

Synthèse de l'étude AIM

Inégalités sociales en santé

La santé est vue par beaucoup comme un bien précieux. Pourtant, malgré les progrès de la médecine, malgré l'ampleur des dépenses publiques de santé (environ 30 milliards €, tant pour la Sécurité sociale, que pour les Communautés et Régions), la 'bonne santé' est loin d'être une réalité égale pour tous. Le but de la présente étude est descriptif : il s'agit de mettre en évidence et de mesurer ces inégalités au sein de la population belge en exploitant au mieux les données détenues par l'Agence InterMutualiste (AIM).

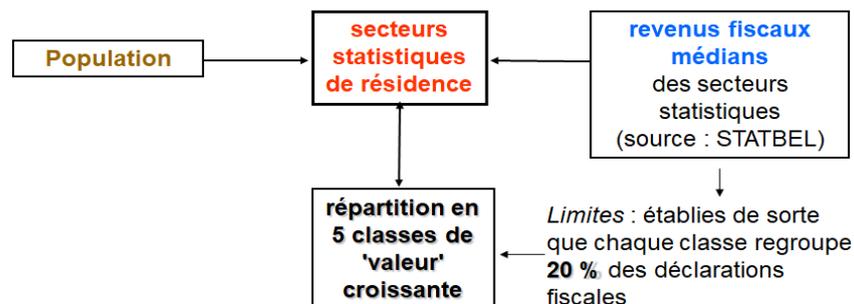
Comment mesurer les inégalité sociale en santé ?

Pour étudier ces inégalités sociales, deux types d'informations doivent être mis en relation :

- (1) une échelle de stratification sociale : via les statistiques fiscales relatives aux secteurs statistiques où résident les affiliés des organismes assureurs ;
- (2) un indicateur relatif à la santé : ici, nous utilisons les informations administratives et de facturation de soins de santé dont l'AIM dispose.

(1) Pour la construction de l'échelle sociale, nous utilisons¹ les statistiques fiscales liées aux secteurs statistiques (unité géographique de la taille d'un quartier). Comme nous connaissons le secteur statistique de résidence des assurés sociaux couverts par les organismes assureurs, nous pouvons constituer une échelle sociale composée de cinq classes de secteurs statistiques, allant des revenus fiscaux les plus faibles aux plus élevés (comme indicateur de valeur, nous utilisons les revenus fiscaux médians). Les limites de ces cinq classes sont définies de façon à ce que chaque classe corresponde à 20 % des déclarations fiscales du niveau géographique considéré (Belgique, Flandre, Wallonie, Bruxelles-capitale).

Schéma de la méthode pour la construction de l'échelle sociale



1ère classe : regroupe la population qui réside dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux médians sont les **plus faibles**

5ème classe : regroupe la population qui réside dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux médians sont les **plus élevés**

(2) Pour les indicateurs de santé, nous nous basons, d'une part, sur les données administratives et, d'autre part, sur les prestations en matière de soins de santé remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé. Ces données nous offrent un aperçu de différents événements en lien avec la santé :

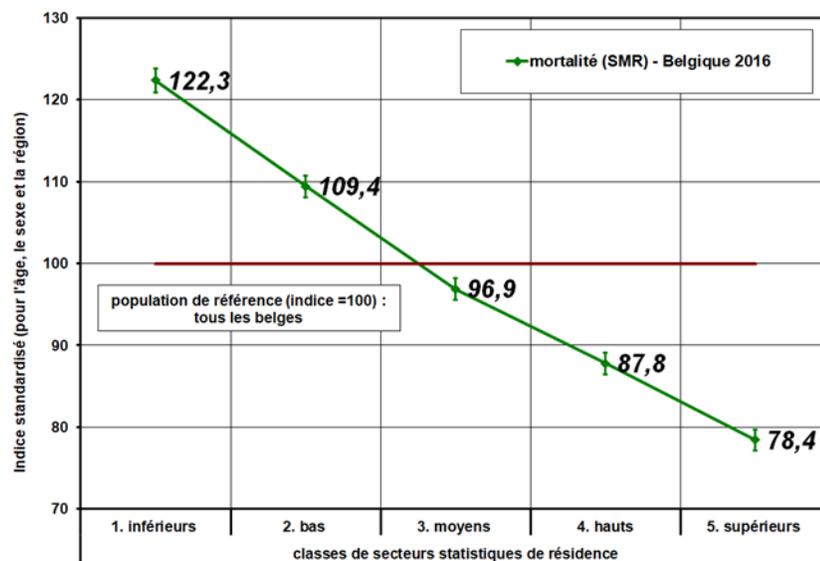
¹ La période de référence des données fiscales utilisées est l'année de revenus 2016, soit l'exercice fiscal 2017. Elles sont en libre accès via : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

hospitalisation, consommation de certains types de soins ou de médicaments, décès, incapacité de travail ... Pour chaque classe, la fréquence de ces événements est mesurée à l'aide d'indices standardisés (on procède à une standardisation indirecte pour l'âge, le sexe et la région). La population de référence étant indiquée à la valeur 100, si la valeur de l'indice standardisé est de 130 pour un certain événement et pour une certaine classe, alors cela signifie que la population de cette classe est confrontée à cet événement avec un risque accru de 30 % quand on la compare à la population de référence.

Quelle est l'ampleur de ces inégalités en Belgique ? l'exemple de la mortalité

L'évènement étudié est le fait de décéder au cours de l'année 2016, la population de référence considérée étant constituée par l'ensemble des personnes reprises dans le fichier de population de l'AIM et qui résident en Belgique. Ici, l'indice correspond au classique *Standardized Mortality Ratio* (SMR). Graphiquement (voir ci-dessous), on voit que le gradient est particulièrement fort : les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un risque de mortalité de 22 % supérieur à la population de référence. Par rapport à la classe la plus élevée (classe 5), la surmortalité est de 56 % supérieur ($= [122,3/78,4] - 1$). Ce qui veut dire, en d'autres mots : les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres du Royaume ont un risque accru de 56 % de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches. Ce n'est en rien le fruit du hasard : de tels écarts reflètent un état de santé plus dégradé, dû aux conditions de vie, sociales et économiques plus dures lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale.

Mortalité - Belgique



source: données de l'Agence Intermutualiste

L'étude envisage divers indicateurs liés à quatre grands domaines : l'état de santé, la prévention et le recours aux soins de 1^{ère} ligne, le recours aux structures hospitalières. Dans le tableau qui suit, nous donnons les résultats les plus marquants de l'étude : nous reprenons la valeur des indices standardisés pour les 2 classes extrêmes ainsi que le rapport entre ceux-ci. La population de référence peut varier d'un évènement à l'autre : on se concentre, en effet, sur la population pertinente, celle susceptible d'être confrontée à l'évènement en cause (p.ex. : inutile de considérer les hommes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus).

Les principaux résultats

| Evènement étudié (Belgique) | Indice standardisé | | Ratio entre classe (1) et classe (5) |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| | classe (1) la plus faible | classe (5) la plus élevée | |
| ETAT DE SANTÉ | | | |
| Incapacité primaire de travail (au moins 30 jours indemnisés) | 123,3 | 78,6 | 157% |
| Invalidité | 145,8 | 65,9 | 221% |
| Bénéficiaire du statut affection chronique | 117,2 | 84,5 | 139% |
| Antidépresseurs (N06A, min 90 DDD) | 105,9 | 89,6 | 118% |
| Antipsychotiques (N05A, min 30 DDD) | 141,3 | 66,6 | 212% |
| Diabète (A10 + codes spécifiques) | 121,5 | 84,7 | 143% |
| Maladies obstructives des voies respiratoires (R03) | 109,2 | 91,1 | 120% |
| → dont la bronchopneumopathie chronique obstructive (min 90 DDD) | 117,2 | 85,4 | 137% |
| Thérapie cardiaque (C01, min 90 DDD) | 108,2 | 89,2 | 121% |
| PRÉVENTION | | | |
| Dépistage cancer col de l'utérus | 89,9 | 108,8 | 83% |
| Dépistage cancer du sein (via mammothest ou mammographie diagnostique) | 88,7 | 107,1 | 83% |
| Soins dentaires préventifs - enfants | 74,5 | 119,9 | 62% |
| Soins dentaires préventifs - adultes | 75,8 | 117,8 | 64% |
| Contraceptifs jeunes femmes | 80,0 | 107,3 | 75% |
| Naissance durant l'adolescence | 180,4 | 34,9 | 518% |
| CONTACT AVEC DES PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE | | | |
| Visite de médecin généraliste | 114,9 | 83,5 | 138% |
| Etre inscrit en maison médicale | 166,1 | 38,5 | 432% |
| Traitement d'orthodontie | 76,2 | 117,2 | 65% |
| Pas de contact avec le dentiste | 117,8 | 80,4 | 147% |
| CONTACT AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES | | | |
| Admission en hôpital général (services psy. exclus) | 109,0 | 91,3 | 119% |
| Admission en hôpital psychiatrique (services psy. des hôpitaux généraux inclus) | 157,8 | 63,3 | 249% |
| Admission en pédiatrie ou néonatalogie | 107,1 | 89,6 | 119% |
| Services d'urgence des hôpitaux | 114,9 | 86,5 | 133% |

Comment se marquent les inégalités en santé ?

Du tableau précédent, on peut déduire à grand trait les tendances suivantes : **plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé se dégrade, plus on est confronté à des maladies graves, chroniques et invalidantes. Et cela commence dès l'enfance**, comme le montre les admissions pédiatriques et en néonatalogie. De plus, il ne s'agit pas seulement de santé physique, **la santé mentale est également concernée** : les indicateurs liés à la santé mentale montrent bien que les inégalités sont bien présentes ici aussi. Ceci ne devrait guère étonner. Vivre (ou survivre) dans des conditions précaires génère tensions et stress permanents auxquels il n'y a pas beaucoup d'issue.

La prévention est moins opérante quand on descend l'échelle sociale. Et même quand il y a la possibilité de soins préventifs gratuits (pe : mammothest, soins dentaires préventifs pour les enfants), cela **ne garantit pas un accès effectif et égal pour tous**. Mais comment s'en étonner ? Vu leur situation quotidienne difficile, la prévention n'est pas la première priorité des populations moins favorisées. On peut s'interroger également sur

la compréhension des messages de prévention. Ce sont aussi ces populations qui ont le niveau le plus faible de 'littératie' en santé. En tout cas, cela nous oblige à nous questionner sur les représentations sociales et les valeurs que nous associons à la santé. Elles ne sont pas identiques dans tous les secteurs de la population.

L'utilisation du système de soins montre bien qu'on ne se soigne pas de la même façon. Bonne nouvelle : **du côté de la médecine générale, on ne voit pas d'inégalités se dessiner** si ce n'est qu'on remarque une préférence pour les visites à domicile de la part des populations moins favorisées. Pourtant, une visite à domicile est plus chère qu'une consultation au cabinet du médecin généraliste. Quant à la maison médicale, elle apparaît comme privilégiée par ceux qui sont dans le bas de l'échelle sociale. Il y a, par contre, un **très net problème général d'accès aux soins dentaires en défaveur des populations moins favorisées**. On peut franchement s'inquiéter pour la santé bucco-dentaire de ces derniers.

On note également un **recours plus accentué aux services d'urgence des hôpitaux** quand on descend le long de l'échelle sociale. Le principal, c'est de se soigner. Mais, ce n'est pourtant pas la solution la moins chère, surtout quand la situation ne se révèle pas si urgente : le ticket modérateur est alors bien plus élevé que celui à payer auprès d'un médecin généraliste. Ceci doit nous faire réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que porte d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde, à l'information du public par rapport à ces structures de soins.

Réduire les inégalités sociales de santé ?

Les inégalités en santé sont particulièrement injustes et les réduire devrait être l'objectif de tous. Cela passe certainement par l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Mais le système de santé n'est pas seul en cause. Les inégalités en santé sont la résultante de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société. Il faut dès lors questionner les conditions générales de vie, de logement, de l'accueil de la petite enfance, l'accès à l'emploi, à l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) ... Tous les niveaux de pouvoir de notre pays et tous les acteurs sociaux sont concernés. Si 'mesurer, c'est savoir', alors maintenant qu'on sait (la présente étude venant confirmer bien d'autres études en la matière), **'Health in all policies'** devrait être notre nouvelle devise.