce n'est pas toujours le cas, comprendre pour quelles raisons. C'est pourquoi le Service d'études de la Mutualité chrétienne s'est mobilisé pour organiser la journée d'étude intitulée « *Vers des soins accessibles* », qui a eu lieu le 22 mai 2025 à Schaerbeek. Cet article recense les interventions des chercheurs et chercheuses invitées lors de cette journée, les Professeurs Sandy Tubeuf, Sarah Willems et Michael Marmot. Les réflexions proposées appuient les constats d'inégalités d'accès aux soins et constituent des plaidoyers forts pour développer des approches différenciées au regard des inégalités observées. Et ce dans une perspective d'universalisme proportionné.

Mots-clés : Journée d'étude, accessibilité des soins, universalisme proportionné, recension

Table des matières

Introduction	28
1. Inégalités liées à la migration dans l'accès et l'utilisation des soins médicaux – Prof. Sandy Tubeuf	29
1.1. Disparités dans le renoncement aux soins entre personnes immigrées et natives en Europe	29
1.2. Disparités dans les prescriptions médicamenteuses entre personnes immigrées et natives en Espagne	29
1.3. Accès à l'aide médicale urgente à Bruxelles	30
2. Universalisme proportionné en action : équité comme condition d'accès aux soins – Prof. Sara Willems	30
2.1. Complexité des inégalités en santé	30
2.2. Universalisme proportionné comme solution	31
2.3. Exemples des pratiques	31
3. Appel à l'espoir et à l'action – Prof. Michael Marmot	32
3.1. L'importance essentielle du gradient social	32
3.2. Diminution de l'espérance de vie due aux politiques d'austérité	33
3.3. Espoir et universalisme proportionné en action	34
4. Conclusion	35
Bibliographie	37

Introduction

L'objectif de cet article n'est pas de retracer la généalogie du concept d'« accessibilité des soins ». Il ne consiste pas non plus à détailler l'ensemble des échanges ayant eu lieu durant cette riche journée. **Cet article est une recension, un compte-rendu critique des interventions proposées lors de cette journée.** Et en l'occurrence, celle des intervenant-es externes, dont les arguments principaux seront utilement documentés ici.

Nous ne reviendrons pas sur les interventions de Sophie Cès, Stijn Vos, et Clara Noirhomme, tous les trois membres du Service d'études. Les deux premières sont basées sur les articles suivants : *L'accès aux soins de santé, définition et enjeux* (Cès, 2021) et *La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé* (Vos, 2025). La dernière, portant sur l'état de santé et le recours aux soins en Belgique en fonction du niveau de revenus, fera l'objet d'un article complet qui paraîtra dans un prochain numéro de *Santé & Société*.

La première intervention recensée dans cet article est celle de Sandy Tubeuf, professeure en économie de la santé à l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). Ses recherches se concentrent sur des travaux empiriques et théoriques visant à mesurer les inégalités en matière de santé et l'importance du contexte familial et des caractéristiques individuelles du mode de vie sur la santé et les résultats en matière de soins de santé. Le cadre théorique du travail de Sandy Tubeuf est celui de l'économie de la santé qui, depuis les années 1970, a intégré avec succès le concept du capital santé venant des sciences sociales. Ce concept s'est avéré utile afin de réfléchir sur les inégalités en santé et les façons dont la santé varie au cours de la vie de la personne : considérée comme un capital qu'on reçoit à la naissance, la santé peut s'améliorer ou se détériorer sous l'influence de différents facteurs (âge, choix de vie, conditions socio-économiques, etc.). Dans ce modèle, le recours aux soins de santé a aussi un impact direct sur la santé avec ce que cela implique en matière d'obstacles et de biais qui déterminent le recours aux soins. **Dans son intervention, Sandy Tubeuf revient sur une étude menée de concert avec Luigi Boggian (PhD, Université de Vérone & UCLouvain), qui s'intéresse particulièrement aux trajets de soins des personnes migrantes, qui constituent un cas particulièrement alarmant des inégalités sociales en santé.** Quel que soit le statut de la personne migrante, elle peut être en effet confrontée à des obstacles majeurs : les personnes en situation irrégulière hésitent à consulter par peur d'expulsion, et subissent des discriminations ; les

personnes en situation régulière peuvent rencontrer des difficultés proches de celles des groupes précaires non migrants, notamment liées au logement, à l'emploi ou à la méconnaissance du système de soins. Les barrières sociales et administratives entraînent donc un renoncement aux soins important même chez des personnes ayant des besoins réels. Étudier les variations dans le recours aux soins chez les personnes migrantes et les comparer avec le recours des personnes natives permet de réfléchir sur ces différents obstacles et la manière dont ils peuvent être dépassés.

La deuxième intervention que nous aborderons est celle de Sara Willems, professeure en équité dans les soins de santé au département de Santé publique et de Soins de première ligne de l'Université de Gand (UGent). Elle y dirige le *Equity in Health Care Research Group*, une équipe interdisciplinaire engagée dans des projets nationaux et internationaux sur les inégalités sociales d'accès et de qualité des soins. Ses recherches portent sur l'équité comme dimension de la qualité des soins, les soins de première ligne communautaires et l'intégration entre santé publique et soins primaires. L'intervention de Sarah Willems lors de cette journée d'étude évoque un constat largement documenté : **la santé n'est pas répartie de manière équitable** et il existe un écart social qui, de surcroît, tend à se creuser. Cela se reflète notamment dans les chiffres relatifs à la prévalence du diabète ou des troubles anxieux. Ces inégalités de santé ne se manifestent pas uniquement entre classes sociales, mais aussi entre hommes et femmes, ainsi qu'entre régions. On observe par exemple des différences nettes dans les taux de mortalité entre le nord et le sud du pays. Mais **les inégalités de santé sont complexes à appréhender, car elles ne concernent pas une seule catégorie clairement définie de personnes vulnérables.** Il existe bel et bien un gradient social de santé : à chaque échelon que l'on descend sur l'échelle sociale, la probabilité de vivre moins longtemps augmente. Ce gradient se manifeste dans les indicateurs de santé, comme le montrent les écarts de prévalence des troubles anxieux entre les personnes hautement diplômées, celles de la classe moyenne et celles issues des milieux les plus défavorisés. On l'observe également dans l'exposition aux facteurs de risque pour la santé et dans les comportements liés à la santé — ce que l'on appelle le continuum de risque. Sara Willems part de ce constat pour explorer la manière dont l'« **universalisme proportionné** » — terme qu'on définira dans cet article — **peut constituer une réponse théorique et pratique à ces inégalités**, notamment en revenant sur des exemples de mise en œuvre de celui-ci en Belgique.

Enfin, cet article se terminera par la recension de l'intervention de Sir Michael Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'University College London et directeur de l'Institute of Health Equity. Depuis près de cinquante ans, il étudie les inégalités sociales de santé et a dirigé les célèbres études *Whitehall* sur les fonctionnaires britanniques, démontrant l'impact du statut socio-économique sur la santé. Il a présidé la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et a publié en 2010 le rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010), qui a profondément influencé les politiques publiques au Royaume-Uni. Son travail met en lumière l'importance des conditions sociales — logement, éducation, emploi — dans l'accès équitable aux soins et la prévention des maladies. Son approche globale et fondée sur des données probantes en fait une référence incontournable en matière de justice sociale et de santé publique. Le professeur Sir Michael Marmot développe, dans sa conférence, une argumentation sur l'impact déterminant des structures sociales, des choix économiques et des stratégies politiques sur l'espérance de vie et le bien-être de l'ensemble de la population. Son propos, fondé sur plusieurs décennies de recherche, d'observations rigoureuses et de comparaisons internationales, constitue un plaidoyer en faveur de **l'universalisme proportionné comme principe directeur d'une politique de santé équitable**.

1. Inégalités liées à la migration dans l'accès et l'utilisation des soins médicaux — Prof. Sandy Tubeuf

1.1. Disparités dans le renoncement aux soins entre personnes immigrées et natives en Europe

Parmi les résultats des différentes études qui se sont penchées sur les corrélations entre le statut migratoire et la santé des personnes, Sandy Tubeuf propose de retenir deux mécanismes. Le premier concept est celui du « migrant-e en bonne santé », qui renvoie à l'idée selon laquelle les personnes migrantes, en dépit de parcours migratoires souvent éprouvants, présentent une certaine

robustesse et ne manifestent pas de problèmes de santé immédiats (Jasso, Massey, Rosenzweig, & Smith, 2004). Le deuxième concerne les personnes migrantes qui vivent depuis longtemps dans un nouveau pays et qui rencontrent des difficultés d'intégration (Giuntella & Stella, 2017). Chez ces personnes, la santé se détériore de la façon comparable à celle de la population native. Ces deux mécanismes ont été attestés pour la santé physique, mais il y a beaucoup moins de travaux au sujet de la santé mentale, à l'exception de quelques études sur la santé mentale des personnes migrantes installées dans un pays qui n'est pas leur pays d'origine (Elshahat, Moffat, & Newbold, 2022).

Or que se passe-t-il sur le plan du recours aux soins de santé pour les populations migrantes vers l'Europe ? Quels sont les risques du renoncement aux soins, c'est-à-dire d'un écart entre les besoins de soins perçus par l'individu et les soins reçus ? Une enquête européenne PHARE permet de comparer les taux de renoncement au sein de la population habitant un pays entre les groupes natifs et les groupes migrants tout en distinguant les migrants de la première génération (qui ne sont pas nés dans le pays de leur résidence) des migrants de la deuxième génération (dont un des parents est un migrant de la première génération). Selon cette enquête, les résultats sont généralement similaires entre les personnes nées dans le pays de résidence et les personnes migrantes de la deuxième génération, tandis que le renoncement aux soins est plus élevé pour les personnes migrantes de la première génération¹. L'équipe de recherche de Tubeuf s'est attachée à faire une analyse approfondie de résultats de cette enquête et a permis de démontrer **qu'il y a toujours une différence significative entre les migrants de la première et deuxième génération**. Par ailleurs, son équipe a pu conclure que l'accès aux soins de santé varie en fonction du pays de provenance et **que les personnes venant des pays non européens renoncent plus aux soins que tous les autres**.

1.2. Disparités dans les prescriptions médicamenteuses entre personnes immigrées et natives en Espagne

Une étude menée, sous la direction de Tubeuf, en Espagne a permis d'objectiver les disparités dans le renoncement aux soins entre populations immigrées et natives en comparant les prescriptions médicales pour **le diabète et l'hypertension** (Boggian, Madia, & Nicodemo, 2025). Les résul-

1. Ce n'est pourtant pas le cas de la Belgique où les deux groupes migratoires ont des résultats similaires (un peu moins de 10% renoncent aux soins) et sont plus élevés que les personnes natives.

tats indiquent que **les personnes immigrées reçoivent en moyenne moins de prescriptions adaptées que les natives** (toute chose égale par ailleurs), malgré des besoins comparables, voire supérieurs. De même, les **prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs** sont également **nettement moins fréquentes** chez les personnes immigrées (toute chose égale par ailleurs)². Quand bien même, les données ne permettent pas de dire s'il s'agit des différences qui pourraient être expliquées par les préférences des patient-es, il en ressort clairement qu'il existe des différences importantes dans la prise en charge médicale en fonction du background migratoire.

1.3. Accès à l'aide médicale urgente à Bruxelles

Une étude sur le fonctionnement de l'aide médicale urgente octroyée aux étrangers en situation irrégulière en Belgique combinant une méthodologie qualitative et quantitative a été menée sous la direction de Tubeuf en 2023 dans les communes d'Anderlecht, Molenbeek et Saint-Josse-ten-Noode. Cette étude (à paraître prochainement) montre que les personnes sans papiers ont un **accès très limité** à cette aide, malgré leur éligibilité. La majorité des participant-es à l'étude signale qu'il existe des difficultés importantes d'obtention de l'aide médicale urgente, or plus que la moitié des participant-es rapportent en même temps de souffrir des problèmes de santé nécessitant une intervention médicale. La complexité de la procédure est pointée comme un des obstacles principaux à l'obtention de l'aide médicale urgente.

2. Universalisme proportionné en action : l'équité comme condition d'accès aux soins — Prof. Sara Willems

2.1. Complexité des inégalités en santé

Le point de départ de la réflexion de Willems repose sur une observation fondamentale : les inégalités sociales en

matière de santé ont une influence déterminante sur l'état de santé d'une population. En s'appuyant sur les travaux de l'OMS, elle rappelle que « les inégalités de santé sont injustes, mais peuvent être réduites grâce à une bonne combinaison de politiques (publiques) » (Organisation mondiale de la santé, 2018, notre traduction). Il apparaît donc essentiel, lorsqu'on souhaite agir sur la santé d'une population, de mettre en place des politiques visant à réduire ces inégalités. Cela soulève toutefois une question complexe : quel type de politique de santé convient-il de mettre en œuvre ? Dans ce contexte, l'importance d'un système universel de soins de santé est souvent mise en avant. Toutefois, l'élaboration de telles politiques se heurte inévitablement à plusieurs difficultés.

L'une de ces difficultés réside dans le fait que le **gradient social en matière de santé est largement déterminé par des facteurs sociaux qui relèvent souvent de secteurs extérieurs à celui de la santé**. Autrement dit, les inégalités sociales sont en partie causées par les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent (par exemple : logement insalubre, discrimination dans l'enseignement, alimentation malsaine, manque d'espaces verts dans le quartier, etc.), autant de domaines qui ne relèvent pas directement des soins de santé. Willems mobilise ici les recherches du professeur Marmot qui a en effet constaté que lorsqu'on s'attaque aux inégalités sociales, on se concentre souvent sur des facteurs liés aux comportements de santé. Ainsi, on tente par exemple de résoudre les problèmes pulmonaires en ciblant le comportement tabagique des personnes en situation de vulnérabilité. Or, les études de Marmot démontrent qu'il est important de remonter plus haut dans la chaîne des causes, vers ce qui détermine les inégalités sociales — vers la cause de la cause (de la cause) (= *the upstream causes of health*). On arrive alors souvent à des politiques sociales, au contexte socio-économique et aux normes sociales d'une société (par exemple : Quelle importance accordons-nous à la solidarité dans notre société ?).

Un deuxième défi pour les interventions réside dans le fait que les individus ne sont pas « les pauvres », « la mère célibataire » ou « la personne peu qualifiée ». **Chaque individu est un croisement d'identités**. Ainsi, une personne ayant un haut niveau d'éducation et un bon emploi ne bénéficie généralement pas d'avantages sociaux, car elle ne correspond pas à l'étiquette de « vulnérable ». Pourtant,

2 En ce qui concerne la première question, la population de l'étude incluait les personnes des 50 ans et plus qui un an avant l'année d'analyse (prescription éventuelle médicamenteuse) ont été bien diagnostiquées avec le diabète ou l'hypertension ; et pour la deuxième, la population d'étude est constituée des personnes âgées de plus de 18 ans et diagnostiquées avec un trouble d'anxiété ou la dépression.

cette personne peut tomber dans la pauvreté, par exemple en cas de séparation, si elle doit assumer seule la charge des enfants, ne reçoit pas de pension alimentaire ou doit rembourser un emprunt important. Il est donc difficile d'attribuer des étiquettes aux individus et d'utiliser ces étiquettes pour déterminer les aides à octroyer, précisément parce que chaque personne est un croisement d'identités.

Par ailleurs, il a déjà été constaté que **certaines interventions, dans la pratique, peuvent créer ou accentuer une fracture sociale**, alors même que leur objectif était l'inverse. À titre d'exemple, Willems cite des médecins qui affirment traiter tous les patient·es de la même manière. Mais « traiter tout le monde de manière égale, c'est créer de l'inégalité », souligne Willems, « car les besoins ne sont pas les mêmes pour tout le monde ». Un message clé de son exposé est donc que lorsque l'on agit de manière égale envers toutes et tous, on crée en réalité souvent de l'inégalité. Lutter contre les inégalités sociales en matière de santé exige en fait que l'on agisse différemment.

2.2. Universalisme proportionné comme solution

Une solution envisagée consisterait à adopter une approche ciblée, en développant des politiques qui identifient les groupes vulnérables et concentrent les efforts sur ceux-ci. Toutefois, comme le souligne Willems, cette stratégie n'est pas toujours adéquate et comporte des risques. Elle peut engendrer une stigmatisation : les personnes qui bénéficient d'un soutien spécifique se voient attribuer une étiquette particulière. Cela contribue également à accroître la distance sociale entre ceux et celles qui reçoivent une aide et ceux et celles qui n'en bénéficient pas, et peut mener à une médecine à deux vitesses. En outre, ce type d'approche est coûteux et expose à des risques de mauvaise classification, tout en entraînant une sous-protection de certains groupes. Une autre question se pose : faut-il intervenir au niveau individuel (le·la patient·e) ou plutôt à l'échelle de la population — cette dernière approche étant actuellement très en vogue. Mais là encore, les modalités concrètes de mise en œuvre restent floues.

Quelle serait alors une approche adéquate ? Willems considère que le rapport *Fair Society, Healthy Lives* de Marmot et al. (2010) offre des pistes intéressantes. Dans

cette étude de référence, Marmot propose le principe de **l'universalisme proportionné** comme réponse à la tension entre une approche universelle et une approche ciblée. Willems cite un passage clé du rapport : « Pour réduire la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnées au niveau de désavantage » (Marmot et al., 2010, p. 10, notre traduction). **Deux éléments clés en découlent : il est parfois nécessaire d'intensifier les interventions, mais dans certains cas, une approche différente s'impose.** L'objectif de l'universalisme proportionnel est donc d'améliorer la santé de l'ensemble de la population, ce qui n'est possible qu'en tenant compte du gradient social — en agissant davantage à mesure que les individus se situent plus bas sur l'échelle sociale.

Par ailleurs, dans la théorie initiale de l'universalisme proportionné, l'accent est mis sur les *upstream causes of health*, c'est-à-dire les causes structurelles (en amont) de la santé. Au Royaume-Uni, ce principe a déjà été mis en œuvre dans les *Marmot Cities*³ — des villes telles que Leeds, Coventry ou Luton qui s'attaquent aux inégalités sociales de santé en s'appuyant sur ce principe et en développant des initiatives ciblant les causes structurelles. Ces villes investissent notamment dans le logement et favorisent la collaboration non seulement avec le secteur de la santé, mais aussi avec l'éducation et d'autres domaines (voir 3.3).

2.3. Exemples des pratiques

En Flandre, certaines villes et communes appliquent le principe de « **la santé dans toutes les politiques** » (*Health in All Policies* — HiAPP), selon lequel la santé constitue un objectif essentiel intégré dans tous les domaines de l'action publique. Ainsi, dans le cadre de la politique de mobilité, la construction d'un pont ou d'un tunnel est pensée en lien avec la santé, et en particulier avec les inégalités de santé.

On trouve également plusieurs exemples inspirants de la mise en œuvre du principe de **l'universalisme proportionné**, principalement axés sur les **causes en aval de la santé**⁴ (*downstream causes of health*), comme le programme flamand de dépistage du cancer du col de l'utérus. Une étude, à laquelle le département de Willems a participé, montre un taux de dépistage global d'environ 66%, ce qui constitue en soi un bon résultat. Toutefois, ce taux est net-

3 Pour plus d'information, voir <https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places>.

4 Alors que les *upstream causes of health* s'intéressent à la cause des causes, les *downstream causes of health* renvoient aux causes directes et aux facteurs de risque individuels conduisant à la maladie, aux blessures ou à la mortalité.

tement plus faible dans certains sous-groupes socialement vulnérables (les personnes de plus de 60 ans, celles ayant un parcours migratoire, un faible niveau d’instruction ou un faible revenu). Bien que ce programme constitue un excellent exemple d’approche universelle — chaque personne reçoit une invitation au dépistage, indépendamment de son statut social —, il apparaît clairement que cette approche de base ne fonctionne pas pour tout le monde et qu’elle révèle des inégalités sociales. À partir de ce constat, plusieurs projets pilotes sont menés dans le cadre de l’étude ESAGG⁵ afin d’explorer comment concrétiser une approche fondée sur l’universalisme proportionné⁶.

Dans une première étape, la plus simple, l’intensité de **l’intervention est augmentée** : les personnes qui n’ont pas été dépistées à plusieurs reprises reçoivent des rappels supplémentaires. Cette mesure contribue effectivement à améliorer le taux de dépistage, mais les données montrent que certains groupes restent difficilement atteignables. Pour les personnes restées longtemps en dehors du programme de dépistage, un projet pilote a été lancé avec une **approche différente** : elles reçoivent gratuitement un autotest, accompagné d’une lettre explicative claire et d’un dépliant multilingue illustré de nombreux pictogrammes. Constatant que certaines femmes restent malgré cela en dehors du dispositif de dépistage, une nouvelle mesure a été introduite, consistant à renforcer l’intensité par une collaboration avec les médecins généralistes, qui abordent le sujet lors d’une consultation pour un autre motif de santé. Grâce à un logiciel, le-la médecin peut rapidement vérifier si la patiente a été dépistée et, le cas échéant, lui remettre un autotest gratuit. Un autre projet pilote est en cours pour identifier activement les femmes non dépistées, via des actions de proximité (*outreach*) menées par les cabinets de médecine générale et, de manière encore plus intensive, par des organisations de quartier. Willems souligne ici une nuance importante : les femmes ne sont pas ciblées sur la base de caractéristiques spécifiques (comme le faible niveau d’instruction ou le parcours migratoire), mais bien sur la base d’un besoin concret — le fait de ne pas avoir été dépistées.

Un deuxième exemple est celui du *population health management*, qui présente, selon Willems, de nombreuses affinités avec le principe de l’universalisme proportionné et offre un potentiel considérable. Le **population health management** — ou gestion de la santé des populations — constitue l’un des objectifs de la *quintuple aim*, le cadre commun intégré

dans le plan interfédéral belge pour les Soins Intégrés, lancé en 2023⁷. Selon Willems, la mise en œuvre progressive de cette approche dans la première ligne de soins représente une avancée prometteuse en cohérence avec le principe de l’universalisme proportionné.

Concrètement, cette approche repose sur des « baromètres » permettant aux médecins généralistes, à partir des données contenues dans les dossiers médicaux électroniques, de visualiser par exemple combien de patient-es sont atteint-es de diabète, combien ont eu un contact au cours de l’année écoulée, ou combien ont été dépisté-es pour des complications oculaires. Le-la médecin peut ainsi intervenir non seulement lors des consultations individuelles, mais aussi à l’échelle de sa propre patientèle. Ces outils permettent également d’évaluer la qualité des soins, par exemple en vérifiant si les patient-es répondent aux recommandations ou en comparant les résultats de sa pratique avec ceux d’autres cabinets dans la région. Cela peut constituer un point de départ pour des démarches d’amélioration de la qualité. Ces baromètres représentent donc les premières graines d’une mise en œuvre de l’universalisme proportionné. À ce jour, des baromètres existent pour le diabète, les prescriptions d’antibiotiques, les maladies infectieuses et les problèmes rénaux. Willems souligne toutefois que ces outils restent très centrés sur des pathologies spécifiques et donc sur des groupes de patient-es atteints d’une maladie particulière. Pour elle, l’un des défis — notamment pour le monde académique — est d’explorer comment ces technologies pourraient à l’avenir permettre d’identifier des populations de patient-es socialement vulnérables. De plus, leur utilisation ne doit pas se limiter au niveau d’un cabinet médical, mais peut être envisagée à l’échelle régionale.

3. Appel à l'espoir et à l'action — Prof. Michael Marmot

3.1. L'importance essentielle du gradient social

L’universalisme proportionné n’est pas, de l’aveu même de Marmot, le concept le plus percutant — il le souligne avec

5 L’étude ESSAG (*Efficacy of offering a Self-SAMpling device by the General practitioner*) évalue l’efficacité de la proposition, par le-la médecin généraliste, d’un dispositif d’auto-prélèvement afin d’atteindre les femmes insuffisamment dépistées dans le cadre du programme de dépistage du cancer du col de l’utérus.

6 Pour plus d’information, voir <https://kankerregister.org/nl/onderzoek/doeltreffendheid-van-het-aanbieden-van-een-zelfafnamekit-door-huisartsen-om-vrouwen-te>.

7 Pour plus d’information, voir <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres>

un humour typiquement britannique : « il est évident que je ne serais pas un bon politicien ». Pourtant, ce principe offre des perspectives essentielles pour l'élaboration des politiques publiques. L'universalisme proportionné repose sur l'idée **qu'une politique doit s'adresser à l'ensemble de la population, tout en adaptant l'intensité et l'ampleur des interventions en fonction des besoins spécifiques des différents groupes**. Il s'agit d'un concept fondamental, issu d'un long processus de recherche et d'analyse.

Ce parcours commence avec la nomination de Marmot à la présidence de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, créée en 2005. Trois ans plus tard, la commission publie son rapport (Marmot et al., 2008), exactement 60 ans après la fondation de l'OMS et 30 ans après la Déclaration d'*Alma Ata*, considérée comme une étape majeure en santé publique. Cette déclaration affirme que l'accès à une bonne santé constitue un droit fondamental pour toutes et tous. L'objectif du rapport de Marmot était de formuler une déclaration claire et forte sur les causes des inégalités de santé. Mais son ambition personnelle allait plus loin : au-delà des recommandations politiques, il souhaitait initier un mouvement social mondial engagé dans la lutte contre les inégalités de santé. S'il ne savait pas encore précisément ce qu'impliquait un tel mouvement, il reconnaît aujourd'hui que les congrès, les débats politiques et l'engagement académique en sont les éléments constitutifs.

Pourquoi un mouvement social ? Parce que Marmot a mis en évidence que **les inégalités de santé sont principalement causées par des facteurs sociaux** — les fameux « déterminants sociaux » de la santé. Lorsqu'on pense à la santé, on pense souvent aux soins médicaux. C'est une association logique et importante, car l'accès universel aux soins reste une condition essentielle pour améliorer la santé publique. Mais Marmot pose une question fondamentale : « À quoi bon soigner les gens si on les renvoie ensuite vers les mêmes conditions qui les ont rendus malades ? » Il appelle ainsi à un changement de perspective, qu'il exprime clairement dans le rapport de l'OMS de 2008, où il affirme explicitement que les inégalités sociales tuent à grande échelle.

Au cœur de sa réflexion sur les déterminants sociaux de la santé se trouve le concept de gradient social. Se concentrer uniquement sur les plus pauvres peut sembler noble, mais cela passe à côté du problème central. En effet, même les personnes proches du sommet de l'échelle sociale ont une espérance de vie plus courte que celles tout en haut. Autrement dit, la mauvaise santé ne touche

pas uniquement les plus défavorisés : il existe une continuité dans les écarts de santé tout au long de la hiérarchie sociale. Par exemple, au Royaume-Uni, Marmot soulignait déjà en 2010 que le relèvement de l'âge de la retraite à 67 ans poserait un problème. Il prédisait que non seulement les plus pauvres, mais environ deux tiers de la population n'atteindraient pas cet âge en bonne santé. Quinze ans plus tard, sa prédiction s'est confirmée : le nombre de personnes bénéficiant d'allocations pour incapacité de travail a augmenté, mettant le système sous pression financière, au point que les prestations ne peuvent plus être versées.

Marmot insiste sur le fait que le **gradient social est remarquablement universel** : il l'a observé en Espagne, en Belgique et ailleurs. C'est pourquoi, selon lui, se focaliser uniquement sur les groupes les plus défavorisés est insuffisant. La santé suit une distribution graduelle à travers toutes les couches de la société. Pour réduire ce gradient, Marmot a formulé en 2010 six recommandations :

1. Offrir à chaque enfant les meilleures conditions de départ dans la vie ;
2. Promouvoir l'éducation et l'apprentissage tout au long de la vie ;
3. Garantir des conditions de travail justes et équitables ;
4. Assurer un revenu minimum permettant une vie en bonne santé ;
5. Créer des environnements de vie sains et durables ;
6. Intégrer les déterminants sociaux dans les politiques de prévention.

Il a ensuite ajouté deux domaines complémentaires :

7. Lutter contre le racisme structurel et les discriminations ;
8. Intégrer la durabilité écologique dans la lutte pour l'équité en santé.

3.2. Diminution de l'espérance de vie due aux politiques d'austérité

Marmot ne formule pas ses recommandations politiques à la légère. Ses recherches ont montré que les interventions à un niveau structurel peuvent avoir un impact considérable. Un exemple frappant en est la rupture de tendance observée dans l'évolution de l'espérance de vie. Pendant des décennies, celle-ci augmentait d'environ un an tous les quatre ans — ce qui revient à dire que, chaque jour, l'espérance de vie de la population progressait de six heures. Ce rythme s'est maintenu pendant plus d'un siècle, jusqu'à une rupture brutale en 2010. Depuis lors, les progrès ont ralenti, jusqu'à une stagnation complète. Dans

certaines catégories de population, notamment dans les régions défavorisées, l'espérance de vie a même diminué. Jamais auparavant, en temps de paix, une période de quinze ans sans amélioration de l'espérance de vie n'avait été observée. Pour Marmot, ce phénomène est le résultat direct d'un **échec fondamental des politiques publiques à répondre aux besoins de la population**.

Cet échec se manifeste principalement par une aggravation des inégalités. Marmot le démontre à l'aide de données statistiques marquantes. La géographie sociale du Royaume-Uni révèle que Londres, cœur économique du pays, présentait initialement des résultats sanitaires relativement bons, tandis que les régions post-industrielles comme le nord-est de l'Angleterre souffraient déjà d'une espérance de vie plus faible et de retards sanitaires importants. Entre 2010 et 2020, ces écarts se sont fortement creusés. L'espérance de vie dans le Nord-Est a stagné ou diminué, en particulier parmi les 60% les plus pauvres. À Londres, l'espérance de vie semblait encore progresser légèrement, mais une analyse plus fine montre qu'il existe en réalité de fortes disparités entre quartiers. Les zones les plus défavorisées de la capitale ont connu une nette régression.

Marmot établit **un lien direct avec la politique d'austérité menée par le gouvernement conservateur** après 2010. La priorité était de réduire les dépenses publiques, mais les coupes budgétaires n'ont pas été réparties équitablement. Les communes ayant la plus faible espérance de vie ont vu leurs budgets locaux diminuer le plus fortement. Les communes les plus riches ont subi une réduction de 16%, tandis que les plus défavorisées ont perdu 32% de leur financement public. Autrement dit, plus une commune est pauvre, plus elle a été touchée par les coupes. Marmot qualifie cela d'échec systémique : « Selon quelle logique morale est-ce la bonne chose à faire ? » Les réductions ont principalement concerné les services sociaux fondamentaux : soins aux personnes âgées, garde d'enfants, logement, infrastructures publiques — autant d'éléments qui améliorent les conditions de vie et, par conséquent, la santé. Par ailleurs, les listes d'attente pour les soins médicaux se sont considérablement allongées.

Marmot et ses collègues ont estimé qu'entre 2009 et 2020, environ un million de décès au Royaume-Uni étaient liés à la privation sociale. En comparant cette période avec la décennie précédente, ils ont constaté une augmentation de 148 000 décès directement attribuables aux effets des politiques d'austérité. Malgré ces chiffres, les responsables politiques de l'époque continuent de défendre leurs choix,

mettant en avant la croissance économique et la création d'emplois. Marmot les confronte à une autre réalité : les salaires réels du Britannique moyen sont aujourd'hui inférieurs à ceux d'il y a dix-huit ans. Et là encore, les inégalités sont frappantes. Les revenus des 10% les plus riches sont restés stables et comparables à ceux observés en Norvège. En revanche, les revenus de la classe moyenne et des 10% les plus pauvres ont fortement diminué. Si l'on ne considère que ces derniers, le Royaume-Uni est plus pauvre que la Slovaquie. Marmot insiste : le Royaume-Uni n'est pas un « pays riche », mais un pays pauvre avec quelques régions riches, Londres en tête. Sans Londres, le PIB par habitant du Royaume-Uni serait comparable à celui des États américains les plus pauvres, comme le Mississippi.

Le Royaume-Uni présente également l'un des taux de pauvreté infantile les plus élevés de l'OCDE. Une manière d'envisager les perspectives des générations futures est d'examiner la mobilité sociale. Au Danemark, il faut en moyenne deux générations pour qu'un enfant issu d'un milieu défavorisé atteigne le revenu médian. Aux Pays-Bas — et probablement aussi en Belgique —, il en faut quatre. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, cinq générations sont nécessaires. Enfin, au Brésil, il en faut neuf. Marmot met en garde : de nombreux pays européens sont en train de suivre la trajectoire du Brésil, et cette tendance est directement liée aux investissements publics. Les pays scandinaves consacrent en moyenne deux fois plus de ressources par enfant à la petite enfance et à l'éducation que le Royaume-Uni. Aux États-Unis, ces investissements sont encore plus faibles.

3.3. Espoir et universalisme proportionné en action

Marmot met en garde de manière explicite contre l'idée de prendre le Royaume-Uni comme modèle en matière d'investissements publics. Il associe cet avertissement à une observation importante : les problèmes de santé ne concernent plus uniquement les groupes les plus défavorisés. **En raison de l'augmentation des inégalités de revenus et du coût croissant de la vie, les classes moyennes rencontrent elles aussi des difficultés croissantes**. Marmot souligne que les problèmes rencontrés par ces groupes tendent de plus en plus à ressembler à ceux des populations les plus pauvres, tandis que le 1% le plus riche continue de s'éloigner du reste de la société. Cette évolution remet en question l'idée selon laquelle la croissance économique mènerait automatiquement à un

bien-être collectif — une idée à laquelle les responsables politiques conservateurs restent attaché-es, malgré des preuves scientifiques qui la contredisent clairement, selon Marmot. C'est précisément pour cette raison que l'universalisme proportionné lui semble si essentiel : il s'agit d'un cadre politique qui investit dans la santé à travers l'ensemble du gradient social.

Dans la pratique, la mise en œuvre de ce principe reste toutefois complexe. Marmot fait référence à la loi des soins inversés (*inverse care law*) formulée par Julian Tudor Hart, selon laquelle l'accès aux soins est souvent inversement proportionnel aux besoins : plus les besoins sont grands, moins les soins sont disponibles. Et même lorsque des solutions politiques sont proposées, les interventions restent souvent limitées aux groupes les plus pauvres, sans prendre en compte l'ensemble du gradient social. En Écosse, par exemple, des initiatives ont été lancées pour réduire les inégalités de santé, mais beaucoup d'entre elles se sont à nouveau concentrées uniquement sur les communautés les plus défavorisées.

Des exemples internationaux offrent cependant des sources d'inspiration. Au Japon, les enfants préparent eux-mêmes leurs repas scolaires à partir de produits locaux, ce qui favorise à la fois la santé, la durabilité et la cohésion sociale. En Finlande, l'ensemble du système éducatif est public, sans alternative privée, garantissant ainsi une égalité des chances pour tous les enfants. Marmot défend également le principe de repas scolaires gratuits et universels. Il critique les dispositifs ciblés, qui peuvent être stigmatisants, et plaide pour un accès universel, comme cela a été proposé dans l'État du Minnesota par le gouverneur Tim Walz. Bien que ses opposants l'aient qualifié de « communiste dangereux », Marmot considère qu'il s'agit en réalité d'une excellente idée. Une alimentation saine est essentielle au développement des enfants, et le caractère universel de cette mesure est crucial pour lutter contre les inégalités de santé tout au long du gradient social.

Certaines autorités locales britanniques se montrent ambitieuses et inspirées. Coventry est devenue en 2013 la première « ville Marmot »⁸, suivie notamment par Manchester et Leeds, où un outil de suivi a été mis en place. Il permet de visualiser les politiques locales mises en œuvre, est accessible au public et sert d'instrument d'évaluation. En

Écosse, un plan est en cours d'élaboration pour une mise en œuvre nationale de l'approche Marmot. Récemment, plusieurs entreprises ont également commencé à s'inspirer des travaux récents de Marmot. En collaboration avec le groupe financier *Legal & General*, il a publié le rapport *The Business of Health Equity*, dans lequel il identifie trois domaines clés d'action pour les entreprises : premièrement, garantir de bonnes conditions de travail et un salaire décent ; deuxièmement, développer des produits et services favorables à la santé ; et troisièmement, générer un impact social et environnemental positif (Institute of Health Equity, 2022). Certaines entreprises et institutions, comme la *East London Foundation Trust*, appliquent déjà activement ces principes.

Tous ces exemples nourrissent l'espoir de Marmot. « Autrement dit, je parcourais le monde en disant que j'étais un optimiste fondé sur les preuves, mais un collègue brésilien m'a corrigé : vous n'êtes pas optimiste, vous êtes porteur d'espoir ». L'optimisme suppose que l'on sait ce qui va se passer, et que les choses vont s'améliorer. Le pessimisme suppose également que l'on sait ce qui va se passer, mais que les choses vont empirer. Si tout est déjà écrit, pourquoi agir ? L'espoir, en revanche, permet d'agir. Comme l'écrivait Václav Havel, l'espoir n'est pas une prédiction de l'avenir, mais une attitude morale. C'est l'opposé de la peur, et cela implique la conviction que des améliorations substantielles sont possibles grâce à la coopération. « Collègues, nous faisons face à un monde extrêmement difficile », conclut Marmot, en s'appuyant sur des données tenaces et un ensemble de preuves statistiques accablantes. « Mais gardons l'espoir que nous pouvons améliorer ce monde. **L'espoir est une orientation de l'esprit, et la capacité d'agir non pas parce que le succès est garanti, mais parce que c'est juste** ».

Conclusion

Si l'accessibilité aux soins s'est imposée comme le fil conducteur de ces interventions, elle a néanmoins été explorée à travers une pluralité d'approches, révélant la complexité des enjeux et la diversité des perspectives

⁸ Le terme de « ville Marmot » ou « territoire Marmot » désigne une région qui s'engage activement à améliorer les conditions de vie de sa population en appliquant les huit déterminants sociaux de la santé mentionnés précédemment. Actuellement, environ 50 autorités locales réparties à travers l'Angleterre, l'Écosse et le pays de Galles revendiquent ce titre. Des projets et collaborations inspirés des travaux de Marmot sont également en cours en Amérique du Sud, dans la région de la Méditerranée orientale, sur le continent européen ainsi qu'à Hong Kong, où ses idées sont traduites en politiques concrètes (Institute of Health Equity, 2025).

mobilisées. **Dans les cas d'étude explorés par Tubeuf, il s'agit d'analyser l'existence des inégalités importante en accès aux soins de santé entre les populations migrantes et natives, des inégalités qui peuvent avoir des conséquences importantes pour leur santé.** Or, les personnes immigrées représentent, selon Tubeuf, une ressource essentielle en « capital humain » dans les sociétés européennes vieillissantes : en tenant compte du fait que le changement climatique et les conflits vont probablement intensifier les flux migratoires, il est aujourd'hui indispensable de réduire les inégalités systémiques en matière de santé défavorisant les minorités immigrées. Cela exige de développer une approche globale qui implique, premièrement, de reconnaître que des disparités existent même dans les systèmes de santé universels européens, deuxièmement, de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé (logement, éducation, emploi), et enfin, d'offrir un accompagnement en santé mentale adapté.

Force est de constater que **l'intervention de Sarah Willems** s'inscrit dans cette lignée. Mais plus encore, elle voit en l'universalisme proportionné une réponse concrète à ces inégalités. Willems conclut son exposé en formulant plusieurs **conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre d'une politique fondée sur le principe de l'universalisme proportionné.** Pour concrétiser une telle approche, il est tout d'abord essentiel de **disposer de données de qualité**, permettant d'identifier les patient·es ayant des besoins accrus en matière de soins, ainsi que de mettre en place des dispositifs de suivi. Cela représente encore un défi majeur. Deuxièmement, des **investissements suffisants** sont requis, non seulement en termes de moyens financiers pour développer les systèmes nécessaires, mais aussi en ressources humaines capables de les mettre en œuvre concrètement. Un changement de paradigme est en effet indispensable. De nombreux·ses professionnel·les de la santé, actuellement formés principalement à la prise en charge individuelle, doivent également apprendre à raisonner à l'échelle de la population. Cette évolution concerne également les décideurs·euses politiques et les concepteurs·trices d'interventions. D'un point de vue scientifique, une plus grande **clarté conceptuelle** est également nécessaire. La question des indicateurs permettant de définir les besoins en soins reste largement ouverte. À l'heure actuelle, ces besoins sont souvent évalués sur la base de diagnostics, mais selon Willems, il existe sans doute de meilleurs indicateurs que ceux fondés uniquement sur la maladie. Il est également crucial de mieux comprendre comment fixer des seuils : à partir de quand considère-t-on qu'une personne a des besoins accrus ? Enfin, il faut aussi **pouvoir déterminer**

comment mesurer l'objectif ultime, à savoir la réduction des inégalités sociales de santé.

Ce qui rejoint ces interventions très différentes dans leurs formes, c'est finalement l'importance donnée aux inégalités, mais aussi au traitement différencié de situations en fait différentes. Le **professeur Marmot** a, durant sa présentation, formulé un plaidoyer puissant en faveur de l'universalisme proportionné comme principe directeur des politiques de santé. Son analyse démontre que les inégalités de santé ne sont pas uniquement le résultat de choix individuels ou de facteurs génétiques, mais qu'elles sont profondément enracinées dans les structures sociales, les inégalités de revenus et les décisions politiques. Investir dans l'accueil de la petite enfance, l'éducation, le logement, des salaires décents et les infrastructures sociales ne relève pas du luxe, mais constitue une condition indispensable à une société en bonne santé. L'approche doit être universelle, en tenant compte de l'ensemble du gradient social, et plus intensive là où les besoins sont les plus importants. Les exemples issus des villes Marmot, des pays scandinaves, du Japon ou de l'Écosse montrent que le changement est possible. Les preuves sont là. **Ce qu'il faut désormais, c'est du courage politique, de la solidarité et un engagement porteur d'espoir, fondé sur des principes moraux, pour faire la différence.**

L'accessibilité c'est la clé de voute d'un système de soins de santé de qualité. Le meilleur système du monde est inefficace s'il n'est pas accessible. Et c'est une question complexe au sens fort du terme, impliquant de nombreux paramètres, flux, forces, résistances : notre monde se technologise sans cesse, les flux migratoires sont nombreux, le dérèglement climatique fait sentir ses effets, la connaissance scientifique en matière médicale évolue, la mobilité de chacun et chacune est reconfigurée chaque jour... Mais ce qui ressort indéniablement des contributions présentées dans cet article, et plus généralement des contributions de cette journée d'étude, c'est **l'ampleur et la puissance du déterminant socio-économique sur l'accessibilité aux soins.** La précarité est intimement liée à la mauvaise santé.

Faire pareil pour toutes et tous, c'est créer des inégalités. **La question de l'accessibilité n'est donc pas une question de moyens égaux, mais une question d'objectifs et de vision.** Nous devons (re)penser le système pour qu'il soit accessible à toutes et tous et de ce fait travailler à réduire les inégalités de santé. **Les corps intermédiaires ont un rôle important à jouer dans ce processus, et la Mutualité chrétienne entend bien activement jouer le sien.**

Bibliographie

Abram, D. (2010). *Becoming Animal: An Earthly Cosmology*. New York: Pantheon.

Boggian, L., Madia, J. E., & Nicodemo, C. (2025). Bridging the pulse: Exploring inequalities in diabetes and hypertension medication prescriptions in Spain's immigrant and native communities. *Economics & Human Biology*, 57, 101489.

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

Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Mental health among immigrants in Canada: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1647.

Giuntella, O., & Stella, L. (2017). The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation. *Health Economics*, 26(4), 511–518.

Institute of Health Equity. (2022). *The Business of Health Equity: The Marmot Review for Industry*. Institute of Health Equity.

Institute of Health Equity. (2025). *Taking Action*. <https://www.instituteofhealthequity.org/>

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant Health: Selectivity and Acculturation. In N. Anderson, R. Bultao, & B. Cohen, *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* (pp. 227-266). National Academies Press.

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Vos, S. (2025). La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé. *Santé & Société*, 13, 38-53.

Health inequities and their causes. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>