

Inégalités sociales en santé

Date de publication : mai 2019

Auteurs : Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume,
El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	7
2	Méthode	9
2.1	Construction d'une échelle sociale	9
2.1.1	Secteurs statistiques et revenus fiscaux	9
2.1.2	Échelle sociale en cinq classes	9
2.2	Indicateurs de santé : indice standardisé	11
2.3	Limites de la méthode	12
3	Résultats.....	14
3.1	État de santé.....	14
3.1.1	Mortalité	15
3.1.2	Morbidité : Incapacité primaire de travail.....	16
3.1.3	Morbidité : Invalidité	18
3.1.4	Morbidité : Statut affection chronique	19
3.1.5	Morbidité : Recours aux antidépresseurs	20
3.1.6	Morbidité : Recours aux antipsychotiques	21
3.1.7	Morbidité : Diabète	22
3.1.8	Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires	23
3.1.9	Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	24
3.1.10	Morbidité : Thérapie cardiaque	25
3.2	Prévention.....	26
3.2.1	Vaccins antigrippes	26
3.2.2	Dépistage : cancer du col de l'utérus	27
3.2.3	Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest	28
3.2.4	Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique	29
3.2.5	Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage	30
3.2.6	Soins dentaires préventifs : enfants	31
3.2.7	Soins dentaires préventifs : adultes	33
3.2.8	Colonoscopie	34
3.2.9	Contraceptifs féminins	35
3.2.10	Naissance adolescente	36
3.3	Contact avec des prestataires de 1 ^{ère} ligne.....	37
3.3.1	Médecin généraliste : tout type de contact	37
3.3.2	Médecin généraliste : consultation	38
3.3.3	Médecin généraliste : visite	40
3.3.4	Avoir un dossier médical global (DMG) actif	41

3.3.5	Être inscrit en maison médicale	42
3.3.6	Contact avec le médecin spécialiste	43
3.3.7	Traitement d'orthodontie	44
3.3.8	Pas de contact avec le dentiste	46
3.4	Contact avec les structures hospitalières.....	47
3.4.1	Être admis en hôpital général	47
3.4.2	Hospitalisation psychiatrique	49
3.4.3	Admission en pédiatrie ou néonatalogie	50
3.4.4	Recours aux urgences hospitalières.....	51
4	Commentaires et recommandations générales	52
Annexe I : Flandre.....		55
1.	État de santé.....	55
1.1	Mortalité	55
1.2	Morbidité : Incapacité primaire de travail.....	55
1.3	Morbidité : Invalidité	56
1.4	Morbidité : Statut affection chronique	56
1.5	Morbidité : Recours aux antidépresseurs	57
1.6	Morbidité : Recours aux antipsychotiques	57
1.7	Morbidité : Diabète	58
1.8	Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires	58
1.9	Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	59
1.10	Morbidité : Thérapie cardiaque	59
2.	Prévention	60
2.1	Vaccins antigrippes	60
2.2	Dépistage : cancer du col de l'utérus	60
2.3	Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest	61
2.4	Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique	61
2.5	Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage	62
2.6	Soins dentaires préventifs : enfants	62
2.7	Soins dentaires préventifs : adultes	63
2.8	Colonoscopie	63
2.9	Contraceptifs féminins	64
3.	Contact avec des prestataires de 1 ^{ère} ligne.....	64
3.1.	Médecin généraliste : tout type de contact	64
3.2.	Médecin généraliste : consultation	65
3.3.	Médecin généraliste : visite	65
3.4.	Avoir un dossier médical global (DMG) actif	66

3.5.	Être inscrit en maison médicale	66
3.6.	Contact avec le médecin spécialiste	67
3.7.	Traitement d'orthodontie	67
3.8.	Pas de contact avec le dentiste	68
4.	Contact avec les structures hospitalières.....	68
4.1	Etre admis en hôpital général	68
4.2	Hospitalisation psychiatrique	69
4.3	Admission en pédiatrie ou néonatalogie	69
4.4	Recours aux urgences hospitalières.....	70
Annexe 2 : Wallonie.....		71
1.	Etat de santé.....	71
1.1	Mortalité	71
1.2	Morbidité : Incapacité primaire de travail.....	71
1.3	Morbidité : Invalidité	72
1.4	Morbidité : Statut affection chronique.....	72
1.5	Morbidité : Recours aux antidépresseurs	73
1.6	Morbidité : Recours aux antipsychotiques	73
1.7	Morbidité : Diabète	74
1.8	Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires	74
1.9	Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	75
1.10	Morbidité : Thérapie cardiaque	75
2.	Prévention	76
2.1	Vaccins antigrippes	76
2.2	Dépistage : cancer du col de l'utérus	76
2.3	Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest	77
2.4	Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique	77
2.5	Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage	78
2.6	Soins dentaires préventifs : enfants	78
2.7	Soins dentaires préventifs : adultes	79
2.8	Colonoscopie	79
2.9	Contraceptifs féminins	80
3.	Contact avec des prestataires de 1 ^{ère} ligne.....	80
3.1	Médecin généraliste : tout type de contact	80
3.2	Médecin généraliste : consultation	81
3.3	Médecin généraliste : visite	81
3.4	Avoir un dossier médical global (DMG) actif.....	82
3.5	Être inscrit en maison médicale	82

3.6	Contact avec le médecin spécialiste	83
3.7	Traitement d'orthodontie	83
3.8	Pas de contact avec le dentiste	84
4.	Contact avec les structures hospitalières.....	84
4.1	Etre admis en hôpital général	84
4.2	Hospitalisation psychiatrique	85
4.3	Admission en pédiatrie ou néonatalogie	85
4.4	Recours aux urgences hospitalières.....	86
Annexe 3 : Bruxelles		87
1.	État de santé.....	87
1.1	Mortalité	87
1.2	Morbidité : Incapacité primaire de travail.....	87
1.3	Morbidité : Invalidité	88
1.4	Morbidité : Statut affection chronique	88
1.5	Morbidité : Recours aux antidépresseurs	89
1.6	Morbidité : Recours aux antipsychotiques	89
1.7	Morbidité : Diabète	90
1.8	Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires	90
1.9	Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	91
1.10	Morbidité : Thérapie cardiaque	91
2.	Prévention	92
2.1	Vaccins antigrippes	92
2.2	Dépistage : cancer du col de l'utérus	92
2.3	Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest	93
2.4	Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique	93
2.5	Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage	94
2.6	Soins dentaires préventifs : enfants	94
2.7	Soins dentaires préventifs : adultes	95
2.8	Colonoscopie	95
2.9	Contraceptifs féminins	96
3.	Contact avec des prestataires de 1 ^{ère} ligne.....	96
3.1	Médecin généraliste : tout type de contact	96
3.2	Médecin généraliste : consultation	97
3.3	Médecin généraliste : visite	97
3.4	Avoir un dossier médical global (DMG) actif.....	98
3.5	Etre inscrit en maison médicale	98
3.6	Contact avec le médecin spécialiste	99

3.7	Traitement d'orthodontie	99
3.8	Pas de contact avec le dentiste	100
4.	Contact avec les structures hospitalières.....	100
4.1	Etre admis en hôpital général	100
4.2	Hospitalisation psychiatrique	101
4.3	Admission en pédiatrie ou néonatalogie	101
4.4	Recours aux urgences hospitalières.....	102
	Annexe IV : Limites des données fiscales	103

1 INTRODUCTION

Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socio-économique décroissante, les indicateurs de santé tendent à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Il existe une littérature internationale abondante sur le sujet. Pour la Belgique, les résultats des différentes enquêtes de santé par interview¹ vont clairement dans ce sens. Comme la plupart des études en la matière, ces enquêtes de santé ont recours aux déclarations et informations recueillies auprès d'échantillons de la population.

Notre présente démarche est descriptive. Elle a pour but 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). Pour y arriver, deux types d'informations doivent être mis en relation :

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

Du fait de l'utilisation des bases de données de l'AIM, la méthode suivie est systématique (on couvre l'ensemble des assurés sociaux en Belgique), porte sur des données réelles enregistrées et contrôlées dans le cadre du système de gestion de l'assurance soins de santé et indemnités et peut se répéter régulièrement. Cette étude permet donc une approche complémentaire par rapport aux études existantes surtout basées sur des enquêtes auprès d'une partie de la population belge.

Le présent rapport contient quatre parties. Après la présente **introduction (1)**, le rapport aborde :

- La **méthodologie (2)** qui explique d'une part, la construction d'une échelle sociale classifiant la population selon un proxy de ses moyens financiers et d'autre part, l'indicateur standardisé qui compare les résultats pour un événement spécifique lié à la santé (par exemple le diabète) en fonction de l'appartenance de la personne à une classe de l'échelle sociale. Les limites de cette approche sont abordées.
- La présentation des **résultats (3)** constitue le cœur de ce rapport, à l'aide de graphiques et de tableaux. La dimension nationale et les déclinaisons régionales sont, à chaque fois, calculées. Pour faciliter la lecture, les résultats graphiques concernant les 3 régions sont donnés en annexe (annexe I : Flandre, annexe II : Wallonie, annexe III : Bruxelles).

Les résultats portent sur quatre grands domaines :

- des indicateurs d'état de santé,
- des indicateurs autour de la prévention,
- des indicateurs liés aux contacts avec des prestataires de 1^{ère} ligne,
- des indicateurs relatifs au recours aux structures hospitalières.

Enfin, la **conclusion (4)** résume les principales constatations qui ressortent des données chiffrées et propose des pistes générales de réflexion pour s'attaquer à ce problème sociétal, en mettant principalement l'accent sur la devise « *Health in all policies* ».

¹ <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports.aspx>

Les soins sont-ils accessibles en Belgique ? Oui, mais ...

On peut appréhender l'accès aux soins de diverses façons. Selon l'EHCI² (Euro Health Consumer index) qui compare les systèmes de santé dans divers pays européens, notre pays est plutôt bien classé en 2018 : ***“Perhaps the most generous healthcare system in Europe seems to have got its quality and data reporting acts together, and ranks 5th in the EHCI 2018 (849 points), up from 8th and 832 points in 2017.”*** L'index contient diverses dimensions dont celle de l'accessibilité. Ici, les indicateurs sont relatifs à la facilité d'accès des patients au médecin généraliste (*family doctor same day access*), spécialiste (*direct access to specialist*), au temps d'attente (*waiting time*) avant d'avoir un traitement. De ce point de vue, les soins de santé sont très accessibles : la Belgique a même le deuxième score le plus élevé après la Suisse.

Nous nous réjouissons, bien sûr, que prestataires et traitements soient accessibles sans de long délai ou temps d'attente. Mais cela ne garantit pas pour autant que les besoins de santé soient rencontrés pour tout le monde. C'est ce que soulignent d'autres rapports (provenant du *European Social Policy Network* - ESPN³, du KCE⁴) qui sont moins optimistes et montrent que, dans notre pays, pouvoir se soigner est loin d'être une réalité égale pour tous.

Dans son résumé (page 4), le rapport thématique 2018 de l'ESPN portant sur les inégalités d'accès aux soins précise : ***“Belgium underperforms in terms of equality of access to healthcare and coverage of the most vulnerable groups, such as undocumented immigrants. Unmet need varies substantially by income group, and this income gradient is growing. Several data sources reveal inequalities based on educational level, household composition, employment status and migration background. Low-income households, people with low levels of education, single parents, people who are unemployed or inactive due to sickness, and non-EU migrants show relatively high proportions of unmet need, especially for financial reasons. Inequalities are pronounced in dental care, preventive care, mental healthcare and specialist care.”***

Le rapport 2019 du KCE sur la performance du système de santé belge présente et mesure les inégalités socioéconomiques pour une série d'indicateurs. Dans sa synthèse des résultats (page 58), le KCE précise : « Les inégalités présentées indiquent que les groupes plus défavorisés (faible niveau d'éducation, faible revenu, ou bénéficiant d'une intervention majorée) rapportent davantage de besoins non satisfaits pour des raisons financières au niveau de soins médicaux et dentaires. ***Malgré les mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, des inégalités socio-économiques importantes - et croissantes - sont observées. La fréquence des besoins non satisfaits est plus de 4 fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation, par rapport à la population ayant un niveau d'éducation élevé, et les différences par quintile de revenus sont encore plus marquées.*** Les proportions de personnes rapportant des besoins non satisfaits dans le quintile de revenus le plus faible et le plus élevé, sont respectivement de 6,7 % et 0,0 % pour les soins médicaux et de 10,5 % et 0,3 % pour les soins dentaires. »

² Björnberg A, Phang A. Euro Health Consumer Index 2018. Health Consumer Powerhouse.

³ Buffel V, Nicaise I. 2018. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare - Belgium.

⁴ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge - Rapport 2019 - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.

2 MÉTHODE

La méthode de mesure doit combiner une échelle sociale et des indicateurs de santé. Nous décrivons plus avant ces notions et le procédé nous permettant de construire une échelle sociale en cinq classes de valeur croissante. Ensuite, nous indiquons quel genre d'indicateur de santé nous avons choisi.

2.1 CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE SOCIALE

Généralement, la stratification sociale doit refléter le niveau de revenus et/ou d'études de la population. Étant donné que les organismes assureurs ne disposent que de données partielles sur les revenus de leurs membres (par ex. : via le Maximum à Facturer) et rien en rapport avec les diplômes, il nous faut procéder autrement. Nous construisons une échelle sociale à l'aide de statistiques fiscales du Service Public Fédéral (SPF Économie) existantes au niveau des secteurs statistiques.

2.1.1 Secteurs statistiques et revenus fiscaux

Le secteur statistique constitue la plus petite unité géographique administrative, composée de quelques rues. L'ensemble du territoire belge est découpé en 20 000 secteurs statistiques (qui se répartissent au sein des 600 communes du Royaume). Grâce à STATBEL⁵ nous disposons de séries statistiques sur les revenus fiscaux au niveau de ces secteurs. La notion fiscale utilisée est le revenu total net imposable⁶.

Les séries statistiques disponibles comprennent, outre le nombre de déclarations fiscales :

1° le revenu moyen (= somme des revenus totaux nets imposables divisée par le nombre de déclarations fiscales prises en compte) ;

2° le revenu médian (= montant de revenu total net imposable qui partage les observations en deux sous-groupes d'égale importance, les déclarations étant classées par ordre croissant de valeur).

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. Comme dans le fichier de population de l'AIM figure le secteur statistique de résidence, on peut donc attribuer à tout un chacun un niveau de revenu : celui de son secteur statistique.

Pour la présente étude, nous privilégions le revenu médian des secteurs statistiques comme indicateur de richesse (la médiane n'étant pas sensible aux valeurs extrêmes). La période de référence des données utilisées est l'année de revenus 2016, soit l'exercice fiscal 2017. Nous synthétisons ces informations en construisant cinq classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians.

2.1.2 Échelle sociale en cinq classes

Au niveau de chaque entité géographique considérée (Belgique, Région wallonne, Région flamande, Région de Bruxelles-Capitale), les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe 20 % des déclarations fiscales de l'entité géographique en cause. La 1^{ère} classe correspond aux secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles (notre interprétation : les quartiers où se

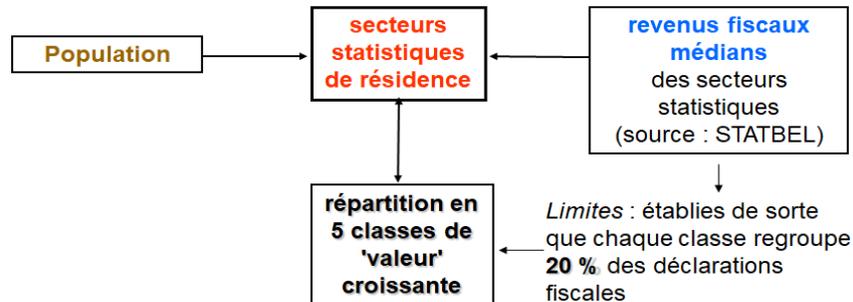
⁵ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

⁶ « Ces montants sont calculés à partir des déclarations à l'impôt des personnes physiques. Ils comprennent les revenus imposables au titre d'une profession, les revenus de remplacement, les pensions, les dividendes, le revenu cadastral et les rentes alimentaires de tous les habitants. Les revenus non imposables (comme les allocations familiales et le revenu d'intégration) ne font pas partie des revenus fiscaux. Les statistiques fiscales sont établies selon le lieu de résidence du contribuable. »

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#news>

concentre la population la moins favorisée), la 5^e regroupe les secteurs statistique où les revenus médians sont les plus élevés (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la plus favorisée). Le fichier de la population de l'AIM mentionne le secteur statistique de résidence. Pour chaque entité géographique, on répartit alors la population de l'entité en cause dans les cinq classes. Dans la recension des résultats, la 1^{ère} et la 5^e classe sont dénommées, respectivement, « la classe la plus faible, la plus basse » et « la classe la plus élevée ».

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



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

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

Dans le Tableau 0 ci-dessous, pour la Belgique et pour les 3 régions, nous donnons le résultat de la répartition de la population au sein de l'échelle en 5 classes. Globalement, environ 0,3 % des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle sociale. Deux raisons : pas de secteur statistique connu ou bien il n'y a pas de revenu médian calculé pour le secteur statistique en cause (car pas assez de déclarations fiscales).

Tableau 0 : Répartition de la population dans les cinq classes de secteurs statistiques

Belgique				
Classe de secteurs statistiques		Limites des classes	Nombre de personnes	En %
0	Inconnus	/	32.027	0,3%
1	Inférieurs	]0 ; 20.348 €]	2.208.184	20,2%
2	Bas	]20.348 € ; 23.209 €]	2.084.276	19,1%
3	Moyens	]23.209 € ; 25.735 €]	2.124.365	19,4%
4	Hauts	]25.735 € ; 28.350 €]	2.199.142	20,1%
5	Supérieurs	]28.350 € ; ...	2.283.015	20,9%
Total =			10.931.009	100,0%

Région flamande				
Classe de secteurs statistiques		Limites des classes	Nombre de personnes	En %
0	Inconnus	/	7.815	0,1%
1	Inférieurs	]0 ; 22.529 €]	1.208.184	19,0%
2	Bas	]22.529 € ; 24.944 €]	1.228.885	19,3%
3	Moyens	]24.944 € ; 26.902 €]	1.269.749	19,9%
4	Hauts	]26.902 € ; 29.108 €]	1.307.879	20,5%
5	Supérieurs	]29.108 € ; ...	1.350.613	21,2%

Total =	6.373.125	100,0%
---------	-----------	--------

Région wallonne				
Classe de secteurs statistiques	Limites des classes	Nombre de personnes	En %	
0	Inconnus	/	23.726	0,7%
1	Inférieurs	]0 ; 19.094 €]	694.840	20,0%
2	Bas	]19.094 € ; 21.506 €]	681.156	19,6%
3	Moyens	]21.506 € ; 23.940 €]	674.501	19,4%
4	Hauts	]23.940 € ; 27.071 €]	685.075	19,8%
5	Supérieurs	]27.071 € ; ...	708.866	20,4%
Total =			3.468.164	100,0%

Région de Bruxelles-Capitale				
Classe de secteurs statistiques	Limites des classes	Nombre de personnes	En %	
0	Inconnus	/	486	0,0%
1	Inférieurs	]0 ; 16.217 €]	245.621	22,5%
2	Bas	]16.217 € ; 18.115 €]	224.866	20,6%
3	Moyens	]18.115 € ; 20.873 €]	214.300	19,7%
4	Hauts	]20.873 € ; 23.161 €]	203.610	18,7%
5	Supérieurs	]23.161 € ; ...	200.837	18,4%
Total =			1.089.720	100,0%

Au vu des limites des classes de secteurs statistiques, on devine déjà que le profil de la région bruxelloise est atypique. En effet, à l'échelle nationale, la classe 1 (revenus inférieurs) contient les secteurs statistiques dont le niveau médian de revenus fiscaux est inférieur à 20.348 €. Mais avec une telle limite, cette classe intègre la grande majorité des bruxellois (appartenant aux classes 1, 2 et 3 propres à la région bruxelloise). Ceci reflète le paradoxe économique de Bruxelles : une région où beaucoup de richesse est produite⁷ (par les navetteurs) mais où la population résidente est bien plus pauvre⁸.

2.2 INDICATEURS DE SANTÉ : INDICE STANDARDISÉ

Les organismes assureurs ne disposent pas de données diagnostics à propos de leurs affiliés. Toutefois, les données en possession de l'AIM permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé. Ces derniers sont :

- déduits directement des données administratives (par ex. : décès, incapacité primaire, statut d'invalidité, etc.) ;
- construits sur la base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance obligatoire soins de santé (par ex. : avoir bénéficié de soins dentaires, avoir eu un contact avec un médecin généraliste, avoir consommé une certaine catégorie⁹ de médicaments, etc.).

⁷ En 2017, la part de Bruxelles dans le PIB est de 17 %.

http://ibsa.brussels/fichiers/chiffres/8.1_economie_activite_economique.xls

⁸ D'après l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : « Un tiers des Bruxellois vivent avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. » En guise de comparaison : la moyenne nationale est à 16%, la Flandre est à 10% et la Wallonie à 21%.

<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/news/barometre-social-2018-un-nombre-important-de-bruxellois-vivent-dans-une-situation-difficile>

⁹ Lorsqu'on s'intéresse à une classe précise de médicaments, nous l'identifions à l'aide de la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique).

Disposant de cette échelle sociale en cinq classes, nous pouvons voir dans quelle mesure ces événements liés à la santé suivent un gradient social. En guise d'indicateur, nous utilisons la notion d'indice standardisé. Par exemple, pour un événement comme 'décès au cours de l'année 2016', on calcule l'indice standardisé de mortalité (*Standardized Mortality Ratio - SMR*) pour les cinq 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. Sauf mention contraire, les paramètres pour la standardisation sont l'âge, le sexe et la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de résidence.

L'indice standardisé est calculé pour chaque classe de notre échelle sociale. Il exprime alors le rapport entre le nombre d'événements observés et le nombre d'événement attendus (d'après l'effectif, le profil spécifique de la population de la classe concernée et en appliquant les taux correspondants de la population de référence). La population de référence étant indicée 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.

Nous envisageons divers indicateurs liés à quatre grands domaines : l'état de santé, la prévention, le recours aux soins de 1^{ère} ligne et le recours aux structures hospitalières. Dans la suite, nous présentons graphiquement le gradient social observé pour la Belgique. Les graphiques spécifiques aux 3 régions de notre pays sont donnés dans les annexes I à III.

2.3 LIMITES DE LA MÉTHODE

L'avantage de la méthode est qu'elle permet de mesurer facilement (et de façon robuste) l'ampleur des inégalités en santé, grâce à une échelle sociale comportant 5 classes, ce qui permet une analyse plus fine qu'en se basant uniquement sur la différenciation BIM-non BIM. Très classiquement, les organismes assureurs utilisent le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée comme proxy pour les populations ne disposant que de revenus faibles. Mais on a alors affaire à une variable binaire : on a le statut ou on ne l'a pas.

L'inconvénient majeur de la méthode est que l'on ne dispose pas d'une échelle sociale construite sur base des revenus individuels (ou familiaux) mais bien d'une approximation via la 'valeur fiscale' des secteurs statistiques de résidence. Or, au sein d'un même secteur statistique, il peut y avoir de grandes variations de richesse entre les familles qui y résident. Même à Sint-Martens-Latem, la commune la plus riche du Royaume, il y a un CPAS. Et les données fiscales elles-mêmes ont des limites, elles ne reflètent pas forcément l'entièreté des revenus dont bénéficient les habitants d'un secteur statistique (voir annexe 4).

Le fait de recourir aux bases de données de l'AIM garantit l'exhaustivité des informations étudiées. Mais attention, tous les soins ne font pas l'objet d'un remboursement qui passe par les organismes assureurs, on ne peut donc étudier tout type d'événement de santé de cette façon.

Les limites méthodologiques liées à l'utilisation des données de l'AIM, peuvent être résumées comme suit :

- 1 Bien que l'on puisse avancer que la quasi-totalité de la population résidant en Belgique est reprise dans les bases de données de l'AIM, puisque l'assurance obligatoire soins de santé (AO) est de facto de type universel¹⁰, la couverture en termes des prestations de l'AO n'est pas totale.
- 2 Cette couverture limitée est d'une part induite par les (récentes) modifications de compétences institutionnelles. En effet, certains secteurs, anciennement inclus dans l'AO, ont été transférés vers

¹⁰ À l'exception de quelques catégories comme les sans domicile fixe, les fonctionnaires OTAN et UE et les assurés par des systèmes de sécurité sociale 'résiduaire' (outre-mer, etc.)

les Communautés et Régions par le biais de la 6^e Réforme de l'État. Ainsi, officiellement, depuis 2015 - de facto pour la plupart des compétences à partir de 2019 - (entre autres) les secteurs suivants ne f(er)ont plus partie de la couverture fédérale des soins de santé et risquent donc de ne plus être disponibles dans les bases de données de l'AIM : maison de repos et de soins, maison de repos pour les personnes âgées, maison de soins psychiatriques, habitation protégée, rééducation, etc. Avant la 6^e Réforme, les prestations remboursées dans le cadre de l'aide à la vie journalière (aide à domicile) n'étaient de toute façon pas intégrées dans les bases de données de l'AIM.

- 3 D'autre part, il y a des prestations remboursées par l'AO uniquement pour des bénéficiaires considérés comme appartenant à un groupe à risque¹¹ : pour cette population à risque, les données récoltées peuvent être considérées comme exhaustives. Par contre, l'information relative au reste de la population sera inexistante.
- 4 Un autre critère appliqué par l'AO en matière de remboursement est celui de la 'remise en état'/fonctionnalité¹² : pour des interventions justifiées médicalement pour des raisons d'amélioration fonctionnelle, les données pourront être considérées comme exhaustives. Par contre, tous les remboursements pour des interventions de type esthétique sont (en principe) exclus.
- 5 Enfin, toute une série de prestations et produits (pharmaceutiques) ne sont pas pris en charge par l'AO, pouvant donc générer un coût (considérable) à charge du patient¹³ : ainsi, les médicaments non remboursables ne sont pas repris dans les données de l'AIM.

¹¹ Par exemple, la vaccination contre la grippe est remboursée (partiellement) aux personnes de 65 et plus, aux femmes enceintes, aux personnes souffrant de maladies chroniques (patients diabétiques, etc.), mais pas pour la population active (ne tombant pas sous une catégorie de population à risque).

¹² Une reconstruction mammaire après amputation pour cancer du sein est bien remboursée par l'AO.

¹³ Par exemple, les somnifères sont intégralement pris en charge financièrement par le patient.

3 RÉSULTATS

Nos résultats sont présentés graphiquement aux Figures 1.1 à 4.4. Attention, l'échelle de l'indice standardisé change d'une figure à l'autre, la population de référence également. Dans la mesure où ils sont visibles, nous donnons également l'intervalle de confiance (à 95 %) autour de la valeur de l'indice standardisé. Chaque figure est accompagnée d'un tableau reprenant la description succincte de l'évènement de santé et la population de référence relative à cet évènement, ainsi que les valeurs des indices pour les 5 classes de secteurs statistiques tant pour la Belgique que pour les 3 régions de notre pays. Dans les commentaires accompagnant chaque figure, nous nous limitons aux résultats à l'échelle nationale.

Les résultats présentés portent sur quatre grands domaines :

- des indicateurs d'état de santé (mortalité et divers indicateurs de morbidité),
- des indicateurs autour de la prévention (dépistage, vaccin contre la grippe, soins dentaires préventifs, contraceptifs),
- des indicateurs liés aux contacts avec des prestataires de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, spécialistes, soins dentaires),
- des indicateurs relatifs au recours aux structures hospitalières (admission en hôpital général, hospitalisations psychiatriques, recours aux urgences hospitalières).

3.1 ÉTAT DE SANTÉ

Les événements examinés sont :

- la mortalité,
- l'incapacité primaire de travail (au moins 30 jours indemnisés),
- l'invalidité,
- le statut affection chronique,
- le recours aux antidépresseurs,
- le recours aux antipsychotiques,
- le diabète,
- les maladies obstructives des voies respiratoires dont la bronchopneumopathie chronique obstructive,
- la thérapie cardiaque.

3.1.1 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. Concernant la mortalité, le gradient est particulièrement fort : nous observons que 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.

Figure 1.1 : Mortalité - Belgique

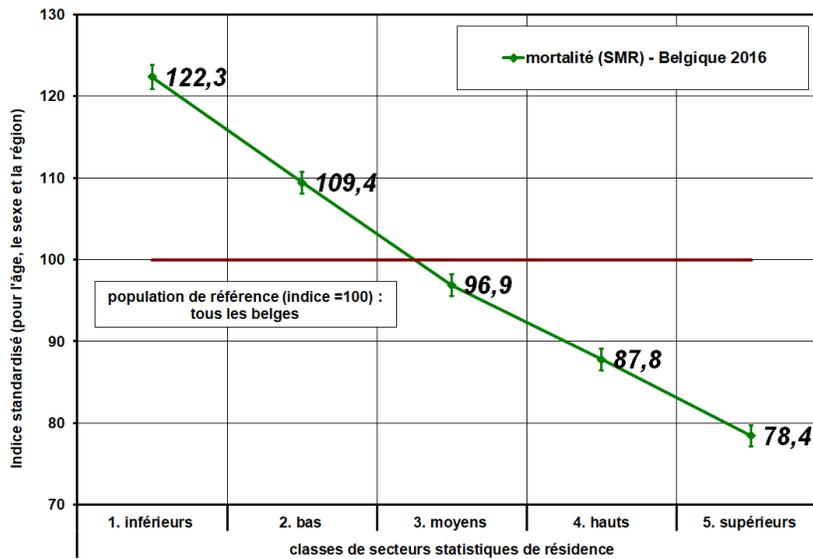


Tableau 1.1 : Mortalité

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Décéder au cours de l'année 2016			
	Nombre ^o (a)	103.117	58.471	36.186	8.460
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	0,94%	0,92%	1,04%	0,78%

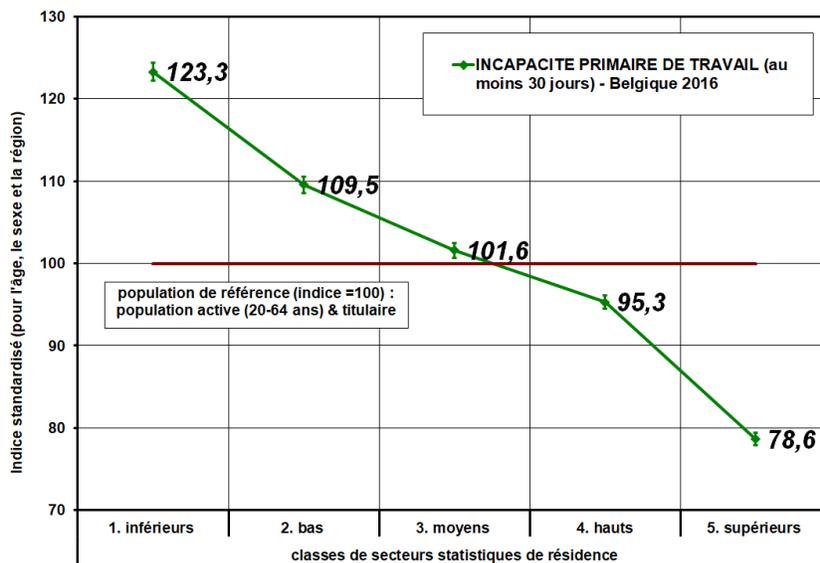
Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	122,3	124,9	125,8	112,9
2 Bas	109,4	107,0	107,9	117,0
3 Moyens	96,9	93,4	98,7	103,5
4 Hauts	87,8	86,3	87,6	96,0
5 Supérieurs	78,4	78,8	75,9	83,3
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	156%	158%	166%	136%

^o c'est-à-dire le nombre de personnes pour lesquelles l'évènement décrit est survenu.

3.1.2 Morbidité : Incapacité primaire de travail

L'évènement étudié est, plus précisément, le fait d'être indemnisé au moins 30 jours (au-delà de la période de salaire garanti) pour une incapacité primaire de travail au cours de 2016¹⁴. Nous restreignons la population de référence aux titulaires actifs (chômeurs compris) du secteur privé, entre 20 et 64 ans, les personnes ayant déjà le statut d'invalidé cette année-là étant exclues. On approche ainsi au mieux la population couverte par les organismes assureurs et susceptible d'être indemnisée pour une incapacité primaire de travail. Nous observons un important gradient social : les travailleurs appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 57 % ($= [123,3/78,6]-1$) d'être indemnisé (au moins durant 30 jours) par rapport aux travailleurs qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.2 : Incapacité primaire de travail - Belgique



¹⁴ Les travailleurs repris dans ces statistiques sont les employés, les ouvriers, les chômeurs et les travailleurs indépendants. Ne tenant compte que des journées d'incapacité d'indemnisées, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en 2016 (année de référence) cette période d'au moins 30 jours d'incapacité de travail (IT) représentaient réellement :

- au moins 30 jours d'IT pour les chômeurs (transition directe d'allocation de chômage à l'IT),
- au moins 45 jours d'IT pour les ouvriers (les 15 premiers jours d'IT étant pris en charge par l'employeur, c'est la période de salaire garanti),
- au moins 60 jours d'IT pour les employés (les 30 premiers jours d'IT étant pris en charge par l'employeur),
- au moins 60 jours d'IT pour les travailleurs indépendants (ceux-ci ayant à leur charge une période de carence de 30 jours avant d'être indemnisés).

Tableau 1.2 : Incapacité primaire de travail

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Minimum 30 jours indemnisés en raison d'une incapacité primaire de travail au cours de 2016			
	Nombre (a)	239.294	145.527	77.702	16.065
Population de référence	Description	Les titulaires actifs (chômeurs compris) entre 20 et 64 ans. On ne tient pas compte des agents statutaires du service public ni des personnes qui ont déjà le statut d'invalidé.			
	Nombre (b)	4.308.176	2.605.422	1.277.639	425.115
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	5,6%	5,6%	6,1%	3,8%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	123,3	117,5	130,0	131,1
2 Bas	109,5	109,8	118,7	109,9
3 Moyens	101,6	102,9	103,1	102,1
4 Hauts	95,3	96,3	86,7	89,0
5 Supérieurs	78,6	79,4	70,9	68,8
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	157%	148%	184%	191%

3.1.3 Morbidité : Invalidité

Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une année, alors le travailleur passe en invalidité. Bénéficiaire de ce statut d'invalidité en 2016 est l'évènement que nous confrontons à notre échelle sociale. Nous restreignons la population de référence aux titulaires actifs (chômeurs compris) du secteur privé, entre 20 et 64 ans. Par rapport à l'indicateur précédent, nous observons un gradient social encore plus accentué : les travailleurs appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 121 % ($= [145,8/65,9] - 1$) d'être invalide par rapport aux travailleurs qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.3 : Invalidité - Belgique

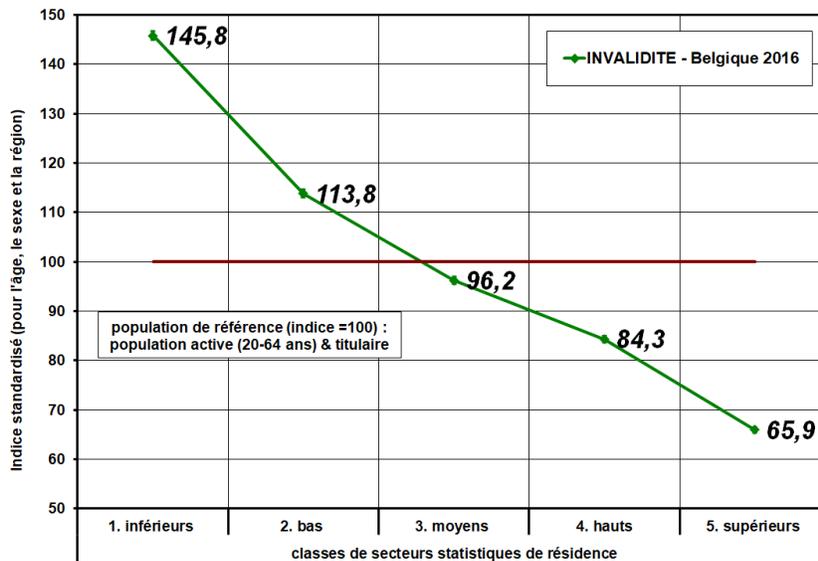


Tableau 1.3 : Invalidité

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Être indemnisé en raison d'une invalidité au cours de 2016			
	Nombre (a)	390.113	209.225	147.140	33.748
Population de référence	Description	Les titulaires actifs (chômeurs compris) entre 20 et 64 ans. On ne tient pas compte des agents statutaires du service public.			
	Nombre (b)	4.686.233	2.807.520	1.419.724	458.989
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	8,3%	7,5%	10,4%	7,4%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	145,8	150,6	155,3	149,9
2 Bas	113,8	113,0	123,0	116,7
3 Moyens	96,2	97,0	98,0	95,0
4 Hauts	84,3	85,9	76,0	80,7
5 Supérieurs	65,9	67,4	57,9	58,3
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	221%	224%	268%	257%

3.1.4 Morbidité : Statut affection chronique

Bénéficiaire du statut affection chronique ne couvre pas toutes les situations de maladie chronique mais pointe sûrement vers des situations où la consommation de soins est importante et régulière et où il y a une perte d'autonomie pour le patient¹⁵. Bref, bénéficiaire de ce statut ne peut aller de pair qu'avec un état de santé durablement dégradé. Le gradient observé se marque en défaveur de la classe 1 : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible présentent, en 2016, un surrisque de 39 % $(=[117,2/84,5]-1)$ de bénéficier de ce statut par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.4 : Statut affection chronique - Belgique

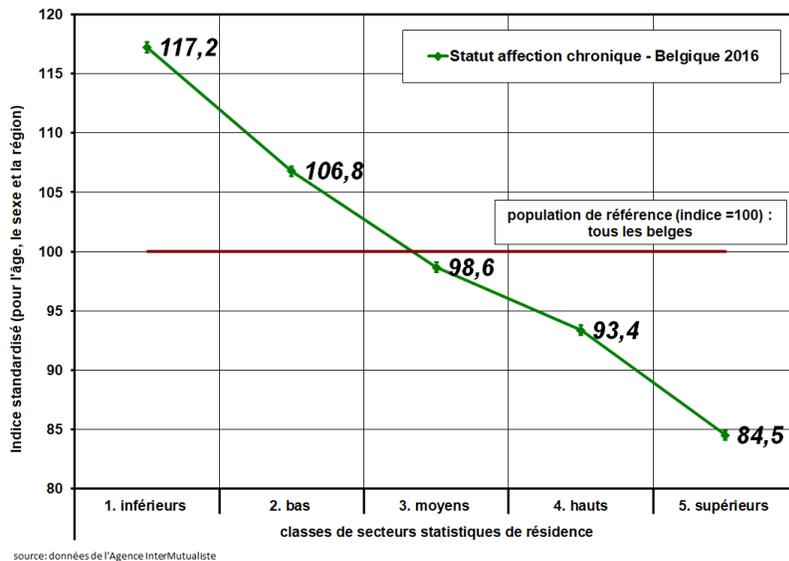


Tableau 1.4 : Statut affection chronique

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Bénéficiaire du statut affection chronique au cours de l'année 2016			
	Nombre (a)	1.142.508	660.796	390.649	91.063
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	10,5%	10,4%	11,3%	8,4%

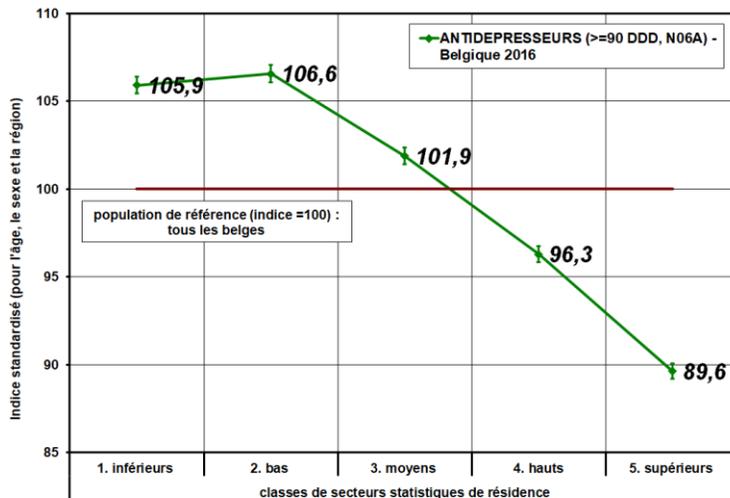
Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	117,2	117,3	121,0	113,3
2 Bas	106,8	105,6	108,8	108,6
3 Moyens	98,6	98,4	99,7	101,5
4 Hauts	93,4	93,0	89,7	95,9
5 Supérieurs	84,5	85,1	81,2	85,2
➔ Tension entre classe 1 et 5 =	139%	138%	149%	133%

¹⁵ Pour la plus grande partie (85-90 %) des bénéficiaires, le statut affection chronique est octroyé parce qu'au cours de 8 trimestres CONSÉCUTIFS, leurs dépenses de santé s'élèvent à plus de 300 € (on tient compte des remboursements de l'assurance soins de santé et des quotes-parts personnelles).

3.1.5 Morbidité : Recours aux antidépresseurs

Les données de consommation de médicaments (circuit Pharmanet¹⁶) permettent de construire divers indicateurs d'état de santé. Ici, nous abordons la santé mentale, via le recours aux antidépresseurs, à raison de minimum 90 DDD¹⁷ au cours de l'année 2016. Le gradient observé n'est pas spectaculaire mais bien en défaveur de ceux qui appartiennent à la classe 1 : nous observons que les individus de cette classe présentent, en 2016, un surrisque de 18 % ($= [105,9/89,6]-1$) de recourir aux antidépresseurs par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Notons également le profil très atypique de la population bruxelloise.

Figure 1.5 : Antidépresseurs - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 1.5 : Antidépresseurs

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = N06A, minimum 90 DDD au cours de 2016			
	Nombre (a)	876.664	463.511	343.782	69.371
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	8,0%	7,3%	9,9%	6,4%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	105,9	110,3	108,7	90,5
2 Bas	106,6	106,2	104,8	96,2
3 Moyens	101,9	100,1	102,4	104,7
4 Hauts	96,3	95,4	95,9	106,4
5 Supérieurs	89,6	89,4	89,2	101,3

¹⁶ Pharmanet est le nom du circuit de facturation standardisé pour les spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées en officine publique.

¹⁷ On utilise cette limite de 90 DDD, qui correspond à un traitement de 3 mois, afin de bien identifier les patients recourant aux antidépresseurs pour raison de dépression. Cette classe de médicaments, à des niveaux de DDD plus faibles, peut également être utilisée à d'autres fins (par ex. migraine).

➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	118%	123%	122%	89%
-------------------------------	-------------	-------------	-------------	------------

3.1.6 Morbidité : Recours aux antipsychotiques

Toujours en rapport avec la santé mentale, examinons le recours aux antipsychotiques à raison de minimum 30 DDD au cours de l'année 2016. Le gradient observé est assez spectaculaire : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 112 % ($= [141,3/66,1] - 1$) de recourir aux antipsychotiques par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.6 : Antipsychotiques - Belgique

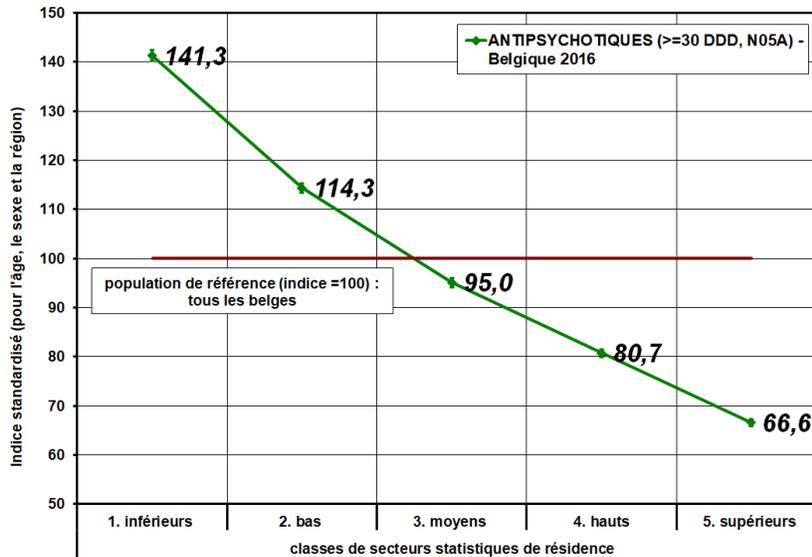


Tableau 1.6 : Antipsychotiques

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = N05A, minimum 30 DDD au cours de 2016			
	Nombre (a)	226.597	121.660	83.515	21.422
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	2,1%	1,9%	2,4%	2,0%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	141,3	147,5	154,8	124,8
2 Bas	114,3	112,0	115,4	115,8
3 Moyens	95,0	93,0	96,1	100,6
4 Hauts	80,7	81,2	75,4	87,9
5 Supérieurs	66,6	68,3	59,8	71,6
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	212%	216%	259%	174%

3.1.7 Morbidité : Diabète

Le gradient observé en rapport avec le diabète est important également : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 43 % ($= [121,5/84,7] - 1$) de souffrir du diabète par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Attention, avec les données de facturation, nous ne pouvons détecter toutes les situations de diabète : ceux pour lesquels un régime alimentaire, de l'activité physique suffit ne seront pas détectés. Dans la population de référence, nous excluons les femmes ayant accouché en cours d'année, afin de ne pas tenir compte du diabète gestationnel. Notons également un gradient nettement accentué et franchement inquiétant en Région Bruxelloise¹⁸.

Figure 1.7 : Diabète - Belgique

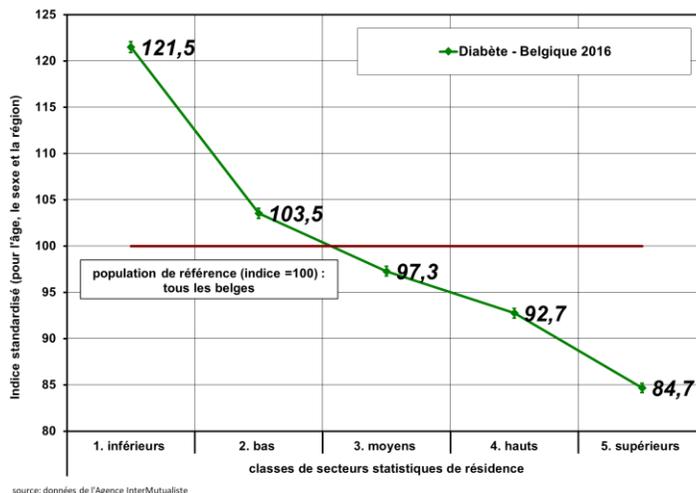


Tableau 1.7 : Diabète

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	En 2016 : Via Pharmanet, classe ATC = A10 ou interventions spécifiques au sein de l'assurance obligatoire soins de santé (trajet de soins, conventions de revalidation, ...) [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas-AIM]			
	Nombre (a)	667.156	345.376	261.438	60.342
Population de référence	Description	Tout le monde à l'exception des accouchées de l'année 2016			
	Nombre (b)	10.818.630	6.310.705	3.433.810	1.074.115
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	6,2%	5,5%	7,6%	5,6%

¹⁸ Pour mieux comprendre cette situation bruxelloise, peut-être devrait-on se pencher sur l'état de santé des populations issues de l'immigration. En effet, la littérature montre, par exemple, que l'incidence du diabète est plus élevée au sein de la population d'origine maghrébine (pour la France, voir : <https://destinationsante.com/diabete-les-maghrébins-de-france-en-premiere-ligne.html>). Les données en possession de l'AIM ne permettent pas une telle analyse.

Toutefois, c'est possible : à des fins d'études scientifiques, la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale met déjà à disposition des informations permettant d'approcher la population issue de l'immigration (via des informations relatives à la nationalité ou le pays d'origine, la nationalité des parents, etc.). Ce sont des données très sensibles, c'est pourquoi ce genre de démarche doit faire l'objet d'une autorisation de la part du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (voir, par exemple : https://www.ksz-bcss.fgov.be/sites/default/files/assets/securite_et_vie_privree/deliberation/18_31_f199.pdf).

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	121,5	118,9	120,4	146,7
2 Bas	103,5	104,9	109,3	119,7
3 Moyens	97,3	98,7	100,1	95,0
4 Hauts	92,7	93,4	90,2	81,1
5 Supérieurs	84,7	85,4	82,7	66,1
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	143%	139%	146%	222%

3.1.8 Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires

Avec le recours aux médicaments de la classe ATC R03, nous pouvons détecter ceux qui souffrent (et se soignent) de maladies obstructives des voies respiratoires. Le gradient observé est conséquent : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 20 % ($= [109,2/91,1] - 1$) de souffrir de ce genre de maladie par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.8 : Maladies obstructives des voies respiratoires - Belgique

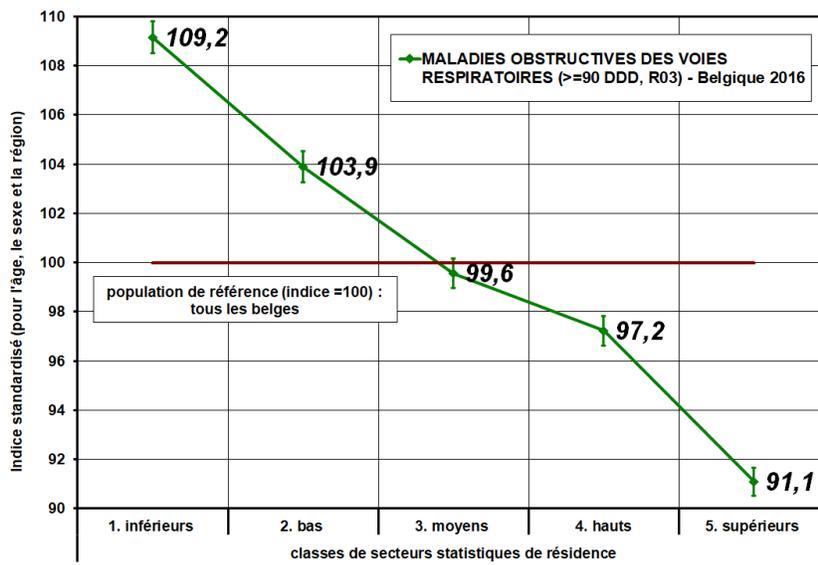


Tableau 1.8 : Maladies obstructives des voies respiratoires

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Évènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = R03, minimum 90 DDD au cours de 2016			
	Nombre (a)	527.716	300.560	186.784	40.372
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	4,8%	4,7%	5,4%	3,7%

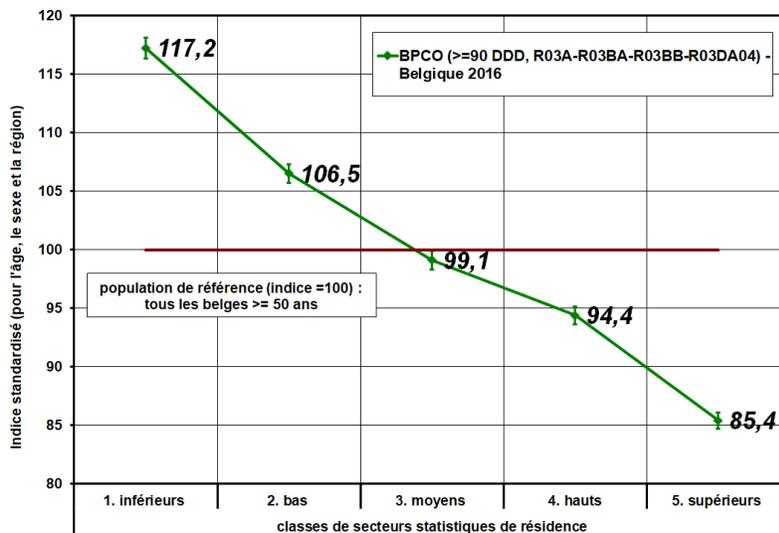
Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	109,2	107,1	111,8	110,4
2 Bas	103,9	103,4	106,5	107,8

3 Moyens	99,6	100,7	101,6	100,6
4 Hauts	97,2	97,7	93,8	94,9
5 Supérieurs	91,1	92,0	87,3	86,8
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	120%	116%	128%	127%

3.1.9 Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Au sein de la classe ATC R03, un certain nombre de médicaments sont spécifiques pour le traitement de la BPCO. Cette maladie se caractérise par une obstruction lente et progressive des voies respiratoires. Il s'agit d'une affection sérieuse, très invalidante, principalement causée par le tabagisme. Le gradient observé est important : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 37 % ($= [117,2/85,4] - 1$) de souffrir de cette maladie par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.9 : Bronchopneumopathie chronique obstructive - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 1.9 : Bronchopneumopathie chronique obstructive

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, minimum de 90 DDD au cours de 2016			
	Nombre (a)	312.673	182.948	108.144	21.581
Population de référence	Description	Tout le monde >= 50 ans			
	Nombre (b)	4.322.886	2.629.323	1.365.175	328.388
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	7,2%	7,0%	7,9%	6,6%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	117,2	115,5	120,8	119,6
2 Bas	106,5	105,9	108,6	113,1
3 Moyens	99,1	99,1	100,8	101,3
4 Hauts	94,4	94,6	90,4	94,8
5 Supérieurs	85,4	86,3	81,3	79,7
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	137%	134%	149%	150%

3.1.10 Morbidité : Thérapie cardiaque

Pour les maladies cardio-vasculaires, nous nous limitons au code C01 de la classification ATC. Les médicaments ainsi sélectionnés sont typiquement utilisés en cas de décompensation cardiaque, angine de poitrine et trouble du rythme cardiaque. Ils ne correspondent pas à l'ensemble de la problématique cardio-vasculaire, mais leur utilisation est un bon indicateur d'une atteinte cardiaque. Le gradient observé est important : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un risque accru de 21 % ($= [108,3/89,2] - 1$) de souffrir d'une atteinte cardiaque par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 1.10 : Thérapie cardiaque - Belgique

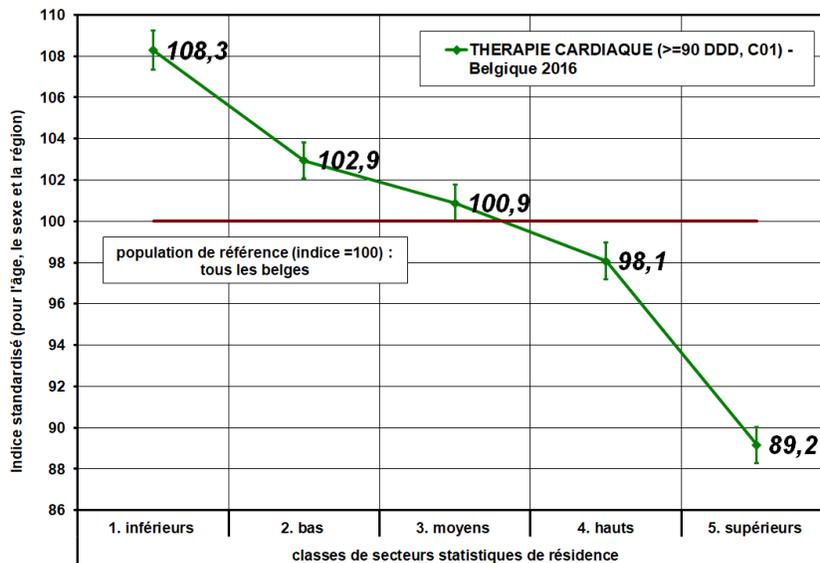


Tableau 1.10 : Thérapie cardiaque

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = C01, minimum de 90 DDD au cours de 2016			
	Nombre (a)	239.207	134.791	88.691	15.725
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	2,2%	2,1%	2,6%	1,4%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	108,3	106,6	110,3	107,9
2 Bas	102,9	103,8	104,6	106,0
3 Moyens	100,9	101,4	100,3	106,6
4 Hauts	98,1	97,7	96,4	97,1
5 Supérieurs	89,2	89,1	87,5	89,2
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	121%	120%	126%	121%

3.2 PRÉVENTION

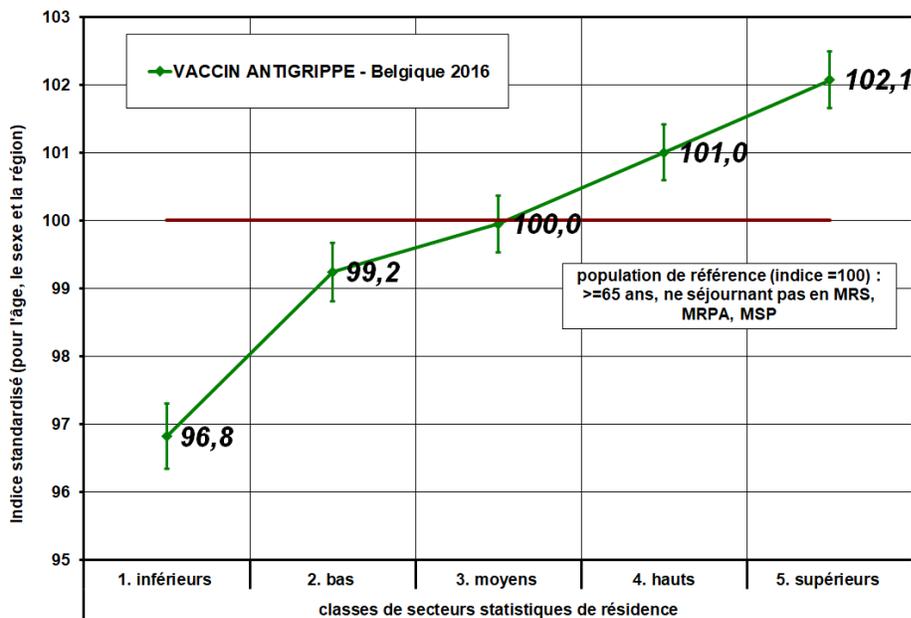
La prévention a été approchée à partir de :

- la vaccination antigrippe,
- le dépistage du cancer du col de l'utérus,
- le dépistage du cancer du sein,
- les soins dentaires préventifs pour les enfants,
- les soins dentaires préventifs pour les adultes,
- la colonoscopie,
- les contraceptifs des jeunes femmes,
- les naissances durant l'adolescence.

3.2.1 Vaccins antigrippes

La grippe n'a rien d'une maladie 'banale', voire insignifiante : elle peut entraîner des complications graves (et parfois mortelles), plus particulièrement chez les personnes âgées ou souffrant de certaines maladies chroniques. C'est pourquoi, pour les vaccins contre la grippe, nous nous concentrons sur les personnes âgées (65 ans et plus) qui résident chez elles¹⁹. Celles qui vivent en institution (comme les maisons de repos, les maisons de soins psychiatriques) sont normalement vaccinées dans le cadre de leur institution. Ici, rien de spectaculaire, mais on remarque quand-même que les personnes de la classe 1 ont 5 % (= [96,8/102,1]-1) de chances en moins que ceux de la classe 5 à recourir à ce type de vaccination. Par contre, à Bruxelles, ce gradient est plus accentué (13 % d'écart entre les deux classes extrêmes).

Figure 2.1 : Vaccination contre la grippe - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

¹⁹ La population des 65 ans et plus résidant à domicile fait partie de la population à risque et le vaccin est remboursé par l'AO. Pour cette fraction de la population, nous pouvons donc produire l'indicateur sur des données exhaustives, contrairement à la population de 50-64 ans, potentiellement encore active professionnellement et pouvant par ce biais se faire vacciner sur le lieu de travail, le vaccin étant alors financé par l'employeur.

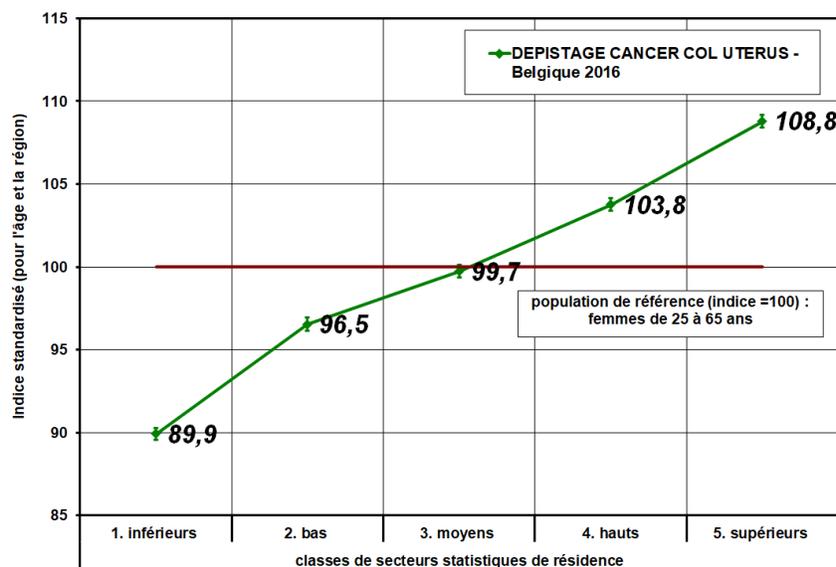
Tableau 2.1 : Vaccination contre la grippe

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, classe ATC = J07BB, vaccin remboursé au cours de 2016			
	Nombre (a)	1.048.327	705.136	280.429	62.762
Population de référence	Description	Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne résident pas en institution (MRS, MRPA et MSP)			
	Nombre (b)	1.951.754	1.204.348	606.864	140.542
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	53,7%	58,5%	46,2%	44,7%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	96,8	95,9	99,4	90,5
2 Bas	99,2	99,5	100,8	96,9
3 Moyens	100,0	100,6	99,7	101,7
4 Hauts	101,0	101,6	99,1	102,9
5 Supérieurs	102,1	102,2	101,3	103,6
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	95%	94%	98%	87%

3.2.2 Dépistage : cancer du col de l'utérus

Avec le dépistage du cancer du col de l'utérus, on trouve un gradient social bien plus accentué. En effet, les femmes issues de la classe 1 ont 17 % (= [89,9/108,8]-1) de chances en moins que celles de la classe 5 à recourir à ce type de dépistage. Et à Bruxelles, ce gradient est encore plus accentué (23 % d'écart entre les deux classes extrêmes).

Figure 2.2 : Dépistage du cancer du col de l'utérus - Belgique


source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.2 : Dépistage du cancer du col de l'utérus

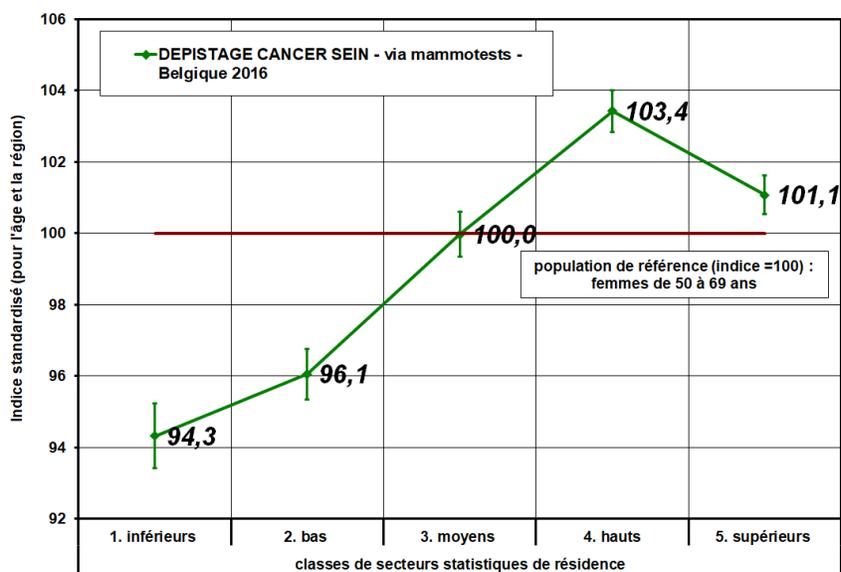
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Remboursement d'au moins un frottis au cours de la période 2014 à 2016.			
	Nombre (a)	1.297.843	757.856	422.843	117.144
Population de référence	Description	Les femmes de 25 à 65 ans			
	Nombre (b)	2.925.008	1.695.517	929.566	299.925
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	44,4%	44,7%	45,5%	39,1%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	89,9	88,4	88,6	86,3
2 Bas	96,5	95,9	95,8	95,5
3 Moyens	99,7	100,2	100,3	101,4
4 Hauts	103,8	104,7	104,4	106,3
5 Supérieurs	108,8	108,7	110,1	112,5
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	83%	81%	80%	77%

3.2.3 Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest

Le dépistage du cancer du sein peut se faire de plusieurs façons différentes qui ne sont pas neutres du point de vue du coût. Commençons avec le programme financé par les Communautés : il est entièrement gratuit. Ici, pas de gradient social important. Mais il y a quand même 7 % (= [94,3,9/101,1]-1) de chances en moins que les femmes de la classe 1 y recourent par rapport à celle qui appartient à la classe 5. On observe également quelque chose de très atypique pour la région bruxelloise : les femmes de la classe 1 ont 61 % de chance en plus d'y recourir que celles de la classe 5.

Figure 2.3 : Dépistage du cancer du sein - via mammothest - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.3 : Dépistage du cancer du sein - via mammothest

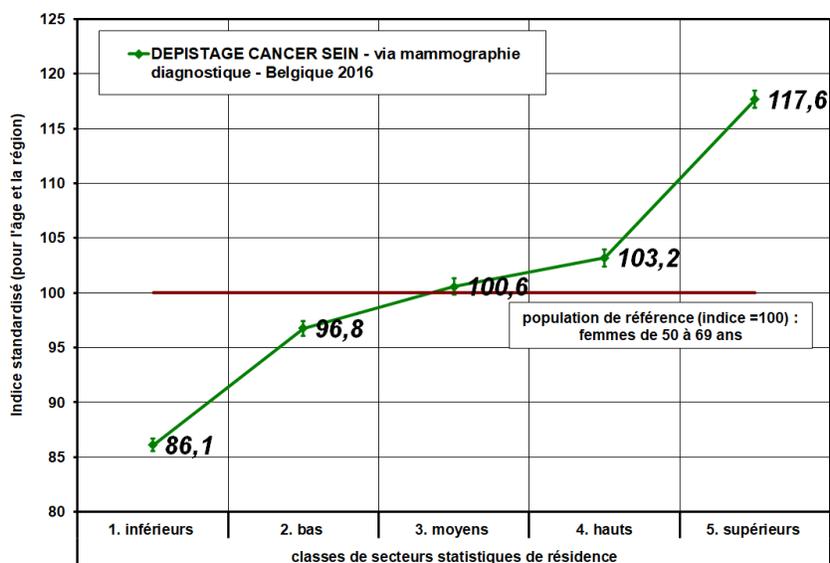
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Participation au programme communautaire au cours de la période 2015-2016 [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas-AIM]			
	Nombre (a)	462.819	419.173	31.678	11.968
Population de référence	Description	Les femmes entre 50 et 69 ans			
	Nombre (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	32,8%	50,0%	6,8%	10,9%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	94,3	91,9	103,7	123,6
2 Bas	96,1	99,0	100,6	110,6
3 Moyens	100,0	102,0	98,7	102,1
4 Hauts	103,4	104,5	100,8	91,6
5 Supérieurs	101,1	100,9	96,5	76,9
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	93%	91%	107%	161%

3.2.4 Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique

Autre possibilité de dépistage du cancer du sein : via une mammographie diagnostique (et aucun mammothest). Ici, ce n'est pas gratuit. D'où, probablement, un gradient social important en défaveur de celles qui sont dans le bas de l'échelle sociale. On observe qu'il y a 27 % (= [86,1/117,6]-1) de chances en moins que les femmes de la classe 1 y recourent par rapport à celle qui appartient à la classe 5. À Bruxelles, ce % est encore plus important (41 % d'écart entre les classes extrêmes).

Figure 2.4 : Dépistage du cancer du sein - via mammographie diagnostique - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

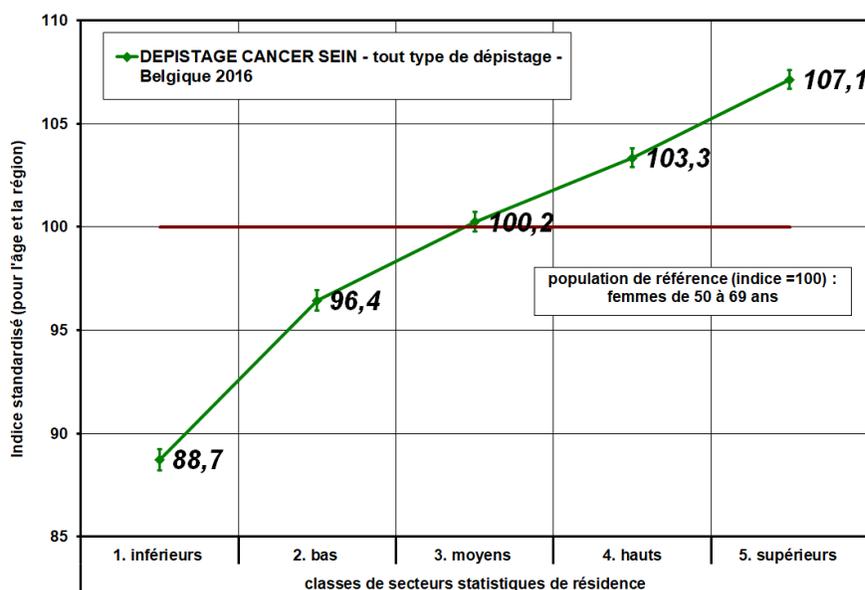
Tableau 2.4 : Dépistage du cancer du sein - via mammographie diagnostique

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Réalisation d'une mammographie diagnostique et aucun mammothest au cours de la période 2015-2016 [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas AIM]			
	Nombre (a)	396.124	134.794	215.777	45.553
Population de référence	Description	Les femmes entre 50 et 69 ans			
	Nombre (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	28,1%	16,1%	46,5%	41,3%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	86,1	81,7	85,0	73,7
2 Bas	96,8	92,7	95,5	86,2
3 Moyens	100,6	97,0	99,3	97,5
4 Hauts	103,2	100,5	103,7	111,6
5 Supérieurs	117,6	121,4	114,0	126,0
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	73%	67%	75%	59%

3.2.5 Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage

Combinons toutes les possibilités de dépistage, que l'on participe au programme dépistage gratuit ou bien que l'on procède à un dépistage 'opportuniste', le plus important est bien que le dépistage ait eu lieu. Mais ce n'est pas le cas pour toutes les femmes. On observe un gradient social : l'écart entre classes extrêmes est de 17 % ($= [88,7/107,1] - 1$) en défaveur des femmes appartenant à la classe la plus faible par rapport à celles qui appartiennent à la classe la plus élevée. À Bruxelles, ce % est encore plus important (27 % d'écart entre les classes extrêmes).

Figure 2.5 : Dépistage du cancer du sein - via mammothest ou mammographie diagnostique - Belgique


source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.5 : Dépistage du cancer du sein - via mammothest ou mammographie diagnostique

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Réalisation d'une mammographie diagnostique ou d'un mammothest au cours de la période 2015-2016 [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas-AIM]			
	Nombre (a)	858.943	553.967	247.455	57.521
Population de référence	Description	Les femmes entre 50 et 69 ans			
	Nombre (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	60,8%	66,1%	53,4%	52,2%

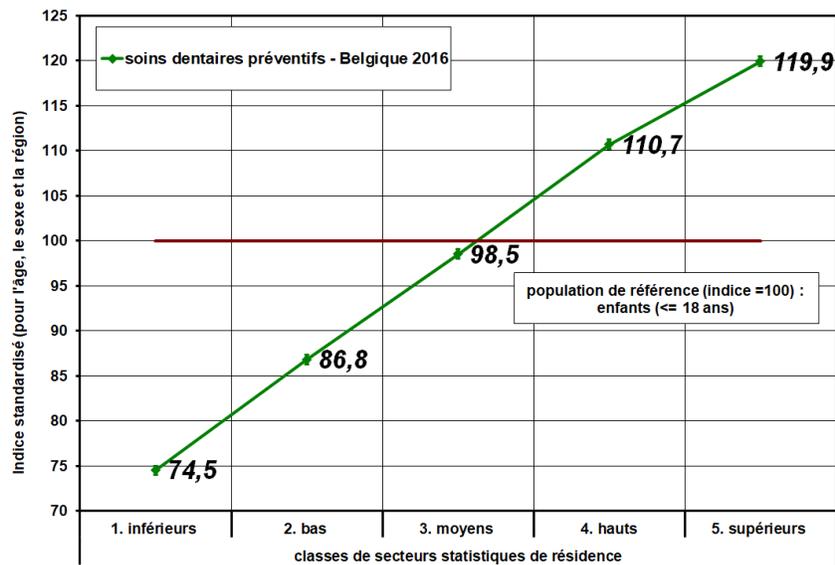
Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	88,7	89,4	87,4	84,0
2 Bas	96,4	97,5	96,2	91,2
3 Moyens	100,2	100,8	99,2	98,5
4 Hauts	103,3	103,5	103,3	107,4
5 Supérieurs	107,1	105,9	111,7	115,7
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	83%	84%	78%	73%

3.2.6 Soins dentaires préventifs : enfants²⁰

Pour peu que le patient se fasse traiter par un dentiste conventionné, ou bien par un dentiste ne demandant pas de suppléments d'honoraires, les soins dentaires préventifs (par ex. : détartrage, examen buccal, etc.) sont gratuits pour les jeunes jusqu'à 18 ans (pas de ticket modérateur à payer). Mais, manifestement, cette mesure ne suffit pas à garantir l'égalité d'accès. Le gradient social est, ici, très important : les jeunes de la classe 1 ont une probabilité moindre de 38 % ($= [74,5/119,9] - 1$) de bénéficier de ce type de soins par rapport à ceux issus de la classe 5. Le gradient est encore plus intense en Wallonie (46% d'écart entre classes extrêmes).

²⁰ La présente remarque est valable pour les sections 3.2.6 et 3.2.7. On vise les patients qui vont 'régulièrement' chez le dentiste. Notre définition de patient 'régulier' est moins stricte que la définition classique où un bénéficiaire devrait strictement procéder à une visite chez le dentiste chaque année calendrier pour être considéré comme patient 'régulier'. Nous avons pris cette définition plus souple pour tenir compte de la réalité sur le terrain, en particulier en fin d'année, où beaucoup de patients se 'rappellent' qu'ils ont une visite chez le dentiste à effectuer, ayant comme résultat que cette consultation n'a lieu qu'au début de l'année calendrier suivante.

Figure 2.6 : Soins dentaires préventifs - enfants - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.6 : Soins dentaires préventifs - enfants

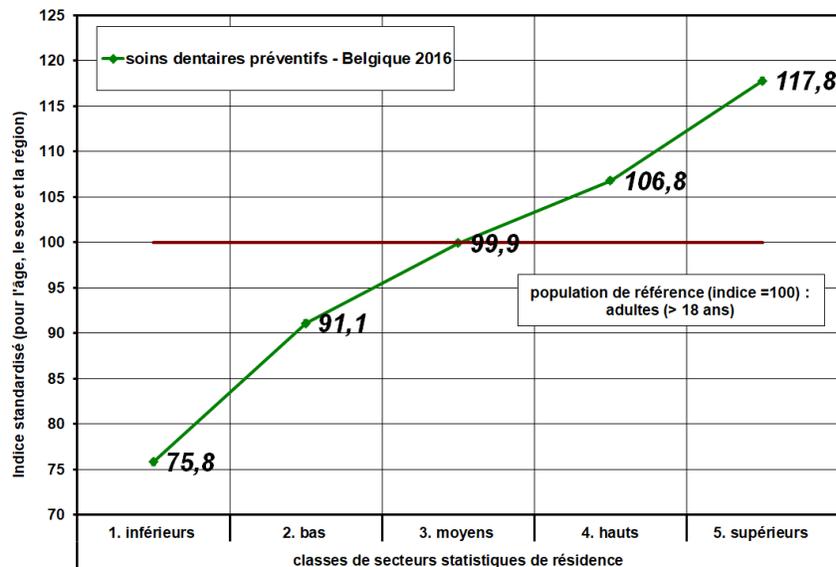
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Au moins 2 contacts préventifs chez le dentiste dans 2 différentes années dans un délai de 3 années civiles (année 2014 à 2016) [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas-AIM]			
	Nombre (a)	700.563	474.125	172.598	53.840
Population de référence	Description	Les enfants jusque 18 ans			
	Nombre (b)	2.327.146	1.302.363	757.161	267.622
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	30,1%	36,4%	22,8%	20,1%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	74,5	70,7	70,4	88,5
2 Bas	86,8	90,3	82,8	93,0
3 Moyens	98,5	102,7	97,0	97,7
4 Hauts	110,7	111,8	114,9	105,5
5 Supérieurs	119,9	117,9	131,5	125,4
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	62%	60%	54%	71%

3.2.7 Soins dentaires préventifs : adultes

On a également amélioré l'accessibilité financière pour les adultes qui bénéficient de l'intervention majorée : pour eux, pas de ticket modérateur à payer. On observe un gradient aussi important que pour les enfants. Les personnes issues de la classe 1 ont une probabilité moindre de 36 % ($= [75,8/117,8] - 1$) de bénéficier de ce type de soins que celles issues de la classe 5. Le gradient est encore plus intense en Wallonie et à Bruxelles (respectivement 45% et 43 % d'écart entre classes extrêmes).

Figure 2.7 : Soins dentaires préventifs - adultes - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.7 : Soins dentaires préventifs - adultes

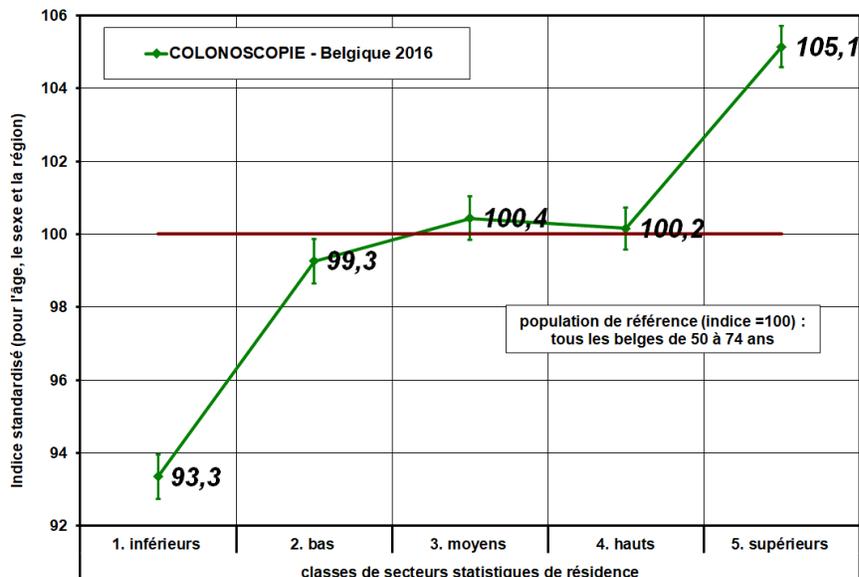
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Au moins 2 contacts préventifs chez le dentiste dans 2 différentes années dans un délai de 3 années civiles (année 2014 à 2016) [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas AIM]			
	Nombre (a)	2.434.948	1.708.545	540.366	186.037
Population de référence	Description	Les adultes au-delà de 18 ans			
	Nombre (b)	8.603.863	5.070.762	2.711.003	822.098
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	28,3%	33,7%	19,9%	22,6%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	75,8	78,8	71,3	76,5
2 Bas	91,1	93,4	84,7	85,6
3 Moyens	99,9	100,8	98,5	96,1
4 Hauts	106,8	107,3	112,9	111,3
5 Supérieurs	117,8	116,2	130,4	134,0
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	64%	68%	55%	57%

3.2.8 Colonoscopie

Les données de facturation des organismes assureurs ne permettent pas de détecter ceux qui ont procédé au dépistage du cancer colorectal, le programme de dépistage étant géré et organisé directement par les Communautés. Par contre, nous pouvons détecter l'étape suivante : la réalisation d'une colonoscopie. À ce stade du processus de prévention, on observe bien un gradient. Les personnes issues de la classe 1 ont une probabilité moindre de 11 % (= [93,9/105,1]-1) d'avoir eu une colonoscopie que celles issues de la classe 5. Le gradient est bien plus intense à Bruxelles (36 % d'écart entre classes extrêmes).

Figure 2.8 : Colonoscopie - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.8 : Colonoscopie

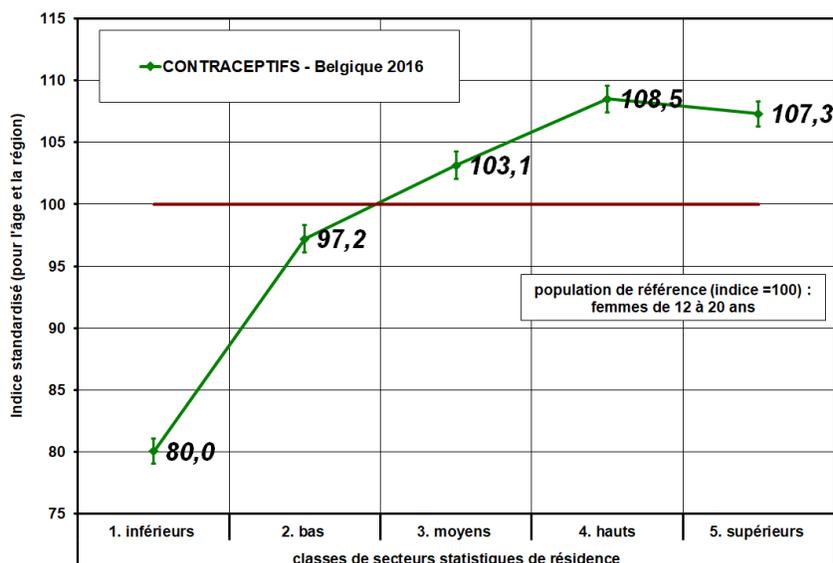
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Réalisation d'au moins une colonoscopie au cours de la période 2006 à 2016			
	Nombre (a)	550.783	331.553	171.833	47.397
Population de référence	Description	Tout le monde entre 50 et 74 ans			
	Nombre (b)	3.267.638	1.972.397	1.047.229	248.012
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	16,9%	16,8%	16,4%	19,1%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	93,3	98,5	93,8	78,1
2 Bas	99,3	97,8	96,5	88,2
3 Moyens	100,4	98,5	99,0	97,6
4 Hauts	100,2	98,6	102,5	108,4
5 Supérieurs	105,1	105,3	106,8	122,7
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	89%	94%	88%	64%

3.2.9 Contraceptifs féminins

L'AO prévoit une intervention pour divers contraceptifs utilisés par les jeunes femmes jusqu'à 20 ans. Attention, on ne détecte pas ainsi l'entièreté du recours aux moyens contraceptifs, les centres de planning familial pouvant aussi en délivrer. Cela dit, qu'observons-nous pour les contraceptifs délivrés par les officines de pharmacie et pour lesquels il y a eu une intervention ? On observe bien un gradient qui se marque surtout en défaveur de la population de la classe 1. En effet, les jeunes femmes issues de la classe la plus faible ont une probabilité moindre de 25 % ($= [80,0/107,3] - 1$) de faire appel aux moyens contraceptifs remboursés comparées à celles issues de la classe 5. Le gradient est massif à Bruxelles (61 % d'écart entre classes extrêmes). Espérons que les centres de planning familial bruxellois compensent !

Figure 2.9 : Intervention pour les contraceptifs féminins - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.9 : Intervention pour les contraceptifs féminins

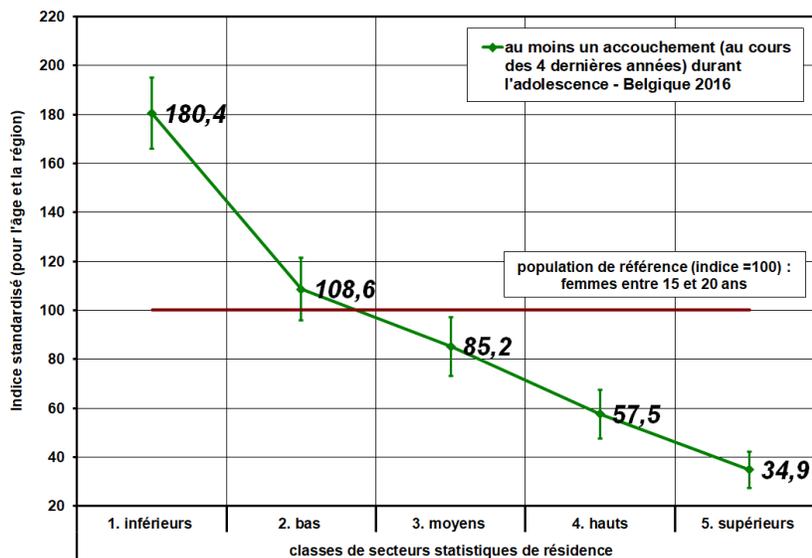
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Via Pharmanet, bénéficiaire en 2016 d'au moins une intervention pour les contraceptifs féminins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (codes : 752732, 752754).			
	Nombre (a)	168.125	101.243	59.262	7.620
Population de référence	Description	Les jeunes femmes entre 12 et 20 ans			
	Nombre (b)	530.519	297.644	180.120	52.755
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	31,7%	34,0%	32,9%	14,4%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	80,0	75,9	85,2	58,4
2 Bas	97,2	97,4	98,5	81,3
3 Moyens	103,1	106,5	103,3	109,2
4 Hauts	108,5	109,3	106,4	128,2
5 Supérieurs	107,3	106,4	106,5	150,5
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	75%	71%	80%	39%

3.2.10 Naissance adolescente

À titre d'essai, et sans qu'il n'y ait de lien direct avec l'indicateur précédent, nous essayons de voir dans quelle mesure les jeunes femmes jusqu'à 20 ans (en 2016) ont eu, au cours de ces 4 dernières années, un accouchement alors qu'elles n'étaient pas encore majeures. Le volume d'observations étant très faible, nous ne regardons pas au-delà du niveau national. Malgré ce faible nombre d'observations, on voit quand-même se dessiner un gradient social. Le risque d'avoir accouché durant l'adolescence est accru de 418 % ($= [180,4/34,9] - 1$) pour les jeunes femmes issues de la classe 1 par rapport à celles de la classe 5. Pas de conclusion hâtive : avoir un enfant à un jeune âge n'est pas forcément un échec de la prévention, c'est aussi un projet de vie.

Figure 2.10 : Naissance adolescente - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 2.10 : Naissance adolescente

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Sur la période 2013 à 2016, au moins un accouchement durant l'adolescence (≤ 17 ans)			
	Nombre (a)	1.283			
Population de référence	Description	Les jeunes femmes entre 15 et 20 ans			
	Nombre (b)	356.737			
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	0,36%			

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques	
1 Inférieurs	180,4
2 Bas	108,6
3 Moyens	85,2
4 Hauts	57,5
5 Supérieurs	34,9
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	518%

3.3 CONTACT AVEC DES PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE

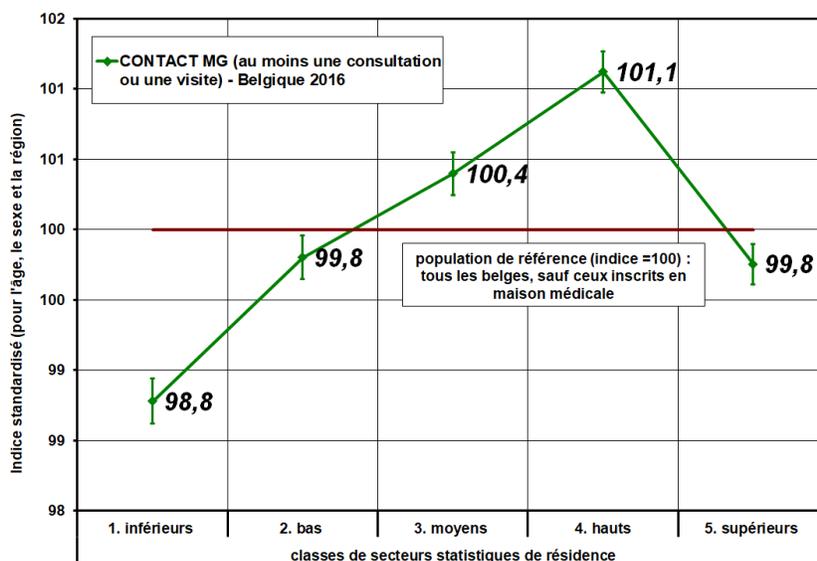
Les contacts avec des prestataires de 1^{ère} ligne se réfèrent

- au contact avec le médecin généraliste (tout type de contact, consultation, visite),
- au fait d'avoir un DMG actif,
- à être inscrit dans une maison médical
- au contact avec le médecin spécialiste,
- au traitement orthodontique,
- au fait qu'il n'y a pas de contact avec le dentiste.

3.3.1 Médecin généraliste : tout type de contact

Observe-t-on des inégalités par rapport à la fréquentation des médecins généralistes ? Non. De façon générale, tout type de contact confondu (consultation au cabinet du médecin ou visite de ce dernier à domicile), on ne voit pas vraiment de différence d'une classe à l'autre (les écarts observés sont de maximum 1 %). Etant donné que l'activité des généralistes en maison médicale n'est pas connue (pas de données à ce sujet au niveau des organismes assureurs), la population de référence n'intègre pas les personnes inscrites en maison médicale, ce qui peut donc induire un biais important dans la mesure où les maisons médicales sont souvent implantées dans les quartiers socioéconomiquement défavorisés.

Figure 3.1 : Contact avec le médecin généraliste - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.1 : Contact avec le médecin généraliste

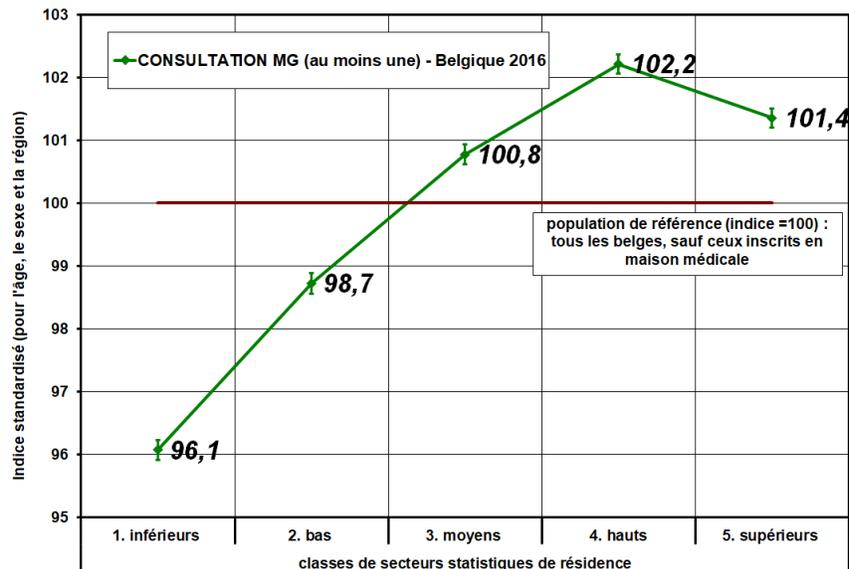
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Avoir eu au moins un contact en 2016 avec un médecin généraliste, on vise tant les consultations au cabinet du médecin que les visites au domicile du patient. [codes provenant du document N = 1]			
	Nombre (a)	8.496.022	5.235.862	2.638.951	621.209
Population de référence	Description	Tout le monde, sauf ceux qui sont inscrits en maison médicale			
	Nombre (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	80,6%	83,6%	79,3%	65,5%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	98,8	97,8	98,8	101,3
2 Bas	99,8	100,0	100,5	100,7
3 Moyens	100,4	101,0	100,8	99,4
4 Hauts	101,1	101,4	100,5	99,7
5 Supérieurs	99,8	99,7	99,4	99,0
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	99%	98%	99%	102%

3.3.2 Médecin généraliste : consultation

Par rapport à l'indicateur précédent, en se limitant à la consultation du médecin généraliste, on observe que l'écart entre classes extrêmes est plus accentué, mais reste limité à 5 % ($= [96,1/101,4] - 1$). En Wallonie, cet écart est plus important : de l'ordre de 8 %.

Figure 3.2 : Consultation du médecin généraliste - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.2 : Consultation du médecin généraliste

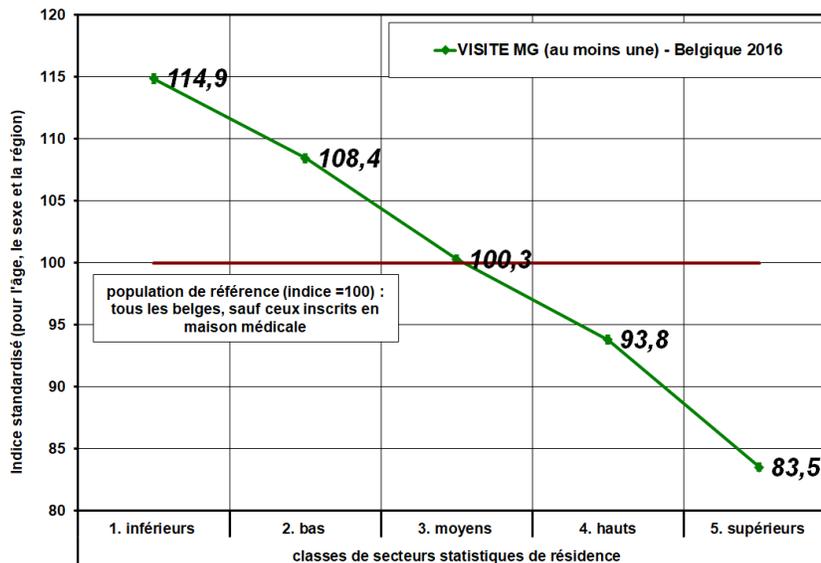
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Avoir eu au moins une consultation de médecin généraliste en 2016. [codes provenant du document N = 1]			
	Nombre (a)	7.881.441	4.936.848	2.361.743	582.850
Population de référence	Description	Tout le monde, sauf ceux qui sont inscrits en maison médicale			
	Nombre (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	74,7%	78,8%	70,9%	61,4%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	96,1	95,6	94,3	101,7
2 Bas	98,7	99,6	98,6	100,2
3 Moyens	100,8	101,3	101,0	98,6
4 Hauts	102,2	102,3	102,5	99,6
5 Supérieurs	101,4	100,7	103,0	99,8
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	95%	95%	92%	102%

3.3.3 Médecin généraliste : visite

Si on examine spécifiquement les visites du médecin généraliste au domicile du patient, la population de référence excluant à nouveau ceux et celles qui sont inscrits en maison médicale, on observe un renversement du gradient. Ici, ce sont ceux qui sont issus de la classe la plus faible qui marquent une préférence pour ce type de contact. En effet, la probabilité d'avoir une visite de son médecin généraliste est de 38 % $(=[114,9/83,5]-1)$ supérieure pour ceux appartenant à la classe la plus faible (classe 1) par rapport à ceux qui appartiennent à la plus élevée (classe 5). C'est en Wallonie que ce même % est le plus élevé (64 %). Par contre, la région bruxelloise est atypique : les personnes issues de la classe 1 ont une probabilité de 15% inférieure à celle des personnes de la classe 5.

Figure 3.3 : Visite du médecin généraliste - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.3 : Visite du médecin généraliste

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Avoir eu au moins une visite du médecin généraliste en 2016. [codes provenant du document N = 1]			
	Nombre (a)	1.920.771	1.051.202	775.268	94.301
Population de référence	Description	Tout le monde, sauf ceux qui sont inscrits en maison médicale			
	Nombre (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	18,2%	16,8%	23,3%	9,9%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	114,9	109,9	122,2	84,3
2 Bas	108,4	105,7	114,6	99,8
3 Moyens	100,3	101,6	101,9	106,2
4 Hauts	93,8	95,3	88,6	105,3
5 Supérieurs	83,5	87,3	74,4	100,5
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	138%	126%	164%	84%

3.3.4 Avoir un dossier médical global (DMG) actif

Nous nous intéressons, ici, au fait de bénéficier des avantages d'un DMG, comme la réduction du ticket modérateur de 30 % pour les consultations chez le médecin généraliste. Le DMG est sans aucun doute utile pour tout le monde. Mais il l'est encore davantage pour les groupes les plus vulnérables, tant en raison du risque accru d'être en moins bonne santé qu'en raison de la réduction du ticket modérateur. Bonne nouvelle, nous ne voyons pas de différenciation selon nos classes sociales. Sauf à Bruxelles, mais cela joue plutôt en faveur de ceux qui appartiennent à la classe la plus faible.

Figure 3.4 : Avoir un DMG actif - Belgique

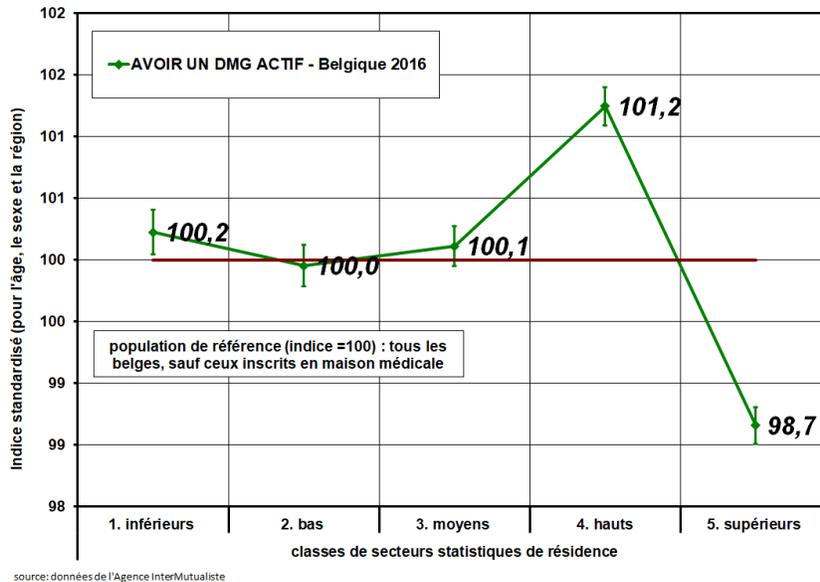


Tableau 3.4 : Avoir un DMG actif

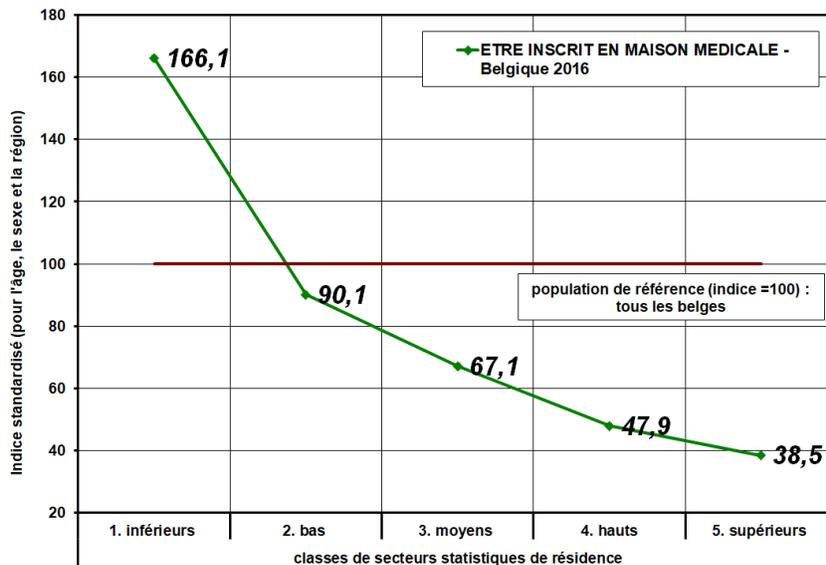
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Bénéficier des avantages liés à un DMG actif en 2016 (le DMG est ouvert ou a été prolongé durant la période 2014 à 2016). [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas AIM]			
	Nombre (a)	7.324.966	4.960.225	1.967.534	438.333
Population de référence	Description	Tout le monde, sauf ceux qui sont inscrits en maison médicale			
	Nombre (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	69,5%	79,2%	59,1%	46,2%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	100,2	98,0	101,9	109,7
2 Bas	100,0	100,2	101,1	104,2
3 Moyens	100,1	101,3	100,8	98,4
4 Hauts	101,2	101,7	99,3	97,6
5 Supérieurs	98,7	98,6	97,4	91,4
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	102%	99%	105%	120%

3.3.5 Être inscrit en maison médicale

Une autre façon de bénéficier de soins de 1^{ère} ligne, dont la médecine générale, sans devoir déboursier de l'argent de sa poche, c'est d'être affilié à une maison médicale (financée au forfait). Les maisons médicales sont, bien sûr, accessibles à tous. Mais il n'est pas étonnant que ce soient ceux et celles qui vivent dans les quartiers les moins favorisés (classe 1) qui s'y inscrivent bien davantage : l'écart observé entre la classe 1 et 5 est de l'ordre de 332 % ($= [166,1/38,5] - 1$). Cet écart est maximum en région flamande (624 %). Le 'déficit' de contact avec le médecin généraliste constaté pour la classe 1 aux Figures 3.1 et 3.2 est certainement compensé par ce qu'on voit avec le présent indicateur.

Figure 3.5 : Être inscrit en maison médicale - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.5 : Être inscrit en maison médicale

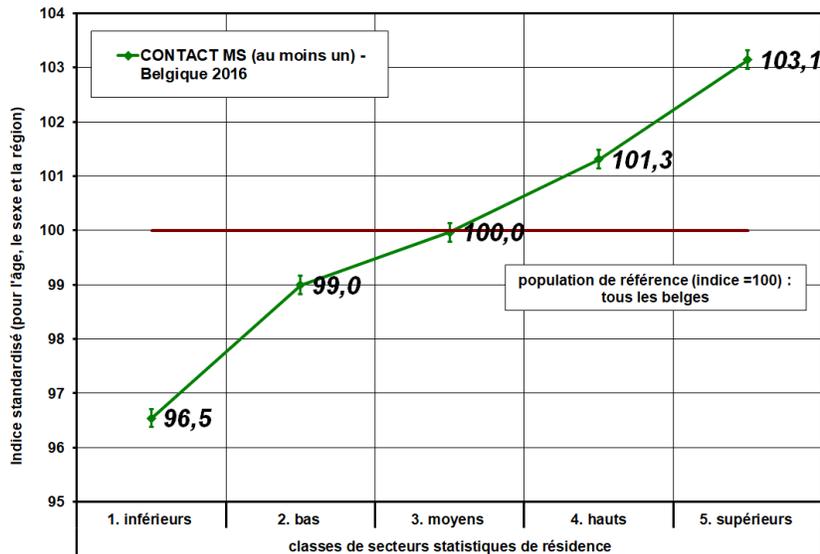
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Évènement	Description	Être inscrit en maison médicale financée au forfait par l'INAMI (minimum un forfait en 2016).			
	Nombre (a)	386.880	107.183	139.011	140.686
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	3,5%	1,7%	4,0%	12,9%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	166,1	252,5	222,8	169,9
2 Bas	90,1	97,5	108,4	125,5
3 Moyens	67,1	75,9	75,3	87,1
4 Hauts	47,9	52,8	55,5	61,0
5 Supérieurs	38,5	34,9	38,6	30,4
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	432%	724%	577%	560%

3.3.6 Contact avec le médecin spécialiste

Pas de gradient spectaculaire en ce qui concerne les contacts ambulatoires avec les spécialistes. On observe un écart de 6 % ($= [96,5/103,1] - 1$) entre classes extrêmes, en faveur de ceux appartenant à la classe la plus élevée. Ou pour le dire autrement : ces derniers ont une propension légèrement supérieure de 6 % à entrer en contact avec un médecin spécialiste, tout type de spécialité confondu.

Figure 3.6 : Contact avec le médecin spécialiste - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.6 : Contact avec le médecin spécialiste

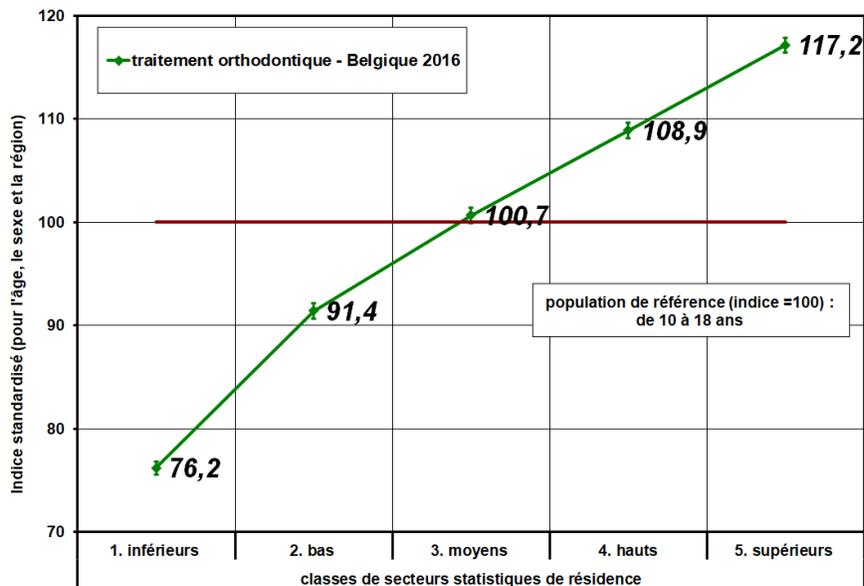
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Contact avec spécialiste en 2016, tout type de spécialité. [codes provenant du doc N = 1]			
	Nombre (a)	6.808.315	3.876.566	2.269.904	661.845
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	62,3%	60,8%	65,4%	60,7%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	96,5	96,2	95,9	95,8
2 Bas	99,0	98,6	99,2	97,3
3 Moyens	100,0	100,3	100,2	99,6
4 Hauts	101,3	101,3	101,3	102,2
5 Supérieurs	103,1	103,2	103,4	106,1
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	94%	93%	93%	90%

3.3.7 Traitement d'orthodontie

On vise les traitements commencés ou encore en cours. On sait que ces traitements coûtent cher aux patients²¹, il n'est donc pas étonnant de voir, ici, un important gradient social. En effet, les enfants issus de la classe la plus faible (classe 1) ont une probabilité diminuée de 35 % ($= [76,2/117,2]-1$) d'avoir eu un traitement orthodontique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Ce gradient est encore plus accentué à Bruxelles (44 % d'écart entre les classes extrêmes).

Figure 3.7 : Traitement orthodontique - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.7 : Traitement orthodontique

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Avoir bénéficié d'au moins un remboursement pour une prestation d'orthodontie sur la période 2010 à 2016. [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas AIM]			
	Nombre (a)	361.747	219.054	114.473	28.220
Population de référence	Description	Les enfants de 10 à 18 ans			
	Nombre (b)	1.086.431	608.201	367.006	111.224
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	33,3%	36,0%	31,2%	25,4%

²¹ KCE. 2008. Orthodontie chez les enfants et adolescents. rapport KCE 77B.

Repris du site du KCE : « Quatre jeunes sur dix portent un appareil dentaire en Belgique. Dans une étude menée en collaboration avec l'Hôpital universitaire de Leuven (UZ Leuven/KU Leuven), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) arrive à la conclusion que ces traitements ne sont pas toujours médicalement fondés. Les risques liés à l'orthodontie sont limités. Un traitement coûte en moyenne 1000 EUR au patient, soit 50% du coût total. L'autre moitié est prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire et par les assurances complémentaires. En matière de remboursement, l'assurance-maladie ne fait actuellement pas la distinction entre les anomalies légères (esthétiques), modérées ou sévères. Le KCE recommande un remboursement adapté en fonction de la sévérité de l'anomalie dentaire avec un meilleur remboursement en cas de troubles sérieux »

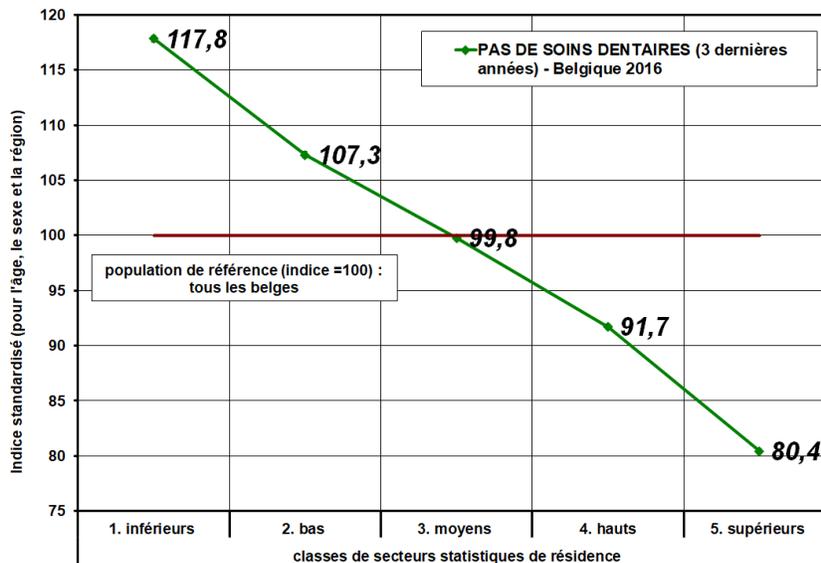
<https://kce.fgov.be/fr/orthodontie-chez-les-enfants-et-adolescents>

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	76,2	74,4	73,4	77,4
2 Bas	91,4	92,7	86,5	88,0
3 Moyens	100,7	102,5	99,8	100,2
4 Hauts	108,9	108,5	110,8	114,5
5 Supérieurs	117,2	115,1	125,5	137,1
→ <i>Ratio entre classe 1 et 5 =</i>	65%	65%	58%	56%

3.3.8 Pas de contact avec le dentiste

On peut s'inquiéter pour la santé bucco-dentaire de ceux qui ne vont pas chez le dentiste. Mais y a-t-il là un gradient social à observer ? Oui, c'est bien le cas. Les personnes appartenant à la classe la plus faible (classe 1) ont une probabilité accrue de 47 % ($= [117,8/80,4] - 1$) de ne pas avoir eu le moindre contact avec un dentiste, au cours de 3 années consécutives, par rapport à celles qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Ce gradient est moins accentué à Bruxelles (31 % d'écart entre les classes extrêmes), mais pour un taux d'absence de contact plus important (33,7 % à Bruxelles, contre 29,0 % pour le Royaume).

Figure 3.8 : Pas de contact avec le dentiste durant 3 années consécutives - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 3.8 : Pas de contact avec le dentiste durant 3 années consécutives

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Pas de soins dentaires facturés durant la période 2014 à 2016. [on suit la fiche méthodologique de l'Atlas-AIM]			
	Nombre (a)	3.164.712	1.678.264	1.119.222	367.226
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	29,0%	26,3%	32,3%	33,7%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	117,8	124,1	121,1	110,3
2 Bas	107,3	108,0	109,6	106,2
3 Moyens	99,8	97,8	99,7	101,7
4 Hauts	91,7	90,6	90,5	94,4
5 Supérieurs	80,4	80,3	78,5	83,9
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	147%	155%	154%	131%

3.4 CONTACT AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

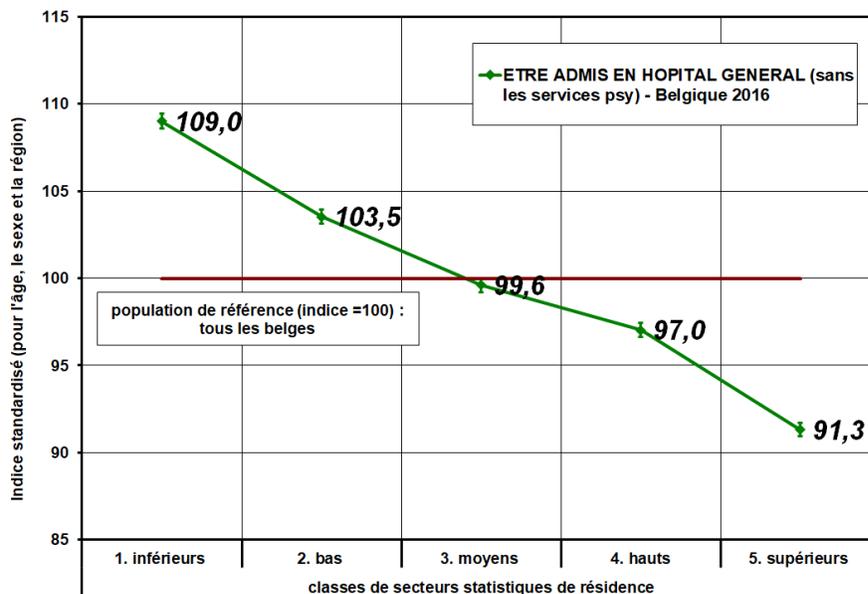
Les événements concernant les structures hospitalières ont trait

- à l'admission en hôpital général,
- à l'hospitalisation psychiatrique,
- à l'admission en pédiatrie ou en néonatalogie,
- aux urgences hospitalières.

3.4.1 Être admis en hôpital général

Avec les admissions hospitalières 'classiques' (au moins une nuitée), on reflète plutôt l'état de santé relatif des populations. Et, sans surprise, le gradient observé reflète bien un état de santé plus faible en défaveur de la classe 1 : les individus appartenant à la classe la plus faible présentent, en 2016, un risque accru de 19 % ($= [109,0/91,3] - 1$) d'être admis à l'hôpital par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 4.1 : Être admis en hôpital général (sans les services psychiatriques) - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 4.1 : Être admis en hôpital général (sans les services psychiatriques)

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Évènement	Description	Date d'admission en 2016, dans un hôpital général, les services psychiatriques des hôpitaux généraux étant exclus.			
	Nombre (a)	1.163.085	681.118	383.237	98.730
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720

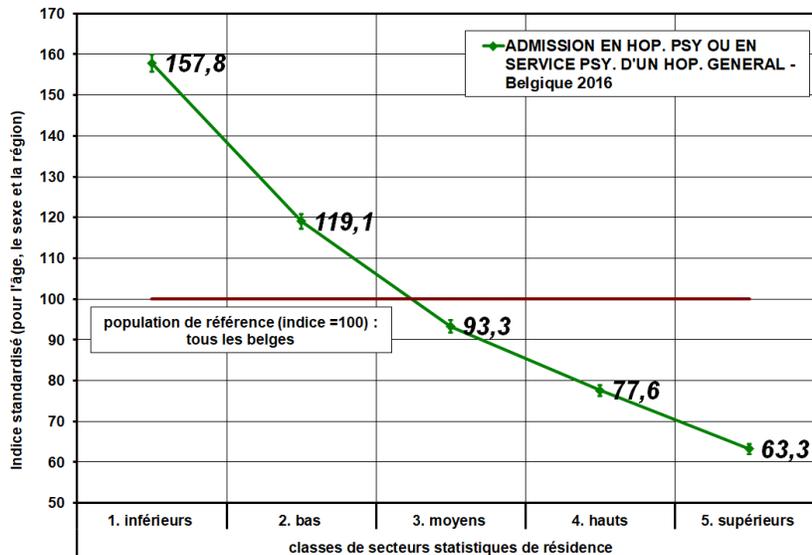
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	10,6%	10,7%	11,1%	9,1%
------------------------	--------------------------	-------	-------	-------	------

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques					
1 Inférieurs		109,0	107,6	111,9	109,1
2 Bas		103,5	103,6	106,4	104,3
3 Moyens		99,6	100,0	100,0	100,5
4 Hauts		97,0	97,1	93,8	96,2
5 Supérieurs		91,3	91,9	88,0	90,1
→ Ratio entre classe 1 et 5 =		119%	117%	127%	121%

3.4.2 Hospitalisation psychiatrique

Avec les hospitalisations psychiatriques, on revient sur la santé mentale. A nouveau, le gradient social observé est très accentué et reflète bien un état de santé mentale se dégradant quand on descend le long de l'échelle sociale. On observe que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un surrisque de 149 % ($= [157,8/63,3]-1$) d'avoir une hospitalisation psychiatrique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Ce surrisque est encore plus important en Wallonie (216 % d'écart entre les 2 classes extrêmes).

Figure 4.2 : Etre admis en hôpital psychiatrique (services psychiatriques des hôpitaux généraux compris) - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 4.2 : Être admis en hôpital psychiatrique (services psychiatriques des hôpitaux généraux compris)

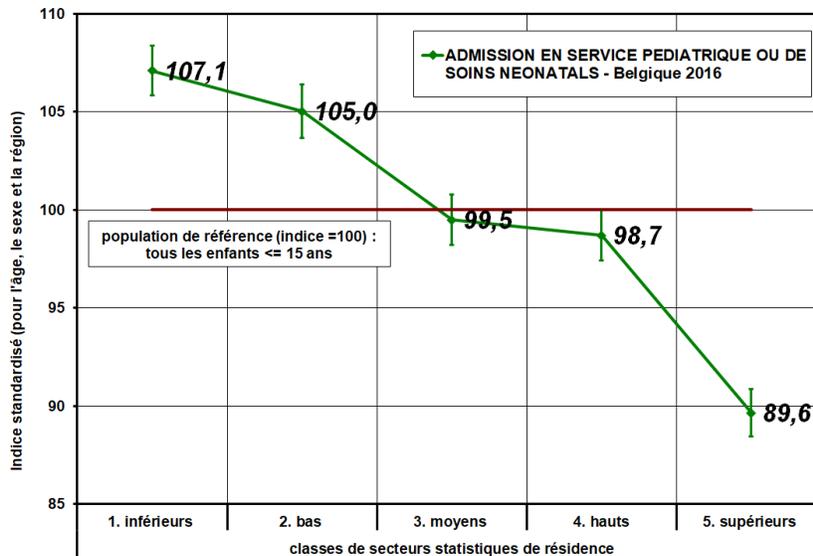
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Date d'admission en 2016, dans un hôpital psychiatrique, les services psychiatriques des hôpitaux généraux étant inclus.			
	Nombre (a)	73.142	45.437	22.157	5.548
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	157,8	170,6	175,9	105,3
2 Bas	119,1	109,5	114,0	111,4
3 Moyens	93,3	88,4	89,4	101,2
4 Hauts	77,6	76,6	69,6	94,8
5 Supérieurs	63,3	63,9	55,6	84,9
→ Ratio entre classe 1 et 5 =	249%	267%	316%	124%

3.4.3 Admission en pédiatrie ou néonatalogie

Avec les hospitalisations pédiatriques ou en service de néonatalogie, c'est de la santé des enfants qu'il s'agit. Et, la conclusion est claire : le gradient social observé montre que l'état de santé des enfants se dégrade quand on descend le long de l'échelle sociale. Les inégalités sociales en santé se marquent donc dès l'enfance. On observe que les enfants appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un surrisque de 19 % ($= [107,1/89,6]-1$) d'être admis en pédiatrie ou néonatalogie par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 4.3 : Admission en pédiatrie ou néonatalogie - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 4.3 : Admission en pédiatrie ou néonatalogie

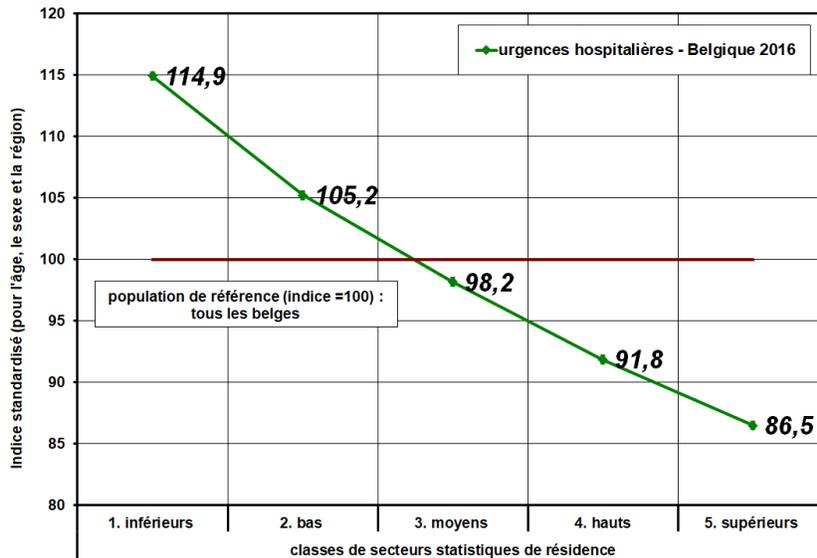
		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Date d'admission en 2016, dans un service de pédiatrie ou de néonatalogie			
	Nombre (a)	118.139	69.188	37.247	11.704
Population de référence	Description	Les enfants jusqu'à 15 ans			
	Nombre (b)	1.964.174	1.098.402	633.267	232.505
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	6,0%	6,3%	5,9%	5,0%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	107,1	104,8	112,7	105,3
2 Bas	105,0	104,2	109,4	102,9
3 Moyens	99,5	101,6	101,5	101,2
4 Hauts	98,7	98,1	90,6	93,8
5 Supérieurs	89,6	91,6	84,6	92,3
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	119%	114%	133%	114%

3.4.4 Recours aux urgences hospitalières

Recourir aux urgences hospitalières est plus fréquent quand on descend le long de l'échelle sociale. C'est ce que montre le gradient de la Figure 4.4. On y observe que la population afférente à la classe la plus faible (classe 1) présente, en 2016, un risque accru de 33 % ($= [114,9/86,5] - 1$) de se présenter aux urgences d'un hôpital par rapport à la population de la classe la plus élevée (classe 5).

Figure 4.4 : Urgences hospitalières - Belgique



source: données de l'Agence InterMutualiste

Tableau 4.4 : Urgences hospitalières

		Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale
Evènement	Description	Avoir eu un contact avec un médecin urgentiste au cours de 2016 [article 25 de la nomenclature, section 12, §3bis]			
	Nombre (a)	1.953.836	968.058	742.506	243.272
Population de référence	Description	Tout le monde			
	Nombre (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Valeur de l'indice 100	Fréquence = (a) / (b)	17,9%	15,2%	21,4%	22,3%

Valeur de l'indice par classe de secteurs statistiques				
1 Inférieurs	114,9	118,1	119,6	109,0
2 Bas	105,2	105,1	109,3	105,6
3 Moyens	98,2	97,9	98,7	101,1
4 Hauts	91,8	92,0	90,0	97,1
5 Supérieurs	86,5	88,1	82,6	84,4
➔ Ratio entre classe 1 et 5 =	133%	134%	145%	129%

4 COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Notre méthode est robuste, mais elle pourrait être affinée. Pour ce faire, nous devrions avoir recours à des données de revenus, au niveau des familles. C'est possible et cela a déjà été fait dans le passé, dans le cadre d'une étude du Centre d'expertise fédéral en soins de santé, menée en collaboration avec l'AIM, l'UA et la K.U.Leuven. L'étude²² portait sur le Maximum à Facturer. À cette occasion, un couplage entre données fiscales et données de soins de santé individuelles a été opéré. Pour un monitoring régulier et de meilleure qualité des inégalités sociales en santé, c'est la stratégie à suivre et nous la recommandons aux autorités publiques.

La santé est vue par beaucoup comme un bien précieux. Pourtant, malgré les progrès de la médecine, malgré l'ampleur des dépenses de l'assurance soins de santé de notre sécurité sociale (mais aussi, du fait de la réforme de l'État, celles de nos Communautés et Régions), la 'bonne santé' est loin d'être une réalité égale pour tous. Nous ne sommes vraiment pas égaux par rapport à la santé. Si les gradients observés, à l'aide des données de l'AIM, ne sont pas toujours spectaculaires, les résultats convergent vers la même conclusion : quand on descend le long de l'échelle sociale, l'état de santé se dégrade, la prévention est moins effective et on ne se soigne pas de la même façon (sans compter qu'une partie importante de la population est contrainte de reporter des soins de santé pour des raisons financières).

- Pour les populations moins favorisées, un état de santé qui se dégrade signifie que les chances de survie sont moindres, que la probabilité de tomber en incapacité de travail augmente (et donc que les revenus disponibles diminuent encore alors que les dépenses de santé augmentent), qu'on est davantage confronté à des maladies graves, invalidantes. Tout cela reflète des conditions de vie, sociales et économiques plus dures avec moins d'opportunités de pouvoir se soigner correctement. Et cela commence dès l'enfance, comme le montrent les admissions hospitalières en pédiatrie et néonatalogie.

Il ne s'agit pas seulement de la santé 'physique'. Avec les hospitalisations psychiatriques, le recours aux antidépresseurs, aux antipsychotiques, on voit que les inégalités sociales se révèlent également en santé mentale. Ceci ne devrait guère étonner. Vivre (ou survivre) dans des conditions précaires génère des tensions et un stress permanents auxquels il n'y a pas beaucoup d'issue.

- Comment s'étonner du fait que la prévention soit moins effective quand on descend l'échelle sociale, même quand elle est gratuite ? 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 interroger 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, sans que cela joue nécessairement en faveur de ceux qui ont moins de revenus disponibles.
 - Si on ne voit pas de problème d'accès à la médecine générale, on pointe quand même 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. Autre solution : la maison médicale, elle apparaît comme privilégiée par ceux qui sont situés au bas de l'échelle sociale.

²² Schokkaert E, Guillaume J, Lecluyse A, Avalosse H, Cornelis K, De Graeve D, Devriese S, Vanoverloop J, Van de Voorde C. 2008. Evaluation des effets du Maximum à Facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé. Bruxelles. KCE reports. 80 B.

- Il y a par contre un très net problème général d'accès aux soins dentaires en défaveur des populations défavorisées. On peut franchement s'inquiéter pour la santé bucco-dentaire de ces derniers. Et même quand la possibilité de soins préventifs gratuits existe (par ex. : soins dentaires préventifs pour les enfants), cela ne garantit pas un accès effectif et égal pour tous.
- On note également un recours plus accentué aux services d'urgence des hôpitaux quand on descend le long de l'échelle sociale. Cela peut s'expliquer par l'application du tiers payant (il ne faut pas avancer la totalité de l'argent), par le fait que la facture arrive plus tard.
Le principal, c'est de se soigner. Mais, au final, ce n'est pas forcément 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.
- Encore un point d'attention : les inégalités sociales en santé concernent bien l'ensemble de la société. Dans la présentation des résultats, on insiste sur la 'tension' entre les classes 1 et 5 : en effet, plus le ratio des indices observés pour ces deux classes est élevé, plus le gradient se verticalise, ce qui montre des inégalités sociales accentuées. Mais il ne s'agit pas seulement d'apprécier la situation de ceux qui appartiennent à la classe la moins favorisée par rapport à ceux de la classe la plus favorisée. En effet, les personnes appartenant aux classes intermédiaires 2, 3 et 4 ont aussi des indices (souvent) moins favorables à celui mesuré pour la classe 5, la classe la plus favorisée. Toutes ces personnes sont donc également concernées par les inégalités en santé.

« Mesurer, c'est savoir ». Certes, c'est une étape indispensable. Mais il ne faut pas s'arrêter à cette devise, aussi pertinente soit-elle. Agir, c'est mieux ! Les inégalités sociales 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, point d'attention permanent des organismes assureurs qui fait partie de leurs missions. Autre domaine d'action des organismes assureurs, bien spécifié par le Pacte d'avenir (2016)²³ : leur rôle d'accompagnement

- pour améliorer l'autonomisation de leurs membres et leur capacité à prendre eux-mêmes des décisions informées sur leur propre santé (*health literacy* ou compétences en matière de santé). *Or, les groupes-cibles qui bénéficieraient le plus de ces compétences en matière de santé sont souvent les plus difficiles à atteindre. Ce paradoxe constitue un point d'attention.*
- pour accompagner et soutenir leurs membres dans la conservation de leur santé, dans la récupération de leur santé, dans la gestion de leur maladie ou dans le cadre de la planification de soins avancés.

Le pacte encourage donc les organismes assureurs à développer des projets visant à promouvoir les compétences en matière de santé, et reconnaît que l'initiation des individus aux compétences en matière de santé est un facteur qui contribue à réduire les inégalités dans le domaine de la santé.

Mais cela ne suffit pas, car 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 et de logement, l'accueil de la petite enfance, l'accès à l'emploi, à l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel), etc. Tous les niveaux de pouvoir et tous les

²³ Pacte d'avenir avec les Organismes Assureurs, Cellule stratégique de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, septembre 2016

partenaires sociaux sont concernés. Maintenant qu'on sait, '*Health in all policies*' devrait être notre nouvelle devise.

Autrement dit : des mesures et budgets destinés à réaliser²⁴

- ⇒ et garantir des salaires et indemnités au-delà du seuil de pauvreté
- ⇒ une offre de logement (social) décente et suffisante avec garantie de couverture des frais de besoins primaires (eau, chauffage et électricité) y relatés
- ⇒ une réelle gratuité d'enseignement primaire et secondaire
- ⇒ un système favorisant l'accueil de la petite enfance (en termes de place et de coût) afin de permettre aux mamans dont les revenus sont faibles de continuer leur activité professionnelle.
- ⇒ une garantie de mobilité réelle par le biais de transports publics

peuvent également aider à l'amélioration de la santé publique.

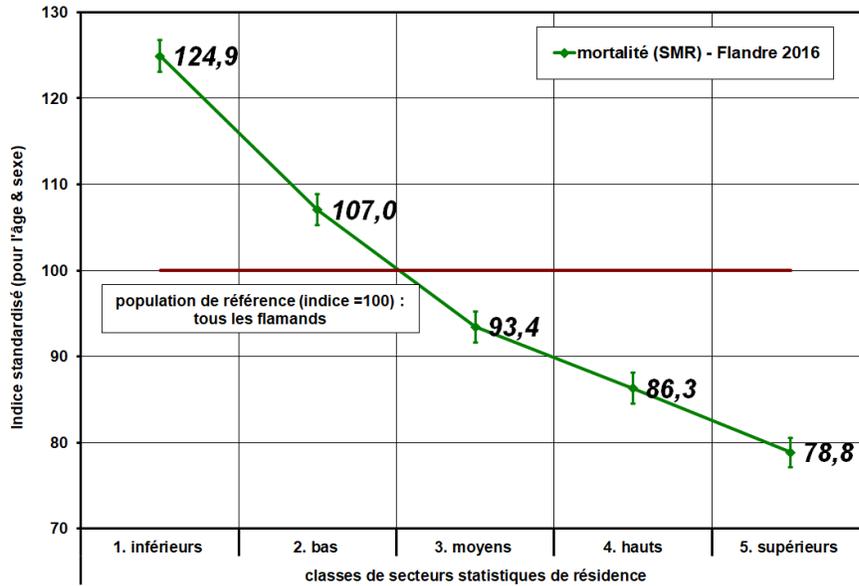
²⁴ Voir également :

- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté. Une stratégie wallonne de réduction des inégalités.
<http://www.rwlp.be/images/UnestrategieWallonne.pdf>
- Decenniumdoelen. Komaf met armoede. Voor een moedige beleid.
https://www.decenniumdoelen.be/documenten/Komaf_boekje_BW.pdf

ANNEXE I : FLANDRE

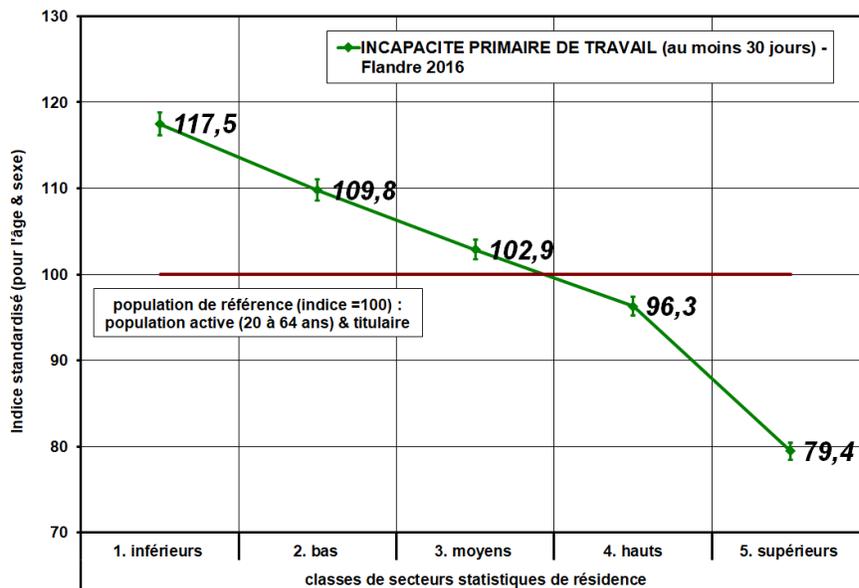
1. ÉTAT DE SANTÉ

1.1 Mortalité



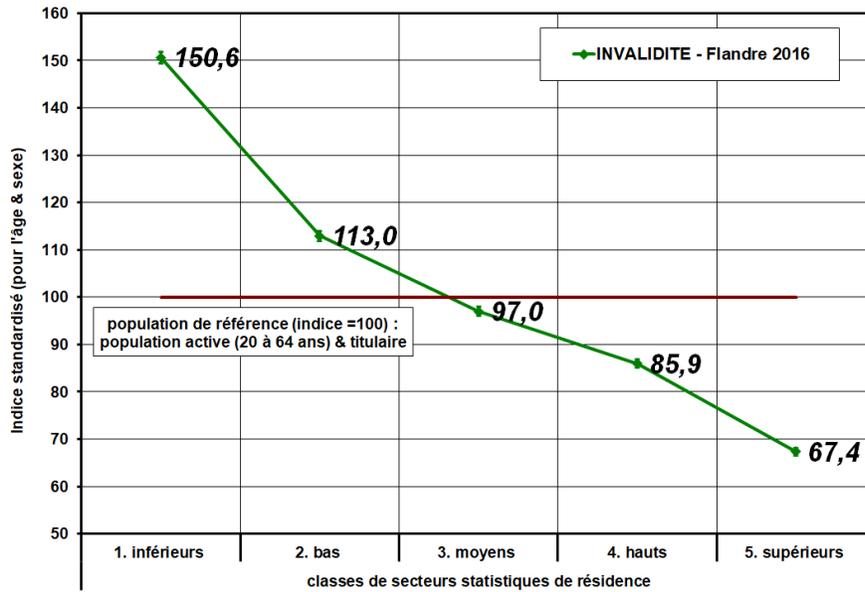
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbidité : Incapacité primaire de travail



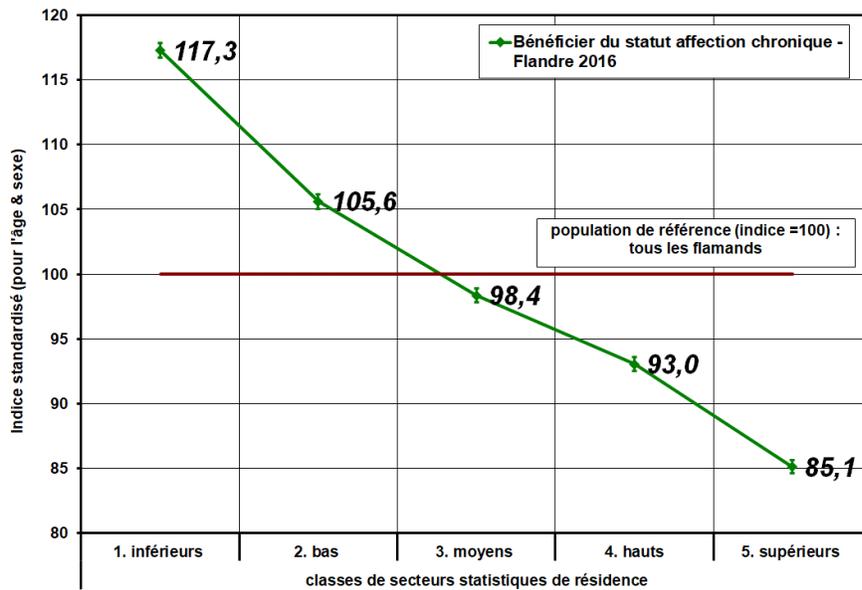
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbidité : Invalidité



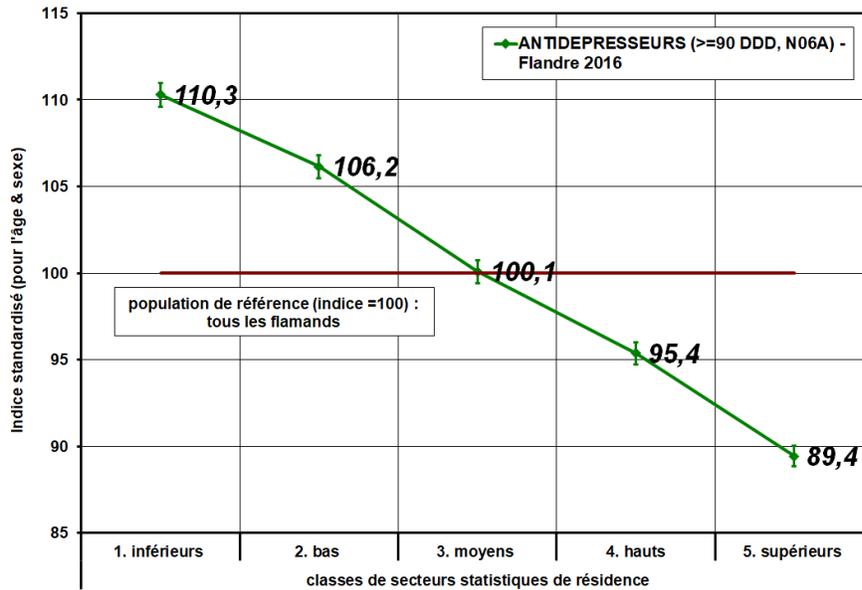
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbidité : Statut affection chronique



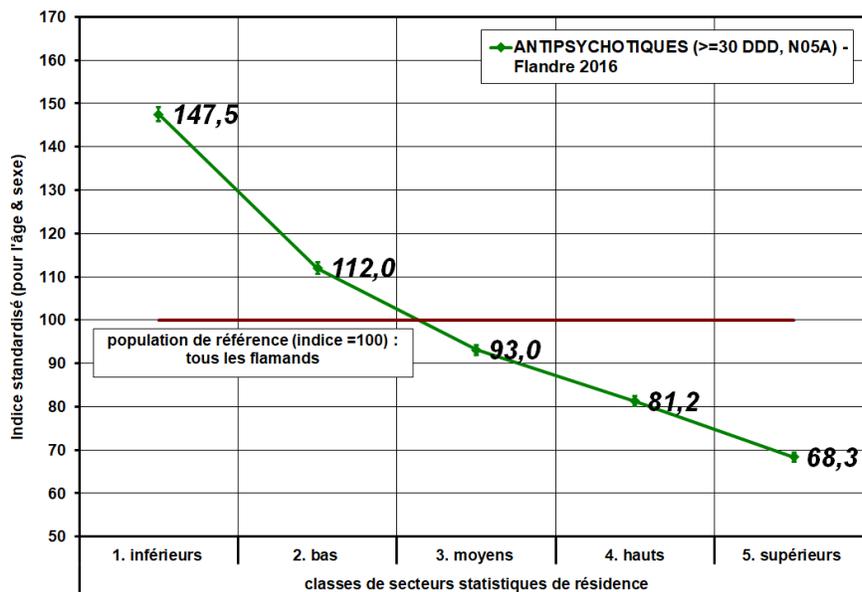
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbidité : Recours aux antidépresseurs



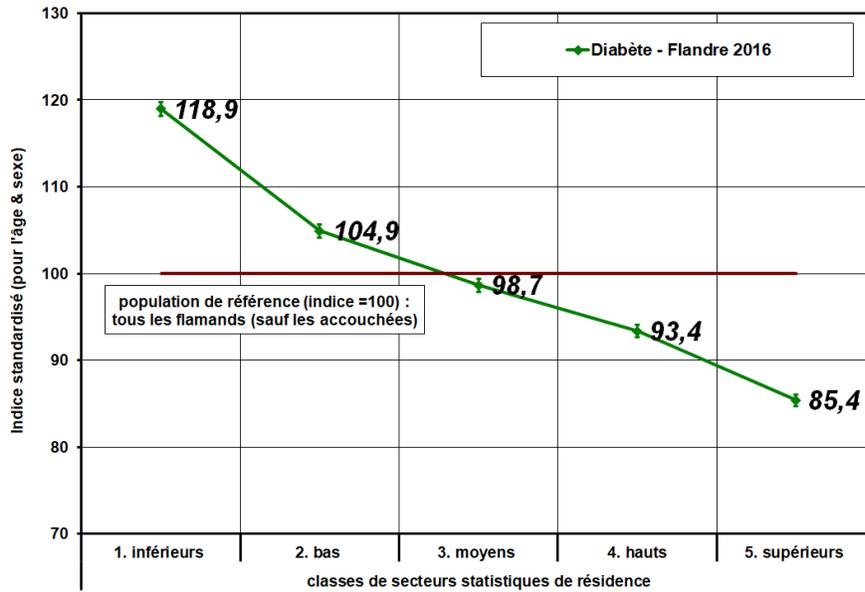
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbidité : Recours aux antipsychotiques



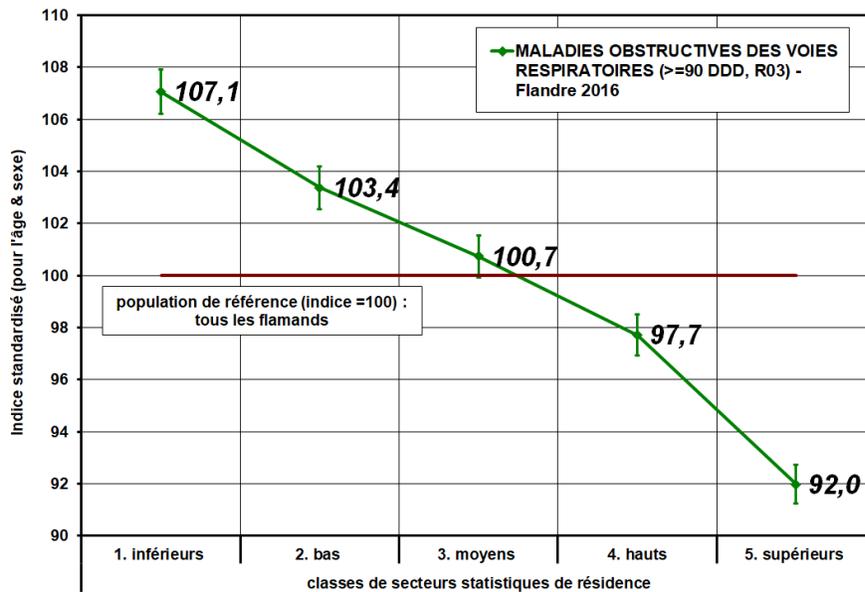
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbidité : Diabète



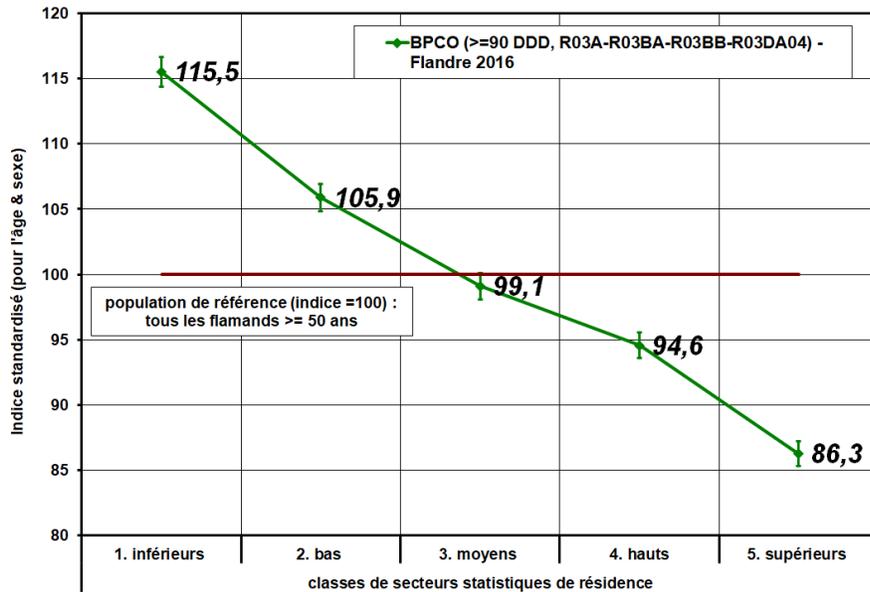
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires



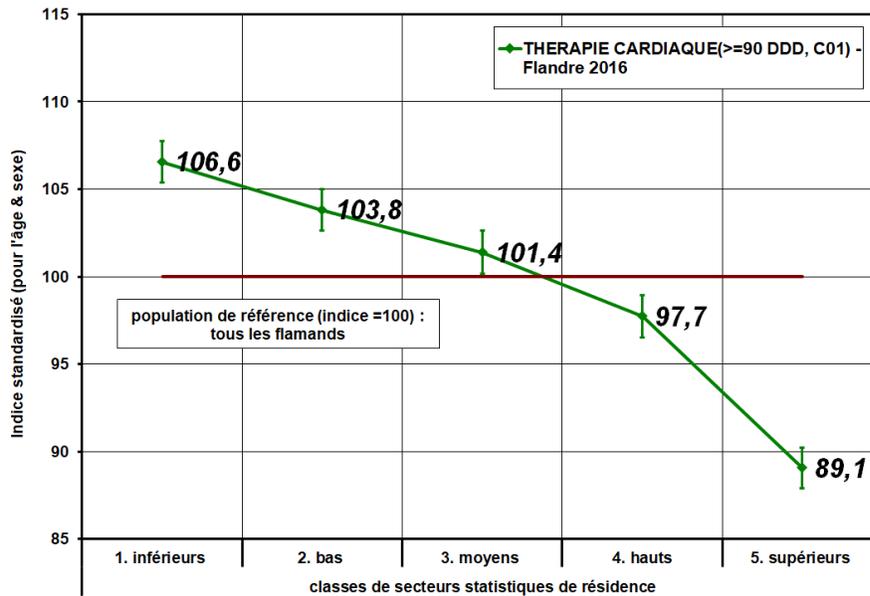
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



source: données de l'Agence InterMutualiste

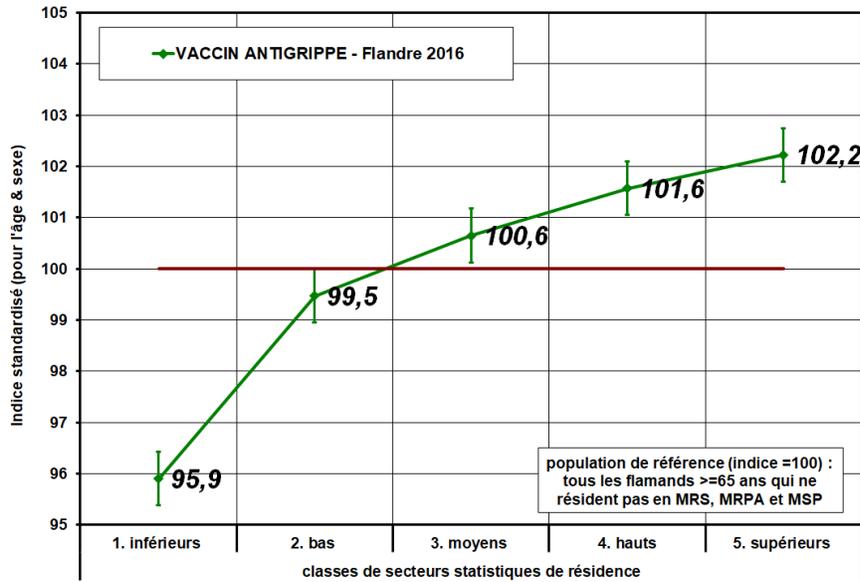
1.10 Morbidité : Thérapie cardiaque



source: données de l'Agence InterMutualiste

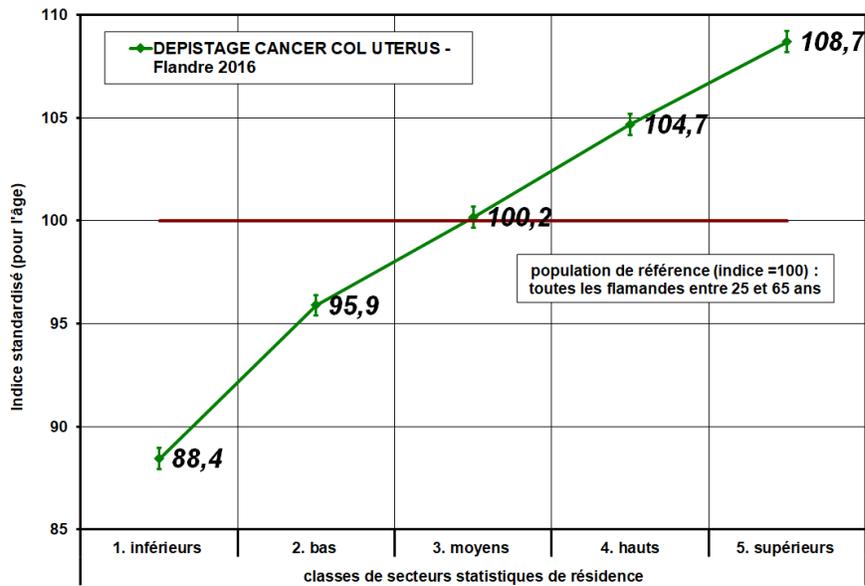
2. PRÉVENTION

2.1 Vaccins antigrippes



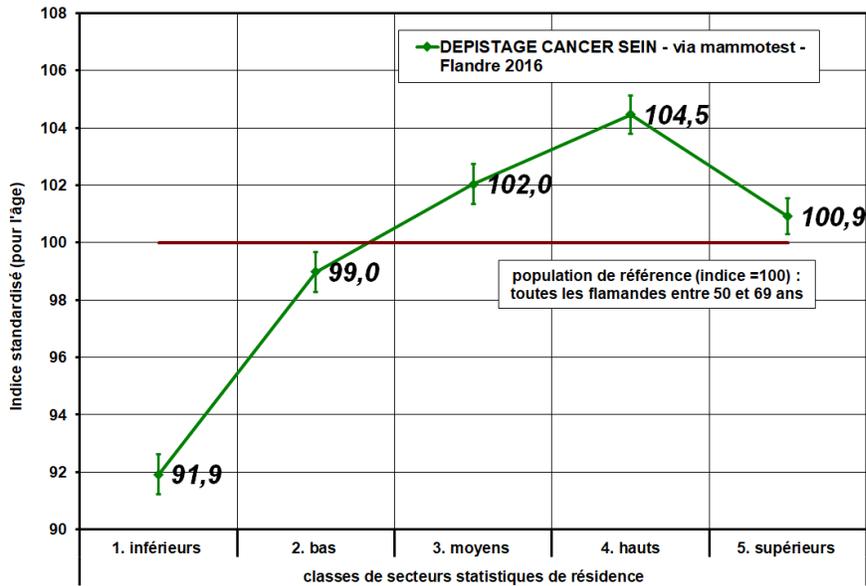
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Dépistage : cancer du col de l'utérus



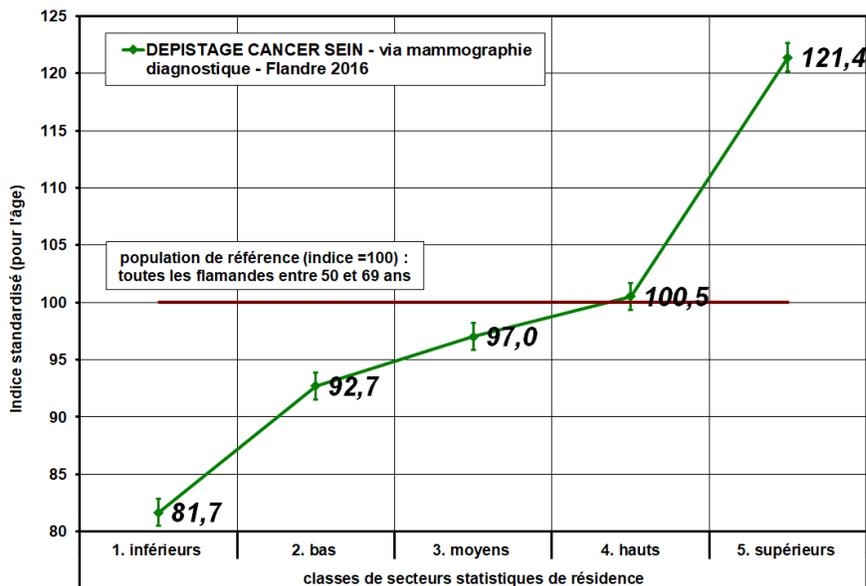
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest



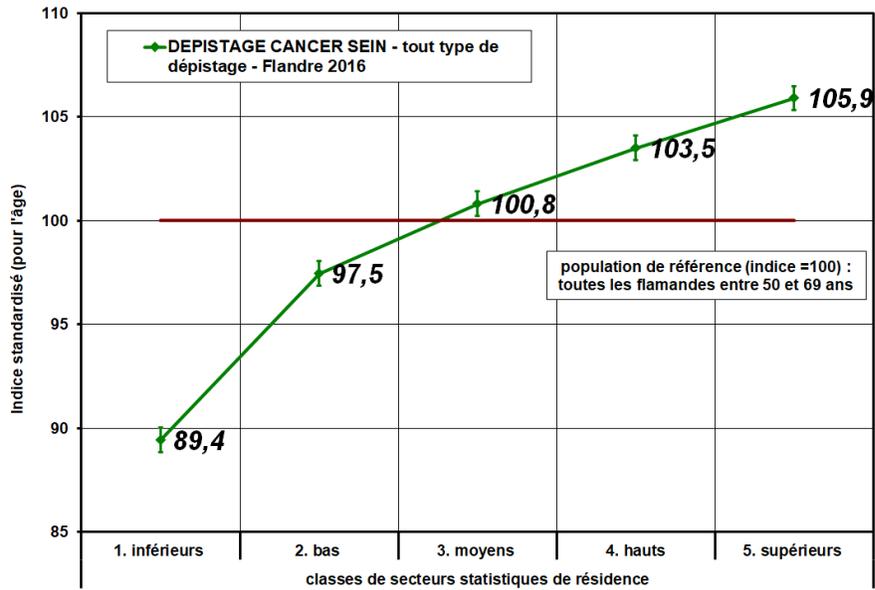
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique



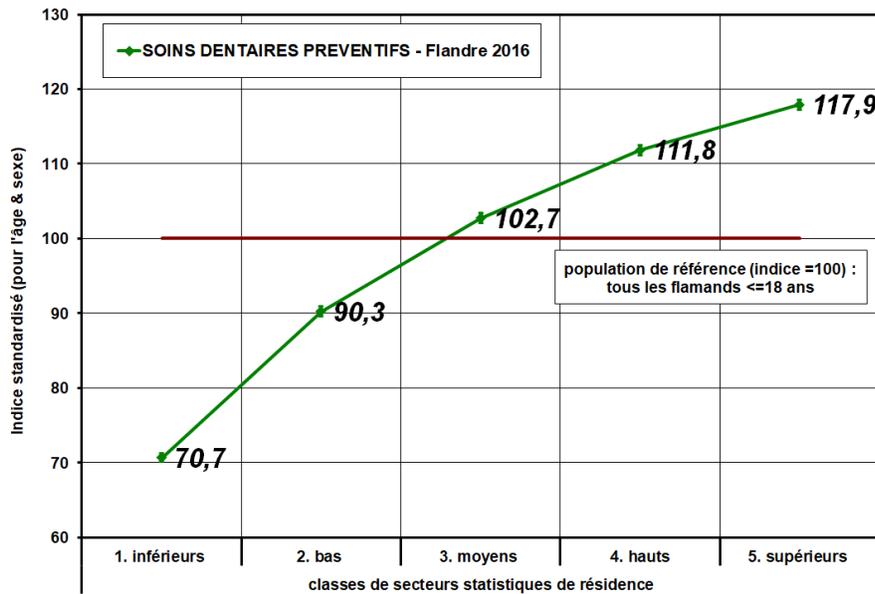
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage



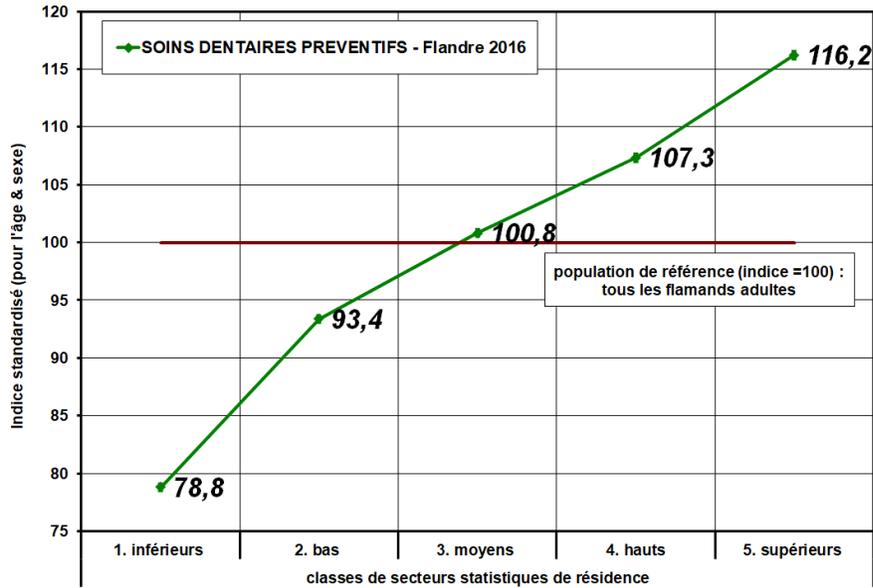
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Soins dentaires préventifs : enfants



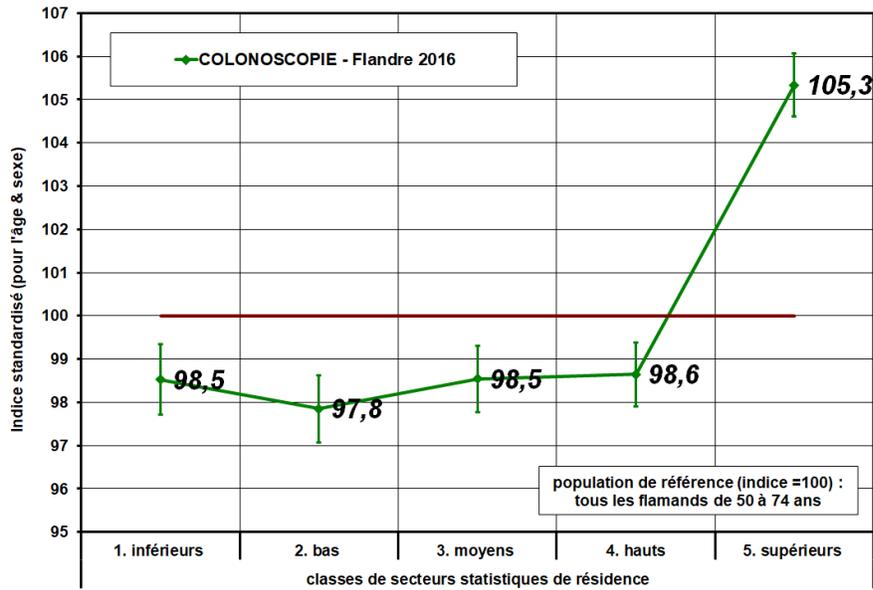
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Soins dentaires préventifs : adultes



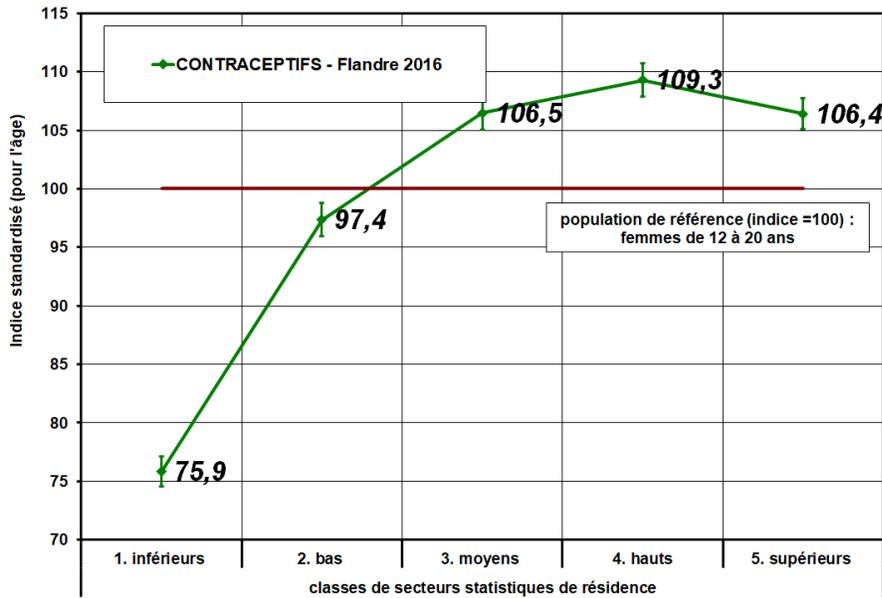
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

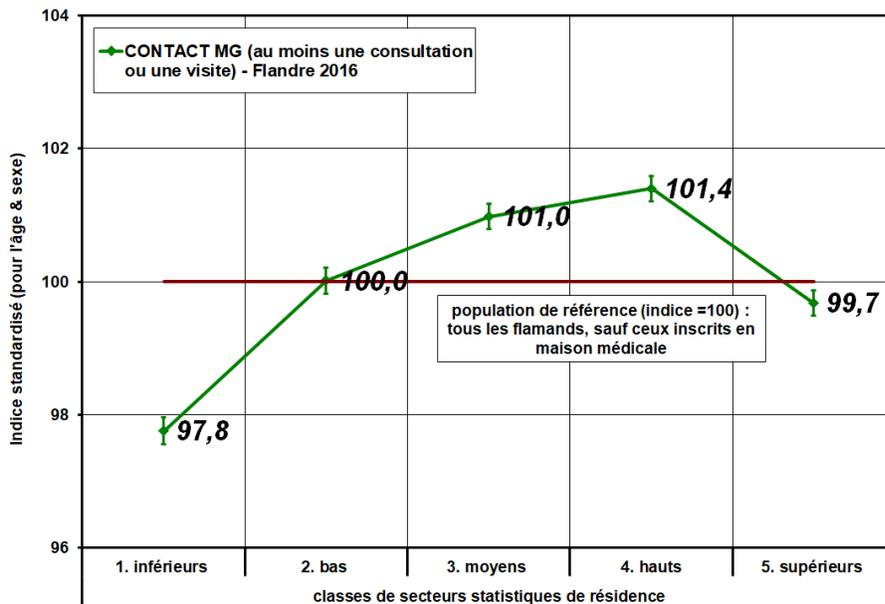
2.9 Contraceptifs féminins



source: données de l'Agence InterMutualiste

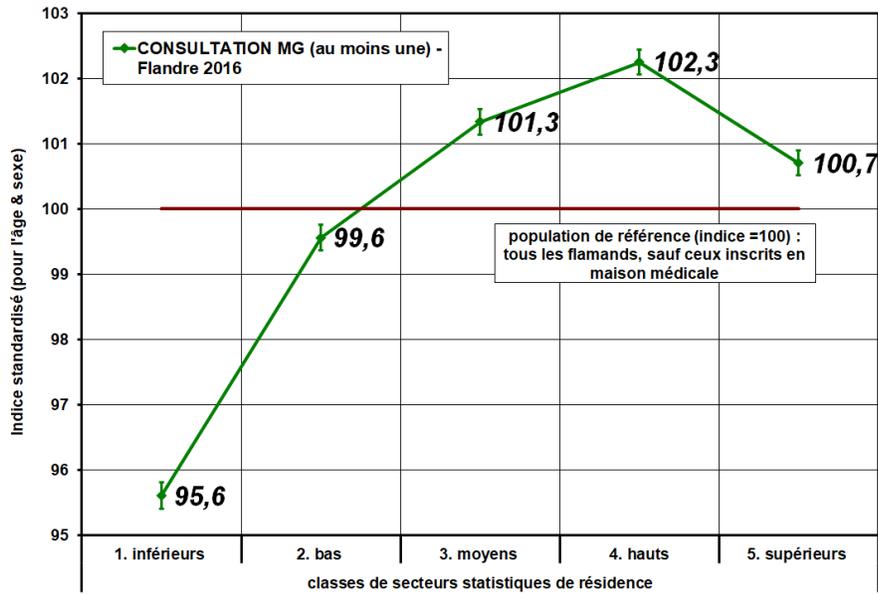
3. CONTACT AVEC DES PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE

3.1. Médecin généraliste : tout type de contact



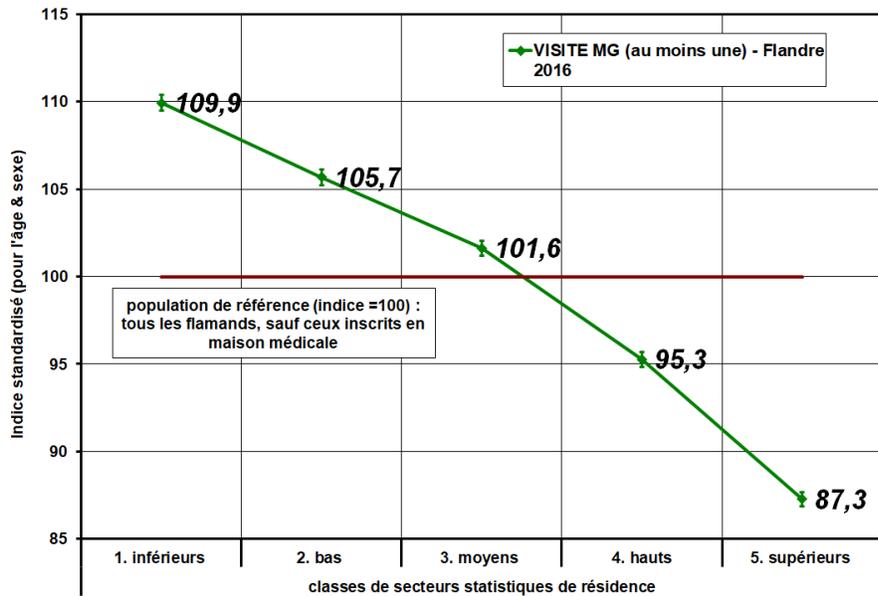
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2. Médecin généraliste : consultation



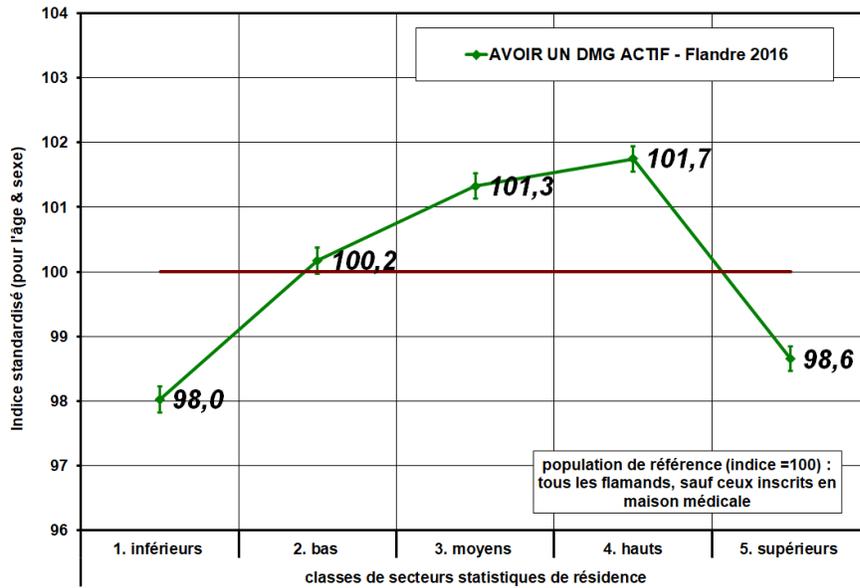
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3. Médecin généraliste : visite



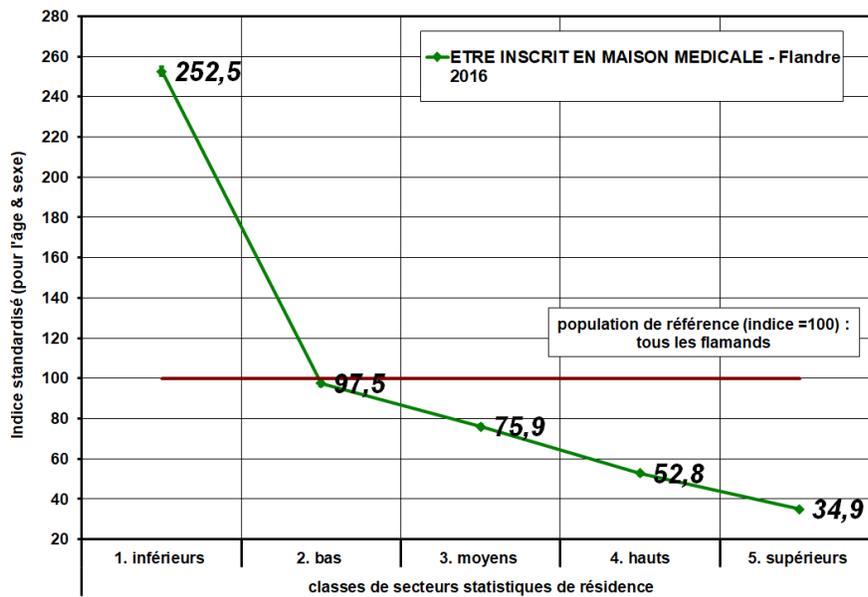
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4. Avoir un dossier médical global (DMG) actif



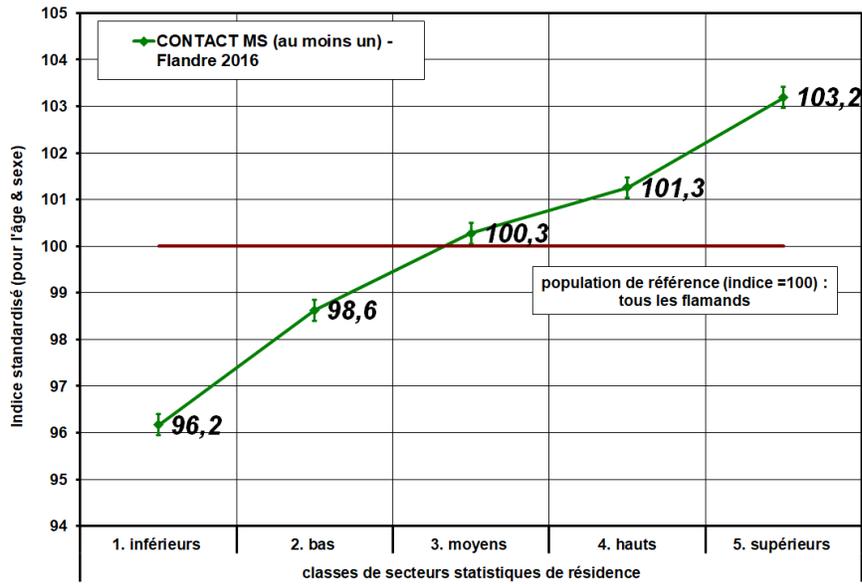
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5. Être inscrit en maison médicale



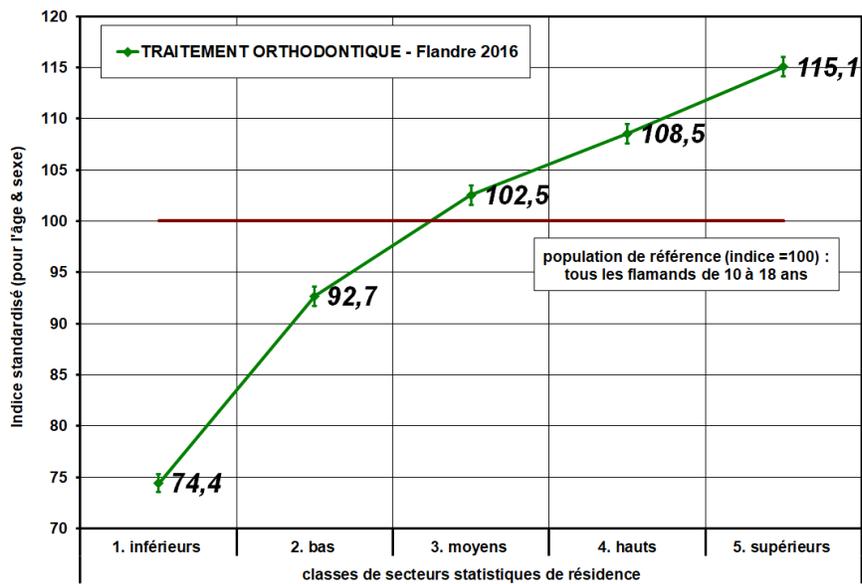
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6. Contact avec le médecin spécialiste



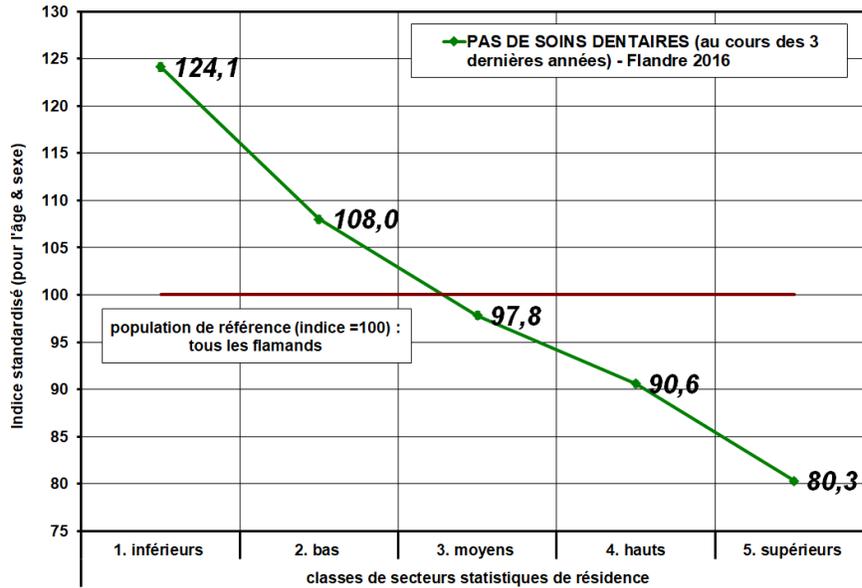
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7. Traitement d'orthodontie



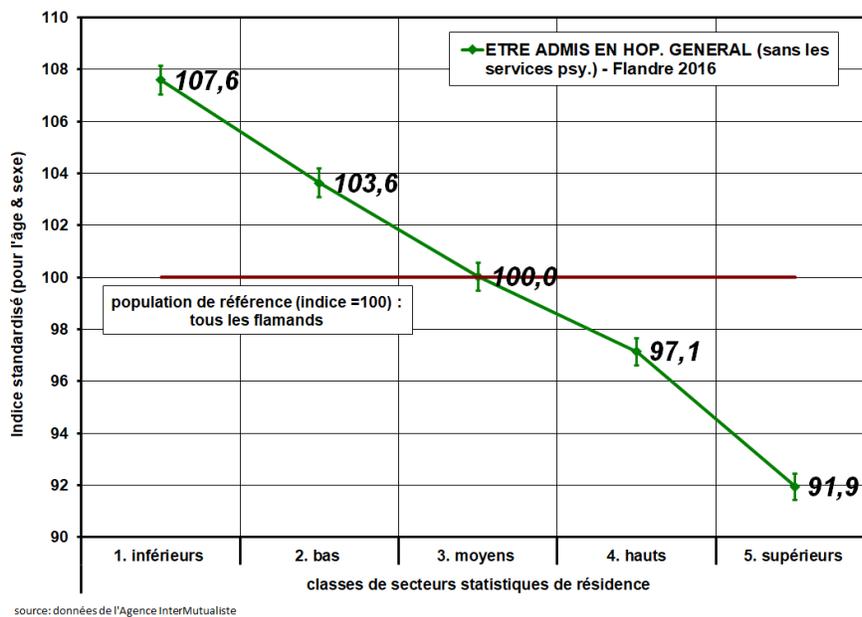
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.8. Pas de contact avec le dentiste

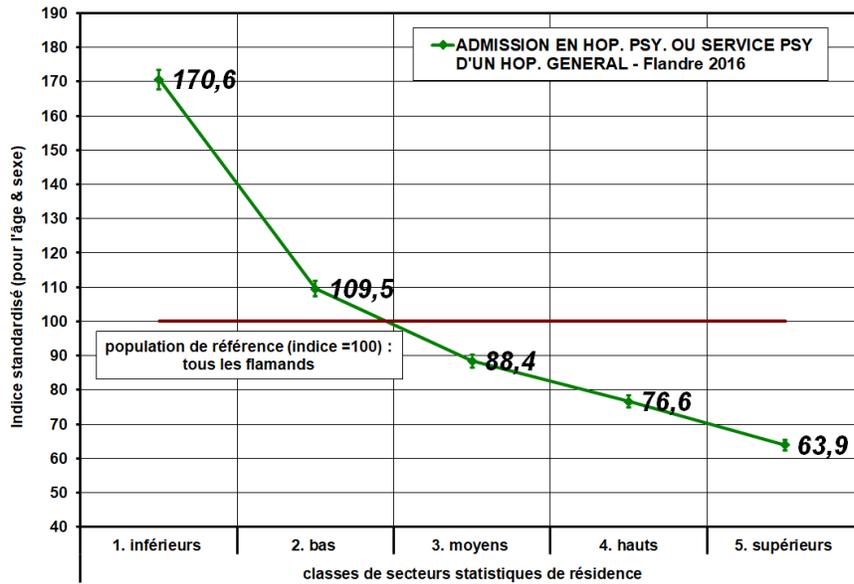


4. CONTACT AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

4.1 Etre admis en hôpital général

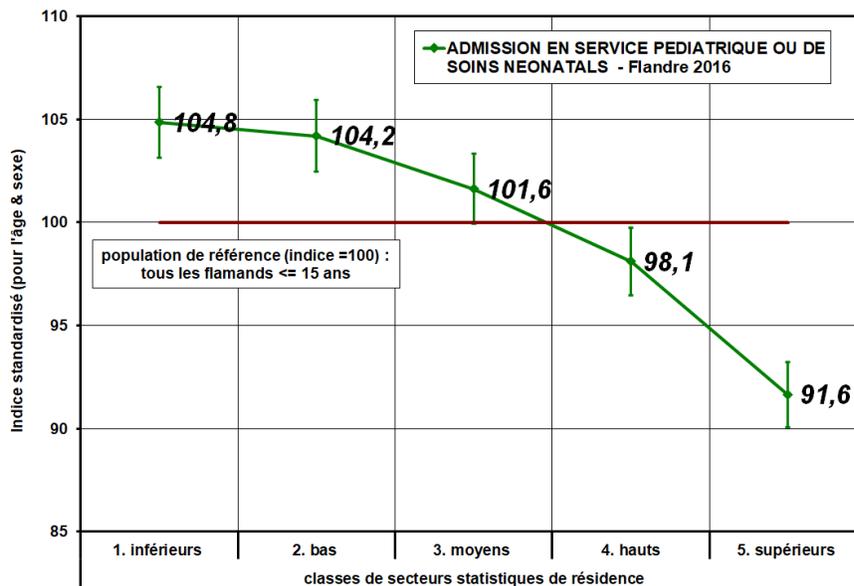


4.2 Hospitalisation psychiatrique



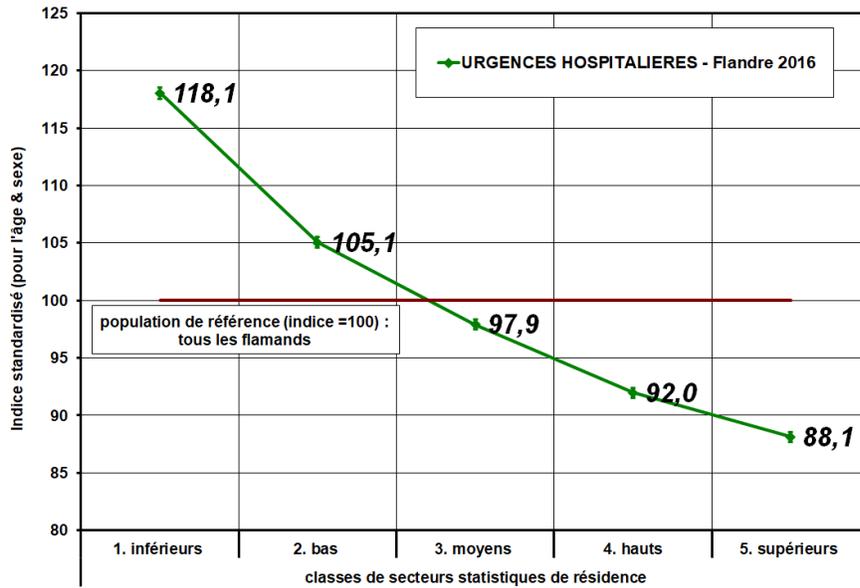
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Admission en pédiatrie ou néonatalogie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Recours aux urgences hospitalières

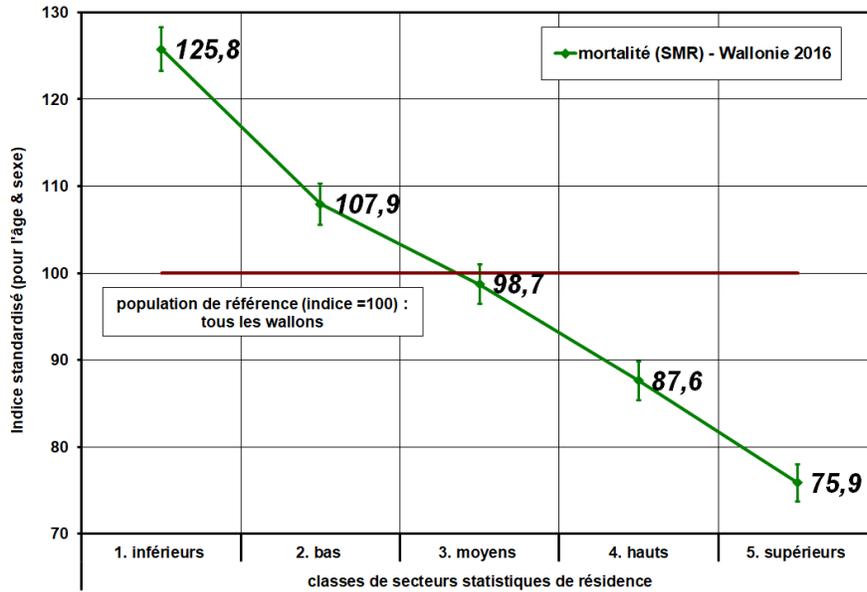


source: données de l'Agence InterMutualiste

ANNEXE 2 : WALLONIE

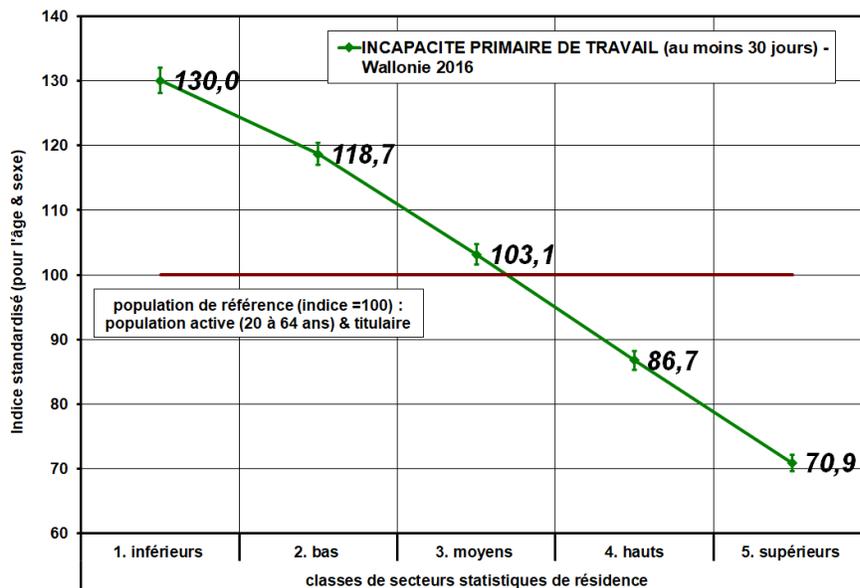
1. ETAT DE SANTÉ

1.1 Mortalité



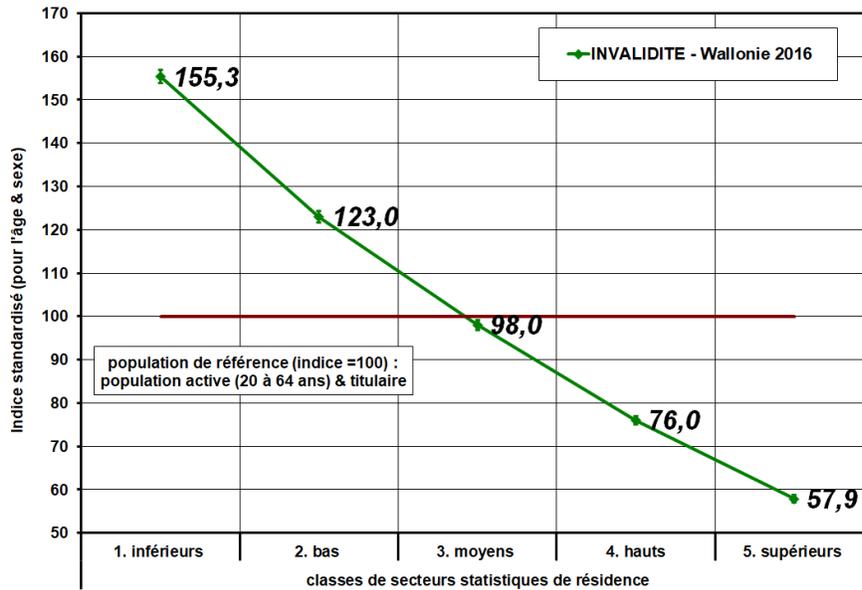
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbidité : Incapacité primaire de travail



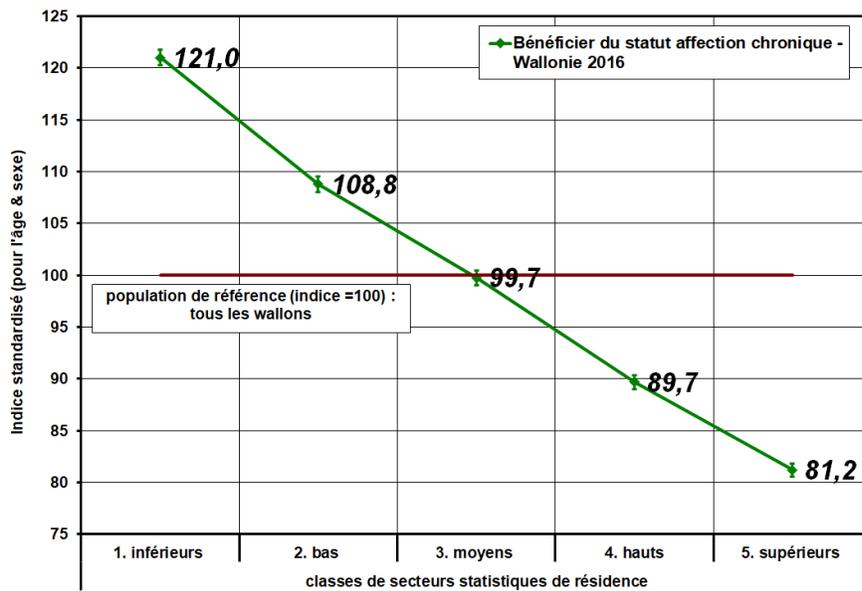
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbidité : Invalidité



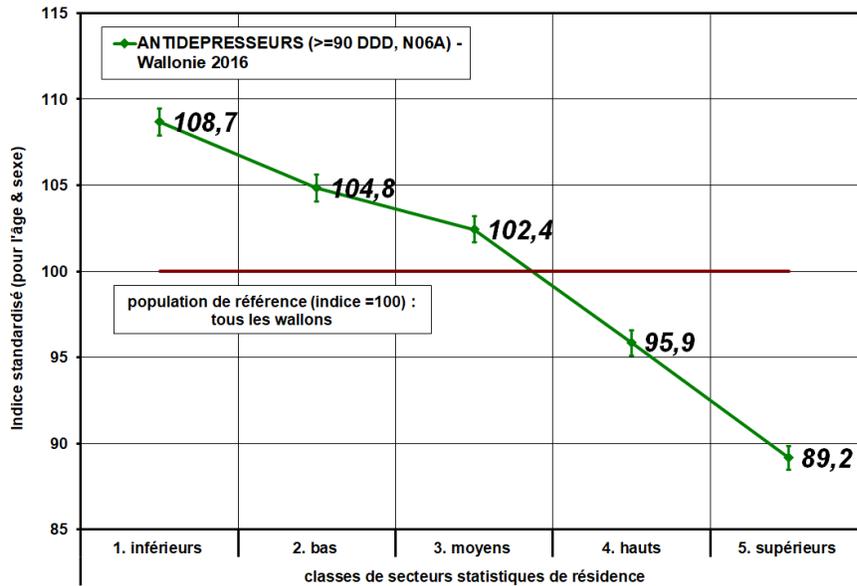
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbidité : Statut affection chronique



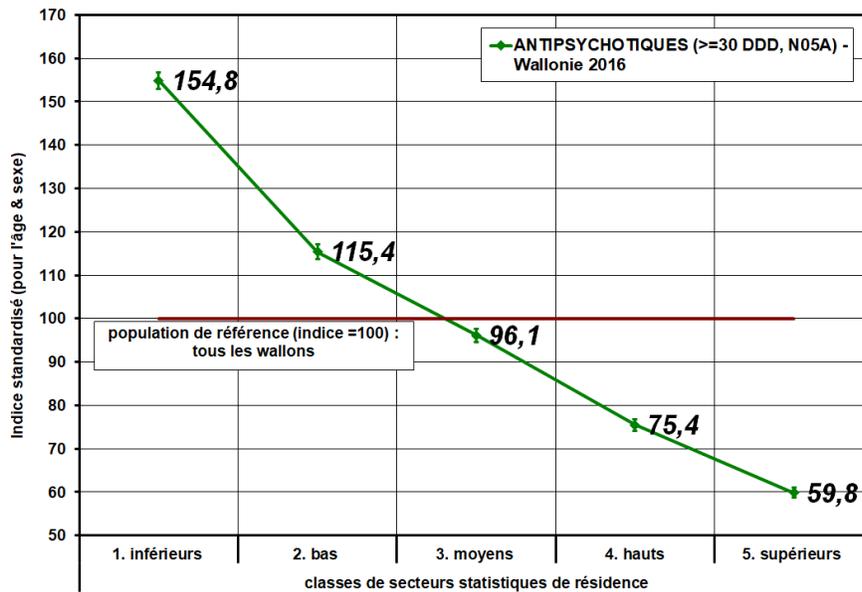
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbidité : Recours aux antidépresseurs



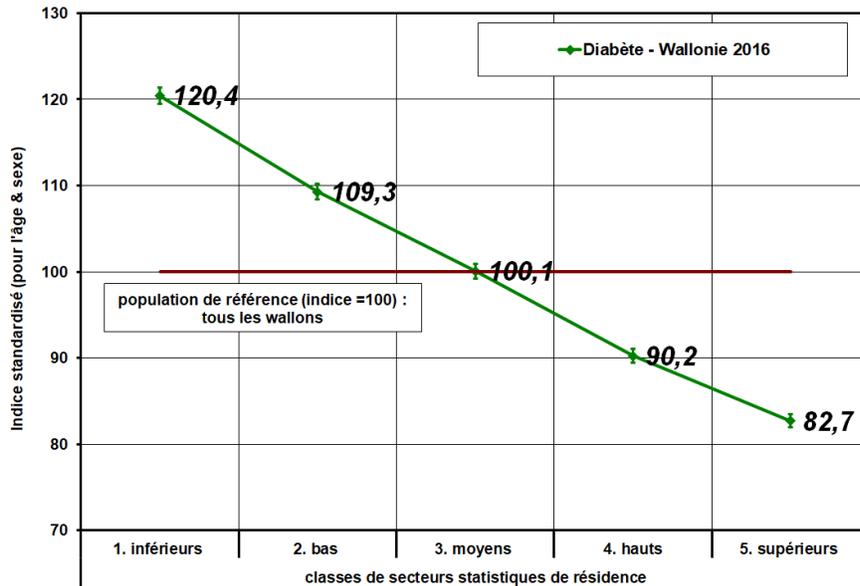
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbidité : Recours aux antipsychotiques



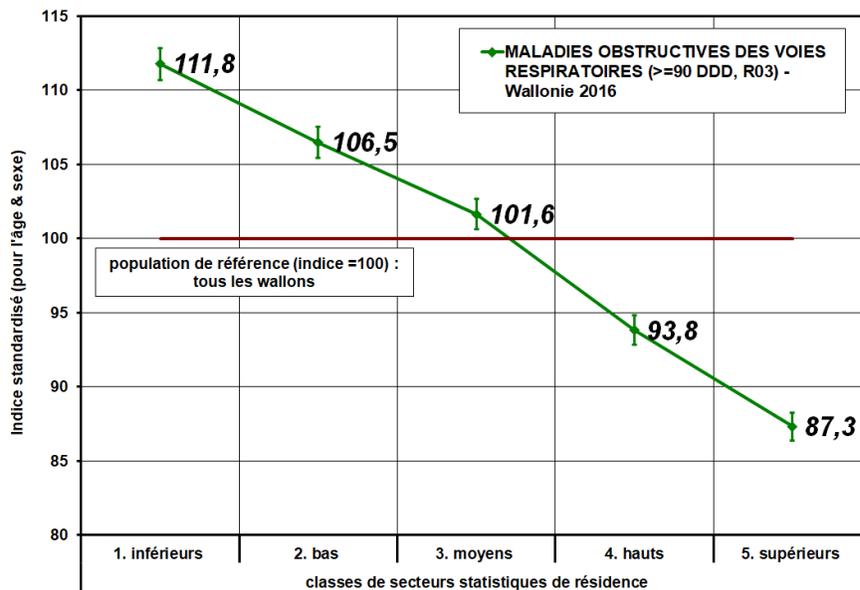
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbidité : Diabète



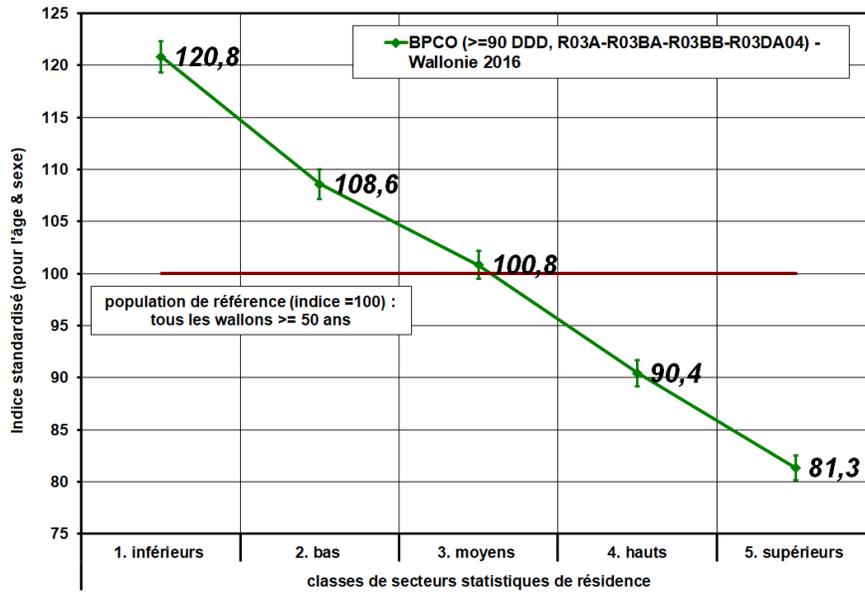
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires



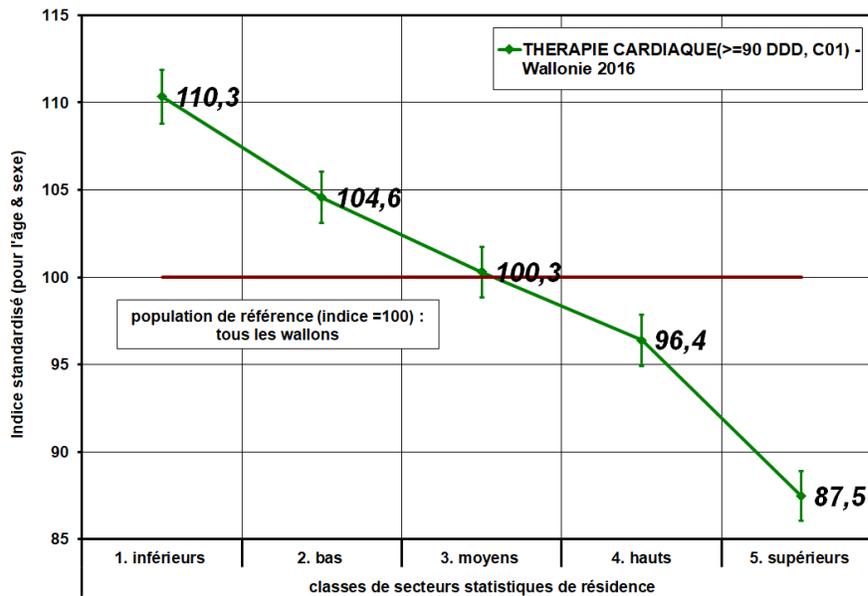
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



source: données de l'Agence InterMutualiste

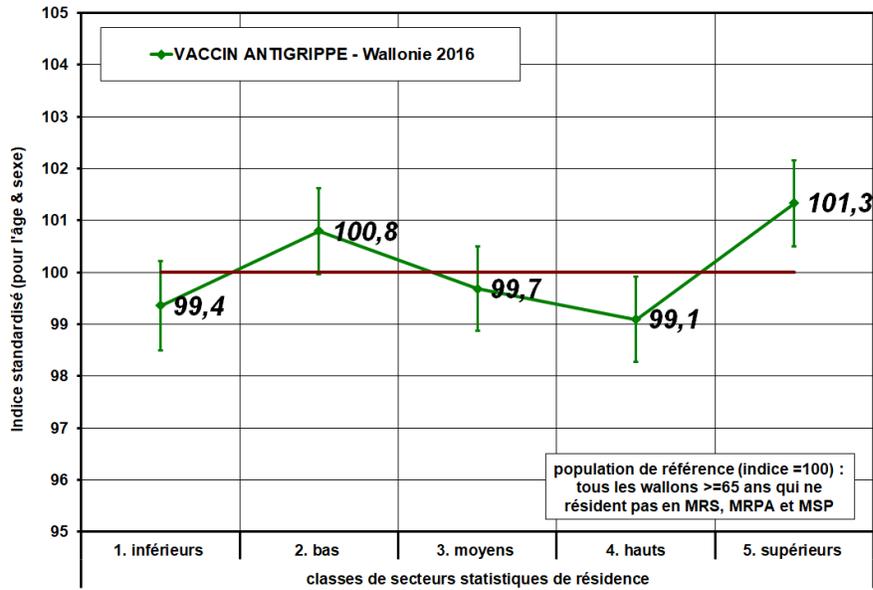
1.10 Morbidité : Thérapie cardiaque



source: données de l'Agence InterMutualiste

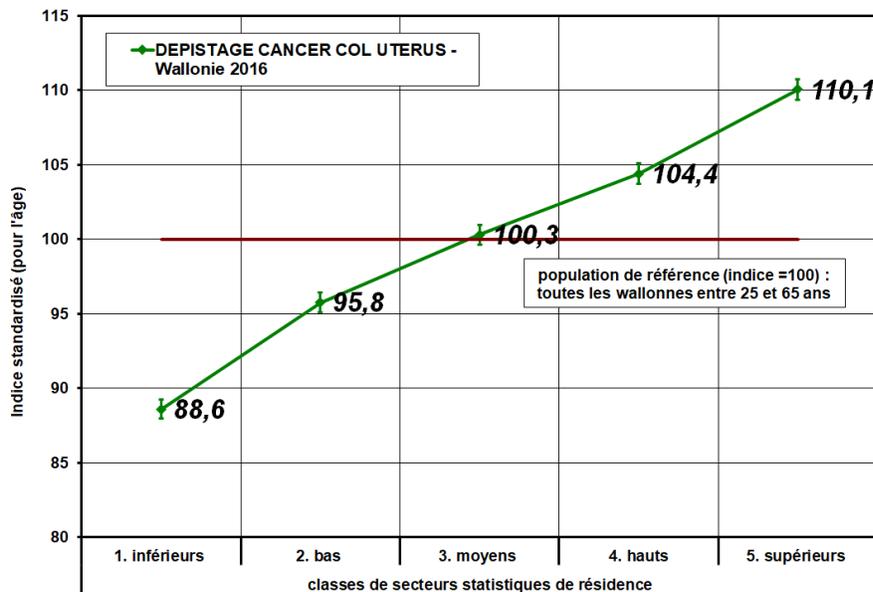
2. PRÉVENTION

2.1 Vaccins antigrippes



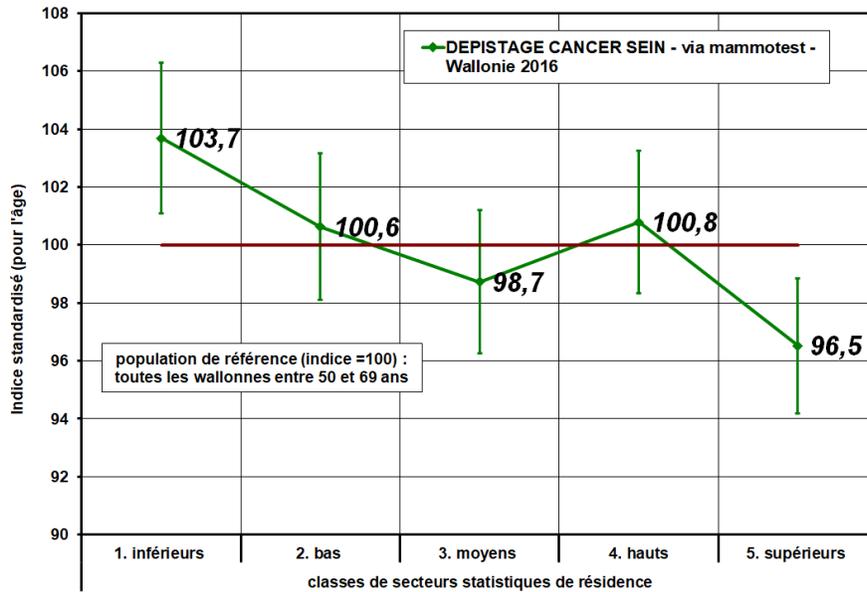
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Dépistage : cancer du col de l'utérus



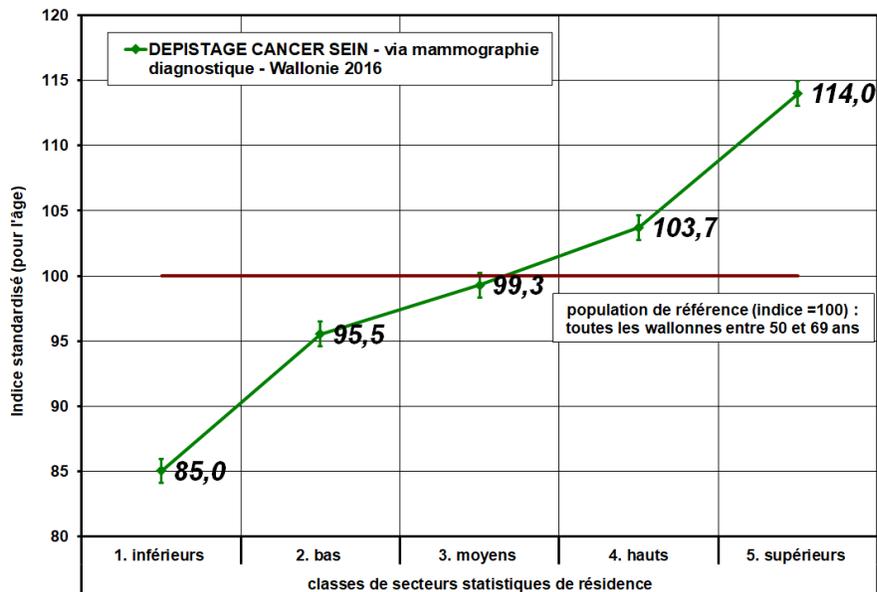
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest



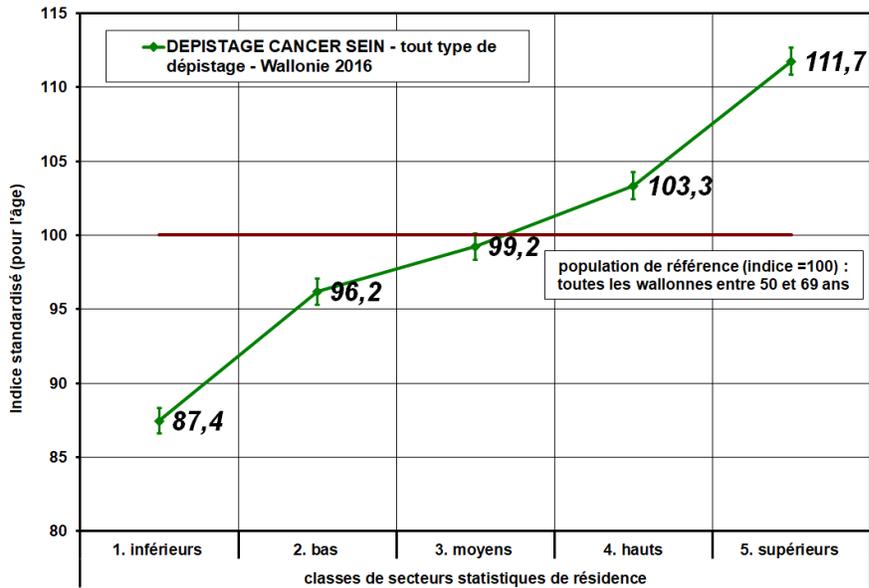
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique



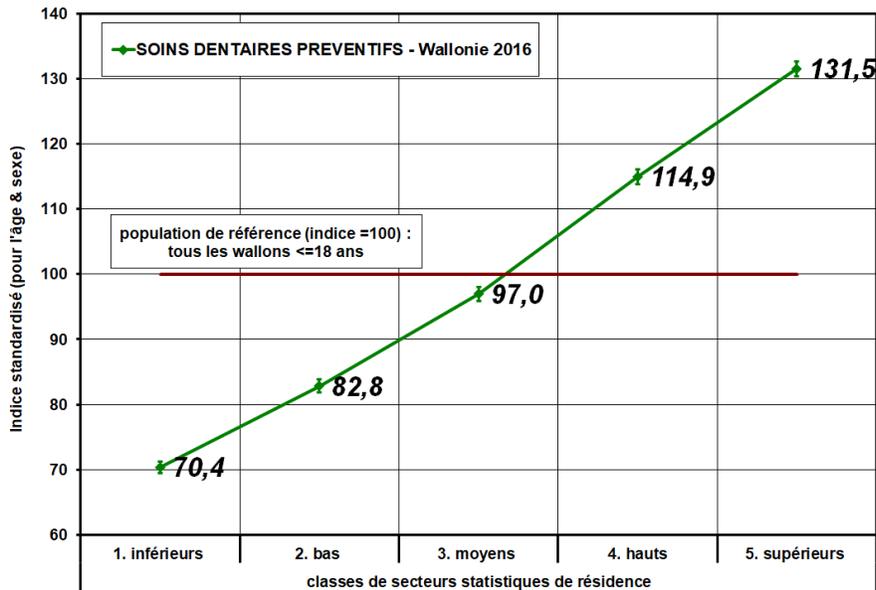
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage



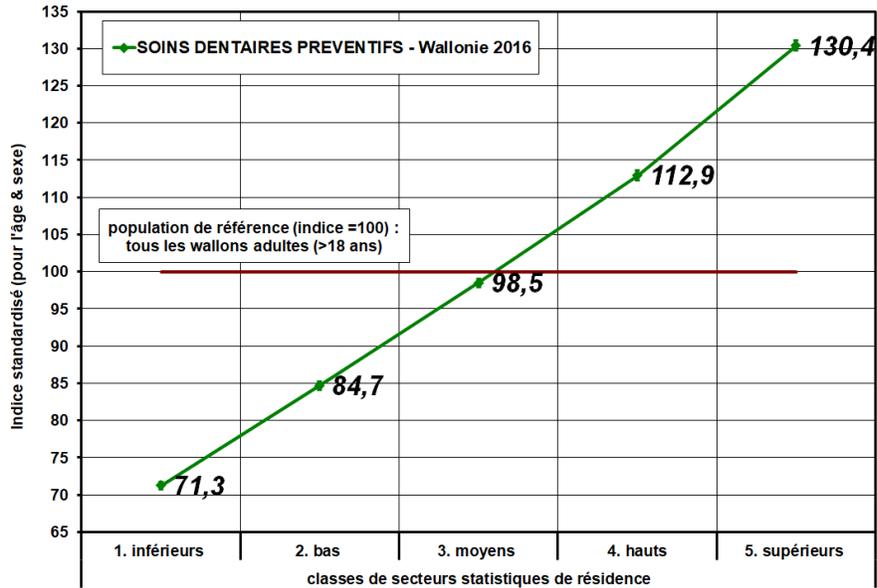
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Soins dentaires préventifs : enfants



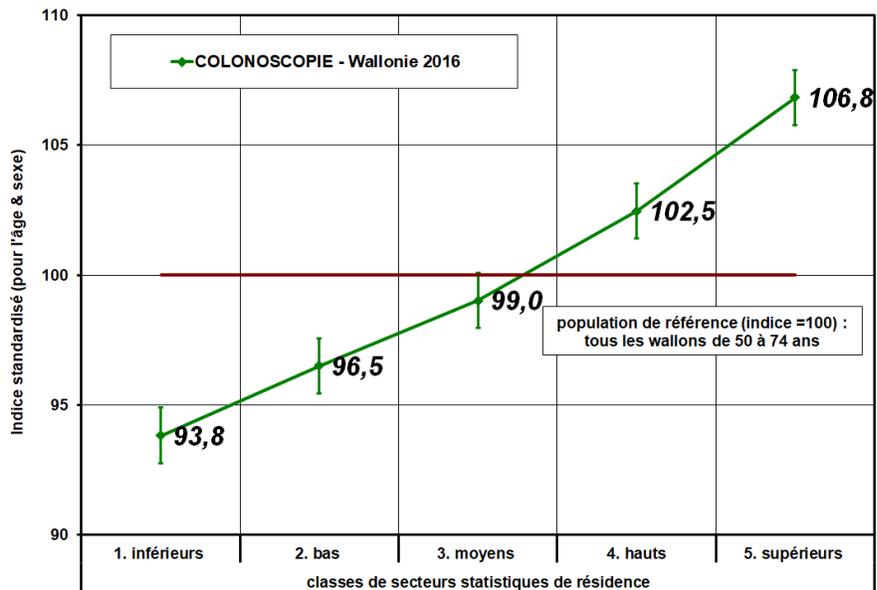
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Soins dentaires préventifs : adultes



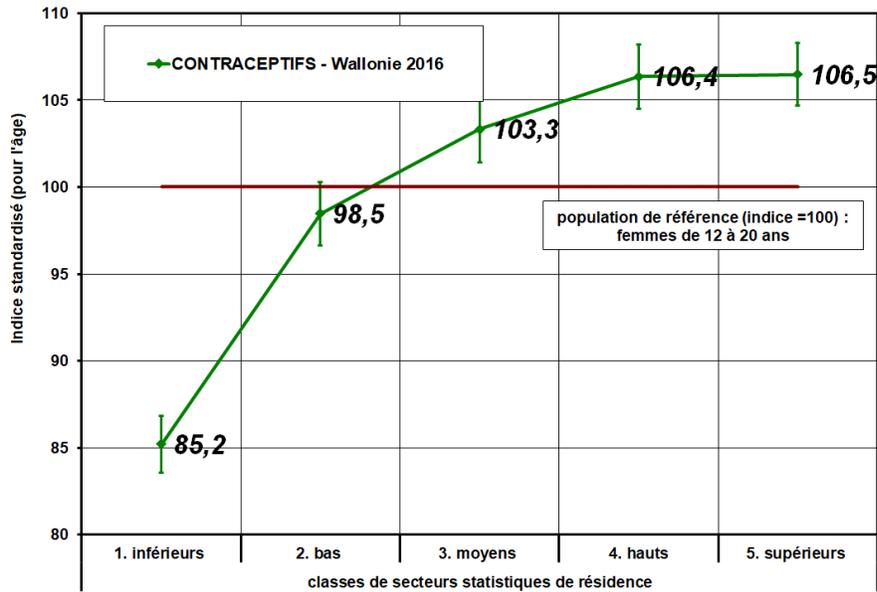
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

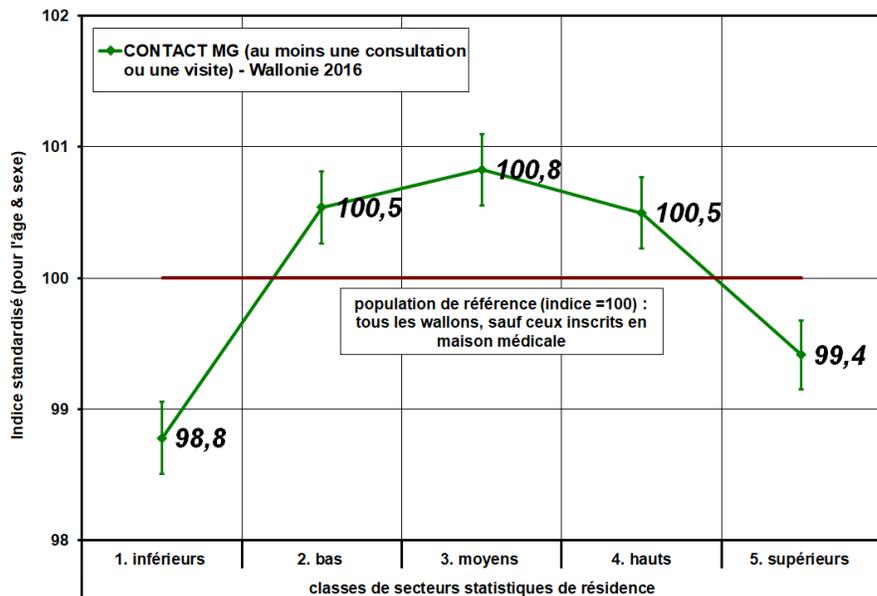
2.9 Contraceptifs féminins



source: données de l'Agence InterMutualiste

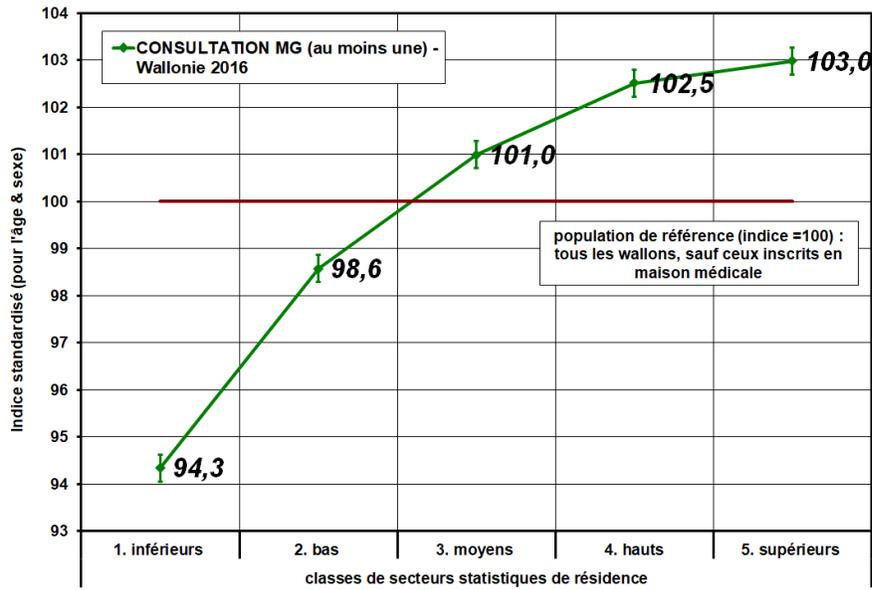
3. CONTACT AVEC DES PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE

3.1 Médecin généraliste : tout type de contact



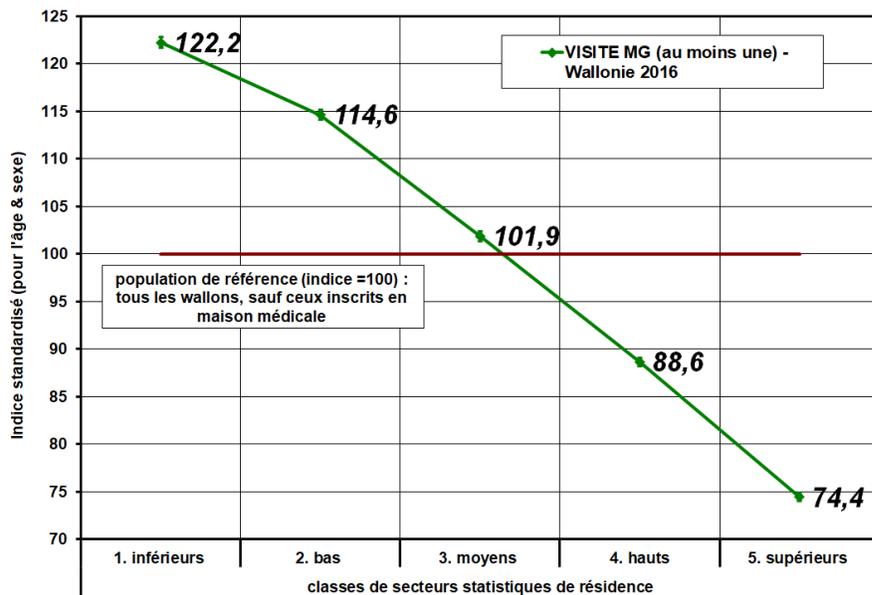
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2 Médecin généraliste : consultation



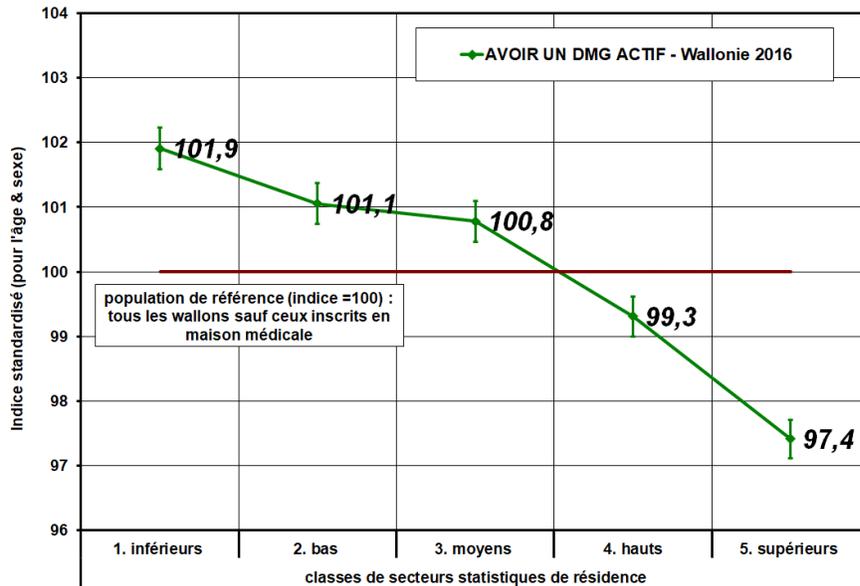
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3 Médecin généraliste : visite



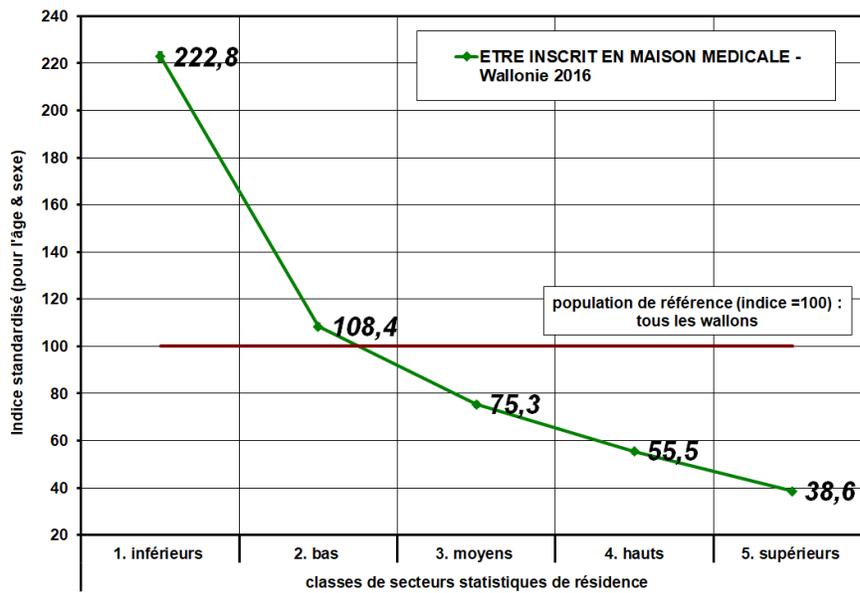
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4 Avoir un dossier médical global (DMG) actif



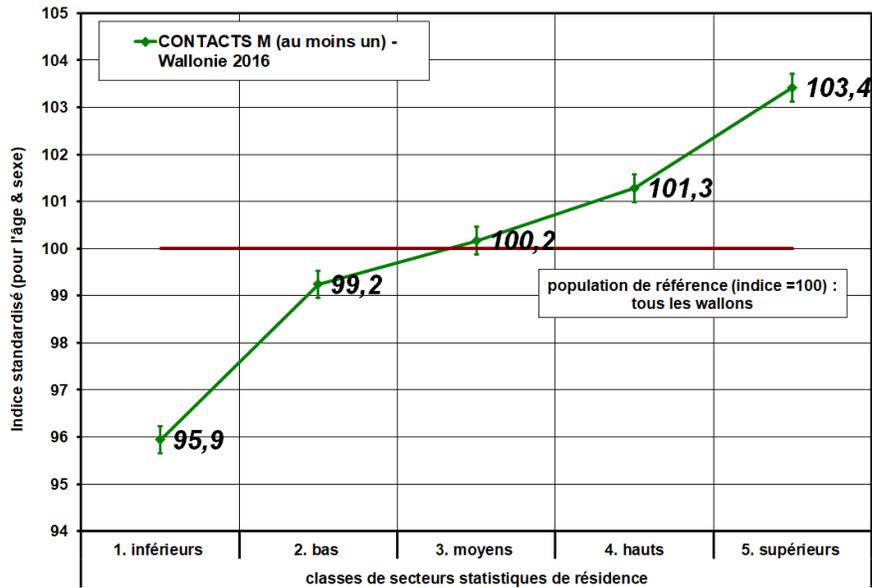
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5 Être inscrit en maison médicale



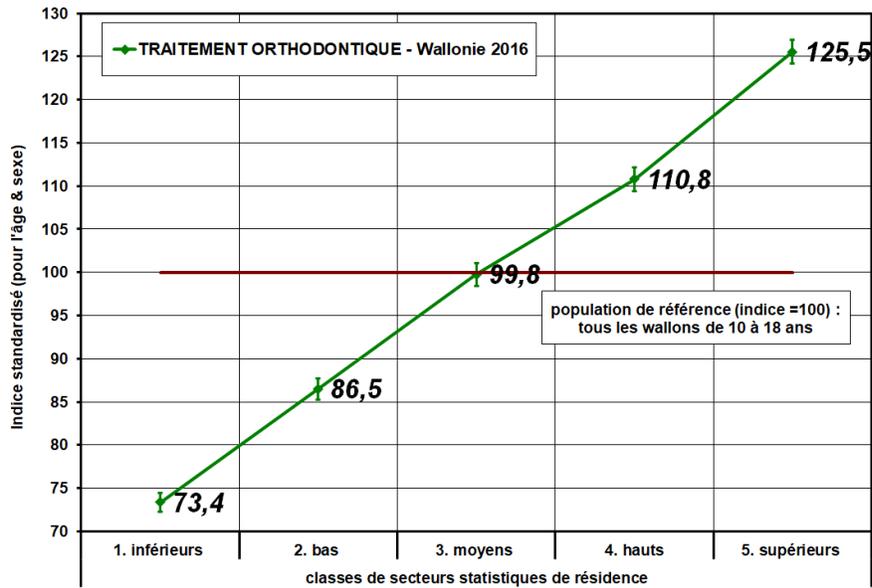
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6 Contact avec le médecin spécialiste



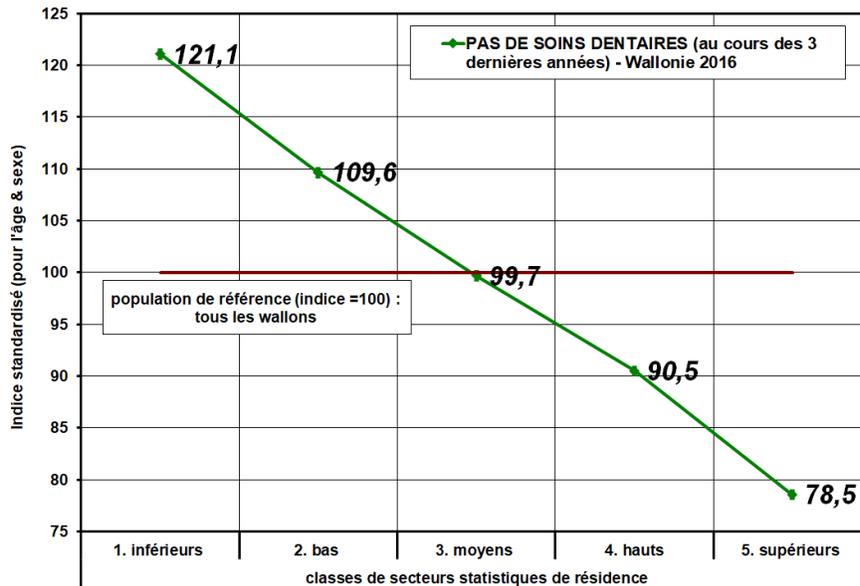
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7 Traitement d'orthodontie



source: données de l'Agence InterMutualiste

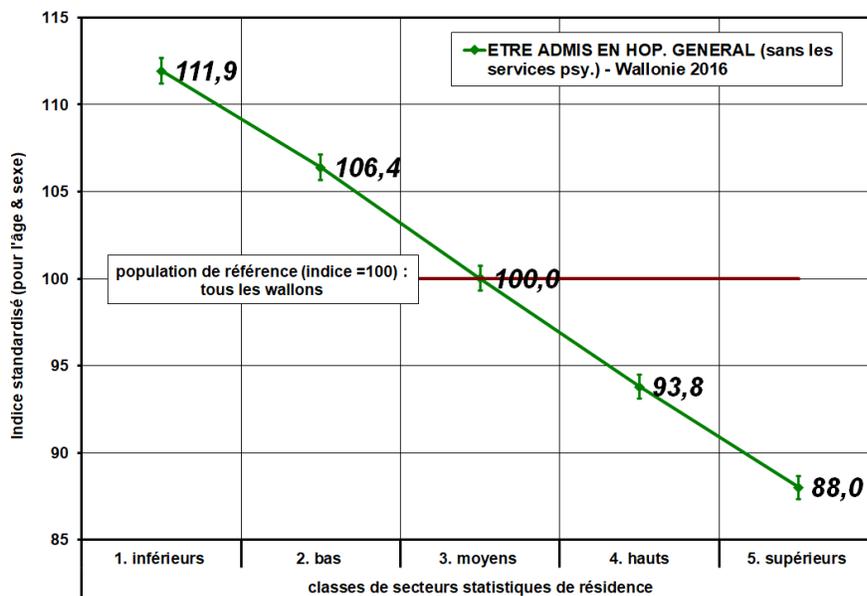
3.8 Pas de contact avec le dentiste



source: données de l'Agence InterMutualiste

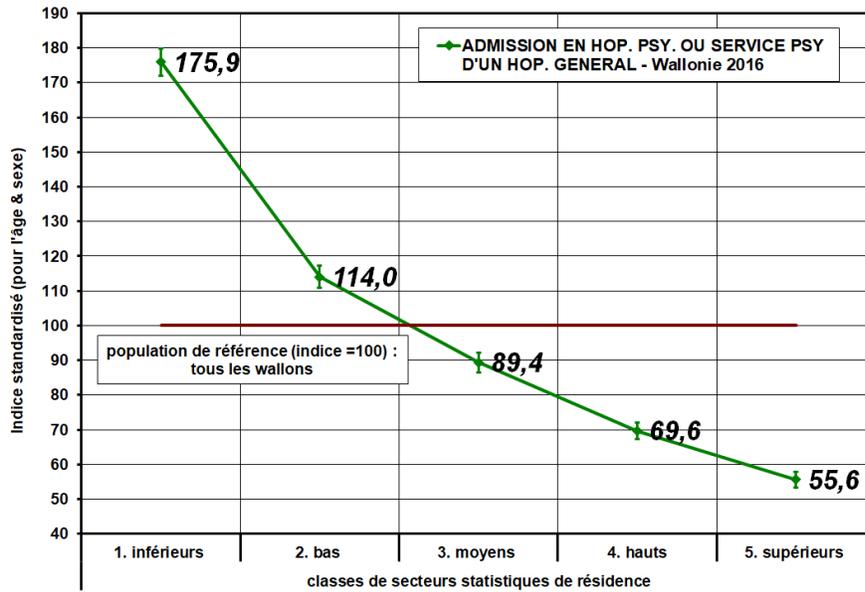
4. CONTACT AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

4.1 Etre admis en hôpital général



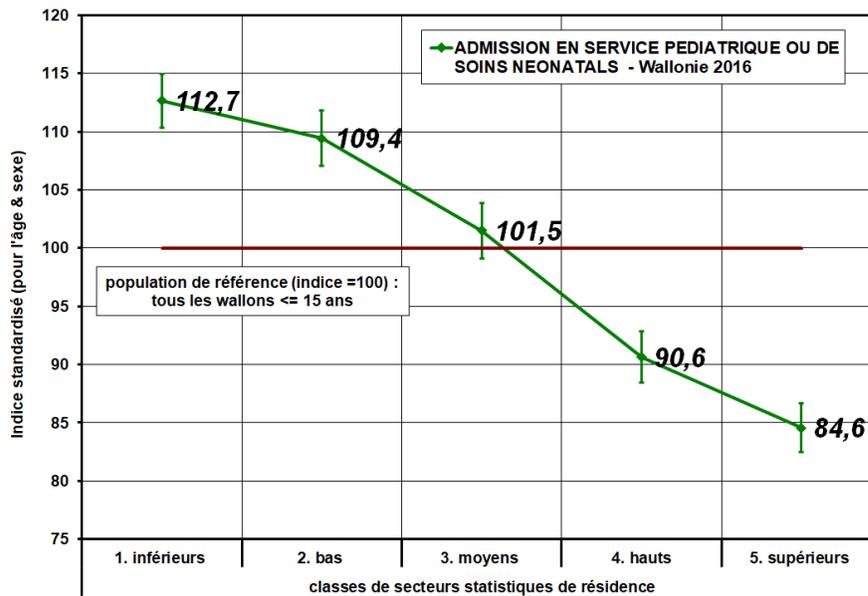
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.2 Hospitalisation psychiatrique



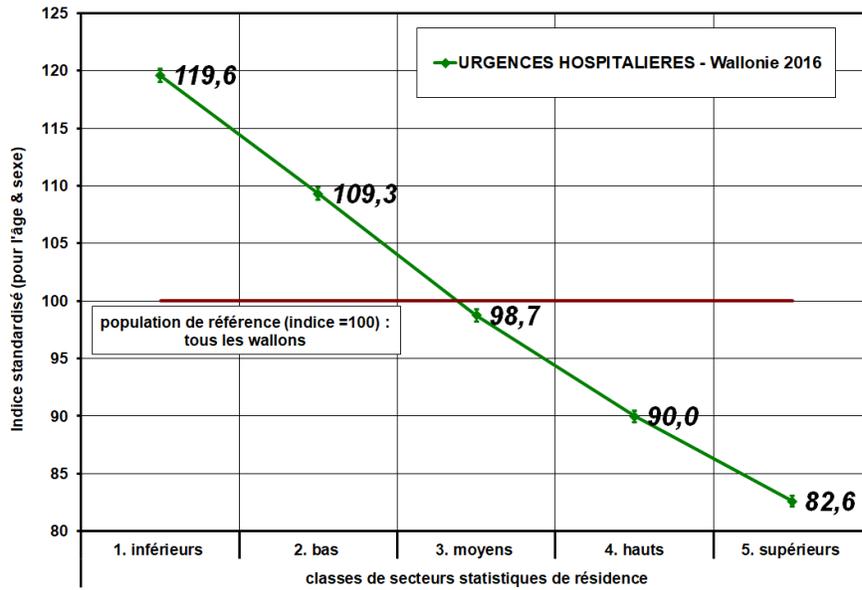
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Admission en pédiatrie ou néonatalogie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Recours aux urgences hospitalières

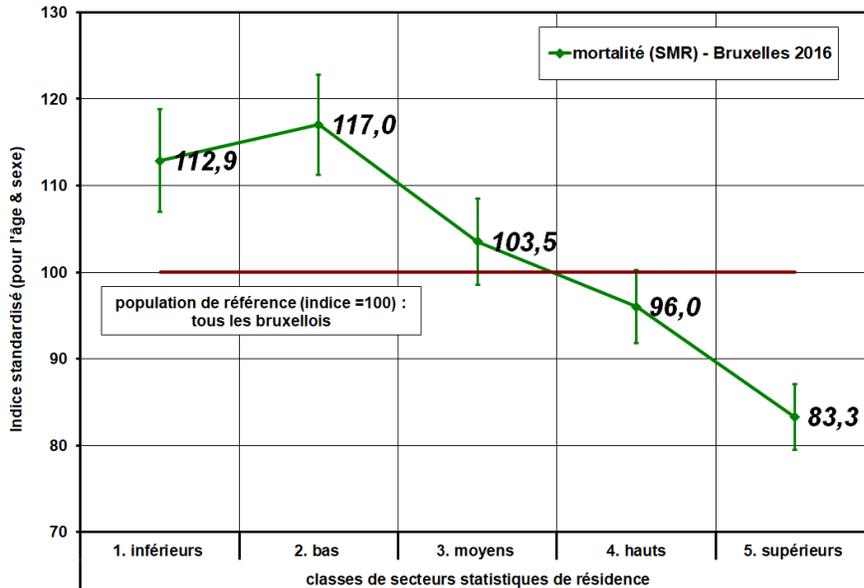


source: données de l'Agence InterMutualiste

ANNEXE 3 : BRUXELLES

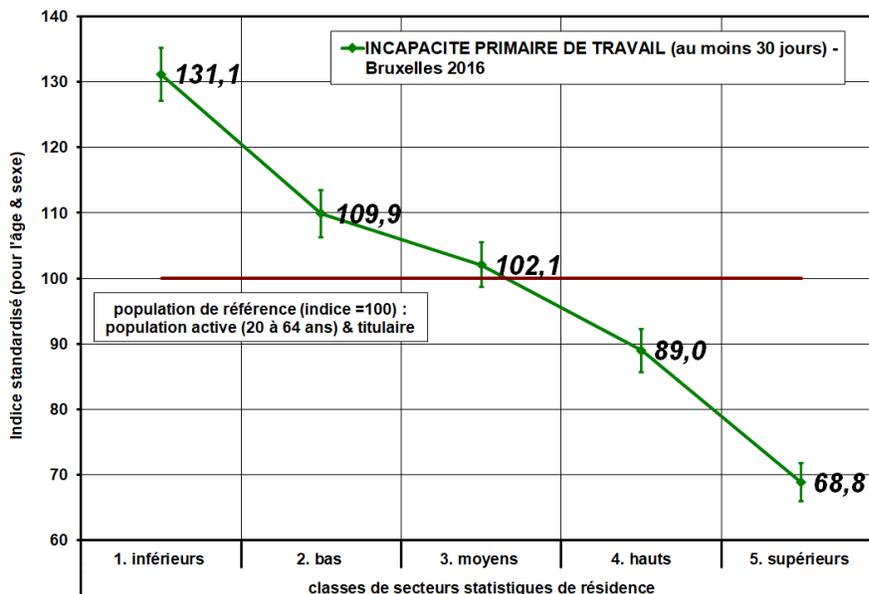
1. ÉTAT DE SANTÉ

1.1 Mortalité



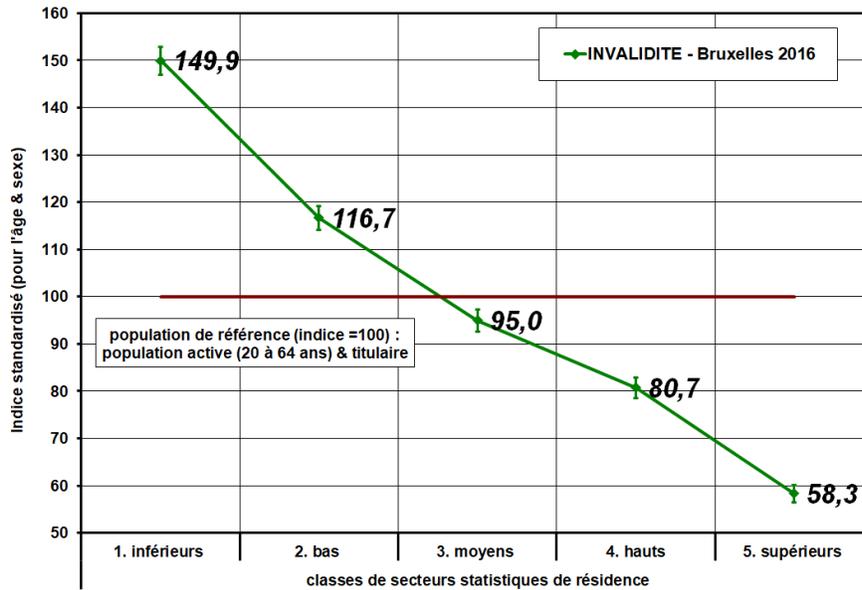
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbidité : Incapacité primaire de travail



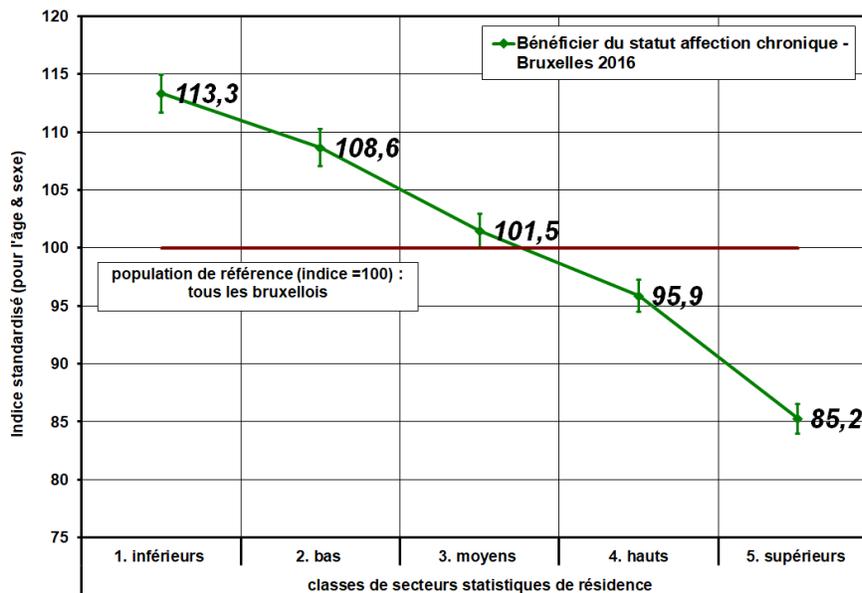
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbidité : Invalidité



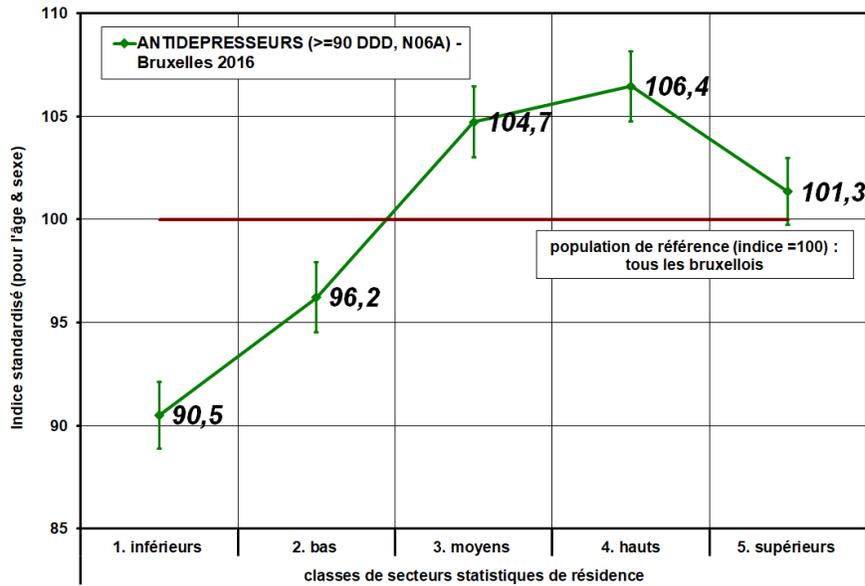
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbidité : Statut affection chronique



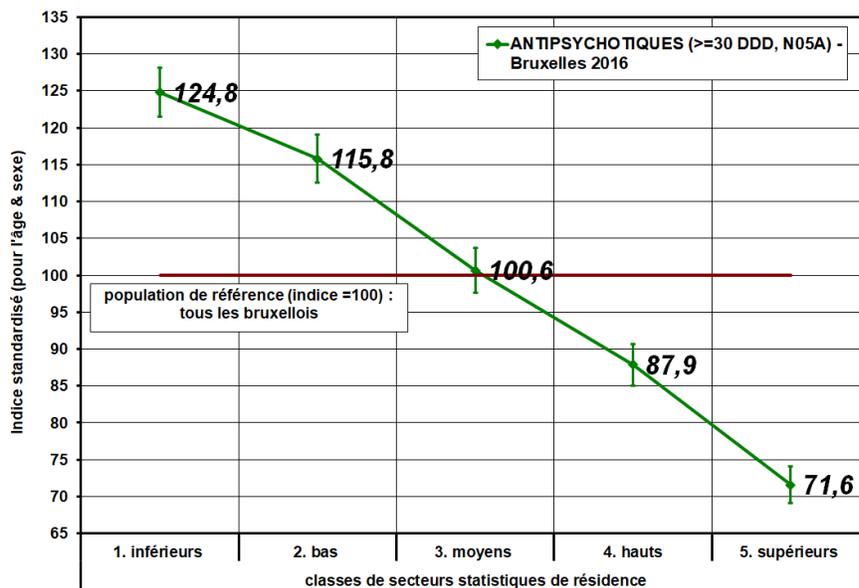
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbidité : Recours aux antidépresseurs



source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbidité : Recours aux antipsychotiques



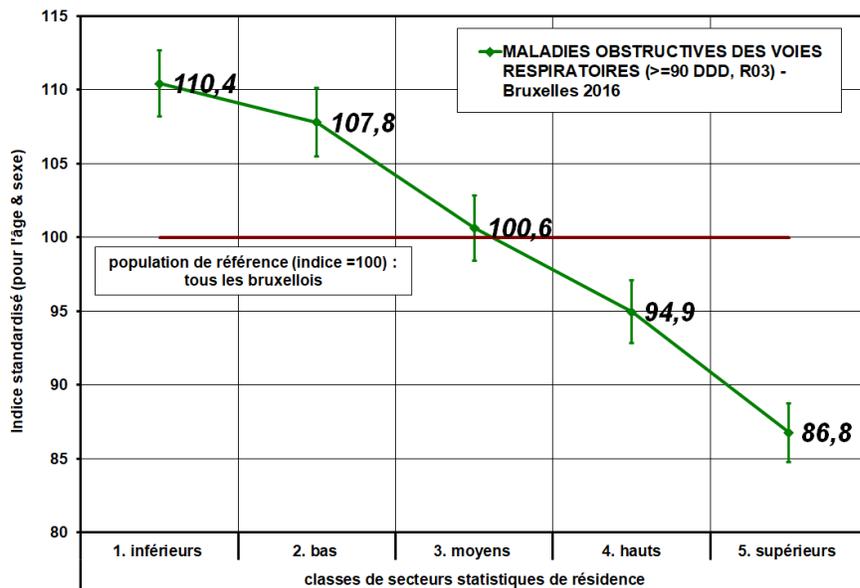
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbidité : Diabète



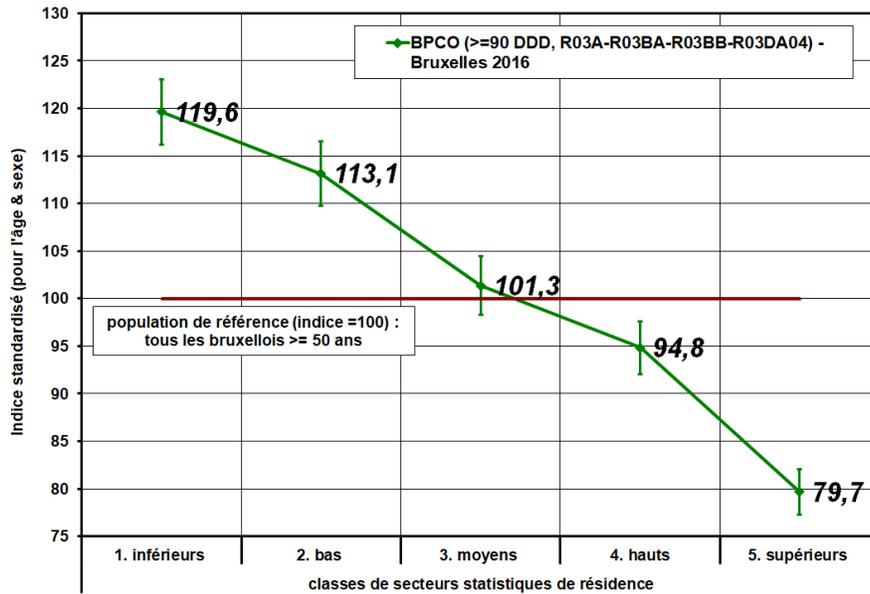
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbidité : Maladies obstructives des voies respiratoires



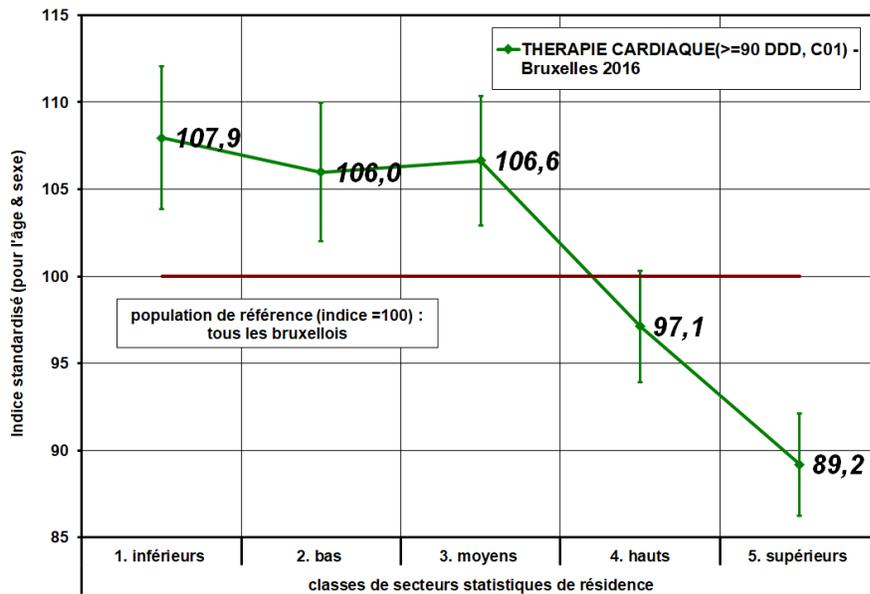
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbidité : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



source: données de l'Agence InterMutualiste

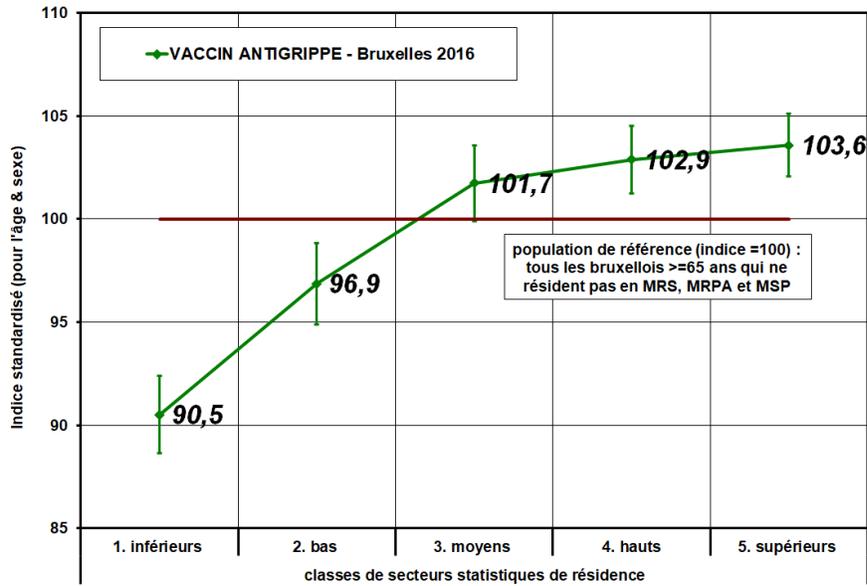
1.10 Morbidité : Thérapie cardiaque



source: données de l'Agence InterMutualiste

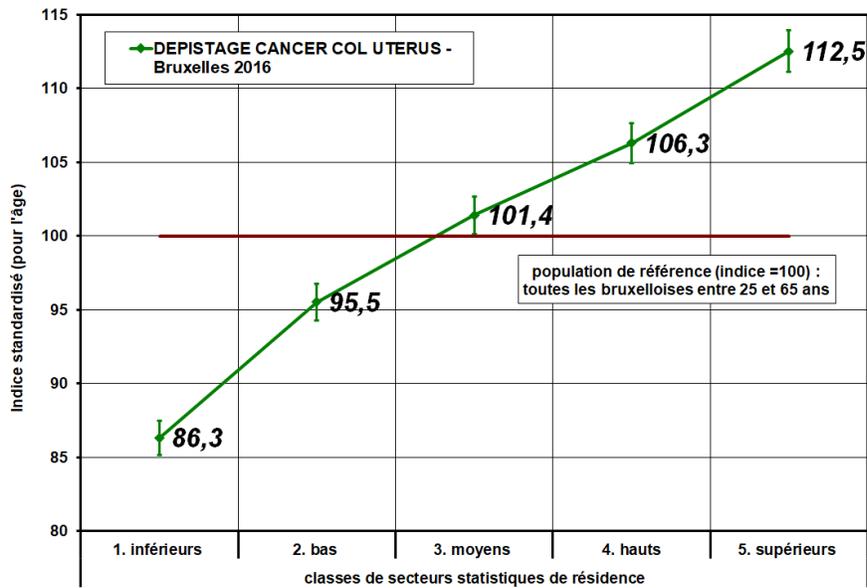
2. PRÉVENTION

2.1 Vaccins antigrippes



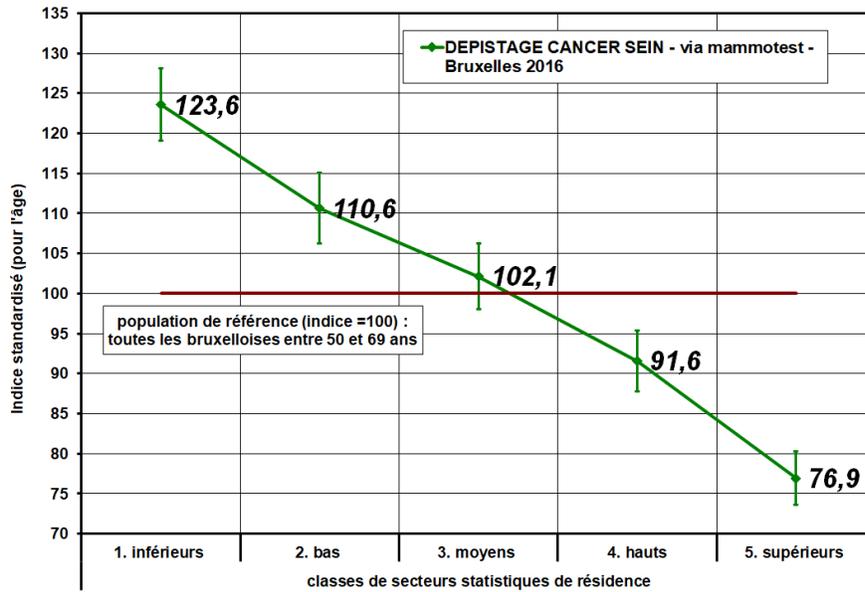
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Dépistage : cancer du col de l'utérus



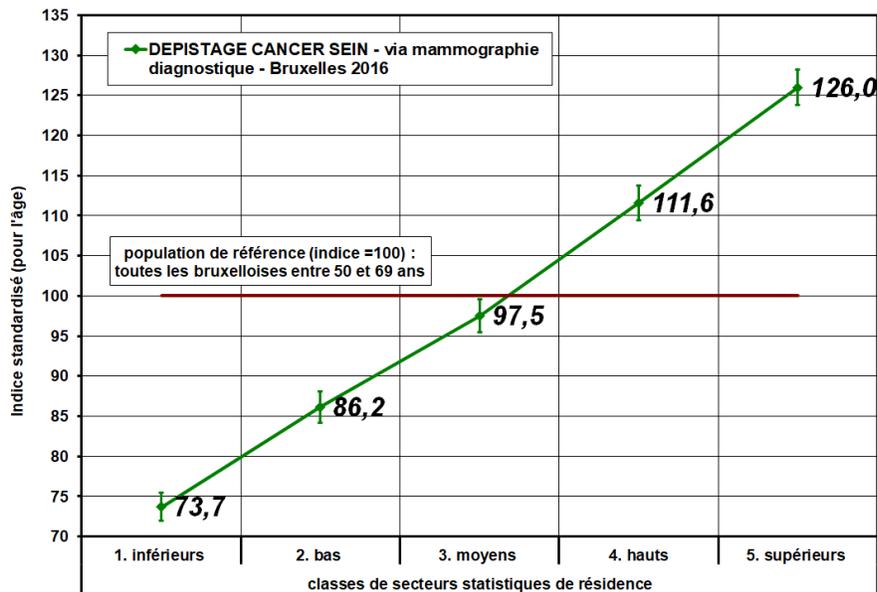
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Dépistage : cancer du sein (1) - via mammothest



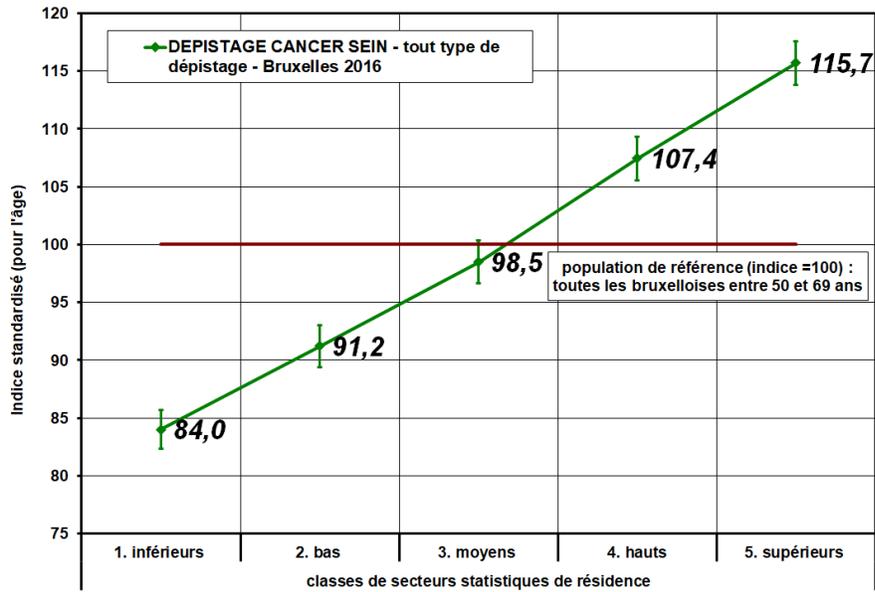
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Dépistage : cancer du sein (2) - via mammographie diagnostique



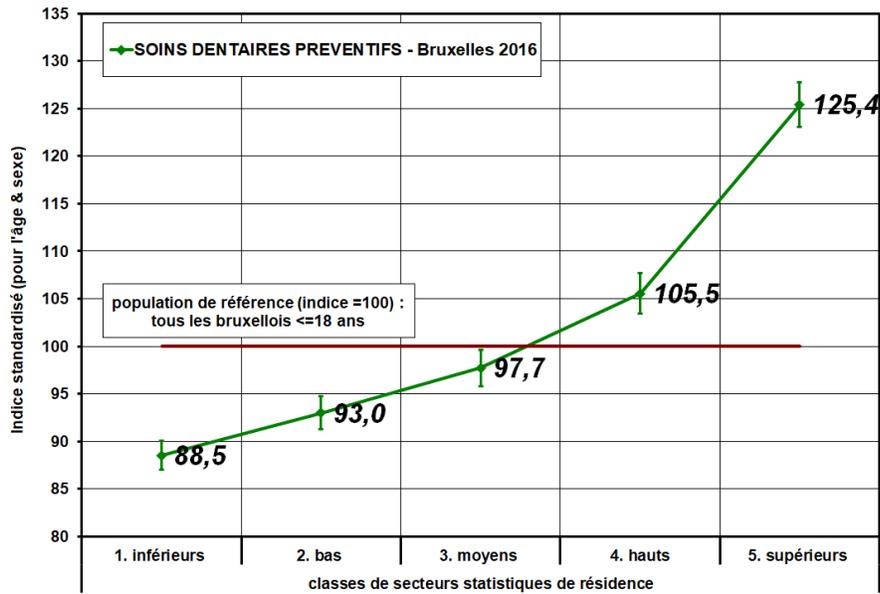
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Dépistage : cancer du sein (3) - tout type de dépistage



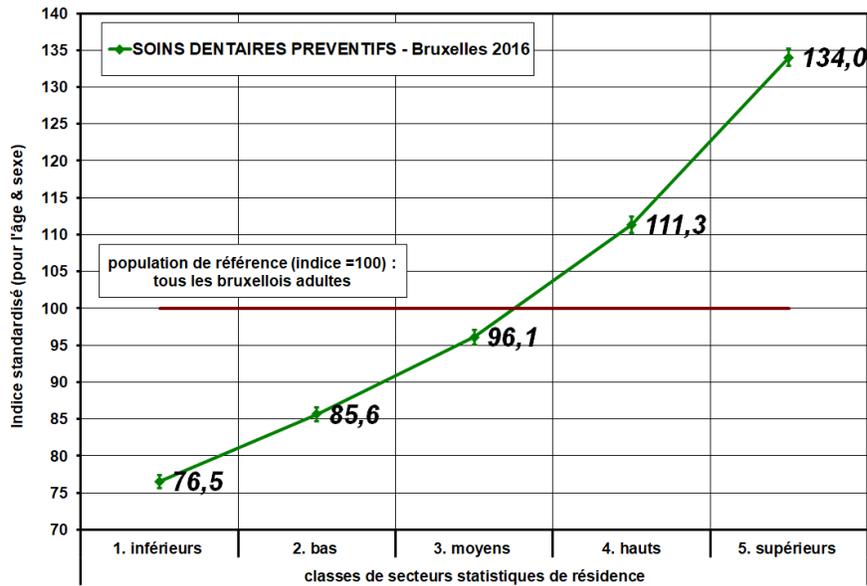
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Soins dentaires préventifs : enfants



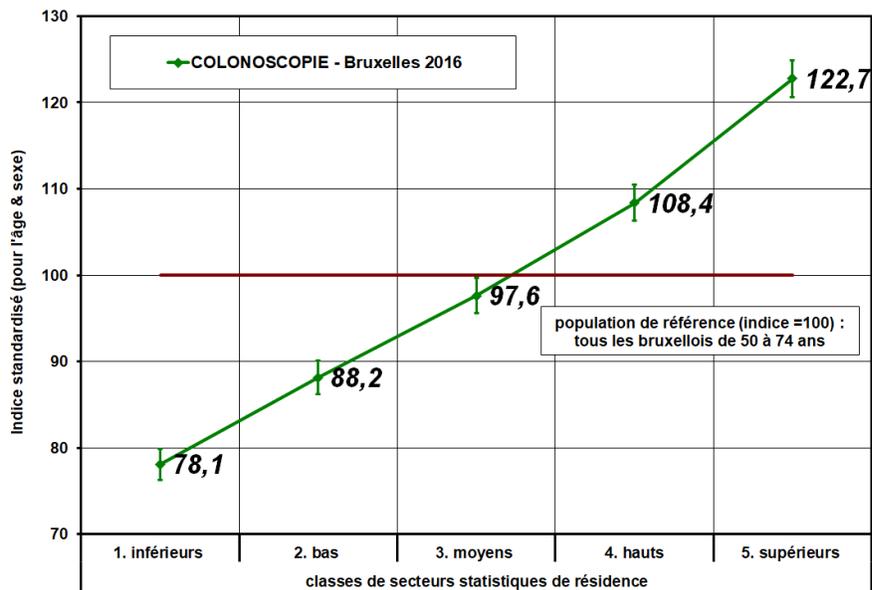
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Soins dentaires préventifs : adultes



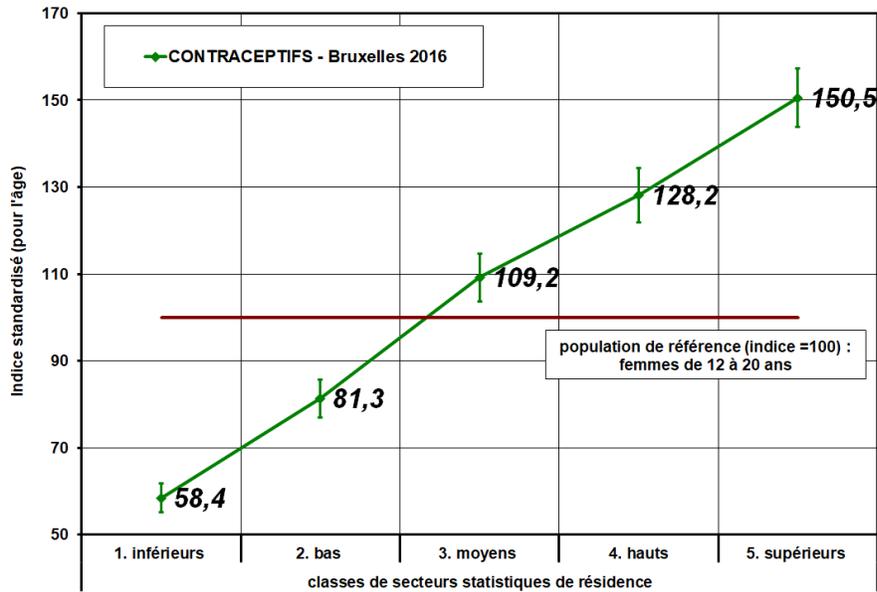
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

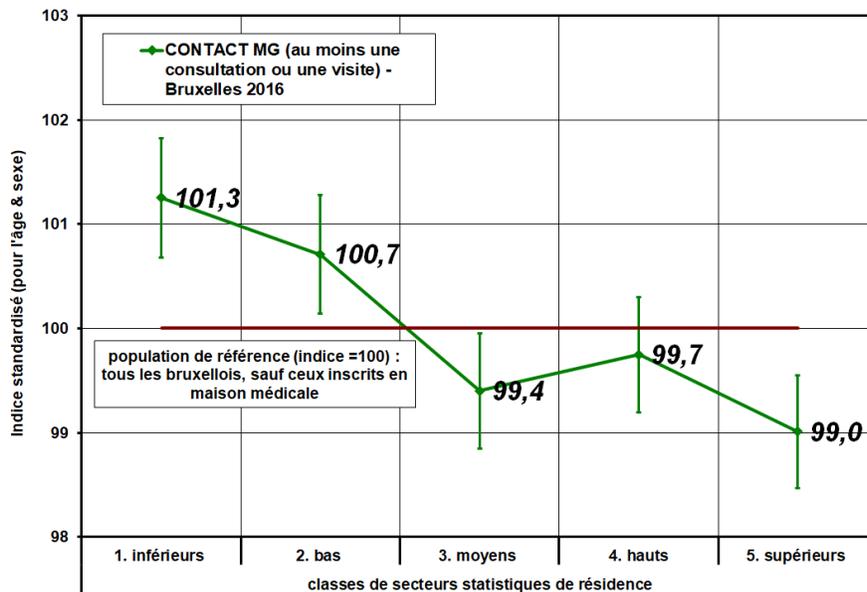
2.9 Contraceptifs féminins



source: données de l'Agence InterMutualiste

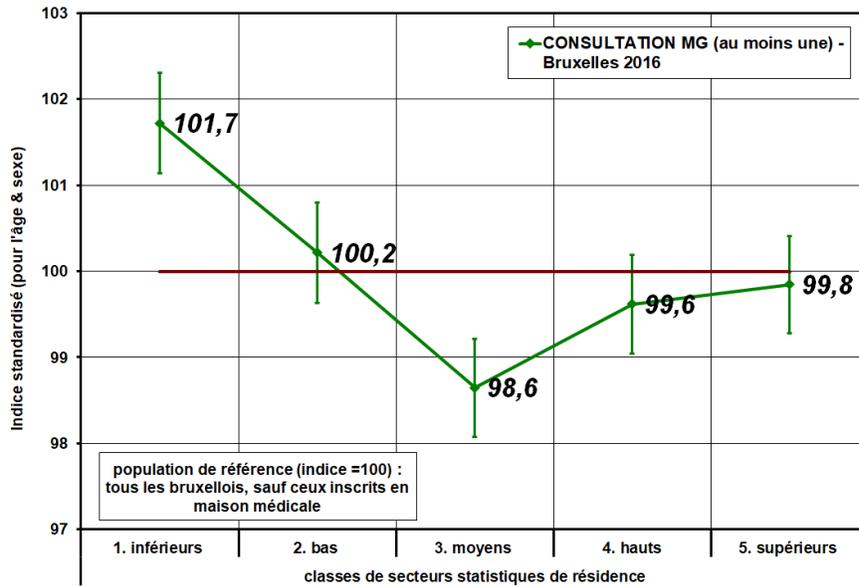
3. CONTACT AVEC DES PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE

3.1 Médecin généraliste : tout type de contact



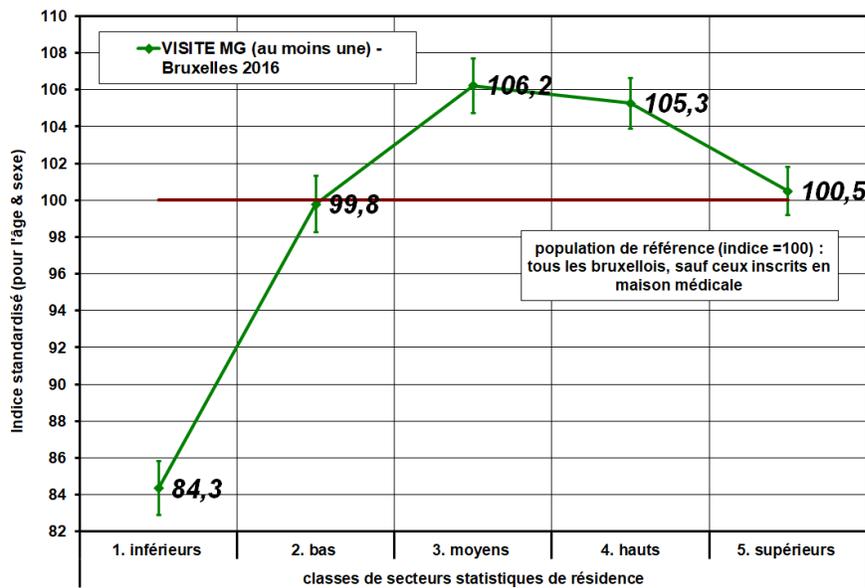
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2 Médecin généraliste : consultation



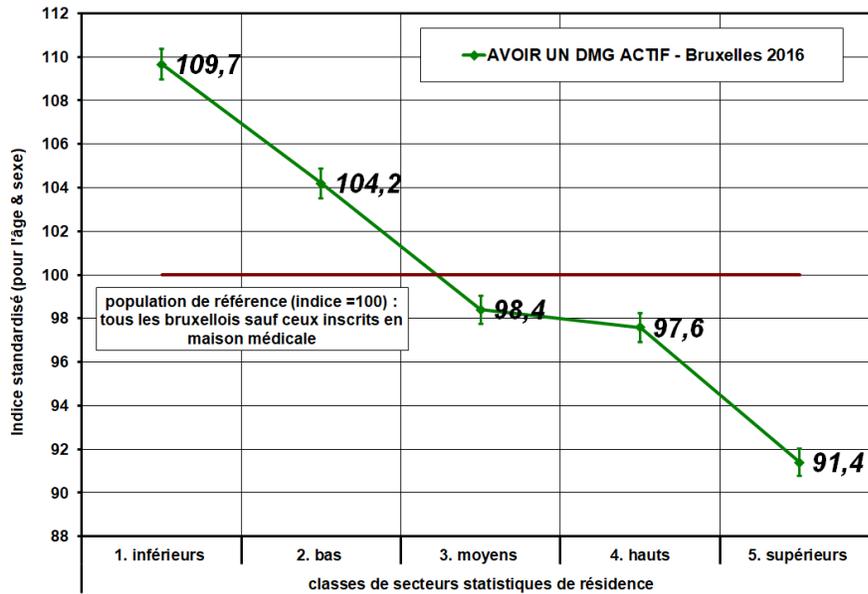
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3 Médecin généraliste : visite



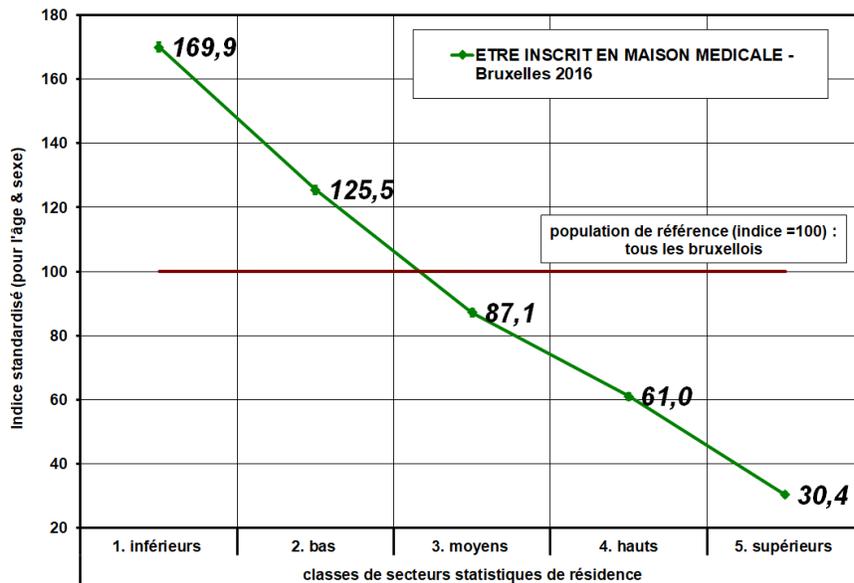
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4 Avoir un dossier médical global (DMG) actif



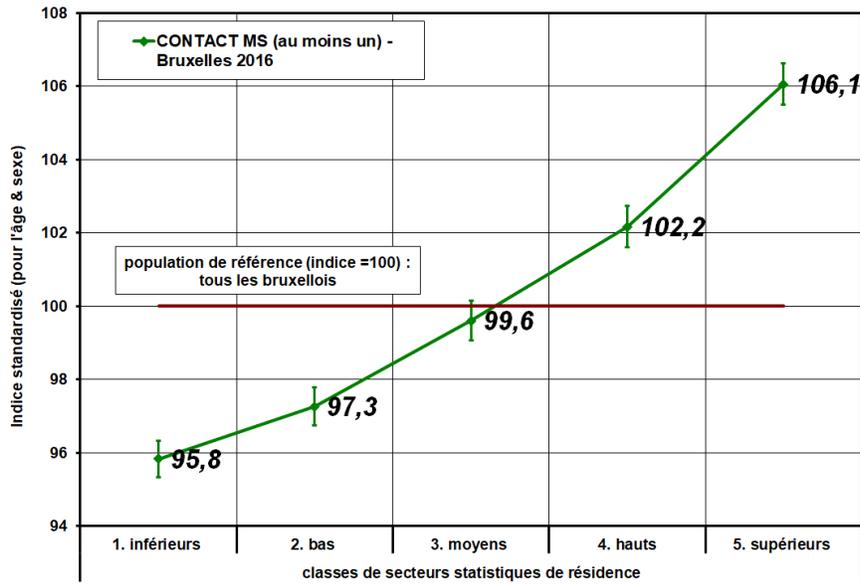
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5 Etre inscrit en maison médicale



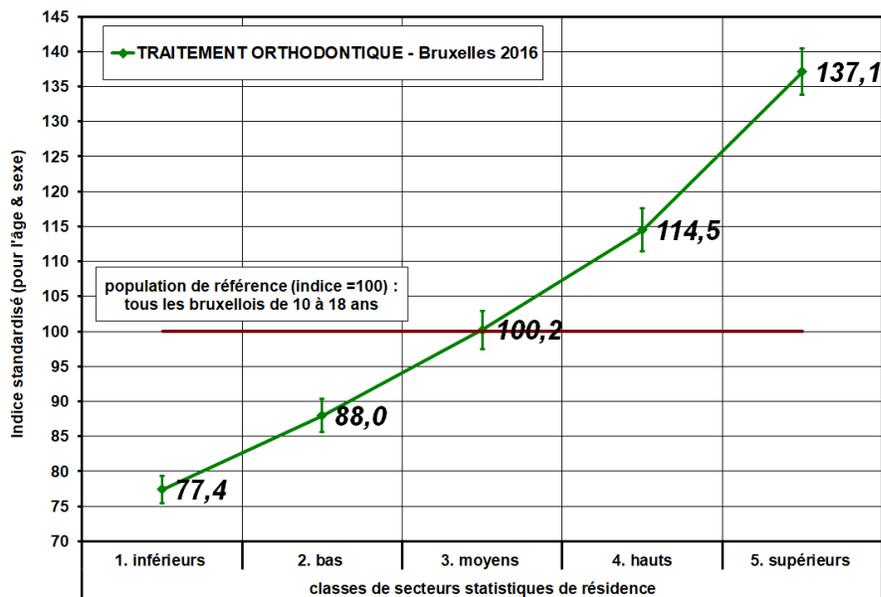
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6 Contact avec le médecin spécialiste



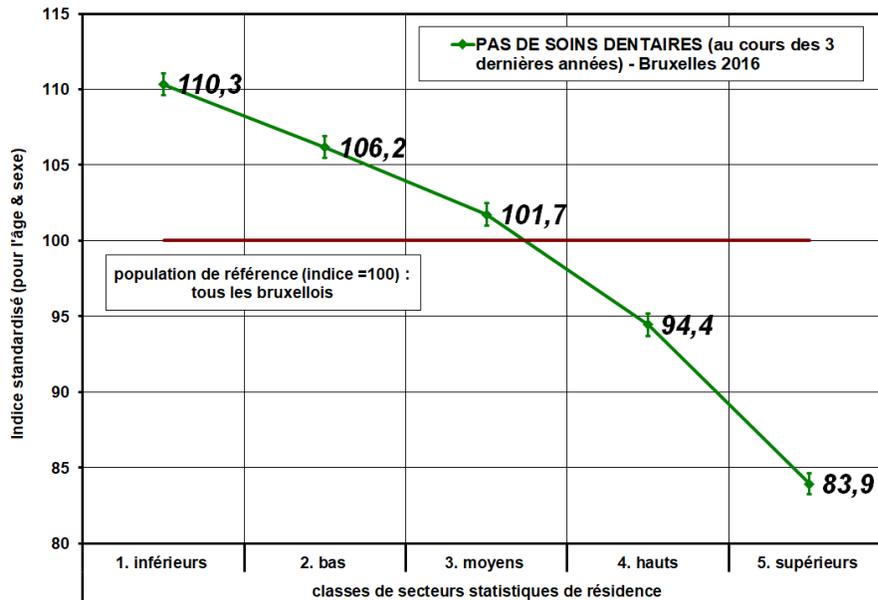
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7 Traitement d'orthodontie



source: données de l'Agence InterMutualiste

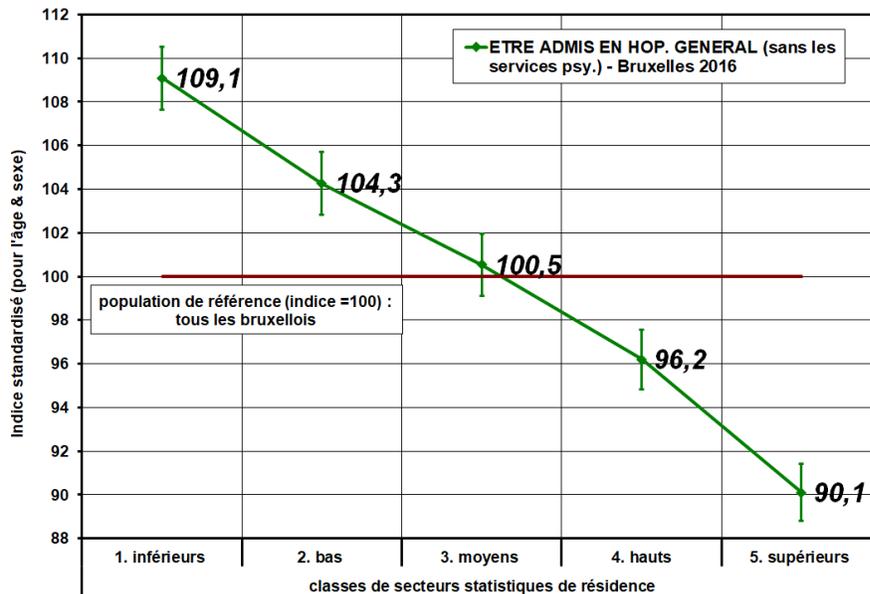
3.8 Pas de contact avec le dentiste



source: données de l'Agence InterMutualiste

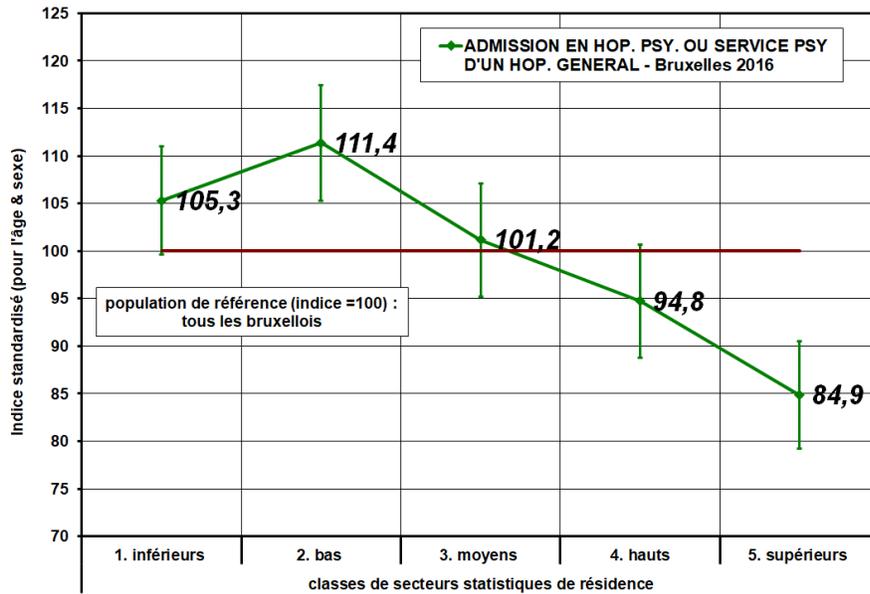
4. CONTACT AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

4.1 Etre admis en hôpital général



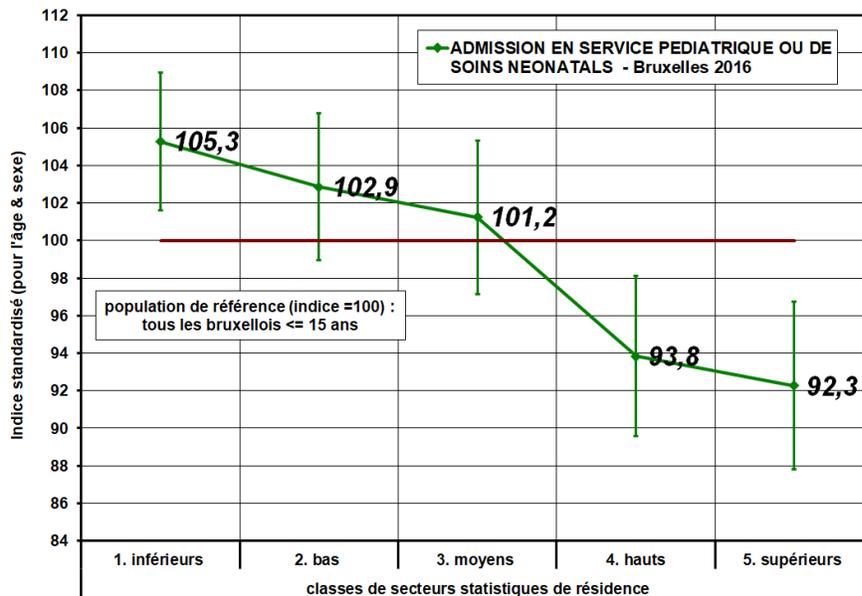
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.2 Hospitalisation psychiatrique



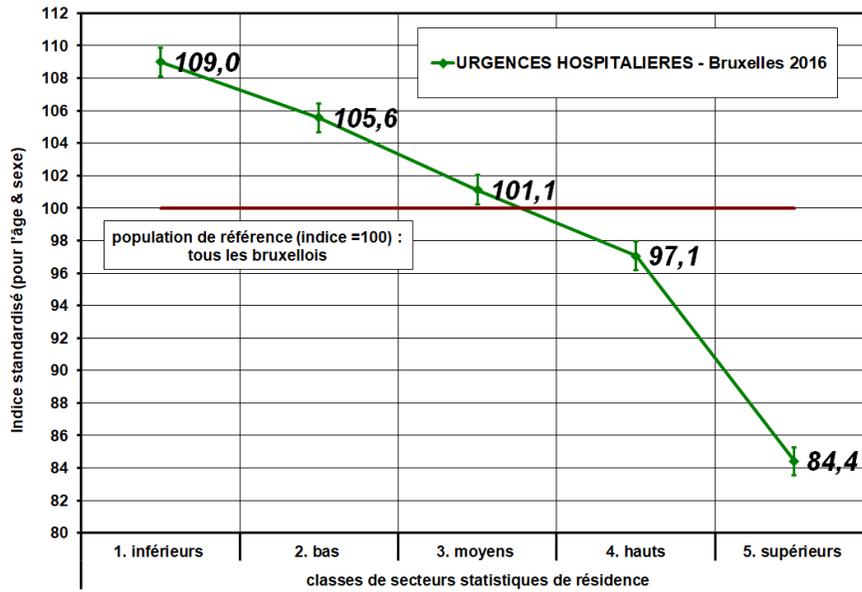
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Admission en pédiatrie ou néonatalogie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Recours aux urgences hospitalières



source: données de l'Agence InterMutualiste

ANNEXE IV : LIMITES DES DONNÉES FISCALES

On part du principe que le niveau médian de revenus fiscaux déclarés au niveau d'un secteur statistique donne une bonne approximation du niveau socio-économique de ceux et celles qui y résident. Mais l'information fiscale présente elle-même quelques limites que nous reprenons ci-après.

1. Tous les revenus présents au sein d'un secteur statistique ne sont pas forcément imposables : certains habitants, comme par exemple les fonctionnaires européens, le personnel diplomatique et/ou les fonctionnaires de l'OTAN, ne sont pas soumis (intégralement) à l'impôt des personnes physiques (IPP). Compte tenu de la concentration de ces individus dans certains quartiers et que leurs revenus sont, en général, supérieurs à la moyenne, ce phénomène pourrait donner lieu à une médiane observée inférieure à la médiane réelle de ce secteur statistique, si tous les revenus étaient effectivement imposables.
2. Dans le même ordre d'idée, certains individus, du fait de leur statut professionnel, ne sont pas tenus de s'inscrire dans leur commune de résidence. Compte tenu du profil professionnel similaire de ces individus à ceux du point 1, une concentration de ce type d'individus dans certains secteur statistique mènera sans doute à une sous-estimation de la médiane réelle du secteur statistique considéré.
3. À l'inverse, tout individu exonéré d'IPP pour raisons de revenus fiscaux imposables insuffisants, mènera à un revenu imposable nul²⁵ et sera exclu de la statistique, pouvant donc mener à une surestimation de la médiane du secteur statistique considéré.
4. Par définition, les 'sans abri' ne disposent pas d'adresse officielle. Un secteur statistique confronté à une concentration de population 'sans abri' importante se verra associé à une médiane de revenus fiscaux surestimée.

Enfin, les dispositions fiscales actuelles sous-estiment les revenus du capital, à savoir :

- a. La dernière péréquation du revenu cadastral (RC) date de 1975, menant par conséquent à une sous-estimation du revenu réel des grands propriétaires immobiliers louant leurs biens à des particuliers, puisque ce RC est censé refléter le revenu brut généré par la location sur base annuelle du bien immobilier considéré²⁶.
- b. Le caractère libératoire (quasi absolu) des revenus mobiliers, toujours basé sur la loi Cooremans - De Clercq de 1982, alors que les règles européennes actuelles permettent de réintégrer ces revenus dans la masse globale imposable.
- c. La non-imposition de la plus-value d'actions et obligations réalisée lors de leur vente.
- d. L'imposition unique du capital de produits d'assurance-vie, d'assurance-pension et d'assurance-groupe lors de leur libération sous forme de capital unique.

Compte tenu de la concentration de revenus de capital mobilier et immobilier au sein de la population âgée et dans certaines catégories socio-professionnelles (indépendants, professions libérales), les secteurs statistiques avec une surreprésentation des résidents ayant ce type de profil, présenteront un revenu médian officiel sous-estimant la richesse réelle de sa population.

²⁵ Revenus nuls : de nombreux contribuables, qui ne sont pas soumis à l'impôt compte tenu de leurs revenus ou de leurs charges familiales, n'apparaissent pas dans la statistique.

(p

9

https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/metadate/T7.STAT_DTST_62.CTAC_ORG_1.DIFF_LVL_1.FR.pdf)

²⁶ À partir de l'exercice d'imposition 1991 (art. 32, § 9, al. 1er de la loi du 28.12.1990), l'indexation du RC a été introduite, mais ne compense pas la divergence (croissante) entre l'évolution en prix nets de la valeur du patrimoine immobilier et l'inflation au cours de ces dernières décennies.

Ces limites méthodologiques intrinsèques aux données fiscales utilisées, sont à garder en mémoire lors de l'interprétation des résultats, en particulier ceux de Bruxelles, où les points 1 à 4 sont bien plus présents que dans d'autres régions.