

# Les inégalités sociales dans le domaine de la santé

*Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken*





ETUDE

# Les inégalités sociales dans le domaine la santé

**Direction Études**



## **Table des matières**

INTRODUCTION .....	11
<b>1. Qu'entend-t-on par inégalités sociales de sante ? .....</b>	<b>13</b>
1.1. Définition des ISS .....	13
<b>2. Les déterminants sociaux de la santé et leurs cadres conceptuels .....</b>	<b>15</b>
2.1 Le modèle de Dalhgren et Whitehead.....	15
2.2 Le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé.....	17
2.3 La sociologie des comportements.....	18
<b>3. Les ISS et leur évolution en Belgique : revue de la littérature.....</b>	<b>21</b>
3.1 Etat de santé .....	23
3.1.1 Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé .....	23
3.1.2. Mortalité .....	30
3.1.4. Mortalité infantile.....	32
3.1.5. Santé subjective .....	33
3.1.6. Santé physique .....	36
3.1.7. Santé bucco-dentaire.....	42
3.1.8. Santé mentale.....	43
3.1.9. Qualité de vie liée à la santé .....	44
3.1.10. Bien-être et confiance.....	45
3.2. Comportements liés à la santé et style de vie .....	50
3.2.2. Obésité .....	51
3.2.3. Tabagisme .....	53
3.2.4. Consommation excessive d'alcool .....	56
3.2.5. Sédentarité .....	58
3.3 Prévention .....	60
3.3.1 Dépistage du cancer du sein .....	60
3.3.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus .....	61
3.3.3 Contraception .....	62
3.4 Utilisation du système de santé .....	63
3.4.1 Recours aux urgences.....	63
3.5 Accessibilité financière aux soins de santé .....	64
3.5.1 Report de soins.....	65
3.5.2 Difficulté financière à intégrer les dépenses de soins de santé dans le budget.....	70
3.6 Le vécu des personnes en situation de pauvreté et leur rapport à la santé .....	70
3.6.1 Un rapport à la santé ambivalent et particulier .....	71
3.6.2 Recours au système de santé .....	71
3.6.3 Emotions versus rationalité .....	72
3.6.4 Intelligence de survie versus culpabilisation .....	72
3.7 La perception de la population sur les inégalités sociales .....	73

<b>4. Quelle est l'ampleur des ISS ? : une analyse sur base des données Solidaris.....</b>	<b>75</b>
4.1. Données et méthodologie .....	75
4.2 Des inégalités marquées au niveau du profil socio-économique .....	77
4.3 Impact des inégalités sociales sur la santé .....	78
4.3.1 Mortalité .....	78
4.3.2 Etat de santé.....	80
4.3.3 Santé mentale.....	85
4.3.4 Prévention.....	88
4.3.5 Consommation de soins .....	93
<b>5. Actions et leviers de Solidaris pour lutter contre les inégalités.....</b>	<b>99</b>
5.1. En tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité .....	99
5.1.1 Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et la sécurité tarifaire pour le patient.....	99
5.1.2 Evaluer les mécanismes favorisant l'accessibilité financière aux soins de santé .....	101
5.1.3 Lutter contre le non-recours au droit : le cas de l'intervention majorée .....	102
5.1.4 Vers une simplification administrative et l'automatisation de l'ouverture des droits en assurance maladie obligatoire .....	104
5.2 En tant que prestataire full service .....	105
5.2.1 Des métiers mutualistes davantage orientés « conseil » .....	105
5.2.2 Informer sur les coûts évitables de santé .....	106
5.2.3 Une assurance complémentaire financièrement accessible et innovante .....	107
5.2.4 Le développement de services .....	108
5.2.5 L'accompagnement par le Service social .....	109
5.3 En tant qu'acteur social et politique.....	111
5.3.1 Etre une force de propositions déterminante dans la politique de santé .....	111
5.3.2 La prévention et promotion de la santé .....	112
5.3.3 Le réseau associatif.....	114
5.3.4 L'organisation de campagnes et d'évènements ainsi que la publication de supports .....	119
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>121</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>138</b>

## Table des figures

Figure 1 : Les quatre niveaux de déterminants sociaux de la santé .....	16
(selon le modèle de Dahlgren et Whitehead) .....	16
Figure 2 : Les déterminants structurels des ISS et les déterminants intermédiaires de l'état de santé (selon le modèle de la CDSS).....	17
Figure 3 : Profils de comportements face aux normes en matière de recommandations de santé et de prévention.....	19
Figure 4 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, 1885-2017.....	24
Figure 5 : Evolution de l'espérance de vie à 25 ans selon le niveau d'éducation et le sexe entre 1991 et 2001 .....	25
Figure 6 : Evolution de l'espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 25 ans selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	27
Figure 7 : Evolution de l'espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans selon le sexe, 2004-2014 .....	28
Figure 8 : Espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 50 ans selon le niveau d'éducation et le sexe, 2009 .....	30
Figure 9 : Principales causes de décès à l'inégalité en mortalité avant l'âge de 75 ans, 2001 .....	31
Figure 10 : Evolution de la mortalité infantile selon le sexe, 1960-2014 .....	32
Figure 11 : Evolution de la mortalité infantile en fonction du nombre de revenus du travail du ménage à Bruxelles, 1998-2007.....	33
Figure 12 : Prévalence de la bonne santé subjective selon le niveau de revenus, 2015 .....	36
Figure 13 : Distribution du niveau de fragilité au sein de la population de 65 ans et plus selon le niveau d'éducation (2018).....	41
Figure 14 : Construction de l'indice composite de bien-être et confiance .....	46
Figure 15 : Indices de bien-être et confiance pour les 10% des Belges les plus précarisés versus les 10% des Belges les plus aisés, 2017 .....	47
Figure 16 : Evolution des indices de bien-être et confiance pour les 10% des Belges les plus précarisés versus les 10% des Belges les plus aisés, 2015-2017 .....	47
Figure 17 : Evolution de l'indice composite global de bien-être et confiance pour les 25% des Belges qui vont le mieux versus les 25% des Belges qui vont le moins bien, 2015-2018 .....	48
Figure 18 : Evolution de l'indice composite global de bien-être et confiance selon le groupe socio-économique, 2015-2018 .....	49
Figure 19 : Indices de bien-être et confiance pour les actifs et les non actifs, 2018 .....	49
Figure 20 : Evolution de l'indice conditions de vie selon le fait d'être actif ou non actif, 2015-2018.....	50
Figure 21 : Evolution de la proportion de fumeurs quotidiens selon le niveau d'éducation, 1997-2013 .....	56
Figure 22 : Report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus par pays, 2015 .....	66
Figure 23 : Report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus, 2015 .....	67
Figure 24 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus, 2008-2016 .....	67
Figure 25 : Report de soins pour raisons financières selon le groupe social, 2018 .....	68

Figure 26 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le groupe social, 2015 - 2018	68
Figure 27 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le statut d'activité, 2015 - 2018 .....	69
Figure 28 : Evolution de la perception des inégalités sociales par la population, 2015-2018.....	74
Figure 29 : Taux de mortalité par classe sociale, 2016 .....	79
Figure 30 : Nombre de décès avant l'âge de 65 ans parmi les précarisés et les nantis, 2016.....	80
Figure 31 : Proportion de personnes en situation de handicap par classe sociale, 2016.....	81
Figure 32 : Proportion de personnes en situation de handicap tout au long de la vie parmi les précarisés et les nantis, 2016 .....	82
Figure 33 : Prévalence de maladie chronique par classe sociale, 2016 .....	83
Figure 34 : Prévalence du diabète par classe sociale, 2016 .....	84
Figure 35 : Prévalence de la bronchite chronique par classe sociale, 2016 .....	85
Figure 36 : Proportion de personnes consommant des antidépresseurs et des antipsychotiques parmi les précarisés et les nantis, 2016.....	86
Figure 37 : Proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un psychiatre par classe sociale, 2016 .....	87
Figure 38 : Proportion de personnes hospitalisées pour raison de santé mentale parmi les précarisés et les nantis, 2016 .....	88
Figure 39 : Couverture du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus par classe sociale, 2016 .....	89
Figure 40 : Proportion de naissances parmi les adolescentes âgées entre 12-18 ans par classe sociale, 2012-2016 .....	90
Figure 41 : Taux de vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de 65 ans et plus par classe sociale, 2016 .....	91
Figure 42 : Proportion de personnes ayant eu au moins un contact préventif chez le dentiste par classe sociale, 2015-2016 .....	92
Figure 43 : Observance aux statines par classe sociale, 2016.....	93
Figure 44 : Contact avec un médecin généraliste par classe sociale, 2016 .....	95
Figure 45 : Consultations avec un médecin spécialiste par classe sociale, 2016.....	96
Figure 46 : Recours aux urgences (avec ou sans référencement par un médecin généraliste) parmi les précarisés et les nantis, 2016 .....	97
Figure 47 : Hospitalisation parmi les précarisés et les nantis, 2016 .....	98
Figure 48 : Profil socio-économique des ménages en fonction de leur recours à l'intervention majorée .....	103

## **Table des tableaux**

Tableau 1 : Evolution des inégalités en espérance de vie en bonne santé selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	28
Tableau 2 : Mortalité prématurée selon le niveau d'éducation et le sexe, 2001.....	31
Tableau 3 : Evolution de la mauvaise santé subjective (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	34
Tableau 4 : Evolution de la prévalence de la mauvaise santé subjective (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2018 .....	35
Tableau 5 : Evolution de la prévalence de maladie chronique (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	37
Tableau 6 : Evolution de la prévalence de maladie chronique (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2018 .....	37
Tableau 7 : Prévalence de maladies non transmissibles (standardisées pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2018.....	38
Tableau 8 : Evolution de la prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004.....	39
Tableau 9 : Prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008 .....	40
Tableau 10 : Prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge et le sexe) parmi les personnes âgées de 65 ans et plus selon le niveau d'éducation, 2018.....	40
Tableau 11 : Prévalence la fragilité des personnes âgées (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2018.....	41
Tableau 12 : Evolution de la prévalence de ne plus avoir sa propre dentition (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008-2013 .....	42
Tableau 13 : Prévalence de problème de santé mentale (standardisé pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2013.....	44
Tableau 14 : Evolution de la prévalence de dépression (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013.....	44
Tableau 15 : Prévalence de la bonne qualité de vie liée à la santé (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2018.....	45
Tableau 16 : Evolution de la prévalence de l'obésité (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	52
Tableau 17 : Evolution de la prévalence de l'obésité (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008-2013 .....	53
Tableau 18 : Evolution du tabagisme (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	54
Tableau 19 : Evolution du tabagisme (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013 .....	55
Tableau 20 : Evolution de la consommation excessive d'alcool (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	57
Tableau 21 : Prévalence de la consommation excessive d'alcool (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2013.....	58

Tableau 22 : Evolution de la sédentarité (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004 .....	59
Tableau 23 : Evolution de la sédentarité (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013 .....	59
Tableau 24 : Evolution du dépistage du cancer du sein (standardisé pour l'âge) selon le niveau d'éducation, 2004-2013 .....	61
Tableau 25 : Evolution du dépistage du cancer du col de l'utérus (standardisé pour l'âge) selon le niveau d'éducation, 2004-2013 .....	61
Tableau 26 : Evolution du recours aux services d'urgence (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013 .....	64
Tableau 27 : Evolution du report de soins pour raisons financières (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013.....	65
Tableau 28 : Evolution de la difficulté financière à intégrer les soins de santé dans le budget (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013.....	70
Tableau 29 : Classement des affiliés selon la hiérarchie sociale.....	76
Tableau 30 : Profil socio-démographique des affiliés selon leur groupe social.....	78

### Remerciements

Nous remercions tout particulièrement  
pour l'assistance technique

Christine Deligne

## INTRODUCTION

Les inégalités sociales représentent un enjeu fondamental dans les pays européens et sont présentes dans de nombreux domaines : santé et accès à la santé, revenus, droits, pouvoirs, richesses, accès aux informations et aux services, etc. La source de ces inégalités est multiple et nécessite dès lors une analyse approfondie pour les comprendre.

Dans cette étude, Solidaris se penche en particulier sur les inégalités sociales de santé (ISS) qui représentent un enjeu central de santé publique en Belgique. *De facto*, les ISS se réfèrent aux disparités observées entre différents groupes sociaux au niveau de leur état de santé (physique et mentale), leur bien-être, leur espérance de vie (et celle en bonne santé), leur consommation de soins, leur santé déclarée ainsi qu'au niveau de leur comportement et mode de vie.

De nombreuses recherches tant en Belgique qu'à l'étranger y ont été consacrées. Elles démontrent toutes que la santé et le recours aux soins de santé sont distribués de manière inégale au sein de la société<sup>1</sup> et mettent en évidence le rôle déterminant de l'appartenance à un groupe social (celui-ci étant fonction du revenu, du niveau d'éducation, de la profession, du lieu de résidence, etc.). Cela se traduit par davantage de maladies et de comportements à risque ainsi qu'une morbidité et une mortalité supérieures parmi les personnes précarisées. A contrario, les personnes qui occupent une position sociale plus élevée sont en meilleure santé, jouissent d'une qualité de vie supérieure et vivent plus longtemps. Les ISS se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale : « *ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons* »<sup>2</sup>. Elles existent ainsi selon un gradient social comme cela a été démontré à plusieurs reprises au niveau d'études belges et internationales<sup>3</sup> : la fréquence d'un problème de santé augmente des catégories sociales les plus favorisées vers les plus défavorisées<sup>4</sup>. En outre, selon le premier Thermomètre Solidaris consacré au bien-être, la proportion de personnes craignant une dégradation de leur état de santé et celle redoutant d'être atteinte d'une maladie grave ou de souffrir d'un handicap est 1,7 fois plus élevée parmi les groupes sociaux disposant de faibles revenus en comparaison à ceux disposant de revenus élevés<sup>5</sup>. De même, ils sont plus nombreux à s'inquiéter de descendre de position dans l'échelle sociale par rapport à leurs parents (47% versus 33%)<sup>6</sup>.

Les inégalités sociales représentent aujourd'hui une des principales causes des différences de santé au sein d'une population. Ces inégalités de santé ne sont pas le produit du hasard ou des facteurs biologiques, elles s'expliquent par la catégorie socio-économique à laquelle appartiennent les individus.

Pour Solidaris, il est essentiel de mieux connaître les ISS afin de pouvoir les déconstruire. Cette étude a donc pour objectif de :

- 1) Dresser un état des lieux de la question en Belgique ;
- 2) Quantifier plus précisément les écarts de santé entre les deux groupes sociaux situés aux extrêmes de la hiérarchie sociale, approchée par les revenus, soit entre les personnes démunies et les nanties, mais aussi entre les différentes catégories de population, soit tout au long de la distribution des revenus, pour mesurer l'ampleur du gradient social existant à chaque niveau de la hiérarchie sociale. Ces écarts de santé étant approchés via différentes dimensions de la santé : la mortalité, la morbidité, la prévention ou encore l'utilisation du système de santé ;

---

<sup>1</sup> KCE (2019a).

<sup>2</sup> Potvin et al. (2010).

<sup>3</sup> Van Oyen et al. (2010a).

<sup>4</sup> Leclerc et al. (2008).

<sup>5</sup> Institut Solidaris (2012).

<sup>6</sup> Institut Solidaris (2018).

### 3) Etablir des recommandations pour réduire significativement les inégalités sociales de santé.

Cette étude s'appuie sur les données des 3.156.692 affiliés de Solidaris en 2016. Elle s'est, par ailleurs, inscrite dans le cadre des Assises de Solidaris qui ont eu lieu en juin 2018. L'objectif de ces Assises était de mener une réflexion globale sur les ISS en Belgique et sur les pistes d'actions pour combattre ces inégalités.

Elle est déclinée en plusieurs chapitres :

- Le premier chapitre est consacré à la définition des inégalités sociales de santé et sur les concepts que recouvre ce champ.
- Le deuxième chapitre analyse les facteurs ayant un impact sur l'état de santé et le bien-être des individus, et renvoie aux déterminants sociaux de la santé. On y aborde également deux modèles développés pour mettre en évidence les déterminants de la santé, dont celui de Dahlgren et Whitehead et celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé considérés comme des références en la matière.
- Le troisième chapitre constitue une revue de la littérature sur la problématique des inégalités sociales de santé, sans pour autant être exhaustif car il existe une littérature abondante sur le sujet. On y aborde plusieurs aspects de ce inégalités sociales de santé que ce soit en terme : i. d'état de santé (cf. espérance de vie (et en bonne santé), mortalité infantile, santé subjective, santé physique, santé bucco-dentaire, santé mentale, bien-être et confiance), ii. de comportements adoptés en matière de santé (obésité, addictions, sédentarité), iii. de recours à la prévention (dépistage et contraception), iv. de recours au système de santé, v. d'accessibilité financière aux soins de santé.
- Le quatrième chapitre est consacré à l'état des lieux de la question sur base des données Solidaris et constitue une analyse approfondie des inégalités sociales de santé dans les différentes dimensions de la santé pour confronter nos résultats à la littérature.
- Le cinquième chapitre revient sur les actions que Solidaris et son réseau associatif mènent déjà dans leur travail quotidien pour lutter contre les inégalités en tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité, en tant que prestataire full service ou encore en tant qu'acteur social et politique.

Enfin, cette étude donne lieu à des conclusions générales sur base des constats issus de la revue de la littérature et des résultats mis en évidence par nos données avant de dresser une série de recommandations que Solidaris propose pour réduire significativement les inégalités sociales de santé dans les prochaines années.

## 1. QU'ENTEND-T-ON PAR INEGALITES SOCIALES DE SANTE ?

Ce chapitre revient brièvement sur la définition des inégalités sociales de santé (ISS) et sur les concepts que recouvre ce champ.

### 1.1. Définition des ISS

Les différences de santé observées entre les individus ne s'expliquent pas seulement par leurs comportements (hygiène et mode de vie, comportement à risque, etc.) et par leurs caractéristiques (biologiques et psychiques) individuelles, elles sont également liées à leurs conditions économiques et sociales<sup>7</sup>.

« *Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux (...) Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur.* »<sup>8</sup> En d'autres mots, une catégorie sociale donnée a une plus grande espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé que la catégorie sociale inférieure. Les ISS témoignent ainsi du lien existant entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (mesurée au moyen d'indicateurs tels que les revenus, le niveau d'éducation, etc.). Elles se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale : « *ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons* »<sup>9</sup>. Les ISS existent ainsi selon un gradient social comme cela a été démontré à plusieurs reprises au niveau d'études belges et internationales<sup>10</sup> : la fréquence d'un problème de santé augmente des catégories sociales les plus favorisées vers les plus défavorisées<sup>11</sup>. La répartition des problèmes de santé apparaît donc socialement stratifiée et les ISS ne sont que le reflet des inégalités au sein de la société. Plus une personne est dans une situation socio-économique défavorable, moins son état de santé est bon et plus elle présente des risques de cumuler des difficultés liées à ses conditions de vie.

Dès lors, les ISS relèvent de différences systématiques, injustes et évitables. Elles font référence à la justice sociale car elles sont socialement construites – c'est-à-dire produites par la société, son organisation et ses acteurs – et sont, par conséquent, modifiables<sup>12</sup>. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) pour l'Europe se réfère d'ailleurs à la notion d'inéquité en santé, ce qui renvoie à des « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique* »<sup>13</sup>. En effet, au sein d'une société et en fonction de leur appartenance à un groupe social, les personnes ne disposent pas d'une même égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal, ce qui s'explique par une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé<sup>14</sup>. « *L'injustice s'accroît lorsque les problèmes tendent à se multiplier et à se concentrer, se renforçant les uns les autres, créant ainsi des groupes très vulnérables en matière de santé* »<sup>15</sup>.

Il est à noter qu'on parle ici d'inégalités sociales de santé et non pas de pauvreté. En effet, les ISS ne sont pas un synonyme de pauvreté et ne se réduisent pas à une opposition entre les plus riches et les

<sup>7</sup> Selig (2014).

<sup>8</sup> INPES - Santé publique France.

<sup>9</sup> Potvin et al. (2010).

<sup>10</sup> Van Oyen et al. (2010a).

<sup>11</sup> Leclerc et al. (2008).

<sup>12</sup> Whitehead et Dahlgren (2006).

<sup>13</sup> Glossaire européen de la BDSP.

<sup>14</sup> Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2009).

<sup>15</sup> Paquet (1994).

plus pauvres ou entre les plus et les moins instruits. *De facto*, les ISS sont présentes à tous les niveaux de l'échelle sociale et suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population comme nous venons de le voir. Il est donc essentiel de ne pas « *confiner la problématique des inégalités sociales de santé dans une fausse dualité (pauvreté vs richesse)*<sup>16</sup> ». Par conséquent, « *l'équité en général impose une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux* »<sup>17</sup>. Combattre les ISS ne peut donc se réduire à la seule lutte contre la pauvreté : si les actions menées ciblent uniquement les personnes les plus pauvres, on passe à côté de « *l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé* »<sup>18</sup>.

En outre, dans le cadre d'une enquête menée en 2010 auprès de professionnels par le groupe de travail « Réduction des inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS)<sup>19</sup>, il ressort qu'il n'est pas aisé d'éviter de stigmatiser la population concernée par les inégalités sociales de santé et que les différentes manières de qualifier cette population – en parlant de population vulnérable, fragilisée, défavorisée, précarisée... – ne sont pas toujours cohérentes avec l'objectif visé. En effet, les termes de population « fragilisée » ou « vulnérable » font davantage référence aux difficultés personnelles d'ordre psychologique et relationnel alors que le terme de population « précarisée » permet de faire le lien avec les inégalités sociales de santé car il renvoie à la population ayant des ressources financières et sociales insuffisantes, ayant moins voire pas, de contact avec des services et structures, ayant des troubles somatiques et/ou psychiques, etc. ...

Enfin, on parle aussi communément d'inégalités de santé (sans l'adjectif « sociales) bien que celles-ci désignent *stricto sensu* des différences imputables aux caractéristiques individuelles (génétiques et physiologiques ; par exemple les inégalités de santé entre personnes jeunes et âgées) et ne renvoient pas à la notion de justice sociale. En pratique, les termes « inégalités sociales de santé » et « inégalités de santé » sont utilisées sans distinction.

---

<sup>16</sup> Van Oyen et al. (2010a).

<sup>17</sup> Mooney (1999).

<sup>18</sup> Marmot (2009).

<sup>19</sup> CSPS (2011).

## 2. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET LEURS CADRES CONCEPTUELS

Dans cette section, nous analysons les facteurs ayant un impact sur l'état de santé et le bien-être des individus et qui renforcent les inégalités sociales de santé. On parle de « déterminants sociaux de la santé » pour désigner ces multiples facteurs individuels, socio-économiques et environnementaux qui interagissent de manière complexe tout au long de la vie d'un individu tels que :

- La position sociale approchée par les revenus, le niveau d'éducation ou la catégorie socio-professionnelle ;
- L'accès à l'emploi, le type d'emploi et les conditions de travail ;
- L'environnement social et physique/matériel ;
- Les modes de vie, les comportements à risque et les habitudes de santé ;
- Les conditions de vie à la naissance et durant la petite enfance ;
- Le système de santé et l'accès aux soins de santé ;
- Les valeurs sociétales et culturelles ;
- Etc.

Par « déterminants sociaux de la santé », on entend donc l'ensemble des facteurs socialement construits, qui reflètent une situation sociale ou socio-économique et qui ont un impact sur l'état de santé. Ils ne portent donc pas sur les facteurs biologiques (âge, sexe, constitution, etc.).

Différents modèles ont été développés pour mettre en évidence les déterminants de la santé, dont celui de Dahlgren et Whitehead (1991) et celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS qui constituent des références en la matière et seront à ce titre exposés dans ce chapitre. D'autres auteurs<sup>20</sup> ont également élaboré des modèles explicatifs des déterminants de la santé. Ces différents modèles apportent une vision complémentaire, tantôt fondés sur des conditions de vie à la naissance et à la petite enfance défavorables comme socle d'inégalités ou tantôt fondés sur le cumul de facteurs socio-économiques défavorables au cours de la vie<sup>21</sup>.

En outre, les comportements face à la santé et la prévention peuvent également s'expliquer par une approche sociologique sur laquelle nous revenons en dernier dans cette section.

### 2.1 Le modèle de Dahlgren et Whitehead

Selon le modèle de Dahlgren et Whitehead (présenté sous forme d'un arc en ciel), les déterminants de la santé peuvent être regroupés en quatre niveaux, ces niveaux interagissant les uns avec les autres (Figure 1) :

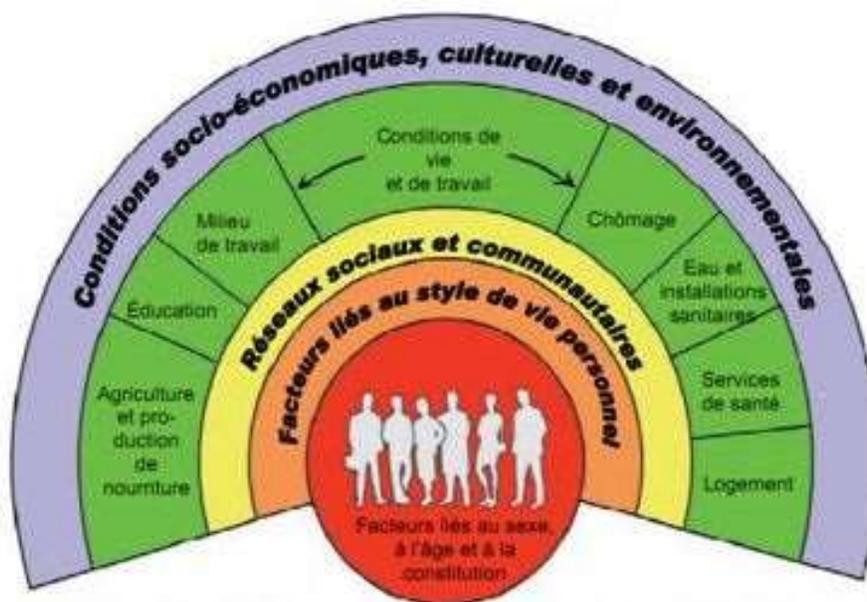
- 1) Le premier niveau reprend les facteurs liés au style de vie personnel concernant les comportements et le mode de vie individuels. Les risques liés aux comportements néfastes pour la santé (fumer, boire, alimentation moins saine, etc.) sont plus élevés parmi les personnes ayant une position sociale moins élevée. Notons que certains comportements (tabac, alcool,

<sup>20</sup> Citons par exemple Diderichsen et Hallqvist (1998), Diderichsen, Evans et Whitehead (2001), Mackenbach (1994), Brunner, Marmot et Wilkinson (1999), etc.

<sup>21</sup> Pour plus d'information, nous renvoyons le lecteur aux travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé mise sur pieds par l'OMS en 2005 ([http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)).

- etc.) peuvent aussi être vus comme une tentative d'adaptation et une recherche de détente en réponse à des conditions de vie difficiles pour ces personnes, bien qu'elle soit inadéquate.
- 2) Le deuxième niveau concerne les réseaux sociaux et communautaires et se rapporte à l'ensemble des influences sociales et collectives, c'est-à-dire le soutien dont bénéficie ou non un individu dans une situation difficile et le fait que les interactions sociales vont influencer son comportement de manière favorable ou défavorable.
  - 3) Le troisième niveau regroupe les facteurs liés aux conditions de vie et de travail qui renvoient à l'accès et aux conditions de travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels tels que l'eau et les installations sanitaires, l'alimentation, le logement, l'éducation, les services de santé. Des conditions de logement précaires, voire insalubres, des conditions de travail pénibles, dangereuses et stressantes, etc. auront un impact négatif important parmi les personnes socio-économiquement défavorisées.
  - 4) Le dernier et quatrième niveau reprend les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société. Par exemple la situation économique ou le marché du travail vont avoir un impact sur les autres niveaux, que ce soit au niveau des possibilités de logement, d'occuper un emploi, etc.

**Figure 1 : Les quatre niveaux de déterminants sociaux de la santé  
(selon le modèle de Dahlgren et Whitehead)**



Source : Dahlgren et Whitehead (1991)

Les ISS peuvent également se cumuler tout au long de la vie dans le sens où une personne née dans une situation socio-économique défavorisée aura plus de probabilité d'être en mauvaise santé ou de cumuler les risques au cours de sa vie. Par exemple, la période liée à la naissance ou la petite enfance représente une période critique qui a des conséquences sur la santé de la personne à l'âge adulte. On peut ainsi identifier certaines périodes critiques au cours de la vie pour lesquelles les politiques publiques de santé peuvent intervenir de manière ciblée<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Humblet (2007).

## 2.2 Le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé

Le cadre conceptuel développé par Solar et Irwin (2007) pour la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS distingue deux grands catégories de déterminants : les déterminants « structurels » des inégalités sociales et les déterminants « intermédiaires » de l'état de santé, ces déterminants interagissant les uns avec les autres (Figure 2).

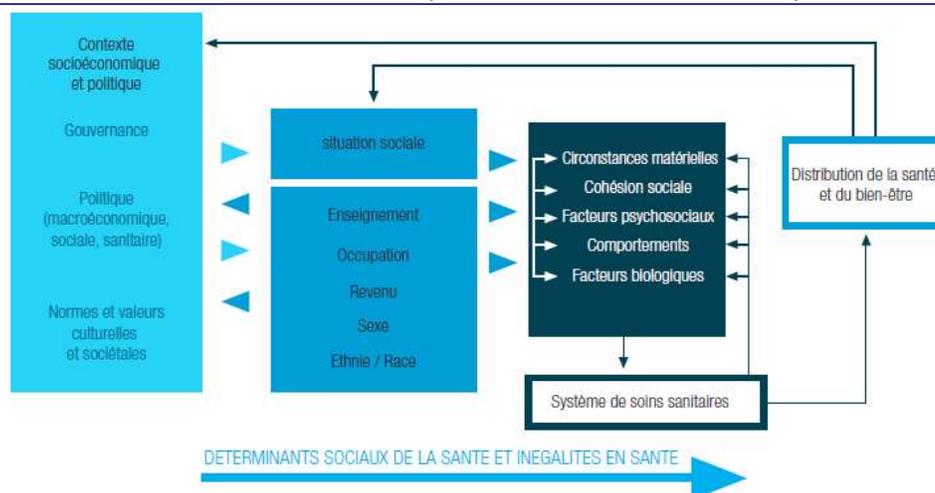
Dans ce modèle, les ISS s'expliquent notamment par les déterminants structurels qui désignent les structures sociales déterminant la hiérarchie sociale, elles relèvent du contexte politique et socio-économique. Il s'agit de la gouvernance ; des politiques macro-économiques, sociales et publiques ; la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont une influence directe sur la situation sociale des individus en fonction du revenu, du niveau d'éducation, de la profession, du sexe et des origines ethniques. Ces facteurs vont également agir sur les autres déterminants dits « intermédiaires ».

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Il s'agit :

- Des conditions matérielles : le logement, la qualité du quartier, la capacité financière à acheter une alimentation saine, des vêtements, etc. ;
- Des facteurs psychosociaux : le stress, les conditions de vie et de travail, le réseau de relations dont dispose l'individu et le soutien social qu'ils lui apportent ;
- Des facteurs biologiques et génétiques ;
- Des comportements qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé et qui concernent l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, etc. Ces comportements ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.
- Du rôle de l'accès au système de santé.

Si ces déterminants interagissent à chaque étape de la vie d'un individu, il est difficile de déterminer le poids de chacun et la manière dont ils interagissent. La littérature s'accorde cependant sur le fait que les modes de vie et comportements personnels néfastes pour la santé (mauvaise alimentation, consommation de tabac et d'alcool, sédentarité, etc.) – et qui sont des facteurs de risque pour des pathologies responsables de nombreux décès (tels que les cancers, les maladies cardiovasculaires, etc.) – ne sont pas prépondérants et ne suffisent pas pour expliquer les ISS.

**Figure 2 : Les déterminants structurels des ISS et les déterminants intermédiaires de l'état de santé (selon le modèle de la CDSS)**



## 2.3 La sociologie des comportements<sup>23</sup>

D'autres travaux se sont intéressés au lien existant entre les normes de société, les comportements des individus et leur appartenance sociale. Nous reprenons plus précisément dans cette section les recherches de Régnier et Masullo (2009) qui s'inscrivent dans la lignée des travaux de Halbwachs sur la consommation et de Bourdieu concernant la reproduction de la hiérarchie sociale sur base de facteurs culturels et symboliques plutôt qu'économiques.

Ces auteurs s'intéressent en particulier à l'intégration des normes, aux goûts et préférences (qui sont révélateurs d'une identité culturelle) ainsi que l'appartenance sociale pour expliciter les comportements en matière d'alimentation. Ils s'interrogent sur le rôle des facteurs économiques dans l'adhésion aux normes d'alimentation et de corpulence<sup>24</sup>. « *Par exemple, le développement de l'obésité dans les catégories populaires provient-il des contraintes financières, d'un désintérêt à l'égard des prescriptions alimentaires, voire de leur mauvaise compréhension ? Ou bien cette indifférence relève-t-elle des goûts, des habitudes et des modes de vie propres à cette catégorie sociale : bref, d'une appartenance sociale ?* ».

Pour répondre à ces questions, Régnier et Masullo ont réalisé une enquête et analysé les différentes formes de réceptions des normes au sein de la population. Selon la sociologie des comportements, on peut diviser schématiquement la population en quatre « profils » de comportements très différents face aux normes en matière de recommandations de santé et de prévention au niveau de l'alimentation et de corpulence (Figure 3) que nous interprétons comme suit :

- 1) Les catégories supérieures qu'on pourrait appeler les « Meneurs » : Ce sont les cadres, les personnes exerçant des professions intellectuelles, etc. Ces personnes possèdent les connaissances, suivent – voire précèdent – les recommandations en matière de santé. Ils en ont les moyens financiers mais aussi les ressources culturelles qui leur permettent une bonne compréhension de ces normes ainsi qu'une mise en pratique et une appropriation aisées. Par exemple, au niveau de l'alimentation, ce sont les végétariens et les locavores qui ne vont consommer que de la nourriture produite au niveau local (dans un rayon allant de 100 à 250 kilomètres maximum autour du domicile).
- 2) Les catégories intermédiaires intégrées socialement et en ascension sociale qu'on pourrait appeler les « Suiveurs » : Ce sont les catégories sociales bien intégrées socialement et en ascension. Ces personnes sont très réceptives aux normes, soucieuses de s'y conformer et aspirent à bien faire les choses. Elles ont pour modèle les « Meneurs » même si elles ne disposent pas de moyens équivalents aux leurs.
- 3) Les catégories modestes et populaires qu'on pourrait appeler les « Résistants » : Ce sont des personnes relativement moins qualifiées comme les employés, les ouvriers, les chômeurs, etc. Ces personnes connaissent les normes et les recommandations de par les médias, les services médicaux ou sociaux mais ne souhaitent pas s'y conformer et souhaitent même prendre de la distance par rapport à ces normes considérées comme étrangères. Les résistants revendiquent ainsi le droit de faire les choix qu'ils veulent. Dans notre exemple concernant l'alimentation, ils

---

<sup>23</sup> Cette section est notamment tirée d'une note interne de Solidaris écrite par Pierre Baldewyns du Service de promotion de la santé (2019) ainsi que de Régnier et Masullo (2009).

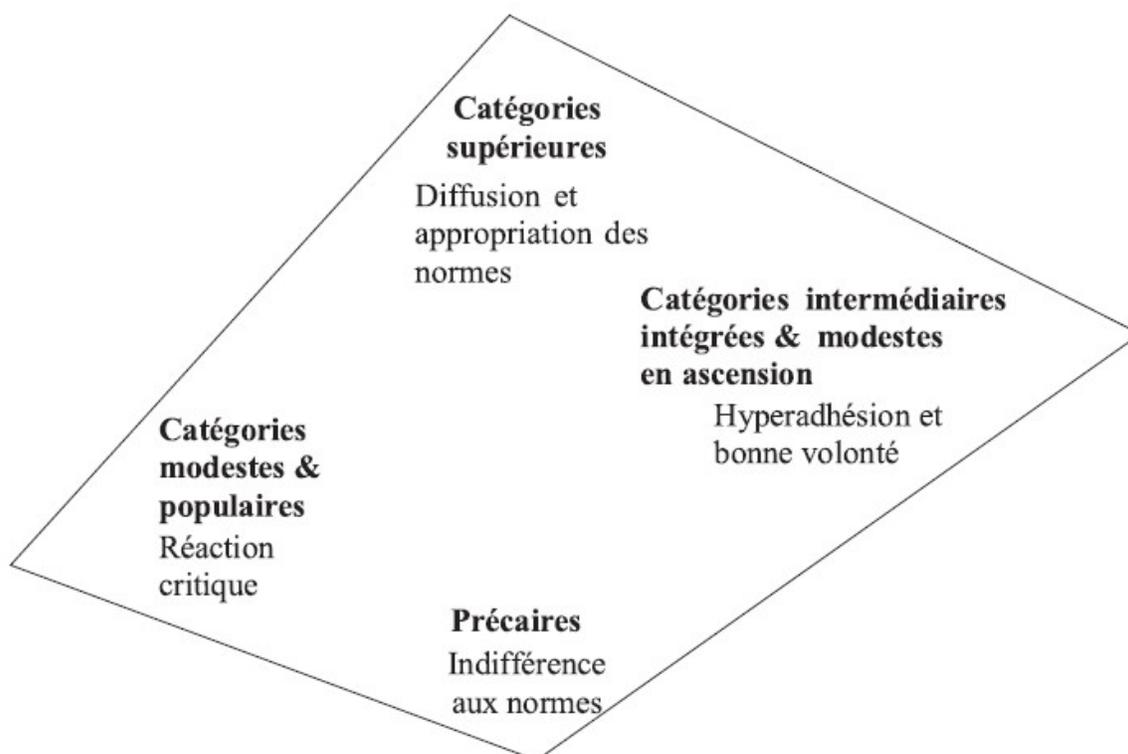
<sup>24</sup> Faisant référence par exemple aux normes d'alimentation basée sur les prescriptions médicales ou de prévention telles que les campagnes de santé publique « Mangez moins gras, moins sucré, moins salé » ; la norme en matière de corpulence fait référence à la minceur.

considèrent l'alimentation comme un des derniers domaines dans lesquels il leur reste un peu d'espace de liberté. Le low cost et la grande distribution leur permettent de se faire plaisir sans casser leur maigre tirelire. Cela leur permet de consacrer un peu de leurs ressources aux sorties ou aux vacances. Et pas question que « les gens d'en haut » leur fassent la leçon.

- 4) Les catégories les plus précaires que l'on peut appeler les « Précaires » : Il s'agit des plus précaires, les personnes inactives ou au chômage qui connaissent une forte précarité. Non seulement elles ne disposent pas de moyens financiers mais elles sont également confrontées au quotidien à des difficultés dont dépend leur survie et donc classées bien plus haut dans leurs priorités : disposer simplement de nourriture en quantité suffisante, problèmes de logement, maladies, soutien de proches en difficultés... Lorsqu'elles sont interrogées, ces personnes ne mentionnent pas les normes et n'évoquent pas leurs préférences mais elles font référence à leurs obligations concernant les charges familiales, etc. Dans notre exemple, la préoccupation d'une alimentation « saine et durable » constitue un luxe qu'ils n'ont pas le loisir de se permettre.

Il serait intéressant d'approfondir la théorie développée par Régnier et Massulo pour confirmer/infirmer que le modèle est applicable, mutadis mutandis, à d'autres domaines que l'alimentation.

**Figure 3 : Profils de comportements face aux normes en matière de recommandations de santé et de prévention**



Source : Régnier et Masullo (2009)

Les auteurs concluent que les comportements en matière de consommation et d'intégration des normes sont révélateurs de l'appartenance sociale, les catégories aisées étant opposées à celles modestes et précaires, selon la hiérarchie sociale.

En appliquant cette théorie aux actions de prévention et de promotion de la santé, on peut avancer que ces actions n'ont pas le même effet sur la population en fonction du profil auquel elle appartient :

### 1) Les « Précaires » ?

Il est difficile, voire impossible, de toucher les populations les plus précaires via des actions de prévention et de promotion de la santé car ces populations sont dans la gestion d'autres priorités davantage liées à de la survie. On peut même s'interroger sur le bien-fondé éthique de telles démarches envers ces publics. En effet, c'est avant tout d'une aide sociale dont ces publics en difficulté ont besoin et l'amélioration de leur santé passe par l'amélioration des déterminants sociaux et la facilitation de l'accès à leurs droits.

### 2) Les « Meneurs » ? Les « Suiveurs » ?

A l'autre extrême des profils, il n'est pas nécessaire de vouloir toucher les « Meneurs » ni même les « Suiveurs » dans la mesure où ils suivent déjà les normes en matière de recommandations et de prévention de santé. C'est pourtant naturellement surtout à ces publics que bénéficient le plus les campagnes de sensibilisation soit disant à destination de la population générale.

Par exemple, une campagne type « Mangez 5 fruits et légumes par jour » constitue une sorte de piqûre de rappel aux « Meneurs » et aux « Suiveurs », ou à tout le moins une confirmation qu'ils ont raison de manger comme ils mangent. De telles campagnes n'ont pas d'impact sur les « Précaires » ni même sur les « Résistants » si ce n'est de renforcer leur opposition et leur critique par rapport aux recommandations.

En utilisant un langage de niveau élevé de littératie, on touche principalement les « Meneurs » et les « Suiveurs » ; de même, lorsque l'on propose par exemple un outil ou une application sans accompagnement et sans une offre en parallèle d'intervention de proximité.

### 3) Les « Résistants » !

Pour tendre vers un objectif de réduire les inégalités sociales de santé, l'offre commune de prévention et promotion de la santé doit viser l'ensemble des publics tout en portant une attention renforcée sur ce profil de « Résistants ».

Il faut les rencontrer là où ils se rendent déjà et être présent dans les endroits propices à rencontrer et à sensibiliser des publics difficiles à toucher dans d'autres circonstances ; par exemple aux guichets des institutions publiques, des mutualités, etc.

Il faut également construire les actions et interventions en partant de leurs représentations, de leurs visions du monde et de leurs résistances. Avec des dispositifs légers et suscitant la confiance, on peut donner à ces publics « captifs » (dans la salle d'attente d'un guichet par exemple, ils ont du temps à consacrer à l'activité) l'occasion et la chance de découvrir que les normes en matière de recommandations et de prévention de santé les concernent aussi.

### 3. LES ISS ET LEUR EVOLUTION EN BELGIQUE : REVUE DE LA LITTERATURE

Dans ce chapitre, nous réalisons une brève revue de la littérature afin de mettre en évidence l'ampleur des ISS en Belgique. Si cette problématique n'est pas nouvelle, il est également intéressant de se pencher sur leur évolution ces dernières années afin d'évaluer dans quelle mesure ces inégalités se résorbent ou se renforcent. On sait que les politiques économiques, sociales, culturelles, éducatives ou encore en matière d'environnement (qu'elles soient au niveau local, régional ou fédéral) agissent sur les conditions de vie des populations et sont au coeur de la genèse des inégalités sociales notamment de santé, de leur aggravation ou de leur réduction.

S'il existe une littérature abondante sur les inégalités sociales de santé, les recherches effectuées dans le cadre de cette étude ont mis en évidence que les indicateurs utilisés ne se réfèrent pas toujours aux mêmes notions (par exemple, la position sociale peut être mesurée à travers le niveau d'éducation, les revenus ou encore le statut socio-économique) et ne sont pas toujours calculés de la même manière (cf. espérance de vie à la naissance, à l'âge de 25, 50 ou 65 ans, etc.) de sorte qu'il n'est pas évident d'établir une évolution ou une comparaison de résultats provenant de différentes études.

Dans le cadre de cette analyse, nous avons concentré nos recherches sur les sources les plus récentes et qui permettent de tracer les grandes tendances observées ces dernières années. La revue de littérature ne se veut donc pas exhaustive.

En Belgique, une des principales sources d'informations permettant d'analyser la problématique des ISS provient de l'Enquête de santé. Cette enquête est menée périodiquement auprès d'un échantillon de la population belge (environ 10.000 personnes) depuis 1997 par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). Elle permet de recueillir toute une série d'informations auto-déclarées sur l'état de santé, le recours aux soins, leur mode de vie et les comportements des Belges qui pourraient influencer leur santé. On dispose ainsi d'une batterie d'indicateurs pour les années au cours desquelles l'enquête a été menée, à savoir en 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013. Les résultats de la dernière Enquête de santé, menée en 2018, ne sont encore publiés que de manière partielle : seuls les indicateurs concernant l'état de santé sont disponibles à ce jour.

L'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (European Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC) constitue également une riche source de données (revenus, pauvreté, exclusion sociale, conditions de vie, santé, éducation, etc.) qui ont l'avantage d'être recueillies chaque année selon une méthodologie permettant la comparaison de résultats dans le temps, les années couvrant la période allant de 2004 à 2016. De même, le Système d'information européen sur les espérances de vie et de santé (« European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS) et l'Etude sur les inégalités sociales de santé réalisée dans le cadre du projet « Réduire les inégalités socio-économiques en santé en Belgique – Tackling health inequality in Belgium (TAHIB)» financé par la Politique scientifique fédérale (et publiée en 2010) mettent également à disposition de nombreuses statistiques sur le sujet.

Enfin, les enquêtes Thermomètres et Baromètres que Solidaris publie chaque année intègrent également différentes thématiques qui touchent à la santé des Belges (francophones) et mettent à disposition une série de données ventilées en fonction de la situation socio-économique des sondés.

Ces statistiques permettent de mesurer les ISS à l'aide d'une série d'indicateurs traduisant les écarts en matière de santé entre différents groupes sociaux.

Parmi ces indicateurs, on retrouve le plus souvent :

- Les indicateurs d'état de santé :
  - L'espérance de vie en bonne santé ;
  - La mortalité infantile ;
  - La santé perçue/subjective ;
  - Les problèmes de santé tels que les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles ou encore le fait de ne plus avoir sa propre dentition ;
  - La santé mentale à travers le mal-être psychologique, le fait d'avoir souffert d'une dépression, etc. ;
  - La qualité de vie liée à la santé, mesurée à partir de la mobilité, l'autonomie personnelle, les activités courantes, les douleurs/gênes et l'anxiété/la dépression.
- Les indicateurs de comportements liés à la santé qui peuvent constituer des facteurs de risque en matière de santé :
  - L'obésité ;
  - Le tabagisme ;
  - La sédentarité.
- Les indicateurs d'utilisation du système de santé et de services tant curatifs que préventifs :
  - Le recours au service des urgences.
- Les indicateurs d'accessibilité financière des soins de santé :
  - Le report de soins ;
  - La difficulté financière à intégrer les dépenses de soins de santé dans le budget.
- ...

Pour déterminer l'appartenance d'un individu à un groupe social, trois dimensions sont prépondérantes<sup>25</sup> :

- Le niveau d'éducation qui permet de différencier les individus selon leur aptitude à accéder à l'information et à en tirer profit. Par exemple, les plus éduqués peuvent être plus réceptifs à l'information et à la prévention en matière de santé et être plus à même d'évaluer les dangers potentiels inhérents à un style de vie spécifique<sup>26</sup> ;
- La catégorie socioprofessionnelle qui donne une indication sur l'exposition aux risques liés à l'exercice d'une profession ;
- Le revenu qui met en évidence les différences en terme d'accès aux besoins matériels<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Kunst et Mackenbach (1994). Notons que d'autres dimensions peuvent également être prises en compte comme le statut professionnel (travailleur, chômeur, invalide, etc.), le statut de locataire ou propriétaire, le nombre de revenu issu du travail au sein du ménage, un indicateur social global, etc.

<sup>26</sup> Desmaret et al. (2010).

<sup>27</sup> BFP (2015).

L'idéal serait d'intégrer ces trois dimensions lorsqu'on étudie les ISS car chacune d'entre elles capte la stratification sociale différemment, mais cet exercice n'est pas aisé et dépend des données disponibles. Bien souvent, une seule dimension est intégrée. Le niveau d'éducation est l'indicateur le plus utilisé pour mesurer les ISS car cette donnée est fiable et objective, stable et ne dépend pas de l'état de santé une fois l'âge adulte, ni d'un changement sur le marché du travail. En outre, cet indicateur est corrélé avec le revenu et le statut socioprofessionnel et capte donc en partie ces informations<sup>28</sup>. Les statistiques présentées dans ce chapitre se basent, pour la plupart, sur le niveau d'éducation pour déterminer le statut socioéconomique des individus.

### 3.1 Etat de santé

Une série d'indicateurs d'état de santé peuvent être utilisés pour rendre compte des ISS tels que l'espérance de vie, la santé subjective, la santé physique, la santé bucco-dentaire ou encore la santé mentale.

Dans cette section, nous revenons en particulier sur la recherche sur les ISS en Belgique menée dans le cadre du projet THAIB<sup>29</sup> qui s'est intéressé de près à la question des inégalités en comportements associés à la santé et aux inégalités en matière de santé ainsi que leur évolution entre 1997 et 2004 sur base des Enquêtes de santé<sup>30</sup>. Nous complétons dans la mesure du possible l'analyse avec des données plus récentes issues de cette même enquête menée en 2008, 2013 et 2018.

#### 3.1.1 Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

##### a) Evolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie selon le niveau d'éducation

L'espérance de vie à la naissance constitue un indicateur clé permettant d'appréhender l'état de santé global de la population ; elle correspond, pour une année donnée, au nombre moyen d'années que les personnes nées cette année-là pourraient espérer vivre, si les taux de mortalité actuels restaient stables<sup>31</sup>.

La Direction générale des statistiques belge publie chaque année ses tables de mortalité et d'espérance de vie, les données les plus récentes portant sur 2017 et remontant jusqu'à 1885. Il en ressort que l'espérance de vie à la naissance<sup>32</sup> a nettement progressé sur la période (Figure 4) et a augmenté en moyenne de plus de deux mois (76 jours) par an ces 20 dernières années ; bien qu'on ait observé un ralentissement de l'augmentation ces dernières années et même une diminution de l'espérance de vie en 2015, à l'instar de nombreux pays européens, pour repartir ensuite à la hausse. En 2017, l'espérance de vie atteint ainsi 81,4 ans pour l'ensemble de la population résidant en Belgique, contre 80,9 ans en 2015 et 76,9 ans en 1995.

---

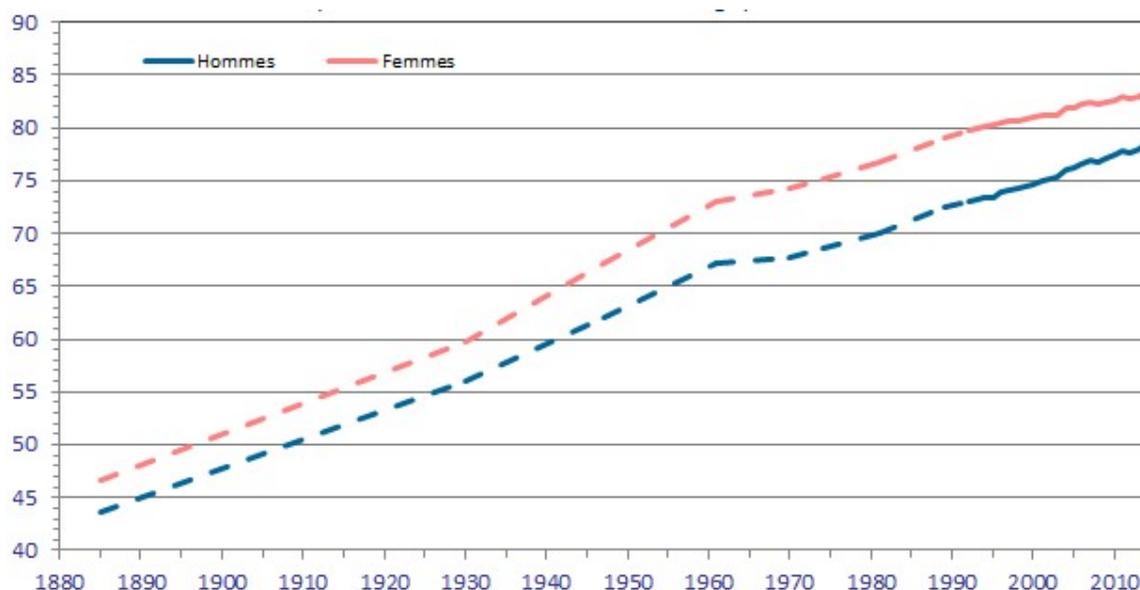
<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> « Réduire les inégalités socio-économiques en santé en Belgique – Tackling health inequality in Belgium (TAHIB) » financé par la Politique scientifique fédérale.

<sup>30</sup> Desmaret et al. (2010).

<sup>31</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

<sup>32</sup> On entend par « espérance de vie à la naissance » le nombre d'années que vivrait une personne si elle connaissait à chaque âge les conditions de mortalité observées au moment de sa naissance.

**Figure 4 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, 1885-2017**

Source : Direction générale des statistiques – Statistics Belgium (2018)

Si ces chiffres ne sont malheureusement pas disponibles en ventilant par niveau socio-économique, l'évolution de l'espérance de vie à 25 ans en fonction du niveau d'éducation entre 1991 et 2001 a été calculée dans le cadre du projet « Réduire les inégalités socio-économiques en santé en Belgique » (connue sous le nom TAHIB pour « Tackling Health Inequalities in Belgium ») financé par la Politique scientifique fédérale<sup>33</sup>. Les résultats (Figure 5) montrent que les espérances de vie ont augmenté sur la période quasi pour tous les niveaux d'éducation mais cette augmentation est plus marquée parmi les personnes les plus instruites alors que l'espérance de vie des personnes sans diplôme n'a pas augmenté parmi les hommes et a même légèrement diminué parmi les femmes. L'écart d'espérance de vie selon le niveau d'éducation (sans diplôme versus niveau supérieur) s'élève ainsi à 7 ans pour les hommes et 6 ans pour les femmes en 2001 contre respectivement 5 et 3 ans en 1991. Ces résultats mettent en évidence une aggravation des inégalités sociales en espérance de vie à 25 ans entre 1991 et 2001. Les dernières données du recensement disponibles font également état d'inégalités sociales marquées : en 2011, l'écart d'espérance de vie à 25 ans entre les niveaux d'éducation extrêmes est de 6,1 ans chez les hommes et de 4,6 ans chez les femmes<sup>34</sup>. Le gradient social en matière d'espérance de vie reste donc élevé cette dernière décennie et les inégalités n'ont pas diminué au cours du temps, au contraire : l'écart en espérance de vie à 25 ans entre les niveaux d'éducation extrêmes a augmenté de 17% chez les hommes et 22% chez les femmes entre 2001 et 2011<sup>35</sup>. En absence d'inégalité, on estime que le gain potentiel d'espérance de vie serait en moyenne de 3,4 ans chez les hommes et de 2,4 ans chez les femmes<sup>36</sup>.

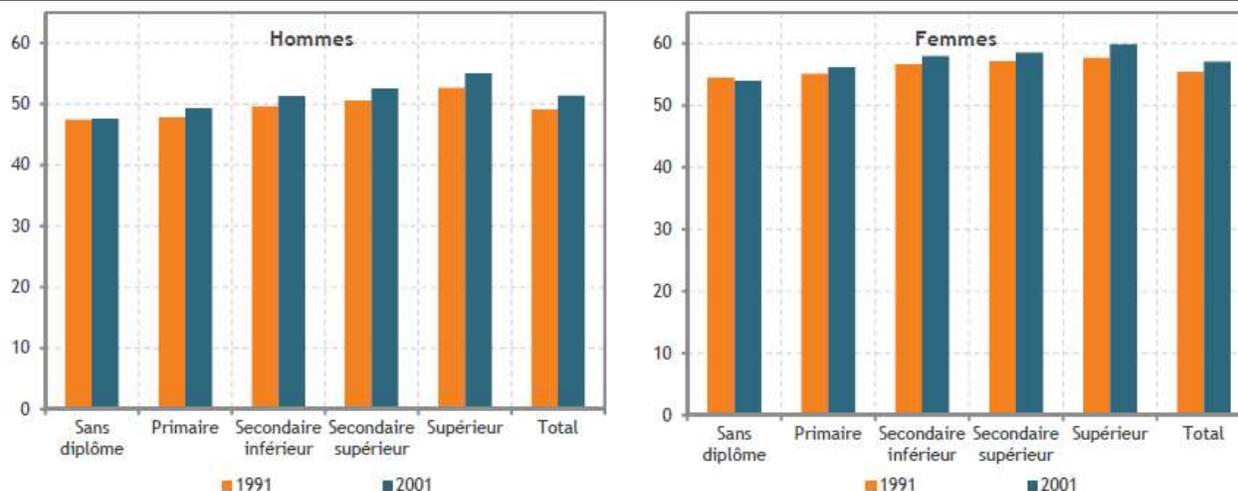
<sup>33</sup> Deboosere, Gadeyn et Van Oyen (2009).

<sup>34</sup> Données issues de Statbel, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie>. Ces données ne sont toutefois pas comparables à celles issues du projet TAHIB dans la mesure où seuls trois niveaux d'éducation (faible/moyen/élevé) sont pris en compte contre cinq dans le projet TAHIB, ce qui peut expliquer pourquoi les écarts en fonction du niveau d'éducation sont inférieurs selon les données Statbel.

<sup>35</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

<sup>36</sup> <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante#inegalites-en-esperance-de-vie-esperance-de-vie-en-bonne-sante-et-qualite-de-vie>.

**Figure 5 : Evolution de l'espérance de vie à 25 ans selon le niveau d'éducation et le sexe entre 1991 et 2001**



Source : Bureau Fédéral du Plan (2015), d'après Deboosere, Gadeyne, Van Oyen (2009)

b) Evolution de l'espérance de vie en bonne santé et espérance de vie en bonne santé selon le niveau d'éducation

Cette section s'intéresse plus particulièrement à l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé et aux inégalités sociales en la matière. En effet, l'indicateur d'espérance de vie analysé dans la section précédente n'est pas suffisant lorsqu'on étudie les tendances de santé de la population. L'espérance de vie en bonne santé permet d'intégrer une dimension supplémentaire sur la qualité des années vécues ; cet indicateur mesurant le nombre d'années qu'on peut s'attendre, en moyenne, à vivre en bonne santé à un âge donné.

Nous nous référons ici à deux sources distinctes qui couvrent deux périodes différentes :

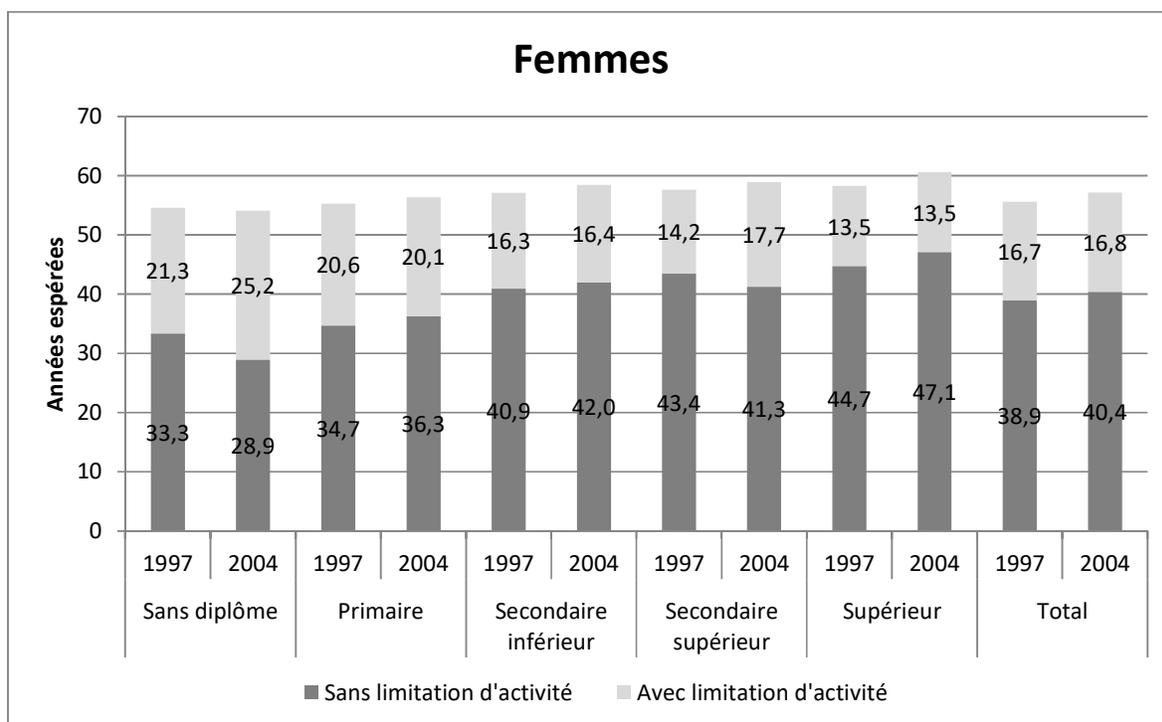
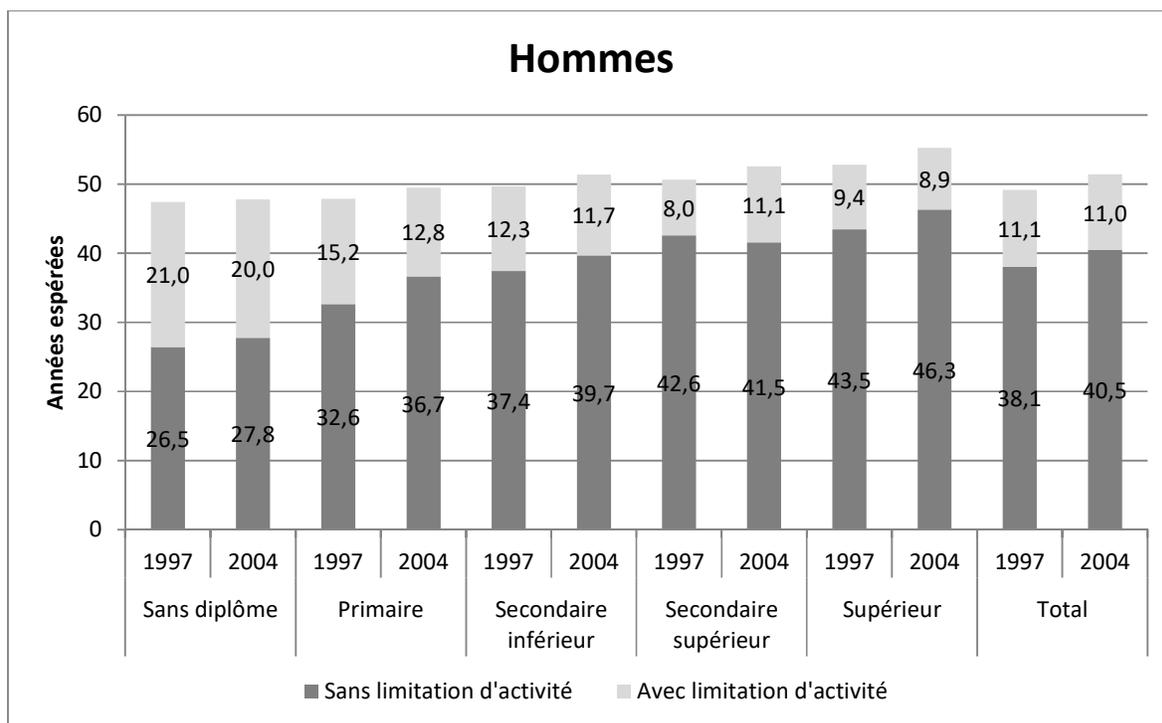
- La première analyse (Van Oyen et al., 2010b) concerne les années 1997 et 2004 et est basée sur les données belges du registre national des personnes physiques couplées à celles du recensement alors que les informations sur l'état de santé proviennent des enquêtes de santé par interview. L'indicateur de l'espérance de vie en bonne santé calculé dans cette étude correspond à l'espérance de vie sans incapacité proposée par le groupe de travail de l'OMS pour l'Europe. Cet indicateur tient compte de limitations d'activité au niveau de sept fonctions de la vie quotidienne (se lever ou se coucher dans le lit, se lever ou s'asseoir sur une chaise, s'habiller, se laver les mains et la figure, s'alimenter, aller à la toilette, continence), de la mobilité et de deux fonctions sensorielles (voir et entendre). Il est calculé pour les personnes âgées de 25 ans.
- La seconde analyse (EHLEIS, 2011) couvre la période allant de 2004 à 2014 (données plus récentes disponibles à ce jour) et est basée sur les statistiques du programme « European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS » sur l'espérance de vie en bonne santé ou sans limitation d'activité à long terme. Cet indicateur est estimé sur base des statistiques sur la mortalité et des données sur les incapacités ressenties issues du Mini-Module Européen de Santé (Minimum European Health Module – MEHM) inclus dans l'enquête européenne EU-SILC. Ce module est composé de trois questions générales portant sur la limitation d'activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé, la

morbidité chronique et la santé perçue. Notons que depuis 2004, l'espérance de vie sans limitation d'activité à long terme fait partie des indicateurs structurels retenus pour l'évaluation des objectifs stratégiques de l'Union européenne (stratégie de Lisbonne) en tant qu'indicateur d'espérance de vie en bonne santé. Cet indicateur équivaut ainsi au nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut espérer vivre en bonne santé, soit lorsqu'elle ne souffre ni de limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, ni d'incapacité ou de problèmes de santé chronique. Cet indicateur est calculé ici pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Comme on peut le constater, ces deux sources de statistiques ne se réfèrent pas aux mêmes champs et ne permettent donc pas une comparaison à travers le temps mais on peut toutefois dégager les grandes tendances observées depuis ces dernières décennies.

Les résultats de la première étude portant sur la période 1997-2004, montrent une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé pour tous les niveaux d'instruction (sauf pour les femmes n'ayant pas de diplôme, voir Figure 6 et Tableau 1). C'est surtout les hommes et les femmes ayant le niveau d'éducation le plus élevé qui voient leur condition s'améliorer : non seulement ils vivent plus longtemps qu'en 1997 (+2,4 ans, cet accroissement étant supérieur à celui observé pour les niveaux d'éducation moindres qui est de +0,3 ans pour les hommes sans diplôme et de respectivement +1,6 et 1,1 ans pour les hommes et les femmes ayant un diplôme de primaire) mais ils vivent encore plus longtemps sans limitation d'activités (+2,4 ans chez les hommes les plus instruits et +1,5 ans chez les femmes les plus instruites) et moins d'années avec limitation d'activités. Les auteurs mettent également en évidence que ces inégalités en espérance de vie sans limitation d'activité ne montrent aucune diminution significative à travers le temps, au contraire ils augmentent à certain niveaux.

**Figure 6 : Evolution de l'espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 25 ans selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**



Source : Van Oyen et al. (2010b)

**Tableau 1 : Evolution des inégalités en espérance de vie en bonne santé selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

Hommes âgés de 25 ans				Femmes âgées de 25 ans			
	Inégalité				Inégalité		
	1997	2004	Evolution		1997	2004	Evolution
Diplôme supérieur				Diplôme supérieur			
Secondaire supérieur	0,83	4,79*	3,96*	Secondaire supérieur	1,32	5,83*	4,51*
Secondaire inférieur	6,04*	6,62*	0,58	Secondaire inférieur	3,85*	5,09*	1,24
Diplôme primaire	10,84*	9,68*	-1,16	Diplôme primaire	10,03*	10,83*	0,80
Pas de diplôme	17,00*	18,58*	1,58	Pas de diplôme	11,42*	18,18*	6,76
Total	5,42	5,86	0,44	Total	5,82	6,68	0,86

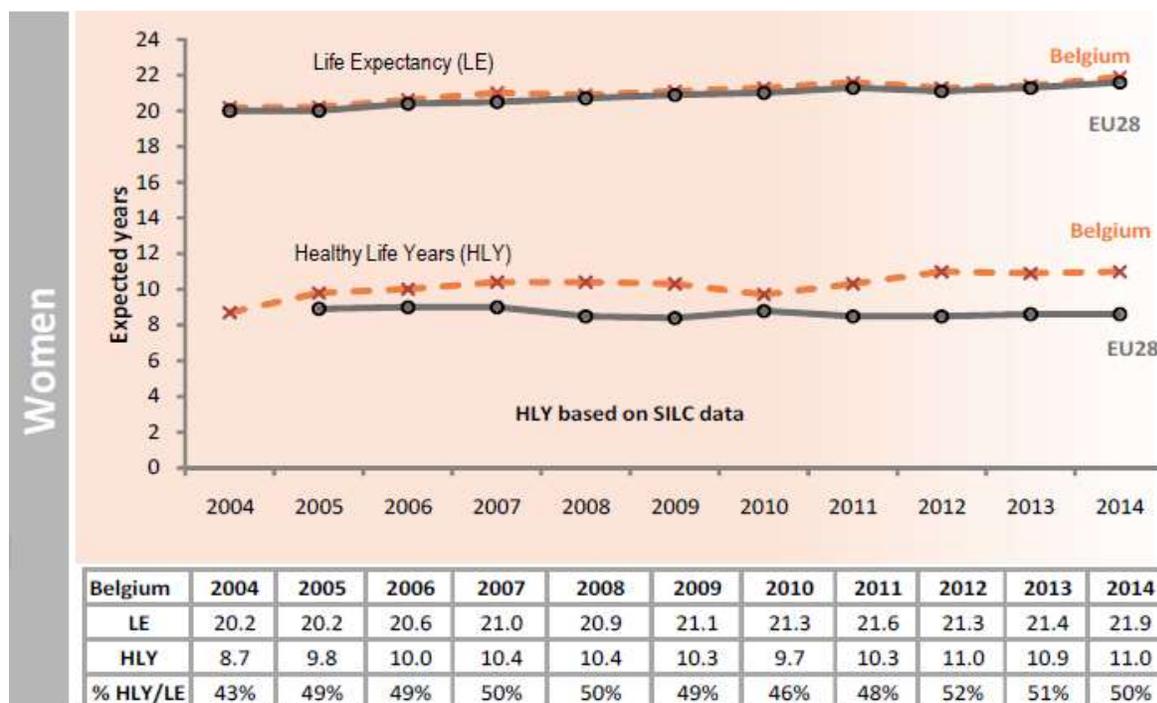
\* Différence statistiquement significative

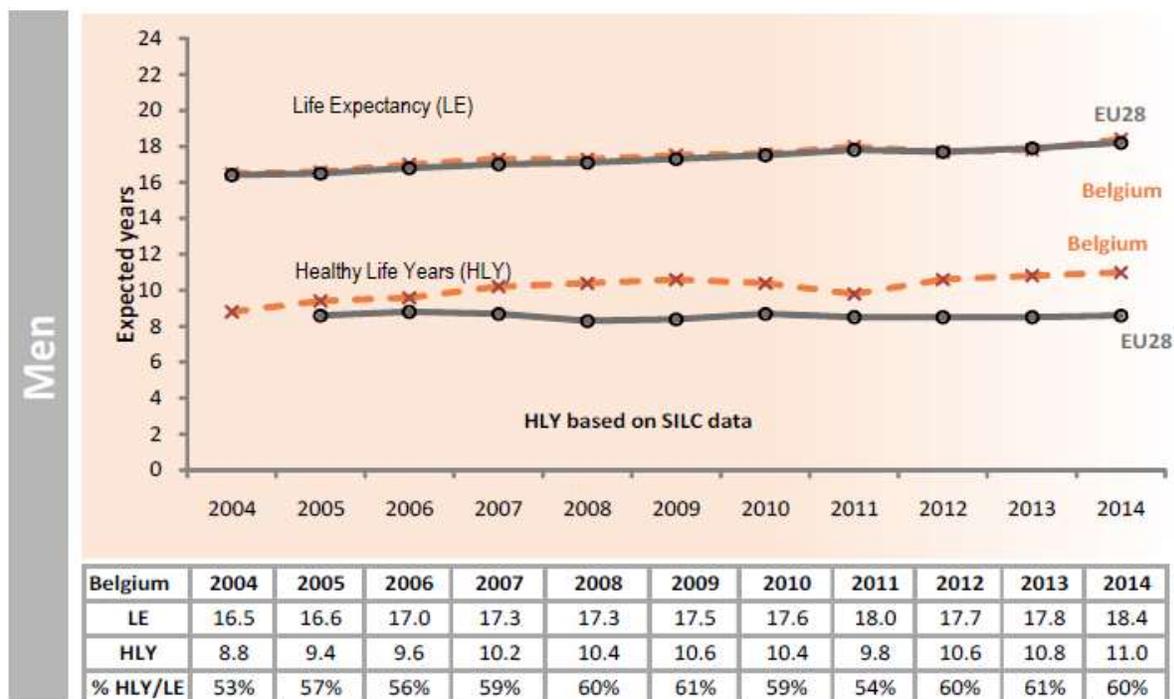
\* Différence statistiquement significative

Source : Van Oyen et al. (2010b)

Les résultats de la deuxième étude portant sur la période 2004-2014 montrent que l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé ont augmenté entre 2004 et 2014, tant pour les femmes que les hommes (Figure 7). En 2014, une femme de 65 ans peut espérer encore vivre 21,9 ans (soit 1,7 ans en plus qu'en 2004), dont 11 années en bonne santé (soit 50% des années restantes, obtenu en calculant le rapport entre l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie). L'espérance de vie est de 18,4 ans pour un homme âgé de 65 ans dont 11 ans en bonne santé (60% des années restantes).

**Figure 7 : Evolution de l'espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans selon le sexe, 2004-2014**



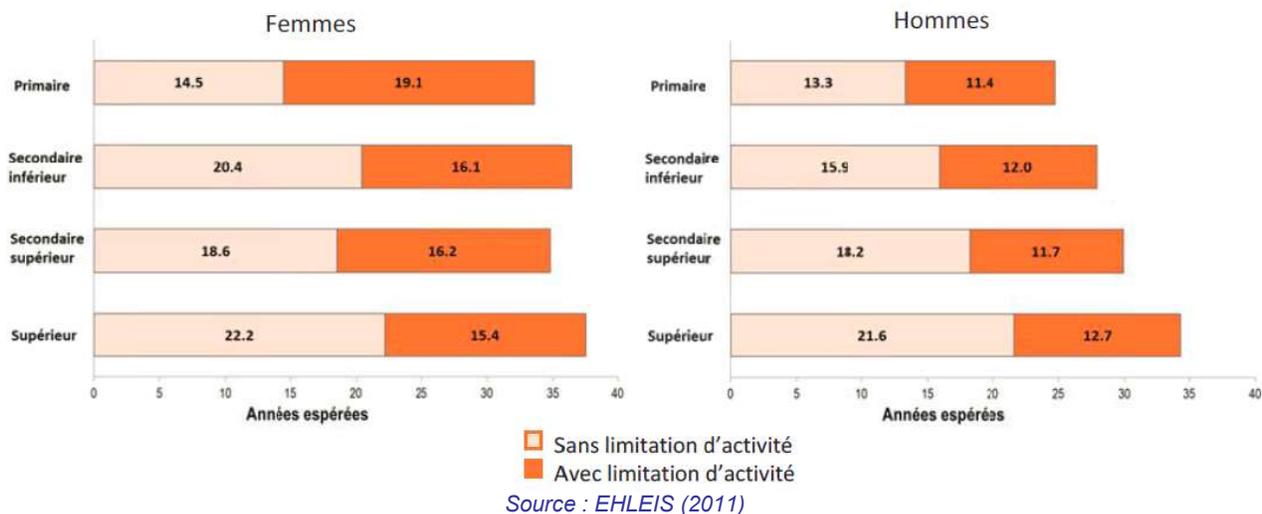


Source : EHLEIS (2016)

Mais ces données masquent de grandes différences en fonction du niveau d'éducation, comme en témoignent les données de 2009 sur base desquelles le EHLEIS a estimé l'espérance de vie sans limitation d'activité pour les personnes âgées de plus de 50 ans par niveau d'éducation<sup>37</sup>. Les résultats démontrent clairement l'existence d'un gradient social (Figure 8). Chez les hommes, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans limitation d'activité augmente graduellement avec le niveau d'éducation. *De facto*, l'espérance de vie d'un homme ayant un diplôme d'étude primaire est de 24,7 ans à l'âge de 50 ans dont 13,3 ans (54%) sans limitation d'activité alors que l'espérance de vie d'un homme ayant le niveau d'éducation le plus élevé est de 34,3 ans à l'âge de 50 ans dont 21,6 ans (63%) sans incapacité. Le même constat peut être dressé chez les femmes pour lesquelles le nombre d'années vécues sans limitation d'activité est nettement plus élevé parmi les femmes ayant un niveau d'éducation supérieur (22,2 ans, soit 59% de leur vie restante) que parmi les femmes ayant un diplôme de primaire (14,5 ans, soit 43%).

<sup>37</sup> Il s'agit de données estimées à partir de l'enquête EU-SILC (European Survey on Income and Living Conditions) réalisée en 2004 et dont un suivi des répondants a été effectué jusqu'au 31/12/2009.

**Figure 8 : Espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité à 50 ans selon le niveau d'éducation et le sexe, 2009**



Les données basées sur le dernier recensement belge disponible, qui date de 2011, vont dans le même sens avec une espérance de vie en bonne santé à 50 ans de 18,1 ans pour les hommes ayant le niveau d'éducation le plus faible contre 24,8 ans pour ceux ayant le niveau d'éducation le plus élevé, soit un écart de 6,7 ans ; ces chiffres étant respectivement de 19,5 ans et 27,2 ans pour les femmes, soit un écart de 7,7 ans<sup>38</sup>. Ces écarts sont encore plus marqués lorsqu'on analyse l'espérance de vie en bonne santé à 25 ans : il est de 10,5 ans pour les hommes et de 13,4 ans pour les femmes<sup>39</sup>. Entre 2001 et 2011, l'espérance de vie à 25 ans a augmenté uniquement chez les hommes ayant obtenu le diplôme le plus élevé et elle a fortement diminué chez les femmes ayant obtenu le diplôme le moins élevé. Les inégalités en matière d'espérance de vie en bonne santé se sont donc creusées au cours du temps.

Les chiffres repris dans cette section confirment ainsi que les ISS ne diminuent pas à travers le temps et qu'elles sont bien loin de se résorber au début du 21<sup>ème</sup> siècle. Au contraire, si l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé ont progressé ces dernières décennies grâce à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et des conditions de vie, cette évolution n'a pas bénéficié à tous de la même manière. Cela confirme que tous les Belges ne sont pas égaux face à la santé et que les ISS existent selon un gradient social.

### 3.1.2. Mortalité

Les dernières données disponibles relatives à la mortalité proviennent du recensement de 2001. Il s'agit ici de l'indicateur de mortalité prématurée, soit le fait de décéder avant l'âge de 75 ans.

Il ressort que la mortalité prématurée diminue significativement avec le niveau d'éducation. On dénombre ainsi pour 100.000 personnes 595 décès avant l'âge de 75 ans chez les hommes les moins

<sup>38</sup> <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>.

<sup>39</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

instruits contre 316 chez les plus instruits. Chez les femmes, on dénombre 304 décès chez les moins instruites contre 191 chez les plus instruites. En d'autres mots, les hommes et les femmes les moins éduqués ont respectivement 1,9 et 1,6 fois plus de probabilité de décéder prématurément en comparaison à leurs homologues ayant obtenu le diplôme le plus élevé (Tableau 2).

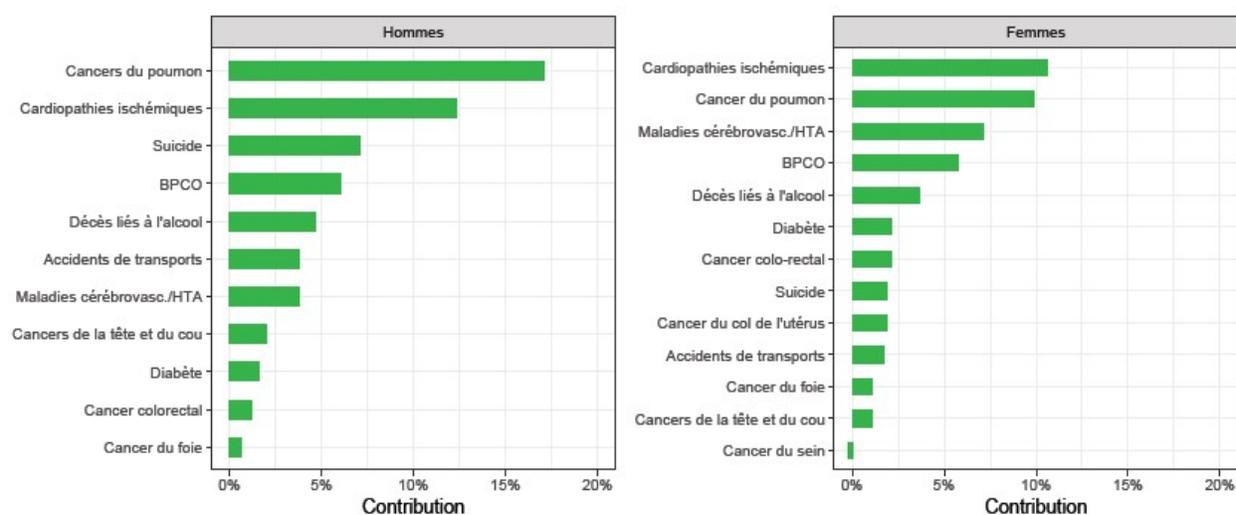
**Tableau 2 : Mortalité prématurée selon le niveau d'éducation et le sexe, 2001**

Indicateur	Sexe	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative
Mortalité prématurée toute cause, taux ajusté pour 100.000	Hommes	595,3	316,4	278,9	1,88
	Femmes	304,8	191,3	113,5	1,59

Source : Renard et Devleesschauer (2019)

Les principales causes de décès prématurés expliquant ces inégalités sont le cancer du poumon, les maladies cardiaques ischémiques, les bronchopathies chroniques obstructives (appelée BPCO) ainsi que le suicide chez les hommes et les maladies cérébro-vasculaires chez les femmes (Figure 9)<sup>40</sup>. Dans leur rapport, Renard et Devleesschauer (2019) soulignent qu'il s'agit ainsi surtout de maladies liées au tabagisme, soulignant l'importance de mener des actions spécifiques pour inciter les populations en situation les plus précaires à arrêter de fumer.

**Figure 9 : Principales causes de décès à l'inégalité en mortalité avant l'âge de 75 ans, 2001**



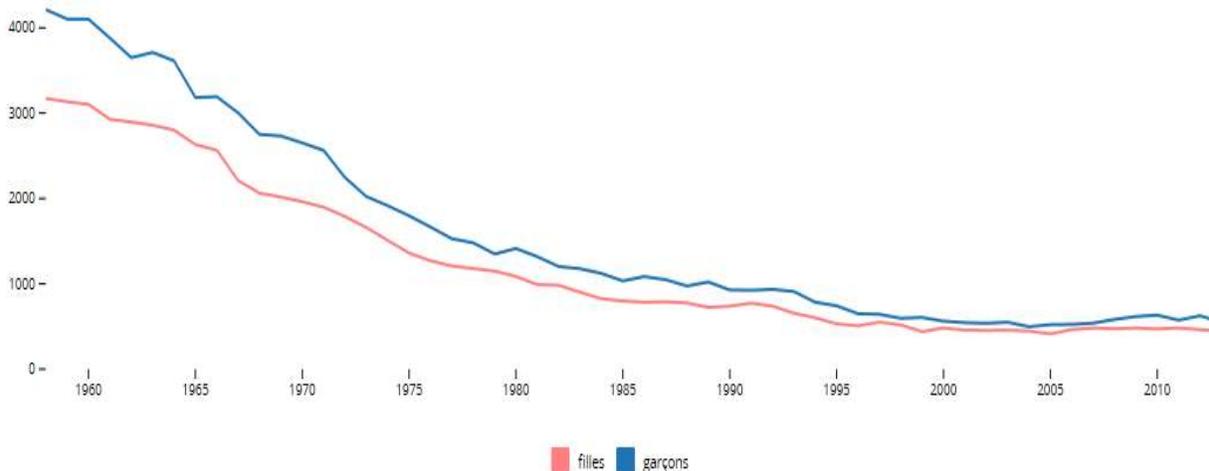
Source : Renard et Devleesschauer (2019)

<sup>40</sup> La figure reprend la contribution de chaque maladie pour expliquer les inégalités de santé, mesurée en « Fraction-attribuable-population (PAF) » qui correspond à la proportion de cas de la maladie dans la population générale que l'on peut attribuer au facteur de risque. Le PAF mesure ainsi ce que l'on pourrait gagner (en pourcentage de la valeur moyenne) s'il n'y avait pas d'inégalité, soit en supposant que tous les groupes de population auraient le niveau de santé du groupe le plus avantage.

### 3.1.4. Mortalité infantile

La Direction générale des statistiques belge collecte également des données concernant les décès infantiles, soit les décès survenant la première année suivant la naissance d'un enfant. Les chiffres disponibles de 1958 à 2014 montrent une diminution sensible du nombre de décès infantiles par an : 4.858 enfants de moins d'un an ont perdu la vie en 1958 contre 423 en 2014, soit une baisse significative d'un facteur de 11 (Figure 10). Le taux de mortalité infantile<sup>41</sup> est passé de 5,3 décès pour mille en 1998 à 3,4 en 2014. En 2015, ce taux était de 3,3.

**Figure 10 : Evolution de la mortalité infantile selon le sexe, 1960-2014**



Source : Direction générale des statistiques – Statistics Belgium (2017)

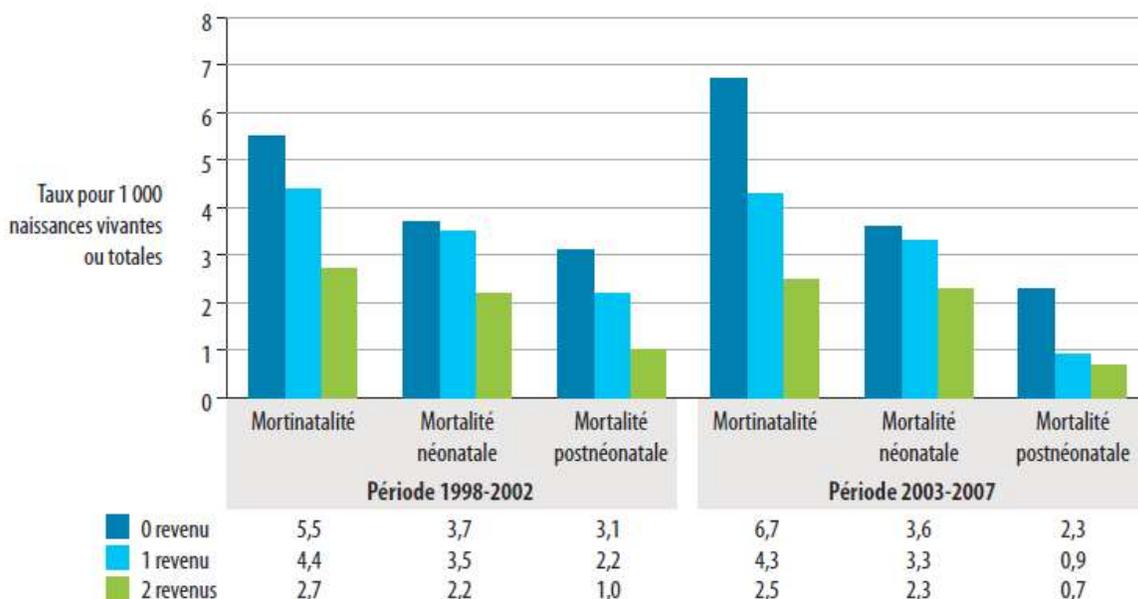
La mortalité infantile est fortement liée au statut social des parents. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale a par ailleurs montré que ces inégalités concernent toutes les causes de décès foeto-infantiles (anomalies congénitales, complications de la prématurité, mort subite du nourrisson, etc.)<sup>42</sup>. Dans le milieu des années 2000, le risque de décéder avant l'âge d'un an est ainsi 2,3 fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus (Figure 11). Les écarts sont encore plus marqués pendant la période post-néonatale où le risque relatif est de 3,2 que pour la mortinatalité (2,7) ou la période néonatale (1,6)<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> Le taux de mortalité infantile est obtenu en faisant le rapport entre les décès à moins d'un an survenus au cours de l'année et les naissances vivantes de cette même année.

<sup>42</sup> Haelterman et al. (2007).

<sup>43</sup> La mortinatalité concerne les décès avant ou pendant l'accouchement à partir de 22 semaines ou minimum 500 g, la mortalité néonatale concerne les décès entre 0 et 27 jours révolus et mortalité postnéonatale concerne les décès entre 28 et 364 jours.

**Figure 11 : Evolution de la mortalité infantile en fonction du nombre de revenus du travail du ménage à Bruxelles, 1998-2007**



Source : Haelterman et al. (2007)

### 3.1.5. Santé subjective

Cet indicateur correspond à l'état de santé général, évalué sur base des auto-déclarations des personnes elles-mêmes, ce qui donne une information sur la perception qu'ont les individus de leur état de santé. Il existe un lien étroit entre la santé perçue et la présence de maladies, la consommation de soins et la mortalité<sup>44</sup>. Si cette notion est totalement subjective, cette approche permet d'englober tant la santé physique, que la santé psychique et la vie sociale<sup>45</sup>. L'OMS considère d'ailleurs que tout le monde doit avoir l'opportunité de développer son propre potentiel de santé. La santé subjective permet de rendre compte de l'état de santé au niveau d'un individu mais également de la population.

La littérature a ainsi mis en évidence que la santé subjective est étroitement liée à la morbidité, la consommation de soins et la mortalité<sup>46</sup>. En outre, la santé subjective varie fortement en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus, l'existence de ce lien étant démontrée depuis plusieurs années :

- La santé subjective évolue en même temps que l'âge de la personne et elle se détériore plus rapidement chez les personnes appartenant aux groupes sociaux les plus bas et qui vivent dans des conditions plus difficiles.
- La santé subjective varie en fonction du niveau d'éducation : l'état de santé auto-déclaré des moins scolarisés n'est pas bon comparé à celui des personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et celles-ci se plaignent à leur tour plus souvent de leur état de santé que les

<sup>44</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

<sup>45</sup> Tafforeau (2014).

<sup>46</sup> *Ibid.*

personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé. Ces différences restent significatives lorsqu'on tient compte de l'âge et du sexe des individus.

- La santé subjective dépend également du niveau de revenus des individus : les groupes disposant des plus faibles revenus déclarent plus souvent avoir une mauvaise, voire très mauvaise, santé.
- La santé subjective est fortement liée à la pauvreté monétaire<sup>47</sup>.

Dans le cadre de la recherche sur les ISS en Belgique menée dans le cadre du projet THAIB<sup>48</sup>, l'indicateur de santé subjective est basé sur les réponses des personnes interrogées en distinguant celles qui évaluent leur état de santé général comme étant très bon et bon d'une part et celles qui l'évaluent comme moyen, mauvais ou très mauvais d'autre part.

La proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé est sensiblement plus élevée parmi les catégories socio-économiques les plus faibles et elle diminue avec le niveau d'instruction tant chez les hommes que les femmes (Tableau 3). L'existence d'un gradient social est clairement marqué. Ces inégalités n'évoluent pas vraiment entre 1997 et 2004.

**Tableau 3 : Evolution de la mauvaise santé subjective (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	35,9	33,4	37,6	1,0	44,2	34,8	41,7	0,9
Secondaire inférieur	27,5	28,6	26,3	1,0	34,8	34,4	29,1	0,8
Secondaire supérieur	18,0	18,3	19,4	1,1	22,0	27,0	23,0	1,0
Supérieur	14,0	17,0	16,3	1,2	18,7	17,2	15,7	0,8
Total	22,9	23,4	23,6	1,0	17,5	28,1	26,2	1,5
Primaire vs Supérieur	2,6	2,0	2,3	0,9	2,4	2,0	2,6	1,1

Source : Desmaret et al. (2010)

Les données des Enquêtes de santé de 2004, 2008, 2013 et 2018 confirment le gradient social en santé subjective (Tableau 4) : les personnes ayant le niveau d'éducation le plus bas se plaignent plus souvent de leur état de santé que les plus scolarisées. Les inégalités entre la catégorie socio-économique la plus faible et la plus élevée ont eu tendance à augmenter sur la période.

<sup>47</sup> Romagnoli et al. (2014).

<sup>48</sup> Desmaret et al. (2010).

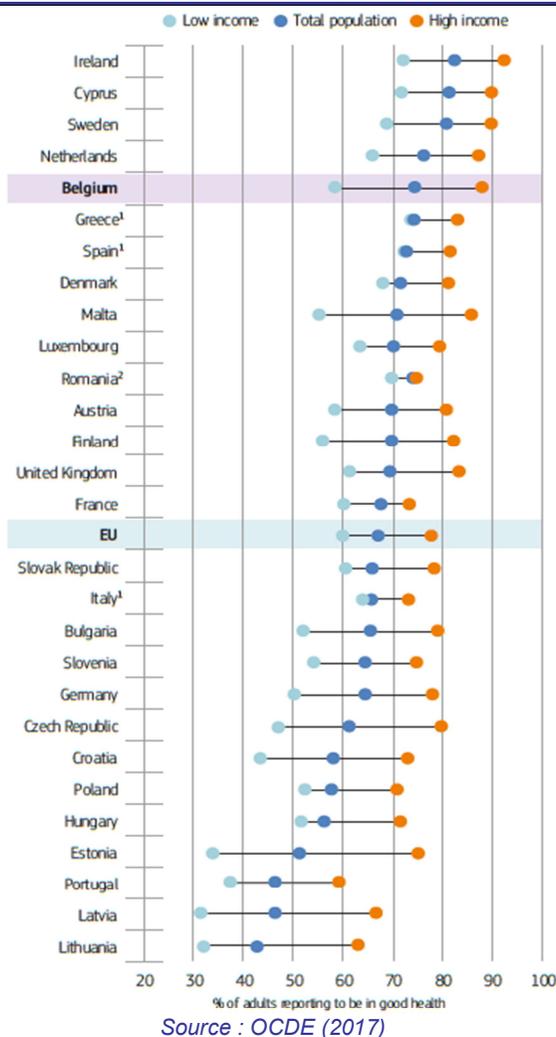
Ainsi la dernière Enquête de santé de 2018 montre que le risque de se déclarer en mauvaise santé est 2,8 fois plus élevé chez les personnes les moins scolarisées (niveau primaire) par rapport à celles dont le niveau d'instruction atteint le supérieur alors que ce chiffre était de 2,5 en 2004. A noter que cet écart est comparable entre les résultats de l'enquête de 2013 et 2018, mais on observe cependant une forte progression de la proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé parmi celles ayant un niveau d'éducation moyen.

**Tableau 4 : Evolution de la prévalence de la mauvaise santé subjective (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2018**

	2004	2008	2013	2018	Evolution 2018/2004
Primaire	35,3	30,1	38,7	39,5	1,12
Secondaire inférieur	25,4	26,9	27,2	29,3	1,15
Secondaire supérieur	19,9	20,2	20,3	24,9	1,25
Supérieur	14,1	13,8	13,5	13,9	0,99
Primaire vs Supérieur	2,5	2,2	2,9	2,8	1,1

Source : Enquête de santé (2004, 2008, 2013 et 2018)

Ces résultats sont confirmés par ceux issus de l'Enquête EU-SILC qui montrent également de fortes disparités dans la santé autodéclarée en fonction du niveau de revenus des individus ; la Belgique se distinguant fortement de ces voisins européens et figurant parmi les pays membres qui affichent les écarts les plus élevés (Figure 12). Dans notre pays, 88% des personnes ayant les revenus les plus élevés se déclarent en bonne santé contre 60% parmi ceux ayant les revenus les plus faibles

**Figure 12 : Prévalence de la bonne santé subjective selon le niveau de revenus, 2015**

### 3.1.6. Santé physique

#### a) Les maladies chroniques

L'information relative aux maladies chroniques permet d'évaluer une série de problèmes de santé (parmi lesquels les plus répandus sont les problèmes au niveau du bas du dos, l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'arthrite, le diabète, la migraine, la dépression, etc.) bien qu'elle soit ici basée sur les déclarations individuelles et non pas sur un diagnostic médical ou sur des données mutualistes. L'indicateur des affections chroniques (de longue durée) est construit sur base de l'auto-déclaration de la personne de souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique.

La prévalence des affections chroniques diminue avec le niveau d'éducation pour les deux sexes (Tableau 5). On note cependant que les inégalités en la matière ont tendance à se réduire sur la période, en particulier chez les hommes pour lesquels le ratio primaire versus supérieur était de 1,4 en 2004 contre 2 en 1997 alors que ces chiffres valent respectivement 1,7 et 1,3 pour les femmes.

**Tableau 5 : Evolution de la prévalence de maladie chronique (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	33,3	30,4	29,7	0,9	31,9	27,1	25,5	0,8
Secondaire inférieur	29,0	26,8	25,3	0,9	27,2	25,7	21,2	0,8
Secondaire supérieur	21,5	22,7	20,3	0,9	19,5	22,4	20,3	1,0
Supérieur	16,9	20,9	21,7	1,3	19,3	15,5	19,7	1,0
Total	23,0	24,0	23,0	1,0	24,2	22,3	21,2	0,9
Primaire vs Supérieur	2,0	1,5	1,4	0,7	1,7	1,7	1,3	0,8

Source : Desmaret et al. (2010)

La proportion de personnes déclarant souffrir de maladies chroniques a augmenté entre 2004 et 2018 mais cette hausse est d'autant plus forte parmi les groupes socioéconomiques les plus faibles et ceux qui ont obtenu le diplôme d'enseignement secondaire supérieur. En 2018, 36,6% des personnes les moins scolarisées déclaraient souffrir d'affections chroniques contre 25,4% parmi celles ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé (Tableau 6). Cela représente un ratio de 1,4 ; ce chiffre étant stable à celui observé en 2004. Les inégalités sont donc loin de se résorber.

**Tableau 6 : Evolution de la prévalence de maladie chronique (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2018**

	2004	2008	2013	2018	Evolution 2018/2004
Primaire	26,7	30,2	36,3	36,6	1,37
Secondaire inférieur	22,6	31,6	30,1	27,1	1,20
Secondaire supérieur	21,2	23,1	26,5	29,3	1,38
Supérieur	19,7	20,6	22,9	25,4	1,29
Primaire vs Supérieur	1,4	1,5	1,6	1,4	1,1

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

En outre, la dernière Enquête de santé met également en évidence que le risque de multimorbidité – soit le fait de souffrir de deux ou de plusieurs maladies (chroniques) en même temps – est plus important parmi les groupes socio-économiques les plus faibles et qu’il existe un gradient social évident lié au niveau d’éducation<sup>49</sup>. En 2018, les personnes ayant le niveau d’instruction le plus faible ont 60% de probabilité de plus de souffrir de multimorbidité (Tableau 7). Il ressort ainsi que « *la présence d’inégalités socioéconomiques dans la prévalence des maladies et affections chroniques demeure un problème* »<sup>50</sup>.

**Tableau 7 : Prévalence de maladies non transmissibles (standardisées pour l’âge et le sexe) selon le niveau d’éducation, 2018**

Indicateur	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Différence
Maladie chronique	36,6	25,4	1,4
Multi-morbidité	10,6	6,5	1,6
Diabète	5,9	2,9	2,0
Arthrose	13,1	9,8	1,3
Hypertension	12,2	10,4	1,2
Désordre thyroïdien	5,7	5,2	1,1

Source : Enquête de santé (2018)

Dans le dernier rapport du Centre fédéral d’expertise et de soins de santé sur la performance de notre système de soins de santé<sup>51</sup>, une série d’indicateurs ont été calculés sur base de données issues de l’Agence intermutualiste datant de 2016 pour ventiler par niveau socio-économique. Il est notamment question de la prévalence du diabète pour laquelle on constate également un gradient social : la proportion de diabétiques adultes (sous insuline) est de 30% supérieure parmi les personnes les plus défavorisées socio-économiquement<sup>52</sup>. L’indicateur de polymédication, correspondant à la proportion de personnes âgées de moins de 65 ans consommant au moins cinq médicaments différents en 2016, montre qu’il y a 37% de personnes en plus qui sont polymédiquées parmi les défavorisés.

#### b) Les limitations fonctionnelles

La santé d’un individu dépend fondamentalement de sa capacité à effectuer les actions et les activités dans tous les domaines de la vie. Dans l’Enquête de santé, les limitations fonctionnelles de longue durée (par exemple au niveau de la mobilité, au niveau de la réalisation de tâches quotidiennes, etc.) sont évaluées en parcourant des activités supposées pouvoir être effectuées par tout un chacun. Cela permet ainsi d’identifier les personnes ayant des limitations fonctionnelles, que celles-ci soient dues à un handicap, à un accident, à une maladie ou au vieillissement.

<sup>49</sup> Van der Heyden (2014).

<sup>50</sup> Van der Heyden et Charafeddine (2019).

<sup>51</sup> KCE (2019a).

<sup>52</sup> Celles-ci étant définies sur base de l’octroi de l’intervention majorée de l’assurance maladie dans le remboursement des dépenses de soins de santé (statut BIM).

L'indicateur des limitations fonctionnelles est mesuré sur base de l'auto-déclaration de la personne d'être limitée depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement. L'indicateur sépare ceux qui ont répondu non à cette question à ceux qui sont limités à des degrés divers (sévèrement limité, limité, pas du tout limité).

Au cours du temps, la prévalence des limitations fonctionnelles diminue et ce à tous les niveaux d'instruction (sauf pour les personnes ayant fini leurs études secondaires supérieures) (Tableau 8). Mais cette diminution a été proportionnellement plus importante parmi les catégories sociales supérieures si bien que les écarts se sont creusés sur la période. Ainsi, le ratio primaire versus supérieur était de 2,4 en 1997 pour atteindre 2,8 en 2004 chez les hommes, ces chiffres valant respectivement 1,9 et 2,4 chez les femmes.

**Tableau 8 : Evolution de la prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	33,9	31,2	30,7	0,9	37,0	35,4	34,3	0,9
Secondaire inférieur	23,3	23,2	19,3	0,8	25,3	27,8	22,2	0,9
Secondaire supérieur	12,8	19,0	15,7	1,2	20,1	24,2	22,8	1,1
Supérieur	14,1	12,1	11,1	0,8	19,9	15,2	14,1	0,7
Total	20,6	21,2	18,1	0,9	25,6	25,6	22,9	0,9
Primaire vs Supérieur	2,4	2,6	2,8	1,2	1,9	2,3	2,4	1,3

Source : Desmaret et al. (2010)

Seules les données de l'Enquête de santé de 2008 ont pu être exploitées afin d'avoir des données plus récentes, les autres enquêtes n'étant pas basées sur la même définition de l'indicateur. Ces résultats confirment la persistance d'écarts de risque en la matière (Tableau 9).

**Tableau 9 : Prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008**

	<b>2008</b>
Primaire	25,9
Secondaire inférieur	23,1
Secondaire supérieur	17,7
Supérieur	17,7
Primaire vs Supérieur	1,5

Source : Enquête de santé (2008)

L'Enquête de santé 2018 s'intéresse également à cet indicateur mais uniquement pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Une personne est considérée comme présentant des limitations fonctionnelles à partir du moment où elle déclare être sérieusement limitée dans au moins une des fonctions telles que la vision, l'audition, la marche, la capacité cognitive, la communication ou encore les soins personnels.

Les résultats montrent clairement un gradient social marqué : 47,3% des personnes âgées les moins instruites présentent des limitations fonctionnelles contre 24% parmi les plus instruites ; c'est deux fois plus (Tableau 10).

**Tableau 10 : Prévalence de limitations fonctionnelles (standardisée pour l'âge et le sexe) parmi les personnes âgées de 65 ans et plus selon le niveau d'éducation, 2018**

	<b>2018</b>
Primaire	47,3
Secondaire inférieur	38,2
Secondaire supérieur	33,6
Supérieur	24,0
Primaire vs Supérieur	2,0

Source : Enquête de santé (2018)

### c) Fragilité des personnes âgées

Pour la première fois, en 2018, l'Enquête de santé a intégré un nouvel indicateur afin de disposer d'informations spécifiques aux personnes âgées dans un contexte de vieillissement de la population. Cet indicateur mesure le manque de réserve physiologique qui empêche les personnes âgées de 65 ans et plus de faire face à des problèmes éventuels comme une chute accidentelle ou un séjour à

l'hôpital. Il se base sur cinq dimensions : le manque d'énergie, la perte d'appétit, la faible force musculaire, la vitesse de marche lente et la faible activité physique. Une personne est considérée comme « fragile » si au moins trois de ces cinq critères sont présents.

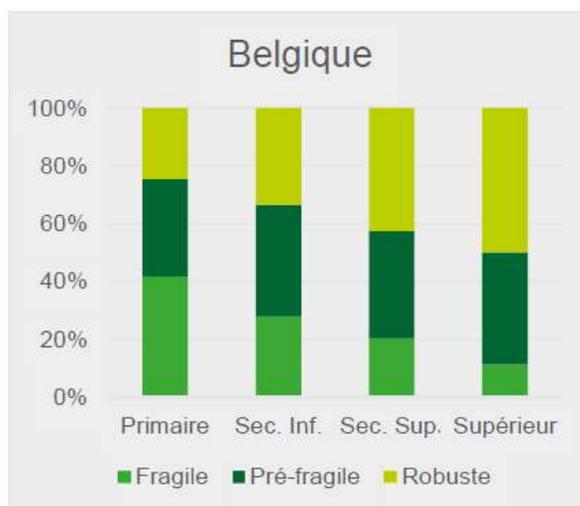
Quelle que soit la dimension étudiée, les indicateurs de fragilité sont systématiquement plus élevés parmi les personnes les moins instruites de sorte que l'indicateur global montre qu'il y a trois fois plus de personnes âgées considérées comme fragiles parmi elles en comparaison aux personnes ayant atteint le niveau d'éducation supérieur (Tableau 11). La Figure ci-dessous, qui donne la distribution du degré de fragilité parmi les personnes âgées en fonction de leur scolarisation, illustre également ce constat (Figure 13).

**Tableau 11 : Prévalence la fragilité des personnes âgées (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2018**

	2018
Primaire	34,8
Secondaire inférieur	23,8
Secondaire supérieur	18,7
Supérieur	11,5
Primaire vs Supérieur	3,0

Source : Enquête de santé (2018)

**Figure 13 : Distribution du niveau de fragilité au sein de la population de 65 ans et plus selon le niveau d'éducation (2018)**



Source : Enquête de santé (2018)

### 3.1.7. Santé bucco-dentaire

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut engendrer des problèmes dentaires, des difficultés pour manger et parler mais elle peut aussi être liée à des affections telles que l'arthrite, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'emphysème pulmonaire, l'obésité ou encore les accidents vasculaires<sup>53</sup>.

Les ISS sont très marquées en matière de santé bucco-dentaire, comme en témoigne l'Enquête de santé<sup>54</sup>. Les personnes les moins instruites cumulent les problèmes dentaires : elles sont plus nombreuses à avoir perdu toutes leurs dents, à avoir une prothèse dentaire ou à éprouver des difficultés pour mâcher des aliments durs. Par ailleurs, elles se brossent aussi moins souvent leurs dents. Cela s'explique notamment parce que les personnes moins instruites ont des habitudes alimentaires moins saines, recourent moins à des soins dentaires préventifs ; elles sont également moins sensibilisées à l'intérêt d'une dentition saine et d'une bonne hygiène en général. En outre, elles sont plus souvent contraintes de reporter les soins dentaires pour raison financière, comme en témoigne le dernier Baromètre Solidaris<sup>55</sup> : les groupes sociaux les plus fragilisés (groupe social le plus bas sur l'échelle sociale, les familles monoparentales, les chômeurs et les personnes en incapacité de travail) sont ceux qui ont dû renoncer, au cours des 12 derniers mois, à des soins dentaires ou à une/des visites chez un dentiste pour des raisons financières ; ce pourcentage allant de 36% pour le groupe social le plus faible à 47% pour les personnes en incapacité de travail alors qu'il est de 26% parmi la population totale.

Si on analyse la proportion de personnes déclarant ne plus avoir ses propres dents, on constate qu'elles sont 3 fois plus nombreuses parmi celles ayant un diplôme primaire (ou sans diplôme) que celles ayant un diplôme supérieur en 2013 (Tableau 12). On constate par ailleurs que la santé bucco-dentaire s'est davantage aggravée parmi les personnes moins instruites entre 2008 et 2013, de sorte que cet écart a quelque peu augmenté sur la période.

**Tableau 12 : Evolution de la prévalence de ne plus avoir sa propre dentition (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008-2013**

	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	6,1	13,4	2,2
Secondaire inférieur	6,4	10,1	1,6
Secondaire supérieur	3,4	6,6	1,9
Supérieur	2,3	4,4	1,9
Primaire vs Supérieur	2,7	2,7	1,0

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

<sup>53</sup> Van der Heyden (2014b).

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> Institut Solidaris (2018).

### 3.1.8. Santé mentale

Une autre dimension contrastée lorsqu'on analyse l'état de santé concerne la santé mentale car elle constitue une composante essentielle de la santé. Le Plan d'action global pour la santé mentale établi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2013 met l'accent sur la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

En Europe, un citoyen sur dix connaît, à un moment donné de sa vie, des problèmes de santé mentale et, dans de nombreux pays européens, la dépression est le problème de santé le plus courant<sup>56</sup>. En Belgique, une personne sur trois (32%) manifeste des difficultés psychologiques qui reflètent un certain mal-être<sup>57</sup> et elles sont tout autant (35%) en invalidité suite à des problèmes de santé mentale<sup>58</sup>. Ne pas prendre soin de sa santé mentale par ignorance, méconnaissance, manque d'informations, par crainte ou par désintérêt, peut avoir des conséquences désastreuses à long terme : dans notre pays, le suicide représente la première cause de décès chez les 25-30 ans<sup>59</sup>.

Or, la revue de la littérature montre que la prévalence des troubles émotionnels (troubles anxieux, dépressifs et troubles du sommeil), le mal-être, la consommation de somnifères et/ou de calmants et les comportements suicidaires diminuent avec le niveau social<sup>60</sup>. En outre, les personnes socialement défavorisées sont davantage prises en charge dans un hôpital ou un service psychiatrique, bénéficient moins de psychothérapies et connaissent un plus grand risque de rechutes ou de ré-hospitalisation) par rapport aux populations favorisées<sup>61</sup>.

Le premier Thermomètre Solidaris consacré au bien-être psychologique<sup>62</sup> en 2012 a déjà mis en évidence qu'un Belge (francophone) sur dix ressent un mal être profond. Si on décline ce résultat en tenant compte du niveau des revenus, il ressort que 16% des sondés ayant des faibles revenus déclarent ressentir souvent ou très souvent de l'anxiété, de l'anxiété ou de la dépression contre 6% parmi les revenus élevés, soit 2,6 fois plus. Ce pourcentage monte même à 36% parmi les demandeurs d'emploi. De même, parmi ces derniers, ils sont 18% à déclarer avoir tenté de se suicider contre 8% parmi la population. Cette enquête confirmait ainsi la revue de la littérature et que les groupes à risque sont également ceux plus défavorisés socio-économiquement.

Selon le dernier Baromètre Solidaris<sup>63</sup>, les personnes issues des groupes sociaux les précarisés sont aussi celles qui doivent davantage reporter les soins de santé mentale (consultation d'un psychologue ou un psychiatre) pour raison financière. Cela concerne 31% du groupe social le plus bas mais aussi 30% des personnes en incapacité de travail et 43% des familles monoparentales contre 21% parmi la population totale.

Les résultats de l'Enquête de santé de 2013 montrent que la majorité des indicateurs de santé mentale dépendent sensiblement du niveau d'éducation des individus. La prévalence des troubles émotionnels (troubles anxieux, dépressifs et troubles du sommeil) et les comportements suicidaires diminuent avec

---

<sup>56</sup> Commission européenne (2010).

<sup>57</sup> Gisle (2014).

<sup>58</sup> INAMI (2014).

<sup>59</sup> FPS (2013).

<sup>60</sup> Gisle, *Ibidem*.

<sup>61</sup> FRB (2007).

<sup>62</sup> Institut Solidaris (2012).

<sup>63</sup> Institut Solidaris (2018).

le niveau d'éducation (Tableau 13). En outre, la consommation de somnifères et/ou de calmants est également plus fréquente chez les personnes moins instruites.

**Tableau 13 : Prévalence de problème de santé mentale (standardisé pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2013**

Indicateur	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative
<b>Santé mentale</b>				
Troubles dépressifs	26,6%	9,8%	16,8%	2,71
Troubles anxieux	21,3%	6,7%	14,6%	3,18
Problèmes de sommeil	40,8%	25,7%	15,1%	1,59
Consommation de tranquillisants	20,0%	10,1%	10,0%	1,99
Idées suicidaires (12 derniers mois)	5,5%	3,9%	1,6%	1,41

Source : Renard et Devleesschauer (2019)

L'analyse des statistiques concernant la prévalence de dépression (sur base d'auto-déclaration) montre qu'elle a augmenté parmi les catégories socio-économiques basses (primaire et secondaire inférieur) alors qu'elle s'est maintenue pour les catégories intermédiaires et a même diminué parmi les personnes les plus éduquées (Tableau 14). En 2013, 11,9% des personnes les moins instruites déclaraient avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois ; c'est 3,6 fois plus en comparaison aux personnes les plus instruites. Ce rapport était de 2,4 en 2004. Les inégalités en matière de santé mentale se sont donc fortement amplifiées.

**Tableau 14 : Evolution de la prévalence de dépression (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2004
Primaire	9,4	7,7	11,9	1,3
Secondaire inférieur	5,6	8,0	7,8	1,4
Secondaire supérieur	5,2	5,4	5,2	1,0
Supérieur	4,0	3,4	3,3	0,8
Primaire vs Supérieur	2,4	2,3	3,6	1,5

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.1.9. Qualité de vie liée à la santé

L'Enquête de santé calcule également un indicateur évaluant la qualité de vie liée à la santé d'un individu, ce qui permet de mesurer les conséquences de l'état de santé au-delà des indicateurs classiques de morbidité et de mortalité. Cet indicateur est basé sur cinq dimensions que sont : la

mobilité, l'autonomie personnelle, les activités courantes (travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs), les douleurs/gênes et l'anxiété/la dépression. En 2018, 27,9% des personnes ayant obtenu tout au plus le diplôme de primaire ne déclarent aucun problème de santé alors qu'elles sont 38,9% parmi les personnes les plus scolarisées (Tableau 15).

**Tableau 15 : Prévalence de la bonne qualité de vie liée à la santé (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2018**

	2018
Primaire	27,9
Secondaire inférieur	31,1
Secondaire supérieur	32,2
Supérieur	38,9
Primaire vs Supérieur	0,7

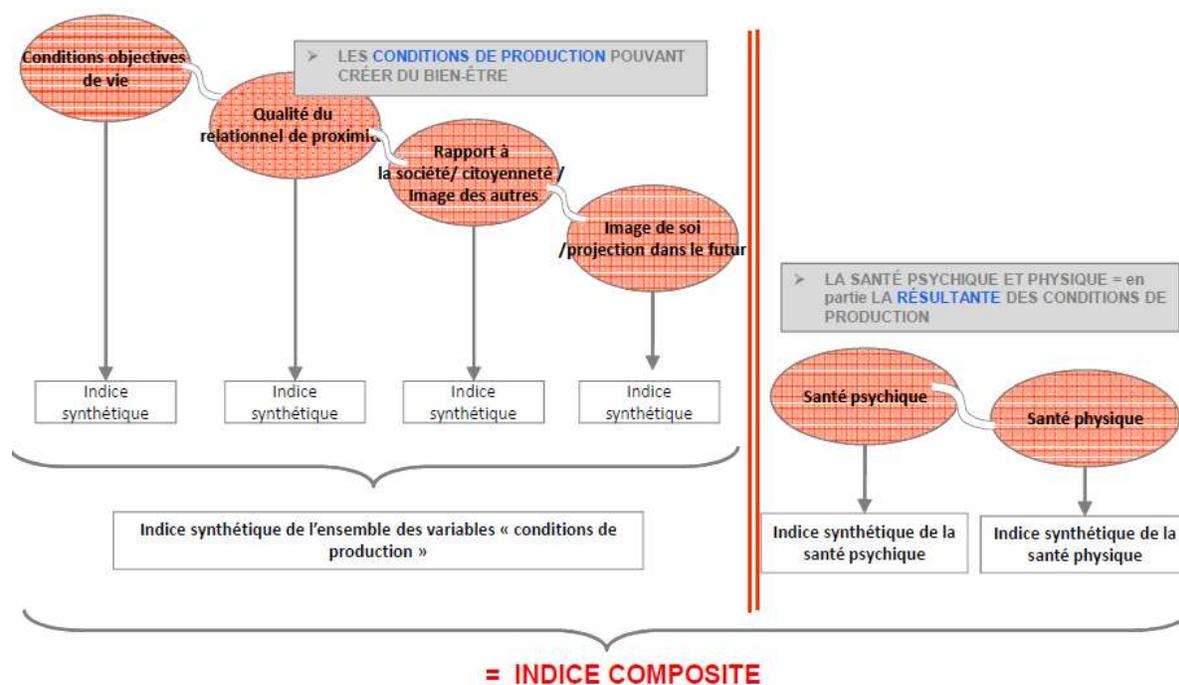
Source : Enquête de santé (2018)

### 3.1.10. Bien-être et confiance

Depuis 2015, Solidaris sonde chaque année un millier de Belges sur leur bien-être<sup>64</sup>. Une batterie de plus de 200 questions leur est posée, couvrant différentes dimensions telles que les conditions de vie, la qualité du relationnel, le rapport à la société et la citoyenneté, l'image de soi, et enfin la santé physique et psychique qui sont des résultantes des conditions de production (Figure 14). Afin de synthétiser toute cette information, un indice composite est construit à partir de ces différentes dimensions.

<sup>64</sup> Institut Solidaris (2019a).

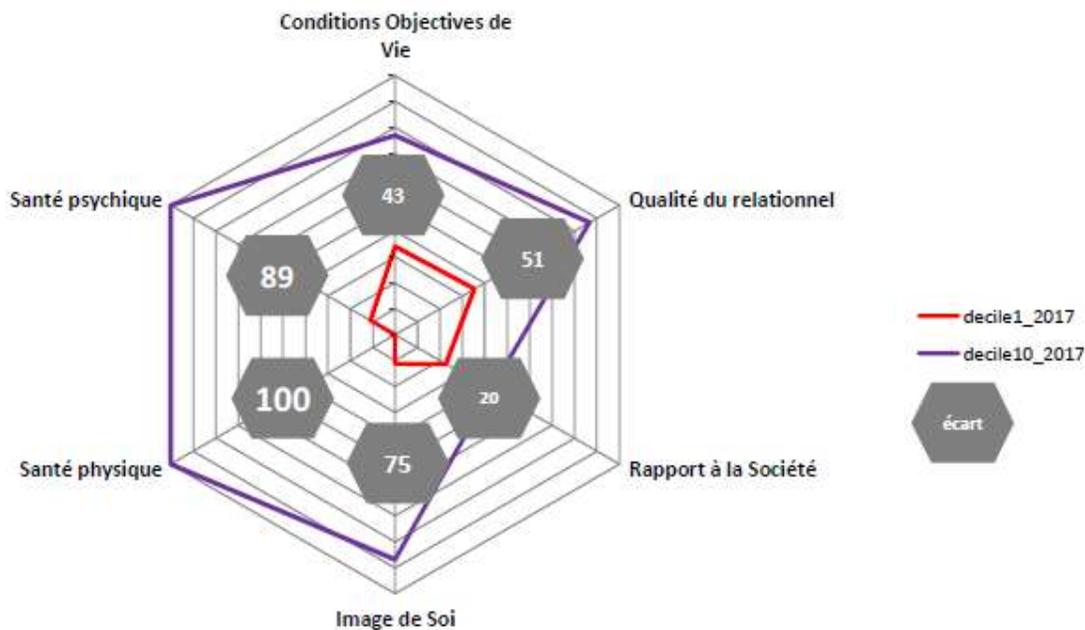
Figure 14 : Construction de l'indice composite de bien-être et confiance



Source : Institut Solidaris (2018)

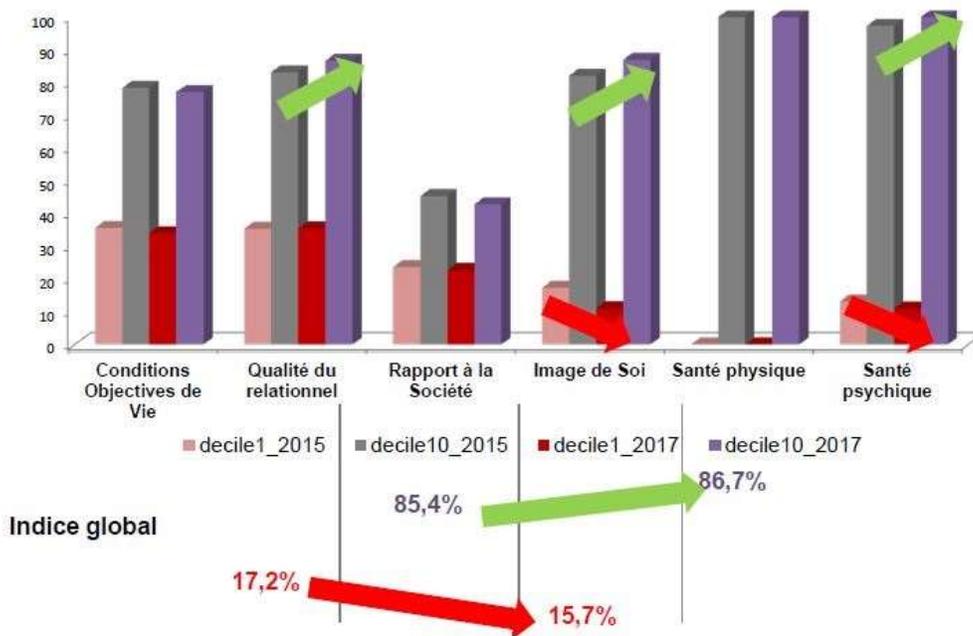
Le Baromètre Confiance et Bien-être de Solidaris, réalisé en septembre 2017, montre des grands écarts entre les 10% des Belges tout en haut de l'échelle sociale (soit le décile 10) et les 10% de ceux situés tout en bas de l'échelle (soit le décile 1) (Figure 15). L'indice global de bien-être et de confiance vaut ainsi 87% pour les 10% de la population en haut de l'échelle sociale alors qu'il est de 16% parmi les 10% des Belges tout en bas de cette échelle ; soit 5,4 fois supérieur. En outre, cet indice global a diminué pour les plus précarisés (passant de 17,2% à 15,7%) entre 2015 et 2017 alors que ce même indice a augmenté parmi les plus aisés (et est passé de 85,4% à 86,7%) (Figure 16). Ce baromètre met donc en évidence des écarts marqués et qui augmentent, traduisant statistiquement une réalité sociale empreinte d'inégalités.

**Figure 15 : Indices de bien-être et confiance pour les 10% des Belges les plus précarisés versus les 10% des Belges les plus aisés, 2017**



Source : Institut Solidaris (2018)

**Figure 16 : Evolution des indices de bien-être et confiance pour les 10% des Belges les plus précarisés versus les 10% des Belges les plus aisés, 2015-2017**



Source : Institut Solidaris (2018)

Les résultats du dernier Baromètre Confiance et Bien-être, réalisé en septembre 2018, vont dans le même sens bien que les résultats soient présentés quelque peu différemment. Alors que l'indice composite global (construit sur base de l'ensemble des sous-indices, cf. Figure 14) augmente en moyenne pour les 25% des Belges qui vont le mieux depuis 2015 (passant de 80,8% à 81,6%) ; il diminue sensiblement pour les 25% des Belges qui vont le moins bien au cours de cette même période (passant de 26,5% à 23,4%) (Figure 17). L'écart en terme de bien-être et de confiance s'est donc creusé entre 2015 et 2018. La même tendance est observée lorsqu'on analyse les résultats en tenant compte de la situation socio-économique : l'indice composite global a augmenté (+0,8 point de pourcentage) pour le groupe tout en haut de l'échelle sociale tandis qu'il a diminué pour le groupe social des moins nantis (-2,1 points de pourcentage) entre 2015 et 2018 ; l'écart entre ces deux groupes de populations extrêmes passant de 10,6 à 13,5 points de pourcentage et se creusant donc sensiblement sur la période (Figure 18).

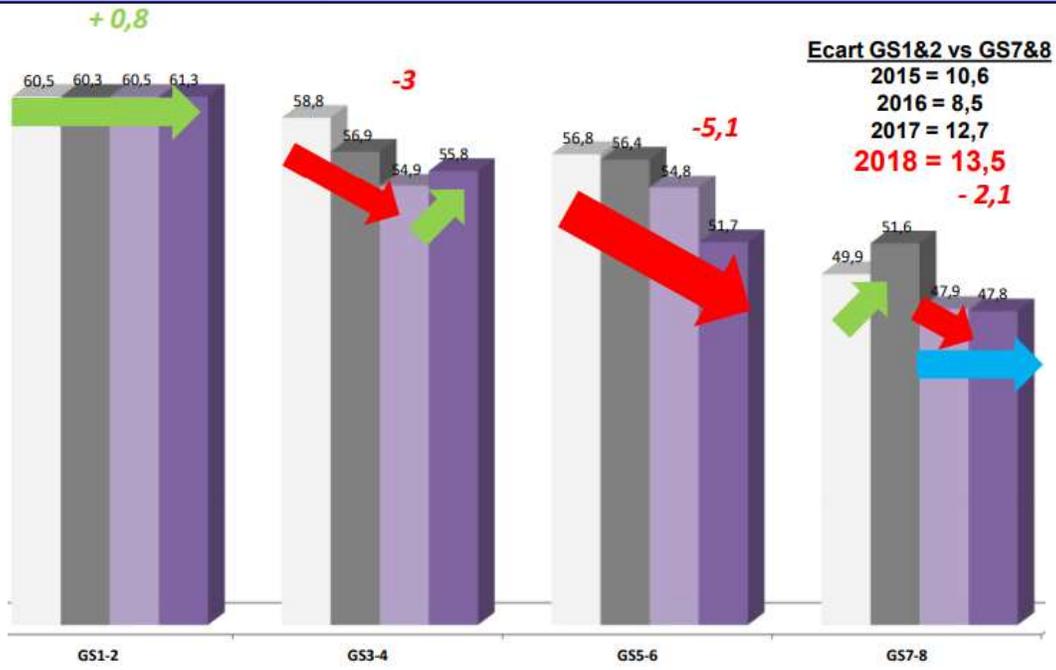
On peut donc en conclure que l'indice de bien-être est en recul constant depuis 4 ans, surtout parmi les populations connaissant une situation socio-économique défavorable ; ce qui s'explique entre autres par une santé physique et psychique et des conditions de vie qui se détériorent particulièrement au cours de ces dernières années surtout chez certains groupes de populations dont les personnes qui ne travaillent pas (Figures 19 et 20).

**Figure 17 : Evolution de l'indice composite global de bien-être et confiance pour les 25% des Belges qui vont le mieux versus les 25% des Belges qui vont le moins bien, 2015-2018**



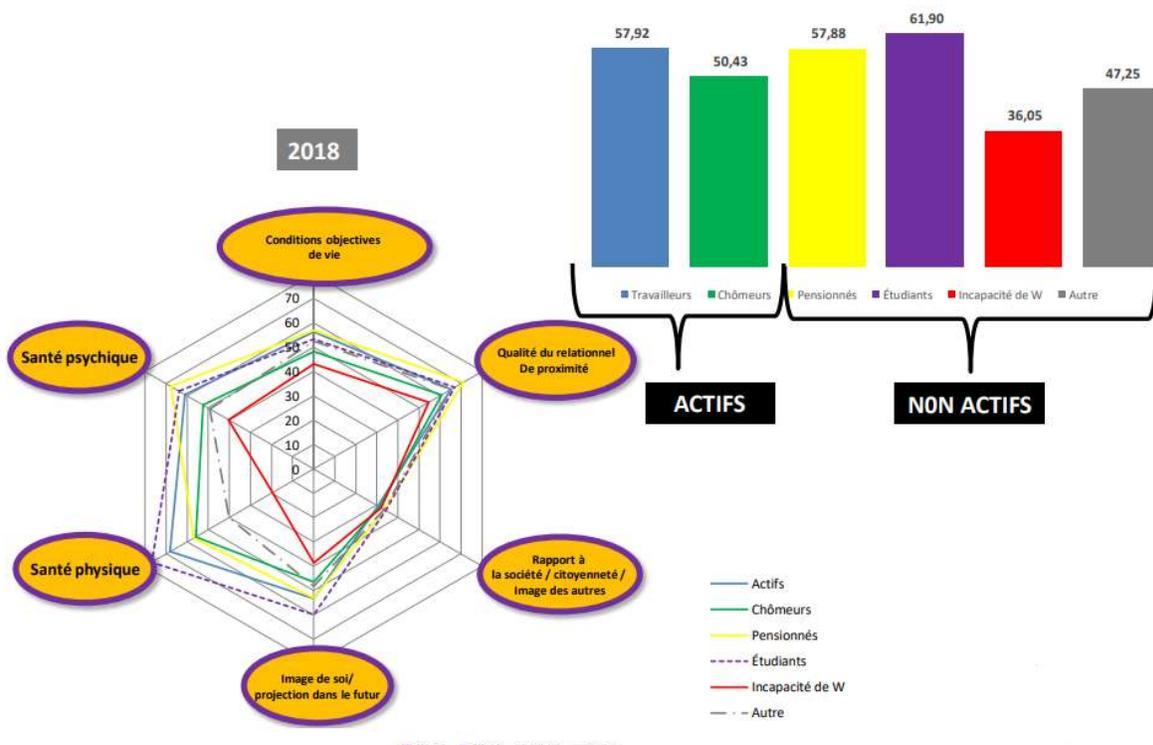
Source : Institut Solidaris (2019a)

**Figure 18 : Evolution de l'indice composite global de bien-être et confiance selon le groupe socio-économique, 2015-2018**



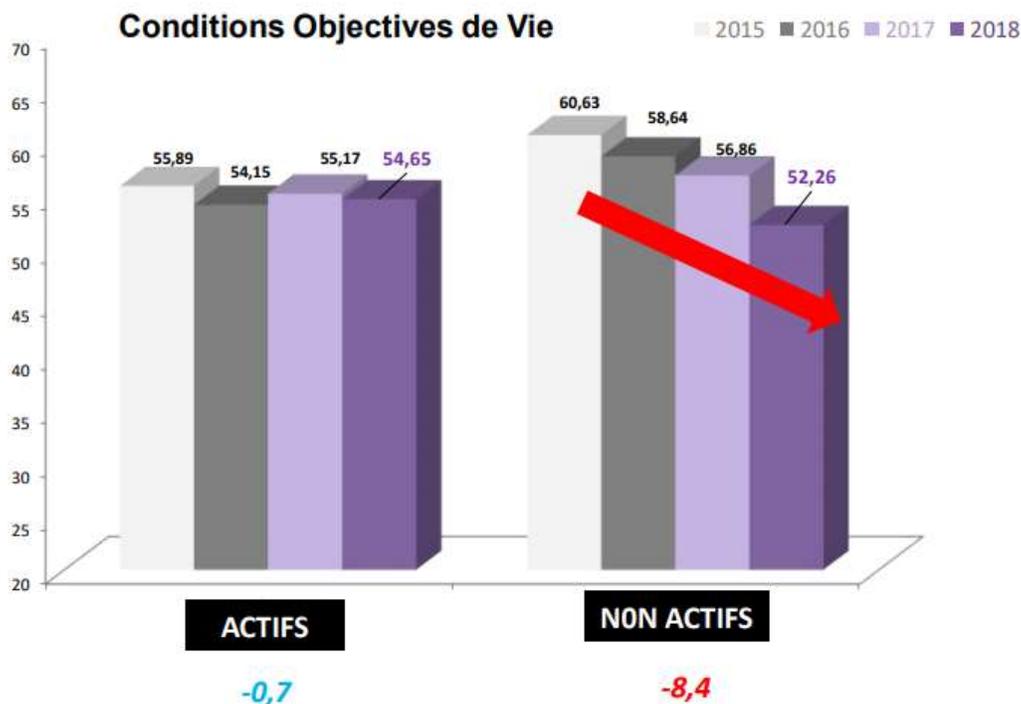
Source : Institut Solidaris (2019a)

**Figure 19 : Indices de bien-être et confiance pour les actifs et les non actifs, 2018**



Source : Institut Solidaris (2019a)

**Figure 20 : Evolution de l'indice conditions de vie selon le fait d'être actif ou non actif, 2015-2018**



### 3.2. Comportements liés à la santé et style de vie

Les comportements et styles de vie individuels ne relèvent pas forcément d'un choix personnel mais sont également la résultante du contexte socio-économique dans lequel la personne vit. Par exemple, les habitudes alimentaires se prennent dès l'enfance et l'adolescence et sont donc conditionnées, au-delà des connaissances, par la nourriture disponible, les moyens financiers du ménage, etc<sup>65</sup>.

La revue de la littérature met en évidence que les comportements de santé individuels sont influencés par le niveau socio-économique des personnes : les personnes au bas de la hiérarchie sociale adoptent plus souvent des comportements de santé peu sains et ont également un moins bon état de santé.

Une série d'indicateurs relèvent des comportements liés à la santé tels que l'obésité, le tabagisme, l'abus d'alcool ou encore la sédentarité. Dans cette section, nous revenons en particulier sur la recherche sur les ISS en Belgique menée dans le cadre du projet THAIB qui s'est intéressée de près à la question des inégalités en comportements associés à la santé et en états de santé ainsi que leur évolution entre 1997 et 2004 sur base des Enquêtes de santé<sup>66</sup>. Nous complétons dans la mesure du possible l'analyse avec des données plus récentes issues de cette même enquête menée en 2008, 2013. Les résultats de la dernière enquête menée en 2018 pour ce module ne sont malheureusement pas encore publiés à ce jour.

<sup>65</sup> ONE (2009a).

<sup>66</sup> Desmaret et al. (2010).

### 3.2.2. Obésité

Les groupes sociaux les plus faibles sont plus à risque de surpoids et d'obésité de par leur mode de vie car ils pratiquent généralement moins d'activités physiques<sup>67</sup> et ont des habitudes alimentaires moins saines, favorisant la surcharge pondérale<sup>68</sup>. En effet, l'accès à une alimentation saine et qualitative est fortement empreint d'inégalités sociales : les aliments à forte densité énergétique étant ceux qui coûtent le moins cher, les populations les plus pauvres achètent pour un faible coût des aliments de mauvaise qualité nutritionnelle et de forte densité énergétique qui favorisent à la fois les carences en vitamines et minéraux et l'obésité<sup>69</sup>. La consommation de fruits et légumes augmente ainsi avec le niveau d'éducation tandis que la consommation de boissons sucrées diminue<sup>70</sup>. A leur tour, l'obésité ou encore la sédentarité sont des facteurs de risque pour certaines maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques (surtout l'arthrose) et certains cancers selon l'OMS.

Le dernier Baromètre de Solidararis<sup>71</sup> publié en février 2018 mettait également en évidence que 43% des sondés ayant le niveau d'éducation le plus faible déclarent manger équilibré alors qu'ils sont 63% parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé. En outre, 38% des personnes issues des groupes sociaux les plus bas dans l'échelle sociale déclarent être conscients de mal se nourrir par manque de moyens financiers contre 14% parmi les groupes sociaux les plus élevés. Le droit à une alimentation saine est donc bien loin d'être garanti pour toute une frange de la population.

L'indicateur utilisé pour déterminer si une personne souffre d'obésité est basé sur l'indice de masse corporelle (IMC) calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré, permettant ainsi de calculer un poids relatif et d'identifier les problèmes de poids. Conformément aux critères fixés par l'OMS, les personnes ayant un IMC égal ou supérieur à 30 sont considérées comme obèses. Cet indicateur reprend donc la proportion de personnes souffrant d'obésité par sexe et niveau d'éducation.

L'obésité va de pair avec le niveau d'éducation tant chez les hommes que les femmes : les personnes les moins scolarisées courent un plus grand risque de présenter une surcharge pondérale (Tableau 16). En outre, les différences socio-économiques ont augmenté chez les hommes, la prévalence de l'obésité continuant d'augmenter parmi les hommes ayant un niveau d'éducation inférieur (primaire/sans diplôme et secondaire inférieur) alors qu'elle s'est réduite parmi ceux ayant un diplôme de secondaire supérieur ou de supérieur. En revanche, elles se sont globalement maintenues chez les femmes, la prévalence de l'obésité augmentant au même rythme à tous les niveaux d'éducation (hormis pour le niveau d'étude secondaire inférieure). Les auteurs expliquent ces résultats par une augmentation du temps libre consacré à l'exercice physique parmi les personnes issues de classes socio-économiques favorisées. Aussi, la pression sociale, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes obèses sont probablement plus fortes au sein d'une classe socio-économique élevée, ce qui pousse davantage ces gens à surveiller leur poids.

---

<sup>67</sup> Drieskens (2014a).

<sup>68</sup> Drieskens (2014b).

<sup>69</sup> Solidararis - Service Promotion de la Santé.

<sup>70</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

<sup>71</sup> Institut Solidararis (2018).

**Tableau 16 : Evolution de la prévalence de l'obésité (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	11,4	11,8	13,8	1,2	15,2	18,7	18,4	1,2
Secondaire inférieur	8,2	11,5	12,8	1,6	7,9	15,7	13,7	1,7
Secondaire supérieur	9,9	10,2	7,9	0,8	8,7	8,4	10,2	1,2
Supérieur	6,4	5,7	5,2	0,8	4,2	5,1	5,4	1,3
Total	9,6	10,5	10,0	1,0	9,0	11,3	10,9	1,2
Primaire vs Supérieur	1,8	2,1	2,7	1,5	3,6	3,7	3,4	1,0

Source : Desmaret et al. (2010)

Les données des deux dernières Enquêtes de santé (2008 et 2013) dont nous disposons ne nous permettent malheureusement pas de compléter la série car la ventilation par sexe et niveau d'éducation n'est pas reprise dans les rapports de l'Institut scientifique de Santé Publique. Ceux-ci ne mentionnent que les statistiques par niveau d'instruction ou par sexe mais pas les deux en même temps. Nous avons tenté de reproduire la série de données de 1997 à 2013 par niveau d'éducation – en ne distinguant plus pour le sexe – mais ceci n'a pas non plus été possible car les statistiques ne sont pas toutes présentées de la même manière sur la période<sup>72</sup>. Nous avons donc été contraints de ne reprendre que les données pour 2008 et 2013. Même s'il ne s'agit pas exactement des mêmes données que dans le rapport de Desmaret et al. (2010), elles permettent toutefois de dégager les tendances observées cette dernière décennie.

La proportion de personnes en surcharge pondérale a connu une forte hausse parmi les personnes les moins instruites (primaire ou sans diplôme), passant de 16,9% à 23,5% entre 2008 et 2013, alors qu'on constate une légère diminution au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente (Tableau 17). Cela a eu pour conséquence de creuser davantage les écarts au niveau des facteurs de risque. En 2013, la prévalence de l'obésité est 3,1 fois supérieure parmi la classe socio-économique la plus faible en comparaison à celle la plus élevée (ce rapport valant 2,1 en 2008). Le dernier rapport de Sciensano de 2019 revient sur ces résultats et indique par ailleurs que de 2008 à 2013, les inégalités absolues et relatives pour l'obésité ont considérablement augmenté chez les hommes alors que seules les inégalités absolues ont augmenté chez les femmes<sup>73</sup>.

<sup>72</sup> Les données détaillées concernant l'obésité ne sont pas disponibles dans le rapport de 1997. La ventilation par niveau d'instruction a par ailleurs changé entre 2001 et 2004, les catégories « niveau primaire » et « sans diplôme » ayant été fusionnées. Enfin, en 2004, seules les données (non standardisées pour l'âge et le sexe) sont disponibles dans le rapport de l'ISP.

<sup>73</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

**Tableau 17 : Evolution de la prévalence de l'obésité (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2008-2013**

	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	16,9	23,5	1,39
Secondaire inférieur	17,2	16,6	0,97
Secondaire supérieur	13,2	13,0	0,98
Supérieur	8,1	7,7	0,95
Primaire vs Supérieur	2,1	3,1	1,5

Source : Enquête de santé (2008 et 2013)

L'Enquête de consommation alimentaire de Sciensano réalisée en 2014 montre également qu'il y a près de quatre fois moins de personnes suivant les recommandations en ce qui concerne les fruits et légumes (400 g par jour) parmi les moins instruits (6% contre 22% parmi les personnes les plus instruites)<sup>74</sup>. De même, la consommation de boissons contenant du sucre ajouté est 2,5 fois plus élevée parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible.

### 3.2.3. Tabagisme

Les effets néfastes du tabagisme sur la santé sont bien connus : maladies pulmonaires, cardiovasculaires et cardiaques, cancers, etc. La consommation de tabac constitue ainsi un important facteur de risque en termes de morbidité et de mortalité. Ces effets néfastes sont généralement plus prononcés parmi les plus défavorisés. Selon le dernier Baromètre Solidaris, ils sont d'ailleurs deux fois plus (31%) à déclarer fumer trop de cigarettes parmi les personnes issues des groupes sociaux les plus faibles par rapport aux groupes sociaux les plus élevés (15%).

Cet indicateur est construit sur base de deux catégories distinctes d'individus : les fumeurs (fumeurs quotidiens et occasionnels) et les non-fumeurs (ex-fumeurs et personnes qui n'ont jamais fumé). Il reprend ainsi la proportion de fumeurs actuels parmi les femmes et les hommes en fonction de leur niveau d'éducation.

Chez les hommes, la proportion de fumeurs est nettement plus élevée (2,3 fois plus) parmi ceux ayant un diplôme de primaire (ou sans diplôme) en comparaison avec ceux ayant atteint le niveau d'instruction le plus élevé. La prévalence du tabagisme diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente. Chez les femmes, le tabagisme est plus répandu parmi celles ayant un niveau d'étude du secondaire inférieur et celles ayant un diplôme de primaire.

<sup>74</sup> Ibidem.

Ces constats vont dans le même sens chez les jeunes : ceux issus des milieux privilégiés ont moins de risque de dépendance que les jeunes des classes sociales moins favorisées, notamment car le tabagisme est moins considéré comme une norme de comportement, ils y sont moins exposés dans leur entourage alors que pour les plus démunis, le fait de fumer renvoie vers une image de maturité et de prise de risque mesurée<sup>75</sup>. Certains comportements parmi les classes sociales précarisées ne sont donc pas uniquement liés à un manque d'information et de prévention mais sont aussi à mettre en lien avec d'autres logiques que celles adoptées par les populations en situation socio-économique plus favorable<sup>76</sup>.

Dans leur étude, Desmaret et *al.* examinent l'effet combiné de la consommation de tabac et du statut socio-économique sur la mortalité. Il ressort que la mortalité associée au tabagisme varie significativement selon le niveau d'éducation : elle est plus importante parmi les hommes ayant un niveau d'éducation intermédiaire et parmi les femmes ayant un niveau d'éducation faible et intermédiaire (Tableau 18). Les résultats montrent ainsi que les individus ayant un faible statut socio-économique risquent plus de subir les dommages liés au tabagisme par rapport aux groupes sociaux supérieurs.

**Tableau 18 : Evolution du tabagisme (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	38,2	33,2	38,1	1,0	16,4	16,3	19,1	1,2
Secondaire inférieur	36,2	32,5	29,8	0,8	18,1	19,4	22,4	1,2
Secondaire supérieur	30,2	28,0	26,9	0,9	14,5	14,7	15,9	1,1
Supérieur	22,0	21,4	16,9	0,8	9,9	11,3	9,9	1,0
Total	28,4	25,9	25,1	0,9	17,5	17,8	17,6	1,0
Primaire vs Supérieur	1,7	1,6	2,3	1,3	1,7	1,4	1,9	1,2

Source : Desmaret et *al.* (2010)

Afin de disposer de données plus récentes, nous avons repris les statistiques des trois dernières Enquêtes de santé qui concernent la prévalence du tabagisme selon le niveau d'éducation<sup>77</sup>. Si on

<sup>75</sup> ONE (2009b).

<sup>76</sup> *Ibidem.*

<sup>77</sup> Les données ventilées par sexe et par niveau d'instruction ne sont malheureusement pas disponibles dans les rapports. En outre, nous n'avons pu remonter plus loin dans la série car les catégories de niveau d'éducation ont changé entre 2001 et 2004 (avant 2004, les catégories « primaire » et « sans diplôme » étaient distinctes).

observe une tendance générale à la diminution du tabagisme (défini sur base des fumeurs quotidiens et occasionnels) au sein de la population, les différences en fonction du niveau d'instruction restent marquées. En 2013, la proportion de fumeurs est de 28% parmi les personnes ayant un diplôme de primaire et de 31,6% parmi celles ayant fini leurs secondaires inférieures alors qu'elle est de 12,8% parmi la population ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé (Tableau 19). Les écarts semblent même s'être aggravés sur la période, le rapport entre les deux niveaux d'éducation extrêmes étant de 2,2 en 2013 (signifiant qu'il y a 2,2 fois plus de fumeurs parmi les personnes faiblement éduquées que parmi les plus éduquées) contre 1,7 en 2004.

**Tableau 19 : Evolution du tabagisme (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

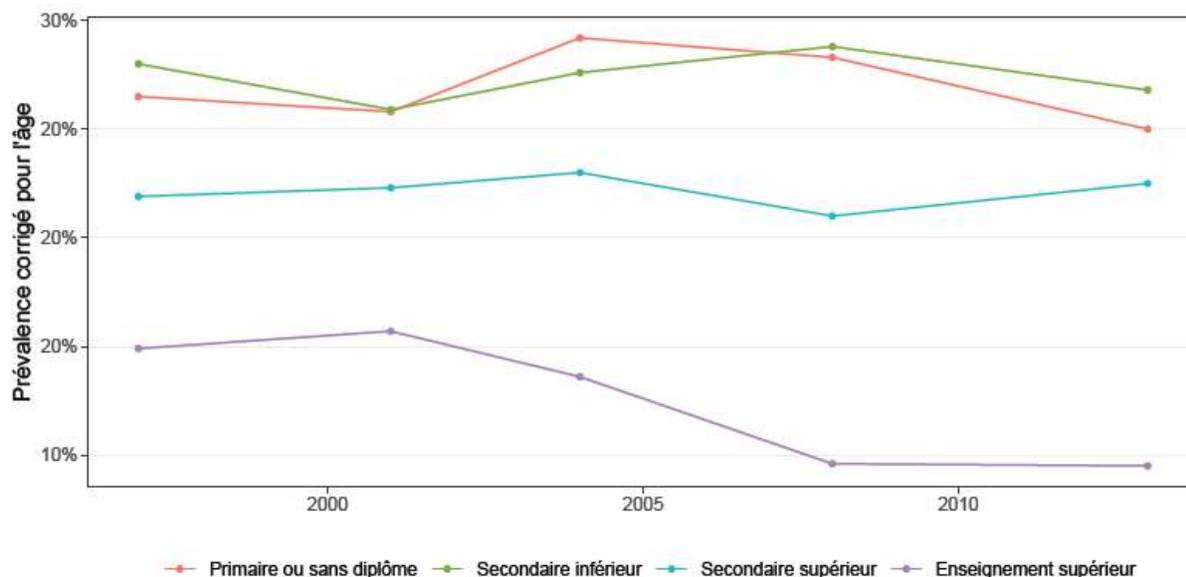
	2004	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	32,4	32,2	28,0	0,87
Secondaire inférieur	31,9	32,1	31,6	0,98
Secondaire supérieur	27,6	26,0	26,9	1,03
Supérieur	18,6	14,6	12,8	0,88
Primaire vs Supérieur	1,7	2,2	2,2	1,3

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

Dans le dernier rapport de Sciensano<sup>78</sup>, les résultats des Enquêtes de santé depuis 1997 ont été compilés. Ils montrent des différences socio-économiques marquées en matière de tabagisme : la proportion de fumeurs quotidiens est 2,5 fois plus élevée parmi les personnes les moins instruites en comparaison aux plus instruites (Figure 21). En outre, la prévalence des fumeurs quotidiens diminue surtout chez ces derniers.

<sup>78</sup> Renard et Devleeschauwer (2019).

**Figure 21 : Evolution de la proportion de fumeurs quotidiens selon le niveau d'éducation, 1997-2013**



Source : Renard et Devleeschauwer (2019)

### 3.2.4. Consommation excessive d'alcool

Si la consommation d'alcool est inhérente aux cultures européennes, elle n'en reste pas moins dangereuse pour la santé ; les dommages dépendant des quantités ingérées, du comportement de consommation et de sa chronicisation<sup>79</sup>.

L'indicateur relatif à la consommation excessive d'alcool distingue deux catégories d'individus : les personnes qui ne boivent jamais d'alcool et les personnes qui ont bu 6 verres ou plus d'une boisson alcoolisée le même jour au cours des six derniers mois.

Tant chez les hommes que les femmes, la consommation excessive d'alcool est plus élevée parmi les groupes sociaux plus éduqués (secondaire supérieur et supérieur) au cours du temps (Tableau 20). Mais cette consommation a fortement augmenté parmi les femmes entre 1997 et 2004, surtout parmi celles ayant un diplôme de primaire au sein desquelles la proportion de femmes ayant une surconsommation d'alcool a doublé. En outre, les écarts entre les deux niveaux d'éducation les plus faibles et les plus élevés se sont réduits sur la période.

<sup>79</sup> Gisle (2014).

**Tableau 20 : Evolution de la consommation excessive d'alcool (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	29,5	33,5	32,7	1,1	7,4	12,2	16,3	2,2
Secondaire inférieur	39,1	44,0	38,6	1,0	10,2	14,5	18,5	1,8
Secondaire supérieur	40,0	45,5	42,3	1,1	9,7	16,0	18,8	1,9
Supérieur	40,8	42,2	39,6	1,0	14,5	17,6	20,6	1,4
Total	37,1	41,6	40,5	1,1	10,7	15,4	17,5	1,6
Primaire vs Supérieur	0,7	0,8	0,8	1,1	0,5	0,7	0,8	1,6

Source : Desmaret et al. (2010)

Les statistiques des dernières Enquêtes de santé disponibles ne se basent pas sur la même définition de la consommation d'alcool. Nous reprenons ici l'indicateur qui se rapproche le plus de celui utilisé par Desmaret et al. Cet indicateur reprend la proportion des personnes parmi les consommateurs hebdomadaires qui boivent une quantité d'alcool considérée comme excessive, selon la définition préconisée par l'OMS (soit plus de 14 boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et plus de 21 boissons alcoolisées par semaine pour les hommes). Il est uniquement disponible dans l'Enquête de santé 2013<sup>80</sup>. Contrairement à ce qui était observé précédemment, la surconsommation d'alcool est plus marquée chez les personnes de faible niveau d'éducation (Tableau 21). On retrouve ainsi 1,8 fois plus de personnes qui ont une consommation excessive d'alcool parmi celles ayant un diplôme de primaire ou sans diplôme.

<sup>80</sup> Les statistiques issues des enquêtes précédentes sont basées sur une autre méthodologie et ne sont donc pas comparables entre elles.

**Tableau 21 : Prévalence de la consommation excessive d'alcool (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2013**

	2013
Primaire	17,0
Secondaire inférieur	15,9
Secondaire supérieur	11,3
Supérieur	9,5
Primaire vs Supérieur	1,8

Source : Enquête de santé (2013)

### 3.2.5. Sédentarité

La notion de sédentarité est caractérisée par un style de vie associé à une faible pratique d'activités physiques quotidiennes ; ce qui peut se traduire par davantage de risque d'obésité, de souffrir d'une maladie cardiovasculaire, d'ostéoporose, de cancer, etc. Or, la pratique d'activité physique dépend bien souvent du niveau socio-économique : le dernier Baromètre Solidaris<sup>81</sup> montre ainsi que plus de la moitié des familles monoparentales et des chômeurs déclarent ne pouvoir se permettre d'avoir des pratiques physiques ou sportives pour raisons financières – et cela concerne même 6 personnes en incapacité de travail sur 10 – alors que ce chiffre est de 3 pour 10 dans la population totale.

Cet indicateur mesure la pratique d'activité physique lors du temps libre sur base de la méthodologie de l'OMS. Le répondant est ainsi interrogé sur les activités qui caractérisent le mieux ses activités physiques (sport intensif et de compétition ; jogging et sports récréatifs ou jardinage ; marche, vélo ou autres activités non intensives ; lire, regarder la télévision ou autres activité sédentaires) au cours des douze derniers mois. La variable de sédentarité catégorise ensuite deux groupes de personnes : celles qui pratiquent peu ou ne pratiquent pas d'activité physique pendant leur temps libre (dernière catégorie énoncée ci-dessus), et les personnes qui pratiquent une forme d'activité physique au cours de leur temps libre (les catégories restantes).

La sédentarité est un phénomène bien plus prépondérant parmi les catégories de faible éducation (Tableau 22). Si les écarts (en termes absolus) semblent relativement stables à travers le temps lorsqu'on compare 1997 et 2004, le ratio primaire versus supérieur indique que l'écart a augmenté parmi les hommes alors qu'il est resté stable chez les femmes.

<sup>81</sup> Institut Solidaris (2018).

**Tableau 22 : Evolution de la sédentarité (standardisée pour l'âge) selon le niveau d'éducation et le sexe, 1997-2004**

	Hommes				Femmes			
	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997	1997	2001	2004	Evolution 2004/1997
Primaire	46,0	44,6	35,8	0,8	62,1	51,8	51,4	0,8
Secondaire inférieur	37,4	38,6	24,1	0,6	46,1	49,6	38,2	0,8
Secondaire supérieur	28,0	30,6	21,4	0,8	42,1	39,0	30,8	0,7
Supérieur	20,9	22,3	12,7	0,6	31,4	34,3	25,4	0,8
Total	34,8	33,6	23,3	0,7	43,9	43,3	34,3	0,8
Primaire vs Supérieur	2,2	2,0	2,8	1,3	2,0	1,5	2,0	1,0

Source : Desmaret et al. (2010)

Les dernières Enquêtes de santé reprennent également cet indicateur par niveau d'éducation, nous permettant ainsi de dégager les dernières tendances en matière d'inégalités en sédentarité. En 2013, 40,8% des personnes ayant un diplôme de primaire ou sans diplôme sont considérées comme à risque contre 21,2% parmi celles ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé (Tableau 23). C'est 1,9 fois plus, ce rapport étant de 2,3 en 2004.

**Tableau 23 : Evolution de la sédentarité (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2004
Primaire	39,6	41,3	40,8	1,03
Secondaire inférieur	28,2	31,0	37,5	1,33
Secondaire supérieur	24,4	27,9	27,6	1,13
Supérieur	17,3	17,7	21,2	1,23
Primaire vs Supérieur	2,3	2,3	1,9	0,8

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.3 Prévention

Si l'environnement et les facteurs héréditaires déterminent largement l'état de santé des Belges, les comportements préventifs jouent également un rôle non négligeable en matière de santé. En effet, la santé passe également par la prévention qui permet de lutter contre les facteurs de risque et d'éviter que les maladies ne surviennent, ou à tout le moins les prendre en charge à un stade précoce. Selon l'OMS, un mode de vie sain permettrait d'éviter bien souvent les maladies chroniques. Or, les Belges ne sont pas tous égaux face à la prévention et à l'opportunité à développer des habitudes saines, certains ne se préoccupant (ou n'ayant l'occasion de se préoccuper) de leur santé que lorsqu'ils sont malades.

Selon le dernier Baromètre Solidaris<sup>82</sup>, le niveau d'information sur la santé augmente globalement avec le niveau d'éducation : ils sont ainsi 57% à déclarer être bien informés sur la façon d'éviter certaines maladies (cardio-vasculaires, cholestérol, obésité, etc.) et à connaître les pratiques de prévention pour ces maladies (manger équilibré, sport, sommeil) parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible alors qu'ils sont 68% parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé. De même, le Thermomètre Solidaris consacré à la perception de l'alimentation<sup>83</sup> montre que l'exposition aux messages de santé publique diffère en fonction de la catégorie sociale : les personnes issues des groupes sociaux les plus précaires sont bien moins nombreuses (33%) à se souvenir des messages de santé publique (tels que manger 5 fruits et légumes par jour, éviter de manger trop gras ou trop sucré, faire du sport/bouger, etc.) que celles issues de milieux supérieurs (45% pour le groupe social le plus élevé).

Parmi les mesures de prévention, nous nous intéressons en particulier à celles qui portent sur les femmes au niveau du dépistage du cancer du sein ainsi que le dépistage du col de l'utérus.

#### 3.3.1 Dépistage du cancer du sein

Cet indicateur indique la proportion de femmes âgées de plus de 15 ans qui déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années.

Les inégalités sociales persistent au niveau de la couverture : les femmes de groupes sociaux supérieurs restent celles qui ont une meilleure couverture. En 2013, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein s'élève ainsi à 31,3% pour les femmes ayant le niveau d'éducation le plus élevé alors qu'il est de 14,6% parmi celles ayant le niveau d'éducation le plus faible, soit du simple au double (Tableau 24). De même, les inégalités sociales n'ont pas vraiment diminué malgré l'existence d'un programme de dépistage du cancer du sein au niveau national.

---

<sup>82</sup> Institut Solidaris (2018).

<sup>83</sup> Institut Solidaris (2013).

**Tableau 24 : Evolution du dépistage du cancer du sein (standardisé pour l'âge) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2004
Primaire	21,6	16,8	14,6	0,7
Secondaire inférieur	28,2	23,3	26,5	0,9
Secondaire supérieur	29,3	28,3	28,6	1,0
Supérieur	31,1	29,6	31,3	1,0
Primaire vs Supérieur	0,7	0,6	0,5	0,7

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.3.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus

Cet indicateur donne la proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années.

Les constats sont les mêmes que dans le cas du dépistage du cancer du sein avec un taux de couverture nettement plus élevé parmi les femmes ayant un niveau d'éducation supérieur. En 2013, celui-ci s'élevait à 64,3% contre 43,2% parmi les femmes ayant obtenu tout au plus leur diplôme de primaire (Tableau 25). Par ailleurs, ces inégalités n'ont pas diminué entre 2004 et 2013, au contraire.

**Tableau 25 : Evolution du dépistage du cancer du col de l'utérus (standardisé pour l'âge) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	38,9	32,8	43,2	1,1
Secondaire inférieur	49,3	52,0	53,2	1,1
Secondaire supérieur	57,2	52,8	51,8	0,9
Supérieur	64,2	63,8	64,3	1,0
Primaire vs Supérieur	0,6	0,5	0,7	1,1

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.3.3 Contraception

En matière de prévention, la contraception reste une priorité de santé publique pour les jeunes filles adolescentes. Encore aujourd'hui, ce malgré les campagnes de prévention et les dispositifs existants (cf. centres de planning familial, brochures, intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire chez certaines mutuelles, etc.), certaines adolescentes ne sont pas assez informées et ne savent pas comment éviter une grossesse, comment obtenir des moyens de contraception, ou ne sont pas en mesure de pouvoir assumer cette charge financière. En outre, pour certaines d'entre elles issues des milieux défavorisés, la maternité représente un moyen de valorisation<sup>84</sup> et peut être vue comme une réponse à une situation de précarité affective.

La question des grossesses parmi les adolescentes est souvent perçue comme un problème social majeur car elles participent à long terme à la marginalisation économique et sociale de ces dernières<sup>85</sup> ; ces jeunes mères rencontrant très souvent de grandes difficultés à concilier vie scolaire/professionnelle et maternité, ce qui peut à son tour renforcer les inégalités sociales. De plus, donner naissance de manière précoce peut constituer un facteur de risque de reproduction des inégalités dans la mesure où la mère adolescente démarre avec moins de « chance » par rapport à une mère ayant une situation financière plus stable, sans compter que les grossesses précoces sont considérées à risque au niveau de la santé du nourrisson car très souvent associées à de mauvaises conditions socio-économiques. Il existe aussi un lien significatif entre le niveau d'éducation de la mère et l'excès pondéral, les caries dentaires ou encore le développement du langage de l'enfant, ce qui a des conséquences négatives sur le parcours scolaire ultérieur et en terme de réussite<sup>86</sup>. De même, les femmes ayant un faible niveau d'étude quittent plus souvent la maternité de manière précoce et ont moins de consultations prénatales alors que ces dernières sont importantes en terme de protection médico-sociale pour les plus démunies. Il y a également plus de risques de mortalité infantile parmi les familles ayant peu, voire pas de revenus du travail, et de prématurité associée à des risques de complications dans les communes plus pauvres<sup>87</sup>.

Les grossesses parmi les jeunes filles sont fortement liées aux dimensions socio-économiques : les adolescentes issues de milieux plus favorisés ont davantage recours aux moyens de contraception alors que celles issues des milieux plus précarisés ont plus recours à l'intervention volontaire de grossesse (IVG), voire n'y ont même pas du tout recours.

A cet égard, la dernière grande enquête de Solidaris sur la contraception<sup>88</sup>, menée en 2017, a mis en exergue une série de résultats, dont notamment :

- En 2017, 34,3% des 14-16 ans et 36,8% des 17-20 ans déclarent avoir eu recours à la pilule du lendemain et 12,8% des 17-20 ans déclarent avoir déjà eu recours à une IVG.
- Toute catégorie d'âge confondu, ces pourcentages sont plus élevés parmi les femmes issues du groupe social le plus bas. Dans le cas des IVG, elles sont 24,9% à être concernées parmi les plus précarisées, soit 3 fois plus que parmi les femmes issues du groupe social le plus élevé.

---

<sup>84</sup> ONE (2009b).

<sup>85</sup> Bonnell (2004).

<sup>86</sup> ONE (2009a).

<sup>87</sup> ONE (2009b).

<sup>88</sup> FPS (2017a).

- Chez les jeunes filles entre 17 et 20 ans, une grossesse sur deux est non-planifiée. Cette proportion est plus élevée parmi les groupes sociaux les plus bas, toute catégorie d'âge confondu.
- La connaissance des différents moyens de contraception est systématiquement plus faible parmi les groupes sociaux les plus bas.
- Deux fois plus de femmes des groupes sociaux les plus bas ont dû renoncer à un moyen de contraception par manque de moyens financiers par rapport aux groupes sociaux les plus élevés (respectivement 9% et 5%).

Plus récemment, l'agence intermutualiste<sup>89</sup> a analysé le recours aux contraceptifs en se basant sur l'intervention de l'assurance maladie pour divers contraceptifs utilisés par les jeunes femmes jusqu'à 20 ans. Il en ressort un gradient assez marqué : les jeunes femmes issues de la classe la plus faible ont une probabilité moindre de 25% de faire appel aux moyens contraceptifs remboursés comparées à celles issues de la classe la plus élevée, cet écart allant jusqu'à 61% à Bruxelles.

### 3.4 Utilisation du système de santé

Les personnes moins instruites consultent plus souvent le médecin généraliste pour le suivi d'un problème connu ou pour une visite de contrôle alors que les plus instruites consultent plus souvent pour un nouveau problème de santé ou pour un soin préventif. En outre, les personnes moins instruites recourent plus fréquemment à un service d'urgence.

#### 3.4.1 Recours aux urgences

Les catégories socio-économiques plus faibles recourent davantage aux services d'urgence que les autres (Tableau 26). En 2013, 16,2% des personnes les moins instruites s'étaient rendues aux urgences contre 11,5% de personnes les plus instruites, soit un rapport de 1,4. La différence de recours aux urgences en fonction du niveau socio-économique apparaît stable à travers le temps.

---

<sup>89</sup> Avalosse et al. (2019).

**Tableau 26 : Evolution du recours aux services d'urgence (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	13,9	15,6	16,2	1,2
Secondaire inférieur	11,9	13,4	14,3	1,2
Secondaire supérieur	12,8	13,9	12,5	1,0
Supérieur	10,4	11,9	11,5	1,1
Primaire vs Supérieur	1,3	1,3	1,3	1,1

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.5 Accessibilité financière aux soins de santé

Si l'essentiel des dépenses de santé (77% en 2017) est pris en charge par les pouvoirs publics via l'intervention de l'assurance maladie pour le remboursement des soins, les 23% restants sont financés sur une base privée dont 5% via des assurances complémentaires et 18% via le budget des ménages<sup>90</sup>. La Belgique est ainsi un des pays où les dépenses de santé prises en charge par les ménages sont relativement élevées (et supérieures à la moyenne européenne qui est de 15%)<sup>91</sup>.

Les dépenses liées aux soins de santé peuvent dès lors représenter un coût important dans le budget des ménages, surtout pour les personnes dans certaines situations. Le problème d'accessibilité financière est lié à certains facteurs qui renvoient à la situation socioéconomique de l'individu comme la composition du ménage (cf. le fait d'être un ménage jeune, une famille monoparentale,...), le statut d'emploi, le faible niveau de revenu disponible ou encore le faible niveau d'éducation comme le montrent les différentes recherches qui ont été consacrées aux inégalités<sup>92</sup>. Ces groupes de populations sont ainsi plus nombreux à devoir reporter des soins de santé pour raison financière et à avoir des difficultés financières à intégrer les frais de santé dans leur budget.

Par ailleurs, les personnes vivant dans une situation socio-économique plus précaire sont plus nombreuses à estimer que les inégalités dans l'accès aux soins de qualité sont vraiment importantes dans notre société : ils sont ainsi 60% à déclarer cela parmi les personnes en incapacité de travail et 72% parmi les chômeurs alors que ce taux est de 61% dans la population totale<sup>93</sup>.

<sup>90</sup> Statistiques de l'OCDE sur la santé disponible online, <https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>.

<sup>91</sup> Buffel et Nicaise (2018).

<sup>92</sup> *Ibidem*.

<sup>93</sup> Institut Solidaris (2018).

### 3.5.1 Report de soins

En 2013, ils étaient 16,7% à déclarer avoir dû reporter des soins pour raisons financières parmi les personnes les moins éduquées contre 5% parmi les plus éduquées ; soit 3,3 fois plus (Tableau 27). Les écarts persistent dans le temps bien qu'ils soient plus faibles qu'en 2004 où ce ratio était de 3,8.

**Tableau 27 : Evolution du report de soins pour raisons financières (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

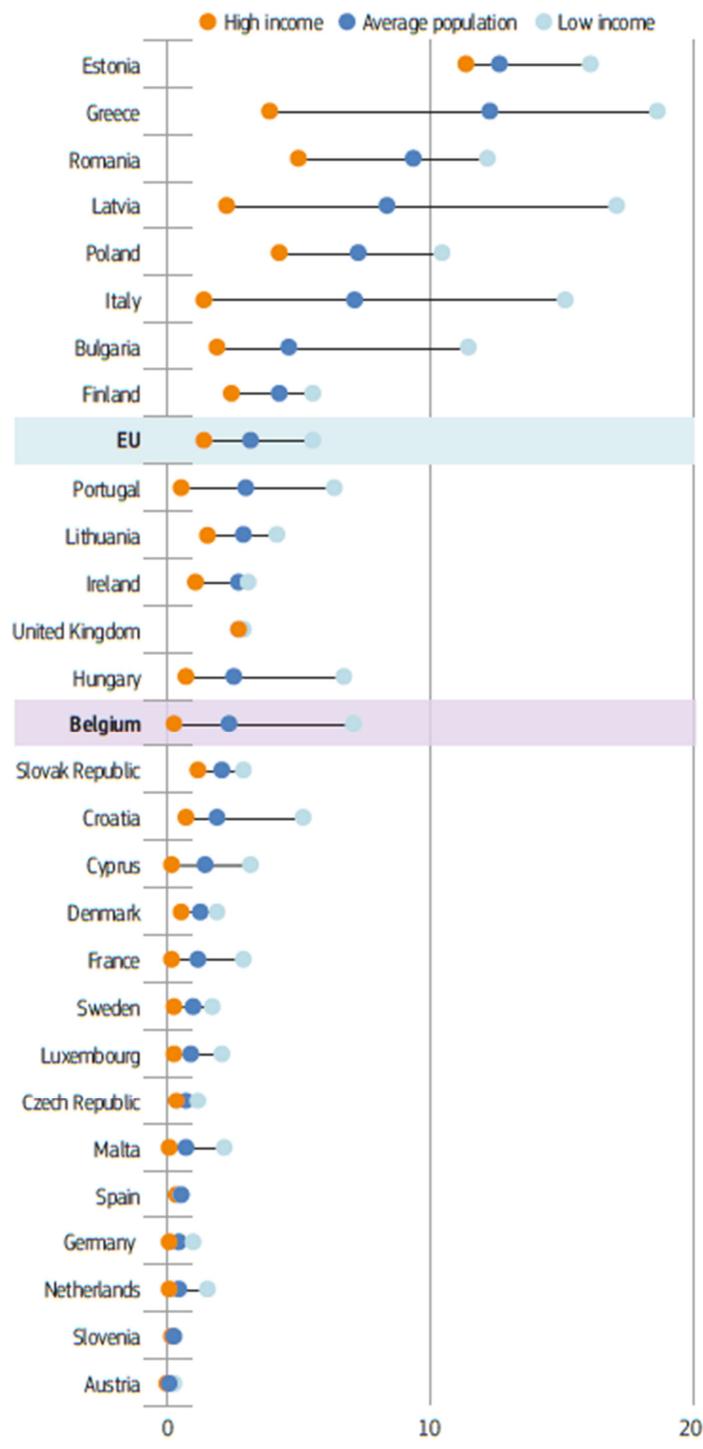
	2004	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	22,2	23,8	16,7	0,8
Secondaire inférieur	12,2	20,2	9,7	0,8
Secondaire supérieur	9,1	13,6	7,1	0,8
Supérieur	5,9	9,3	5,0	0,8
Primaire vs Supérieur	3,8	2,6	2,6	0,9

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

L'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) permettent également de disposer d'une série de données couvrant une longue période, allant de 2008 à 2016. Si les chiffres ne sont pas directement comparables avec ceux issus de l'Enquête de santé belge, ils donnent un éclairage complémentaire et une tendance sur l'évolution des inégalités en matière de report de soins ces dernières années.

Les figures ci-dessous illustrent bien ces inégalités avec un report de soins qui varie sensiblement en fonction du niveau de revenus. La Belgique est par ailleurs nettement plus inégalitaire en terme d'accès à la santé qu'au niveau de la moyenne européenne et de ses voisins, la situation empirant ces dernières années. En effet, on note une forte tendance à la hausse du report de soins parmi le 1<sup>er</sup> quintile de revenus (soit les 20% des Belges qui disposent des revenus les plus faibles) depuis 2010, la proportion de personnes concernées ayant été multiplié par 6 sur la période alors qu'elle est stable parmi le dernier quintile de revenus (Figure 24). Les inégalités en la matière se sont donc aggravées entre 2010 et 2016. On constate également une hausse bien que plus modérée au niveau des classes moyennes inférieures.

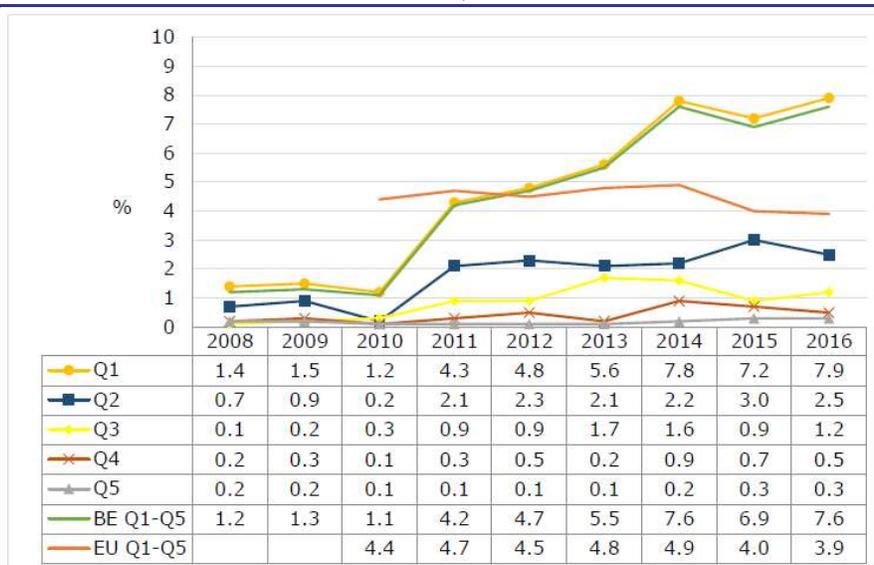
**Figure 22 : Report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus par pays, 2015**



% reporting unmet medical need, 2015  
 Source : OCDE (2017)

**Figure 23 : Report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus, 2015**

Source : OCDE (2017)

**Figure 24 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le niveau de revenus, 2008-2016**

Source : Buffel et Nicaise (2018)

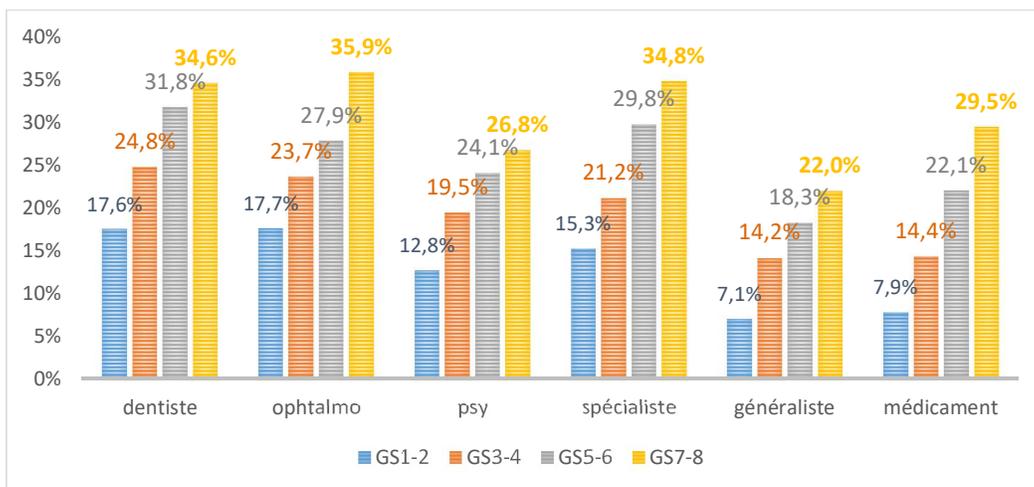
Nous pouvons compléter ces résultats avec la grande enquête annuelle sur la confiance et le bien-être des Belges que Solidaritis réalise depuis 2015. Nous interrogeons ainsi chaque année en septembre 1.000 Belges à Bruxelles et en Wallonie, sur plus de 200 items dont une série de questions sont consacrées au report de soins de santé pour des raisons financières.

Les derniers résultats<sup>94</sup> montrent des inégalités en matière d'accès aux soins entre les groupes de populations les plus fragiles et les plus nantis<sup>95</sup> sans équivoque. Au minimum et pour tous les types de soins, ils sont deux fois plus nombreux à avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières que le groupe social le plus élevé. Pour l'achat de médicaments, c'est presque 4 fois plus.

<sup>94</sup> Institut Solidaritis (2019b), sections tirées du rapport.

<sup>95</sup> Les groupes sociaux sont calculés sur base de la structure du ménage, de la profession et du niveau d'étude. Chaque groupe social divise la population de manière équivalente. Donc, le GS1-2 (niveau social le plus élevé) représente 25% de la population tout comme chacun des trois autres groupes.

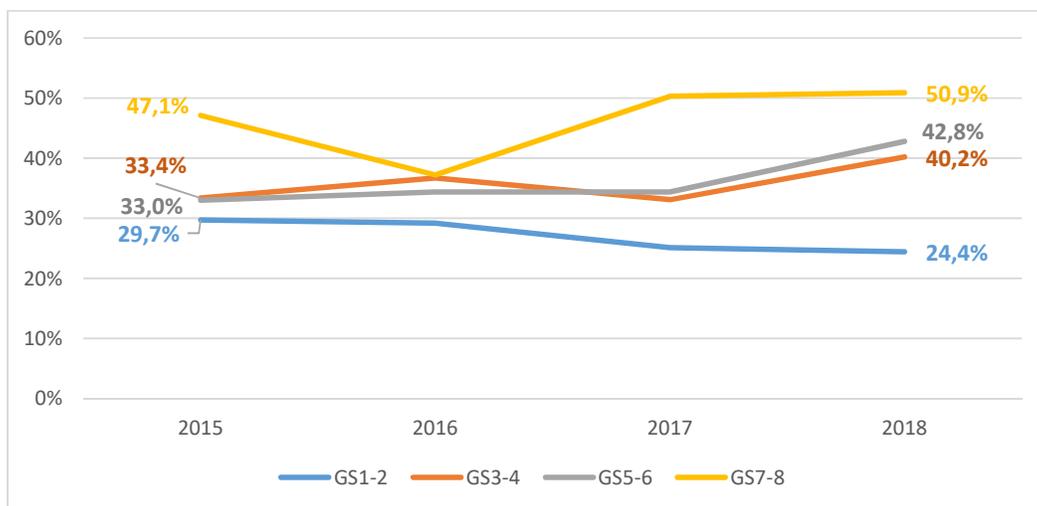
**Figure 25 : Report de soins pour raisons financières selon le groupe social, 2018**



Source : Institut Solidaris (2019b)

Un autre enseignement interpellant révèle que la classe moyenne ne résiste plus au manque de moyens financiers pour se soigner lorsqu'on croise les résultats avec le groupe social des individus. Jusqu'à 2016, le report de soins concernait principalement les personnes appartenant aux groupes socio-économiques les plus bas mais la donne a totalement changé ces dernières années (bien que le report de soins continuent d'augmenter également parmi les groupes sociaux les plus bas). Les classes moyennes sont également de plus en plus confrontées au report de soins alors que la situation n'a pas évolué parmi les catégories de populations les plus riches. Cela concerne également plus les familles monoparentales où 60% d'entre elles déclarent devoir reporter des soins pour raisons financières (elles étaient 49% en 2015).

**Figure 26 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le groupe social, 2015 - 2018**

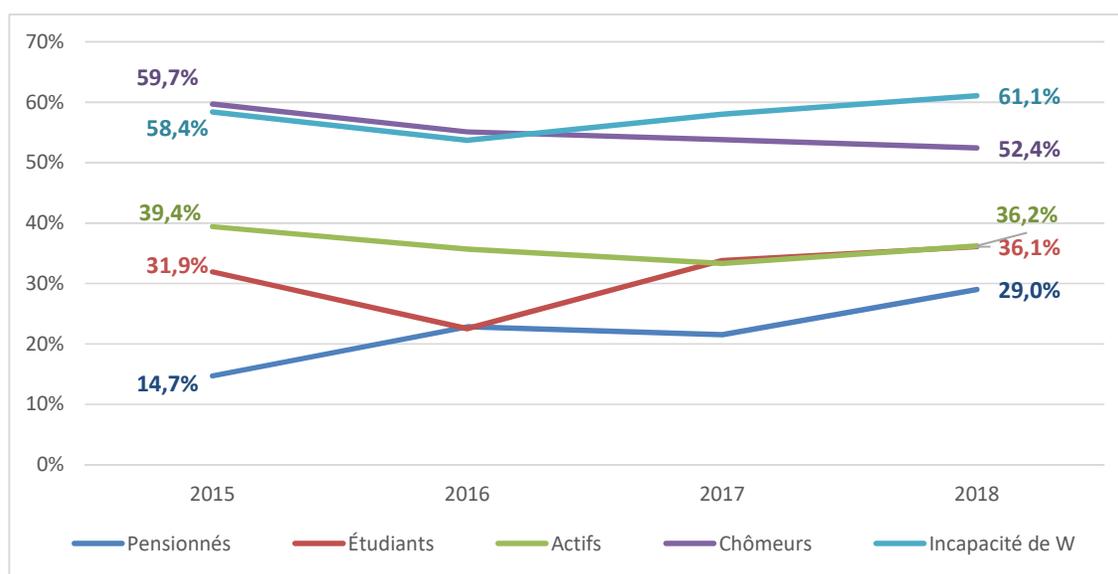


Source : Institut Solidaris (2019b)

Paradoxe renversant, les personnes en incapacité de travail sont les plus touchées par le report de soins alors que c'est ceux qui en ont le plus besoin puisqu'ils sont par définition malades (Figure 27). Alors que la pression s'intensifie toujours plus sous cette dernière législature pour limiter les arrêts de travail, on ne leur donne pas la capacité/les moyens de se soigner correctement : 42% de ces personnes malades ont dû renoncer à une visite chez un spécialiste, 32% à acheter un médicament prescrit et 28% à consulter le généraliste. Les personnes sans emploi sont aussi plus fortement touchées que les actifs, les étudiants ou les pensionnés.

En terme d'évolution, tous les profils ont vu la part de gens qui reportent des soins augmenter sauf parmi les chômeurs. Sur ce point précis, n'oublions pas la limitation dans le temps des allocations de chômage intervenue en 2015. Cette disposition a exclu et continue d'exclure des personnes vraisemblablement les plus précaires de ce profil. Alors qu'ils sont jusqu'à présent les moins impactés, la plus forte évolution touche les pensionnés. La situation des personnes en incapacité ne s'améliore pas avec le temps, +2,7 points en 4 ans. Parmi eux, 61% ont reporté au moins un soin en 2018 c'est 25 points en plus que les actifs.

**Figure 27 : Evolution du report de soins pour raisons financières selon le statut d'activité, 2015 - 2018**



Source : Institut Solidaris (2019b)

On constate donc que les inégalités sociales pèsent de plus en plus lourd dans l'accessibilité aux soins de santé.

Le même constat est dressé dans le dernier rapport du KCE<sup>96</sup> concernant la performance du système de soins de santé qui souligne des inégalités socio-économiques importantes et en hausse dans notre pays. Les groupes de populations les plus défavorisés<sup>97</sup> rapportent davantage de besoins non satisfaits pour des raisons financières au niveau de soins médicaux et dentaires et ce malgré les mesures

<sup>96</sup> KCE (2019).

<sup>97</sup> Le faible niveau socio-économique étant approché de différentes manières dans le rapport : via un niveau d'instruction bas, un faible revenu ou encore le fait de bénéficier de l'intervention majorée de l'assurance maladie (statut BIM).

existantes visant à améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. Les résultats de l'Enquête européenne des revenus et des conditions de vie (EU-SILC) montrent qu'en 2017, la fréquence des besoins non satisfaits est 4 fois supérieure au sein de la population ayant un faible niveau d'instruction en comparaison au niveau le plus élevé. Les résultats de l'analyse basée sur les quintiles de revenus sont encore plus importants : la proportion de personnes rapportant des besoins de soins médicaux non satisfaits étant près de 7 fois plus élevée dans le quintile de revenus le plus faible par rapport au plus élevé et 10 fois plus élevée en ce qui concerne les besoins non satisfaits au niveau des soins dentaires.

### 3.5.2 Difficulté financière à intégrer les dépenses de soins de santé dans le budget

Ici aussi on note un gradient social marqué : 3,8 fois plus de personnes déclarent avoir des difficultés financières à intégrer leurs frais de soins de santé dans le budget familial (Tableau 28). En 2013, cela concerne la moitié des personnes issues des catégories sociales les plus précarisées contre 13,3% parmi celles en haut de l'échelle sociale. Ce ratio était de 3,3 en 2004.

**Tableau 28 : Evolution de la difficulté financière à intégrer les soins de santé dans le budget (standardisée pour l'âge et le sexe) selon le niveau d'éducation, 2004-2013**

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2008
Primaire	52,3	55,8	50,7	1,0
Secondaire inférieur	41,1	52,8	36,6	0,9
Secondaire supérieur	31,1	35,9	26,1	0,8
Supérieur	15,9	19,6	13,3	0,8
Primaire vs Supérieur	3,3	2,8	2,8	1,2

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

### 3.6 Le vécu des personnes en situation de pauvreté et leur rapport à la santé

Dans le cadre de rencontres avec le terrain que la Mutualité organise, une rencontre a été récemment organisée avec Christine Mahy, Secrétaire générale du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Cette rencontre était consacrée au vécu des personnes en situation de pauvreté par rapport au thème de la santé.

En préambule à son intervention, Christine Mahy est revenue sur la nécessité de renouer avec l'esprit solidaire : tout le monde doit pouvoir être dans des conditions d'existence suffisantes et il faut améliorer ces conditions notamment via la santé des personnes. Pour ce faire, il est important de dialoguer et

d'intégrer les personnes concernées par la précarité, la pauvreté et l'exclusion dans les réflexions car ces dernières possèdent une expertise, un autre regard sur la société et les solutions à mettre en place. Ceci doit se faire tant au niveau citoyen qu'au niveau politique car actuellement il existe un rapport de force entre ceux qui subissent et ceux qui décident, ces derniers ayant entre eux les mêmes référents sociaux et culturels et occupant significativement et symboliquement les lieux de paroles et d'actions.

Tout au long de son exposé, Christine Mahy est revenue sur différents domaines et plusieurs problématiques auxquelles sont confrontées les personnes en situation de pauvreté/d'exclusion, tout en remettant ces éléments dans leur contexte. Ces personnes vivent dans le trop peu de tout (cf. la grande pauvreté et la pauvreté durable), vivent mal et dans le stress, la privation et la déprivation matérielle ; elles qui ne connaissent plus l'aisance et l'épargne et sont angoissées par le flux tendu permanent. Or, ces personnes ont également droit à l'aisance – c'est-à-dire à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique – car « *c'est la sécurité d'existence dans le court et le long terme, c'est la capacité de ne pas sombrer au moindre coup dur et de pouvoir se projeter dans un projet d'avenir à sa dimension. Rien à voir avec le luxe et le consumérisme, mais tout à voir avec le droit à la sérénité le plus souvent inconnue par les personnes et ménages qui se battent contre la pauvreté au quotidien.* »<sup>98</sup>

### 3.6.1 Un rapport à la santé ambivalent et particulier

Pour un grand nombre de personnes en situation de pauvreté, la santé passe après bien d'autres choses à caractère vital (qui auront d'ailleurs un impact sur la santé) : savoir comment manger tous les jours ; avoir du chauffage tous les mois ; payer la facture d'eau, le bus pour que les enfants puissent aller à l'école ; etc.

La santé passera donc après tout le reste sauf si elle s'impose en premier tant l'état de santé devient dramatique (maladie, dépression avec effet sur la santé mentale des membres de la famille, addictions...), ceci étant surtout vrai parmi les adultes car ils se sacrifient (surtout les femmes) pour que leurs enfants aient accès à la santé.

Paradoxalement, si la santé passe bien souvent au second plan, les gens en situation de pauvreté parlent tout le temps de santé. Ils se sentent en mauvaise santé et sont conscients que leur alimentation n'est pas bonne pour leur santé, que leur logement est insalubre, etc. Le fait d'être tout le temps dans l'angoisse ou « dans le trop peu de tout » engendre stress, malaise, angoisses, maux de tête, ne pas avoir envie de se lever, etc. A cela s'ajoute également qu'ils doivent faire face à des dettes, surtout pour les biens de première nécessité tels que l'eau, l'énergie, la mobilité ou encore la santé.

### 3.6.2 Recours au système de santé

Le recours au médecin généraliste et aux autres acteurs de la santé dépend de la relation de confiance qui aura pu être établie. Par exemple, les maisons médicales jouent un rôle facilitateur à cet égard et représentent une première ligne majeure et importante au vu de l'ensemble d'acteurs qui peuvent être disponibles au sein de la maison médicale (médecin, infirmier, kinésithérapeute, assistant social, etc.).

Chez les spécialistes, le problème lié au fait de devoir avancer l'argent se pose particulièrement car il constitue un des freins majeurs dans l'accès à la santé. A cela s'ajoute le problème que dans certains hôpitaux, il est à présent seulement possible de payer anticipativement et par carte bancaire. Le

---

<sup>98</sup> RWLP (2019).

préfinancement des soins est assassin pour une grande majorité des familles. Il faut en ce sens généraliser le tiers payant et continuer de se battre contre la pratique de suppléments d'honoraires.

Certains iront d'abord aux urgences car ils évaluent tout de suite la situation de manière plus dramatique : la représentation de ce qui arrive prend des proportions importantes vu le contexte. La situation de fragilité grossit tout événement et c'est d'autant plus le cas lorsqu'il s'agit des enfants qui doivent être protégés au maximum car les personnes « n'ont plus que ça » et attachent d'autant plus de la valeur au fait d'avoir un enfant car cela les renvoie à la notion de : « qu'est-ce que je suis encore comme être humain » ; « qu'est-ce qu'il me reste d'autre que d'avoir un enfant », etc.

Au niveau des traitement médicamenteux, certains font de l'automédication permanente, avec la culpabilité que cela peut engendrer.

### 3.6.3 Emotions versus rationalité

Souvent, on n'autorise pas les gens en pauvreté à avoir des émotions. On leur demande d'avoir un esprit rationnel (cf. bien compter, être en ordre au niveau administratif, etc.) et que tout le reste soit accessoire mais n'importe quel être humain ne fonctionne pas comme ça : « chacun est pétri d'émotions, de désirs, de défauts, de limites, de forces, etc. ».

Les personnes en situation de pauvreté doivent ainsi faire face à une violence terrible de la part de l'ensemble des institutions dont le discours est : « soyez en ordre et tout le reste est en défaut ». Dans tous les domaines, il y a un glissement vers le rationnel pour aller vite, être efficace, être le moins cher possible et faire de la place pour le suivant le plus rapidement possible.

Le monde de la santé n'y échappe pas : on inscrit de la rationalité, on priorise, on ne laisse plus le temps aux gens de « déposer leur paquet » et on voudrait qu'ils sachent déjà de quoi ils veulent parler, qu'ils aient déjà les solutions à leurs problèmes alors que les gens vont chez le médecin ou s'adressent à une institution parce qu'ils se sentent perdus et bien souvent ils déposent plus que ce pour quoi ils étaient venus à la base. Cette situation est d'autant plus injuste par rapport à la santé que c'est l'élément le plus important de la vie : on va mourir ou vivre plus longtemps, vivre dans de meilleures conditions à travers la santé que l'on a (alors qu'on est déjà pas égal à la base).

Il faut éviter que de telles pratiques contribuent à une défaillance du système car aujourd'hui, on a tout intérêt à naître en bonne santé, être robuste, etc. car il est évident que la situation est toute autre lorsqu'on n'a pas la chance d'être bien « entretenu » toute sa vie, d'entretenir des bonnes relations, ... La santé doit être abordée comme un élément central et qui tient compte des ressources nécessaires.

### 3.6.4 Intelligence de survie versus culpabilisation

Les personnes en situation de pauvreté doivent jongler avec des contradictions et les limites liées au « trop peu ». Elles seront toujours devant des choix impossibles où il n'y a pas de latitude car elles doivent veiller à ne pas sortir du « tout juste ». Or, c'est particulièrement difficile de supporter d'être toujours dans le tout juste car tout événement peut chambouler cet équilibre (cf. payer les factures, accident de la vie, événements particuliers, avoir un projet de vacances, etc.).

Les personnes font avec leurs moyens et sont culpabilisées pour cela. De nombreuses études mettent en évidence le lien entre précarité obésité et malbouffe : les personnes pauvres se tournent davantage vers des produits alimentaires tels que les sodas, les sucreries... car c'est la seule satisfaction – économiquement accessible – qui sert même parfois de cadeau aux enfants ; c'est le seul cadeau bon

marché qu'on peut se faire et bien moins cher qu'aller à la piscine ou au cinéma par exemple. A côté de cela, les autres qui s'alimentent aussi avec ces produits mais pas uniquement, ne sont pas culpabilisés de la sorte. Ces personnes font face à la violence d'être disqualifiées sur leur comportement. On ne verra pas leur intelligence de survie pour arriver à tenir et faire face à l'obligatoire, la créativité et l'énergie qu'ils déploient vu leur situation.

Les règles de conditionnalité (par exemple, les personnes ont droit uniquement à un colis alimentaire provenant d'un seul endroit alors qu'il n'y a pas de quoi faire un repas complet dans le colis) entretiennent la gestion de la pauvreté parmi ceux qui n'arrivent pas à s'auto-alimenter. Plus grave encore, on leur fait passer le message « vous mangez mal » alors que c'est un problème de société : c'est la société qui a renoncé à ce que les gens soient autonomes et qu'ils aient assez d'argent pour bien manger, qui ne garantit plus l'accès à un travail, à un logement décent, etc. On organise un circuit parallèle et on les éduque à bien manger. Eduquer à bien manger est intéressant pour tout le monde, quel que soit le niveau socio-économique et pas seulement pour ce public fragile et captif ; il ne faut pas uniquement s'adresser à ceux qui sont déjà soumis pour des questions financières. Organiser ce genre d'atelier, comme par exemple ceux pour apprendre à épargner alors que la famille gagne tellement peu, apprendre à économiser l'énergie, etc., est particulièrement violent avec comme résultat que les gens retournent la violence contre eux, se sentent coupables et se disent qu'ils devraient effectivement faire autrement...

Les acteurs doivent réfléchir à ce qu'ils font car bien souvent leurs actions entraînent de la violence et la disqualification des personnes en situation de pauvreté sur leur manière de faire. Ces actions ajoutent également des couches dans la responsabilité de la pauvreté individuelle et ont pour message « on va les éduquer » plutôt que d'agir d'abord sur les revenus, le logement, l'eau, l'accès à la santé, la mobilité ou encore l'enseignement.

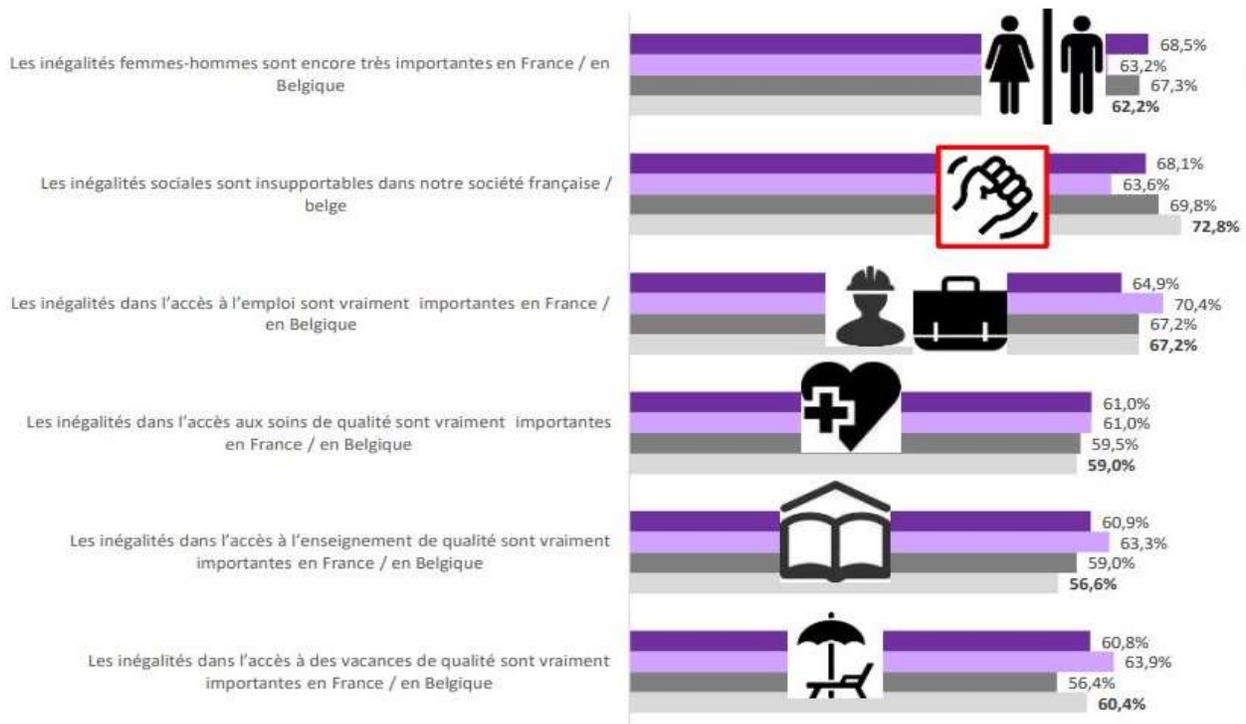
### 3.7 La perception de la population sur les inégalités sociales

Chaque année, l'Enquête Confiance et Bien-être réalisée par Solidaris auprès des francophones revient sur la perception des inégalités présentes dans notre société. D'une manière générale, les Belges jugent notre société très inégalitaire et qu'elle le devient de plus en plus au cours du temps (Figure 28). En 2018, 68% des Belges déclarent ainsi que les inégalités sont insupportables dans notre société. Ils sont 61% à trouver que les inégalités dans l'accès aux soins de qualité sont importantes dans notre pays. L'enquête met également en évidence que notre société lie trop exclusivement bien-être et productivité, niant l'objectif social du bien-être pour tous et laissant sur le côté les personnes qui ne sont pas en capacité de production dont les malades, les chômeurs, les pensionnés, etc.

**Figure 28 : Evolution de la perception des inégalités sociales par la population, 2015-2018**

Le sentiment d'une équité de traitement de tous les citoyens/  
Le respect de ses droits

Rapport à la société / citoyenneté / Image des autres



Source : Insitut Solidaris (2019a)

## 4. QUELLE EST L'AMPLEUR DES ISS ? : UNE ANALYSE SUR BASE DES DONNEES SOLIDARIS

Dans ce chapitre, nous explicitons tout d'abord la méthodologie utilisée pour mesurer les inégalités sociales de santé dans notre pays. Nous présentons ensuite les résultats issus d'une analyse approfondie de la question sur base des données de Solidarism qui nous permettent de mettre en évidence l'ampleur des ISS au sein de la population belge.

### 4.1. Données et méthodologie

Pour mesurer l'impact des inégalités sociales sur la santé, la première étape consiste à répartir nos affiliés sur une échelle de stratification sociale construite sur base des revenus fiscaux déclarés au niveau des quartiers statistiques<sup>99</sup>. Si nous ne disposons pas de données sur les revenus dans les données mutualistes, celles-ci ont pu être recueillies en exploitant les statistiques fiscales du Service Public Fédéral (SPF Economie)<sup>100</sup>. Les données fiscales concernent le revenu total net imposable du ménage : il se compose de tous les revenus nets (revenus issus des biens immobiliers, revenus et recettes de capitaux et de biens mobiliers, revenus professionnels et revenus divers), moins les dépenses déductibles<sup>101</sup>.

Pour chaque quartier statistique, on dispose d'une information relative au niveau des revenus de ses habitants<sup>102</sup>. On peut donc attribuer un revenu fiscal à chaque affilié en fonction de son adresse et du quartier statistique dans lequel il habite afin de déterminer son groupe social (soit où il se trouve sur l'échelle de revenus)<sup>103</sup>. Notons qu'il s'agit du revenu médian observé dans le quartier statistique, c'est-à-dire le montant du revenu fiscal qui partage la série d'observations (les déclarations fiscales) en deux parts égales, les déclarations étant classées par ordre croissant de revenus. L'utilisation du revenu médian, plutôt que le revenu moyen, a l'avantage de ne pas être influencé par les valeurs extrêmes et représente donc une donnée plus fiable lorsqu'on s'intéresse à un indicateur de revenus. Par ailleurs, le fait de travailler par quartier statistique permet également de tenir compte d'autres dimensions que celle financière dans la mesure où le quartier statistique représente généralement une uniformité des conditions de vie (urbanisme, accès et proximité aux services, etc.).

Après avoir « collé » le revenu médian du quartier statistique de résidence à chaque affilié, nous pouvons séparer la population totale selon le niveau de revenus. Nous avons choisi de stratifier la population en huit sous-populations (suivant les quantiles statistiques). On obtient ainsi notre population d'affiliés classée sur une échelle de stratification sociale. La première sous-population reprend 5% des affiliés Solidarism (156.705 personnes) vivant dans les quartiers statistiques les plus précarisés tandis que la dernière sous-population reprend 5% des affiliés Solidarism (157.895 personnes) vivant dans les quartiers les plus nantis (Tableau 29).

---

<sup>99</sup> Le quartier statistique (ou le secteur statistique) est la plus petite unité territoriale de base du territoire belge – de la taille d'un quartier comme son nom l'indique – pour laquelle les statistiques sont collectées par le Service Public Fédéral (SPF) Economie. L'ensemble du territoire belge est ainsi découpé en 20.000 quartiers statistiques.

<sup>100</sup> <https://data.gov.be/fr/dataset/9bb534c2ff438fa88d66396dc8eaae4cc8c8b282>.

<sup>101</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#documents>.

<sup>102</sup> Uniquement sur base des habitants qui ont rempli une déclaration fiscale.

<sup>103</sup> Le fait d'attribuer le niveau de revenus du quartier à tous ces résidents peut masquer une hétérogénéité au sein du quartier dans le cas où on observerait de grands écarts de revenus entre habitants au sein même d'un quartier. Cette méthode peut donc lisser les revenus et par conséquent, ne pas classer correctement certains affiliés selon l'échelle sociale, ce qui in fine reviendrait à sous-estimer les disparités de richesses entre les personnes et pourrait aboutir à une sous-estimation des ISS. Les résultats au niveau du profil socio-économique nous confortent cependant dans les hypothèses de travail établies ici.

**Tableau 29 : Classement des affiliés selon la hiérarchie sociale**

Stratification sociale	% Population	Nb observations
Du revenu le plus faible au revenu le plus élevé	5%	156.705
	5%	157.958
	15%	474.040
	25%	789.363
	25%	789.705
	15%	473.507
	5%	157.789
	5%	157.895
	<b>100%</b>	<b>3.156.962</b>

Source : Solidaris (2016)

Ensuite, en s'appuyant sur les données administratives et de remboursement des soins de santé (au niveau de l'assurance obligatoire) de 2016 pour les 3.156.962 affiliés de Solidaris<sup>104</sup> dont l'adresse du lieu de résidence est connue, nous pouvons calculer pour la population totale et au sein des différentes sous-populations, un ensemble d'indicateurs recouvrant différentes dimensions illustrant l'impact des inégalités sociales sur la santé. Ces différentes dimensions sont :

- Le profil socio-démographique ;
- La mortalité ;
- La morbidité et l'état de santé ;
- Le recours aux soins et la consommation de soins ;
- Et enfin le recours à la prévention.

Afin de tenir compte des différences liées à la structure de population entre les groupes (au niveau de l'âge, du sexe ou encore de la région) et les effets qui y seraient imputables, nous présentons les résultats sous forme d'indices standardisés. La méthode de standardisation utilisée est la standardisation indirecte.

Cette méthodologie présente plusieurs avantages pour l'analyse des inégalités sociales de santé :

- Tout d'abord, elle permet de mesurer le niveau socio-économique de l'ensemble de notre population affiliée (salariés et indépendants) de manière beaucoup plus fine qu'au travers des données administratives dont nous disposons (le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) / bénéficiaire ordinaire (BO) et les informations disponibles sur les bons de cotisation).
- A partir de là, on peut décliner tous nos indicateurs selon un gradient social et mesurer le lien entre les inégalités sociales et les différentes dimensions de la santé : mortalité, état de santé, prévention et recours aux soins. A ce stade, on a déjà produit une cinquantaine d'indicateurs.

<sup>104</sup> Notons que certains affiliés (environ 4%) ont dû être exclus de l'étude car on ne disposait pas de suffisamment de données pour pouvoir les classer sur l'échelle sociale, soit parce que leur adresse ne nous permettait pas d'attribuer le secteur statistique correspondant, soit parce que le revenu médian du quartier statistique n'était pas disponible (soit les secteurs statistiques où moins de 20 déclarations fiscales ont été remplies).

Nous ne présentons ici qu'une sélection de certains indicateurs qui témoignent de l'ampleur des inégalités sociales de santé au sein de notre population.

- Enfin, on dispose d'une analyse quantitative du lien entre inégalités sociales et inégalités de santé basée sur des données d'enregistrement qui sont exhaustives, objectives et contrôlées, dans un domaine où les analyses sont essentiellement qualitatives, sur base d'enquêtes avec les biais de subjectivité que cela comporte.

## 4.2 Des inégalités marquées au niveau du profil socio-économique

Avant toute chose, il nous semble important de revenir brièvement sur quelques indicateurs socio-démographiques qui permettent déjà de caractériser les huit différents sous-groupes de populations.

Si la proportion de femmes apparaît la même quel que soit le groupe social (et est de l'ordre de 50%), tous les autres indicateurs varient sensiblement (Tableau 30) :

- Les plus précarisés sont, en moyenne, plus jeunes (35 ans) et l'âge augmente au fur et à mesure que l'on grimpe dans l'échelle sociale pour atteindre 42 ans dans le groupe social le plus élevé.
- Les deux autres indicateurs donnant une information sur la situation socio-économique des affiliés, à savoir le fait d'être bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) ou chômeur de longue durée (c'est-à-dire de plus d'un an) montre logiquement une proportion plus élevée parmi les groupes situés en bas de l'échelle sociale. Sans surprise, la proportion de BIM est de 62% parmi les précarisés<sup>105</sup> et elle diminue à chaque niveau de la hiérarchie sociale pour atteindre 9%. En d'autres mots, la proportion de BIM est 7 fois supérieure parmi les précarisés par rapport aux nantis. Cet écart persiste lorsqu'on corrige pour les différences liées à la structure de la population (âge, sexe et région) : le taux standardisé reste 4 fois supérieur parmi les précarisés. De même, on compte 25% de chômeurs de longue durée en plus parmi les précarisés lorsqu'on les compare aux nantis. Cet écart monte même à 2 lorsqu'on tient compte des différences au niveau de la structure de ces deux sous-groupes de population.

Notons que nous avons déjà mis en évidence que le profil des BIM est caractérisé par un moins bon état de santé<sup>106</sup> avec des taux de maladies chroniques et des taux de mortalité nettement plus élevés, davantage d'hospitalisations et pour des durées de séjour plus longues<sup>107</sup>. De même, il existe un lien important entre chômage et santé comme en atteste la revue de la littérature et les données de l'INAMI qui montrent une augmentation continue des entrées en incapacité de travail des chômeurs sur la période 2009-2014 et que les chômeurs restent en incapacité plus longtemps car ils souffrent plus de troubles psychiques, dont les délais de guérison sont souvent longs, qui s'expliquent entre autres par la perte de leur travail, leurs recherches d'emploi infructueuses ou encore la dégressivité des allocations de chômage qui constitue également un facteur de stress<sup>108</sup>.

---

<sup>105</sup> On aurait pu s'attendre à un pourcentage de BIM plus élevé parmi les quartiers précarisés mais la différence peut en partie s'expliquer par le non recours au droit, comme nous l'avons montré dans une étude consacrée à cette thématique.

<sup>106</sup> Soulignons que ce n'est pas le fait d'être BIM en tant que tel qui peut expliquer l'état de santé ou la consommation de soins mais c'est lié aux raisons pour lesquelles l'affilié se voit octroyer le statut BIM (cf. bénéficiaires de la GRAPA, personnes ayant un handicap, invalides, etc.).

<sup>107</sup> Laasman et al. (2014a).

<sup>108</sup> Paneels (2016).

**Tableau 30 : Profil socio-démographique des affiliés selon leur groupe social**

Stratification sociale	% Population	Age moyen	% Femmes	% BIM	% Chômeurs longue durée
Du revenu le plus faible au revenu le plus élevé	5%	35	50%	62%	10%
	5%	36	51%	54%	12%
	15%	39	52%	40%	14%
	25%	40	52%	29%	12%
	25%	41	51%	20%	11%
	15%	41	51%	15%	10%
	5%	42	51%	11%	9%
	5%	42	51%	9%	8%
	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>51%</b>	<b>27%</b>	<b>11%</b>

Source : Solidaris (2016)

Nos chiffres témoignent clairement des inégalités socio-économiques existantes entre les différents groupes de populations. Il reste encore à évaluer dans quelle mesure ces inégalités sociales se traduisent en écarts de santé, bien qu'il est à souligner que nous n'étudions pas ici le lien de causalité à effet, les problèmes de santé pouvant à leur tour être responsables d'inégalités sociales.

### 4.3 Impact des inégalités sociales sur la santé

Dans cette section, nous mesurons l'impact des inégalités sociales sur la santé des Belges, celle-ci étant appréhendée de manière large et sous différentes dimensions : la mortalité, l'état de santé physique via la prévalence de maladies chroniques, l'état de santé mentale via l'admission dans un hôpital ou un service psychiatrique, les comportements préventifs en évaluant le recours aux dépistages (cancer du sein et du col de l'utérus ainsi que les grossesses parmi les mères adolescentes) et enfin, la consommation de soins de santé via les hospitalisations.

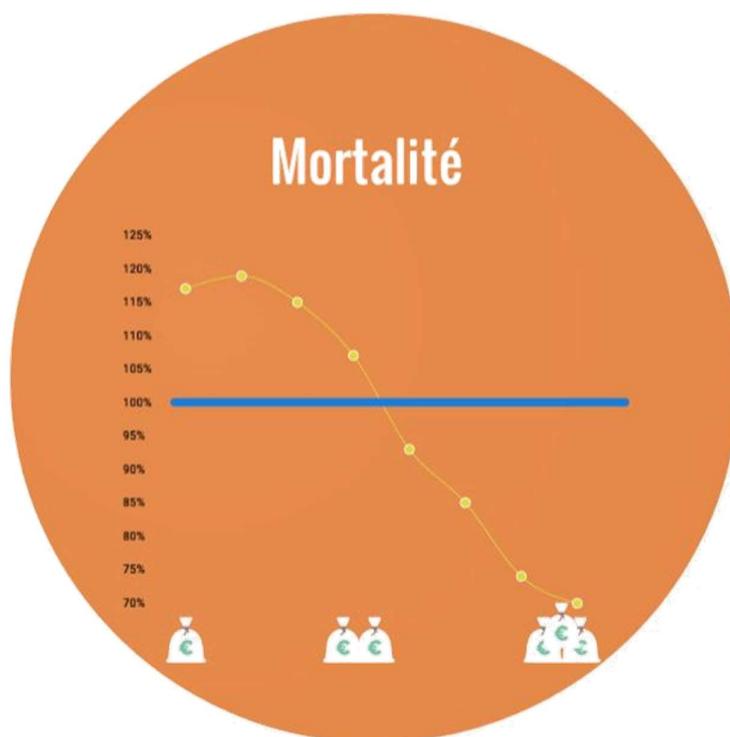
#### 4.3.1 Mortalité

##### a) Mortalité au sein de la population totale

Un des indicateurs souvent utilisé pour mesurer les inégalités de santé est celui relatif à la mortalité. Nous calculons dans un premier temps le taux de mortalité sur l'ensemble de la population et standardisons cet indicateur pour tenir compte de l'âge, du sexe et de la région.

Les résultats, présentés sous forme d'indices, montrent que le taux de mortalité diminue globalement avec le niveau de revenus (Figure 29). La classe sociale la plus basse a une mortalité attendue de 18% supérieure à ce qu'on observe en moyenne au niveau de la population (fixé à 100%) alors que ce taux est de 29% inférieur pour la classe sociale la plus élevée. La probabilité de décéder est donc sensiblement plus importante parmi les plus précarisés et elle diminue de façon linéaire tout au long de l'échelle sociale, soit au fur et à mesure que le niveau de revenus augmente.

Figure 29 : Taux de mortalité par classe sociale, 2016

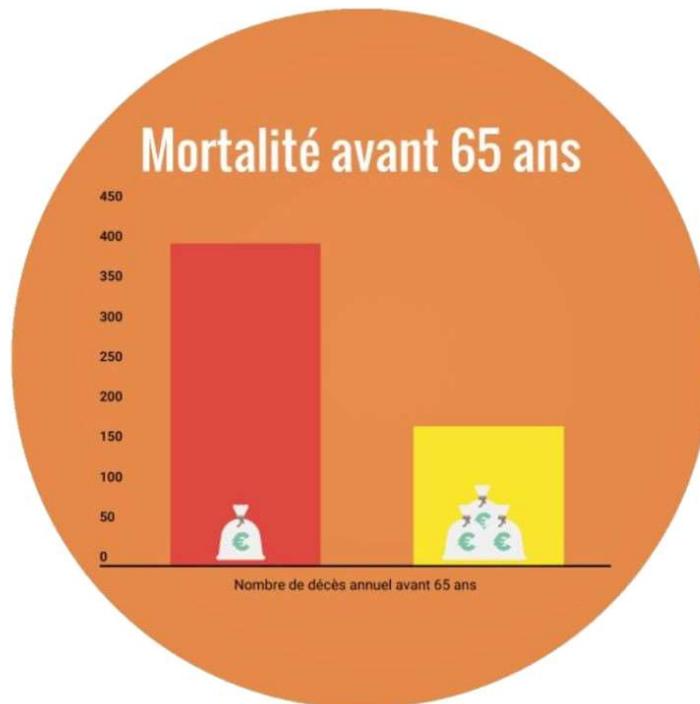


Source : Solidaris (2016)

#### b) Mortalité au sein de la population âgée de moins de 65 ans

La surmortalité au bas de l'échelle sociale est encore plus marquée lorsqu'on analyse la situation avant l'âge symbolique de la pension en 2016. Si on analyse cet indicateur pour les deux sous-groupes de populations situés aux extrêmes de l'échelle sociale, il ressort que le nombre de décès avant la pension est largement supérieur parmi les plus précarisés. Sur base des taux de mortalité standardisés en 2016, on estime ainsi pour une population de 150.000 personnes qu'il y a 402 décès parmi les personnes précarisées contre 174 décès parmi les plus aisés (Figure 30), c'est 2,3 fois plus. En d'autres mots, on recense 228 décès supplémentaires pour 150.000 affiliés avant l'âge de la pension parmi les plus précarisés.

**Figure 30 : Nombre de décès avant l'âge de 65 ans parmi les précarisés et les nantis, 2016**



Source : Solidaris (2016)

### 4.3.2 Etat de santé

#### a) Situation de handicap

Le concept de handicap recouvre différentes dimensions : il peut être lié à un problème de déficience physique, mentale ou sensorielle, une maladie grave et invalidante, un accident, etc. Ces disparités de santé constituent à leur tour des inégalités sociales<sup>109</sup>.

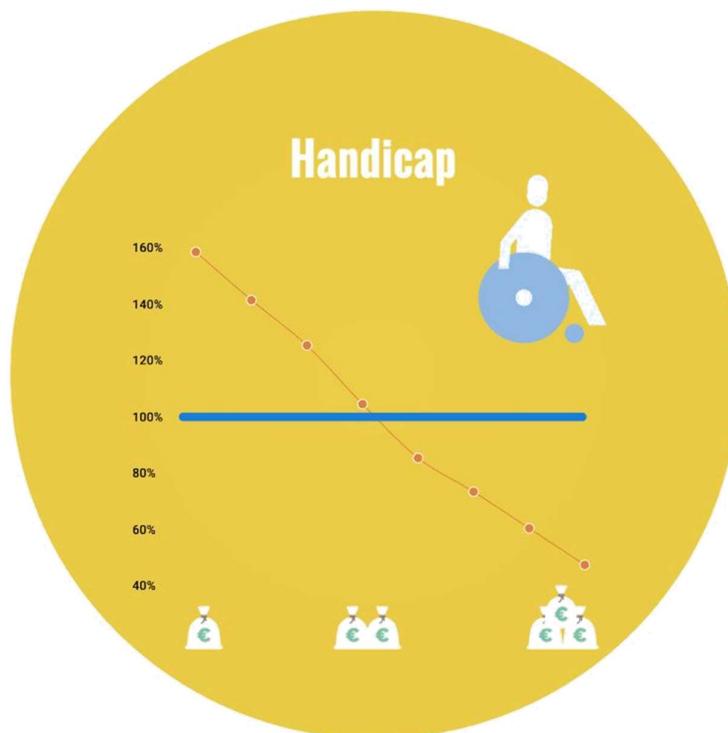
Nous avons donc calculé la proportion de personnes en situation de handicap<sup>110</sup> pour chaque groupe social et à tous les âges de la vie. Nos résultats sont sans appel et démontrent un lien fort entre la présence de handicap et le niveau social : le pourcentage de personnes en situation de handicap d'un groupe social est systématiquement plus élevé que celui observé dans le groupe social supérieur. Si on standardise pour l'âge, le sexe et la région, on constate qu'il y a 3,2 fois plus de personnes en situation de handicap parmi les précarisés par rapport aux nantis. On retrouve ainsi 61% de personnes en situation de handicap en plus dans les quartiers défavorisés en comparaison à la population moyenne (fixé à 100%) alors qu'elles sont moitié moins nombreuses (50%) dans les quartiers les plus nantis (Figure 31). On estime ainsi, sur base des taux standardisés pour l'âge, le sexe et la région,

<sup>109</sup> Drulhe (2000).

<sup>110</sup> Le handicap est défini sur base de la perception dans l'année d'au moins 1 jour d'allocation pour personne handicapée ou au moins 1 jour d'allocation familiale majorée.

pour une population de 150.000 personnes, qu'il y a 10.143 personnes handicapées parmi les personnes précarisées contre 3.150 parmi les plus aisées.

**Figure 31 : Proportion de personnes en situation de handicap par classe sociale, 2016**

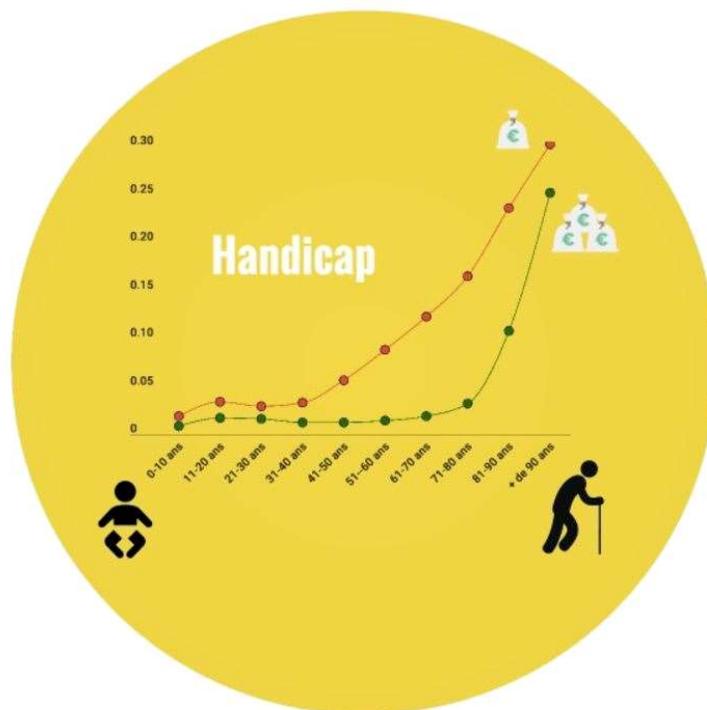


Source : Solidaris (2016)

La Figure 32 reprend cette proportion pour les deux groupes sociaux extrêmes mais cette fois tout au long de la vie (chaque boule du graphique reprenant une tranche d'âge de 10 ans, la ligne rouge étant celle pour le groupe social des plus précarisés et celle verte pour le groupe social des nantis).

Dès la naissance, le pourcentage de personnes en situation de handicap est déjà deux fois plus élevé parmi les précarisés : cela concerne 1,9% de personnes parmi eux *versus* 0,9% parmi les nantis. Cet écart se creuse nettement avec les années jusqu'à l'âge de 60 ans environ pour finalement se rapprocher au-delà de cet âge (Figure 32). Il apparaît donc que les problèmes de santé se cumulent tout au long de la vie jusqu'à un âge avancé où les personnes, malgré les différences sociales, deviennent de plus en plus égales face à la maladie.

**Figure 32 : Proportion de personnes en situation de handicap tout au long de la vie parmi les précarisés et les nantis, 2016**



Source : Solidaris (2016)

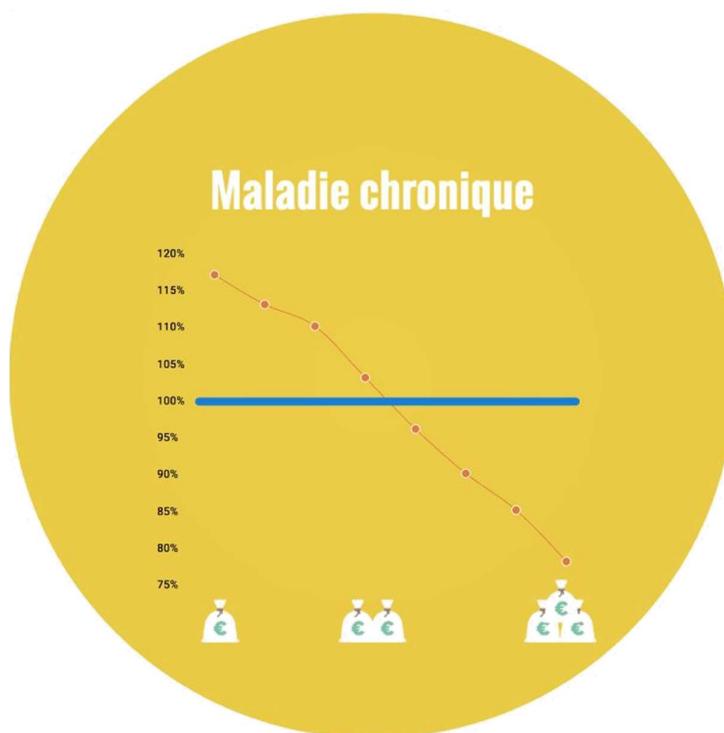
#### b) Maladies chroniques

La prévalence de maladies chroniques permet d'évaluer une série de problèmes de santé (parmi lesquels les plus répandus sont les problèmes au niveau du bas du dos, l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'arthrite, la migraine, la dépression, etc.).

Il s'agit ici d'une information basée sur les données mutualistes à partir du forfait malade chronique<sup>111</sup>, que l'on standardise pour l'âge, le sexe et la région. Il y a bien plus de malades chroniques parmi les personnes les plus précarisés, soit 18% de plus en comparaison à l'ensemble de la population (indice fixé à 100%) (Figure 33). A l'inverse, ils sont 21% en moins parmi les personnes les plus favorisées. D'une manière générale, il existe un gradient social de santé marqué dans la prévalence des maladies chroniques.

<sup>111</sup> Les malades chroniques reprennent les personnes bénéficiaires du forfait incontinence (forfait B et C), du forfait infirmier (forfait B et C), du forfait kinésithérapie ou physiothérapie (pathologies lourdes E), d'allocations familiales majorées, d'une allocation d'intégration pour handicapés, d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne, d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité et celles hospitalisées (120 jours ou 6 hospitalisations pendant la période de référence).

**Figure 33 : Prévalence de maladie chronique par classe sociale, 2016**



Source : Solidaris (2016)

### c) Diabète

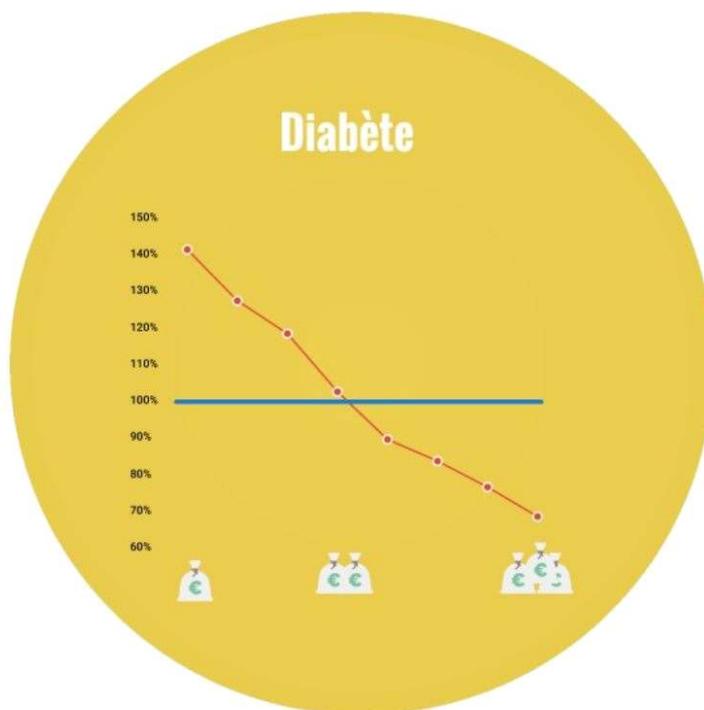
Parmi les maladies chroniques, l'information sur le diabète permet de rendre compte d'un problème de santé. Dans cette étude, nous analysons la prévalence du diabète (insulino-dépendant) en fonction du groupe social dans la mesure où cette maladie chronique s'explique par un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux.

La Figure 34 reprend l'indice de prévalence du diabète<sup>112</sup> pour chaque groupe social (soit les huit sous-groupes de populations symbolisés par un point rouge sur la figure, la moyenne de la population ayant été ramenée à 100% et étant symbolisée par la ligne bleue). La prévalence du diabète est clairement plus élevée dans le 1<sup>er</sup> groupe social et elle diminue de façon linéaire en fonction du revenu, témoignant de la sorte de l'existence d'un gradient social.

On estime ainsi qu'il y a 43% de personnes diabétiques en plus parmi les personnes précarisées par rapport à la moyenne de la population alors qu'à l'inverse, ils sont 30% en moins parmi les personnes nanties. En d'autres mots, il y a 2 fois plus de personnes souffrant de diabète parmi les précarisées en comparaison aux nanties.

<sup>112</sup> Cet indicateur est calculé à partir des médicaments de la classe ATC A10A (classification des médicaments selon une répartition anatomique, thérapeutique et chimique établie par l'OMS depuis 1987 et qui correspond au traitement du diabète par insuline). Il est également standardisé pour l'âge, le sexe et la région.

Figure 34 : Prévalence du diabète par classe sociale, 2016



Source : Solidaris (2016)

#### d) Bronchite chronique

Parmi les maladies chroniques, on retrouve la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), mieux connue sous le nom de « bronchite chronique », qui est une bronchite chronique couplée à une autre maladie respiratoire (l'emphysème) obstruant progressivement les bronches. Elle se caractérise par de l'essoufflement, une forte toux avec des expectorations et des maladies des voies respiratoires fréquentes. Fortement invalidante, cette maladie a un impact sur la vie quotidienne : les patients BPCO sont fragilisés sur le plan médical mais aussi sur le plan social, psychologique et économique. Ils sont ainsi 17% en âge de travailler à être en invalidité<sup>113</sup>. Cette maladie est, par ailleurs, très répandue : quelque 7% des affiliés de Solidaris de 40 ans et plus en souffrent.

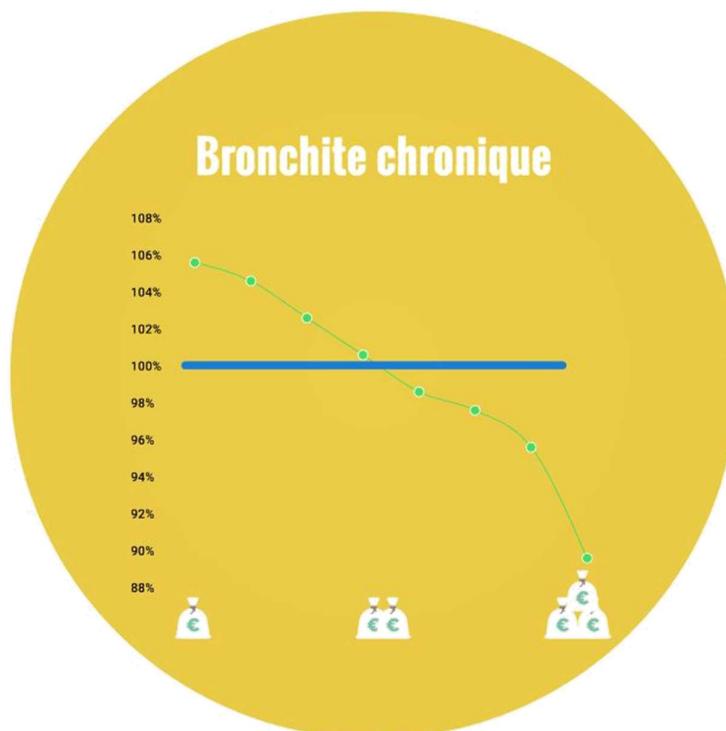
Parmi les facteurs de risque se trouvent notamment le tabagisme, une mauvaise qualité de l'air (en lien notamment avec les conditions de travail, de logement, de pollution urbaine), etc. qui peuvent être également mis en lien avec les conditions socio-économiques.

---

<sup>113</sup> Laasman et al. (2014).

Nous avons donc calculé la proportion de personnes souffrant de bronchite chronique (BPCO)<sup>114</sup> en tenant compte du niveau de revenus et standardisée pour l'âge, le sexe et la région. Lorsqu'on compare à la population moyenne, on retrouve 6% de personnes en plus souffrant de bronchite chronique parmi les personnes issues des milieux socio-économiques les plus défavorisés alors qu'il y en a 10% en moins parmi celles issues des quartiers les plus favorisés (Figure 35).

**Figure 35 : Prévalence de la bronchite chronique par classe sociale, 2016**



Source : Solidaris (2016)

### 4.3.3 Santé mentale

La santé mentale constituant une composante essentielle de la santé, nous nous intéressons à cette question en analysant trois indices :

- La consommation d'antidépresseurs ;
- La consommation d'antipsychotiques ;
- Le contact avec un psychiatre ;
- L'hospitalisation pour raison de santé mentale.

<sup>114</sup> Les patients souffrant de BPCO sont identifiés sur base de leur consommation de médicaments (codes ATC-R03), aussi utilisés pour l'asthme. Par ailleurs, nous n'avons retenu que les patients s'étant vus délivrer plus de 90 doses journalières sur l'année afin d'étudier uniquement les patients souffrant d'une forme sévère de BPCO.

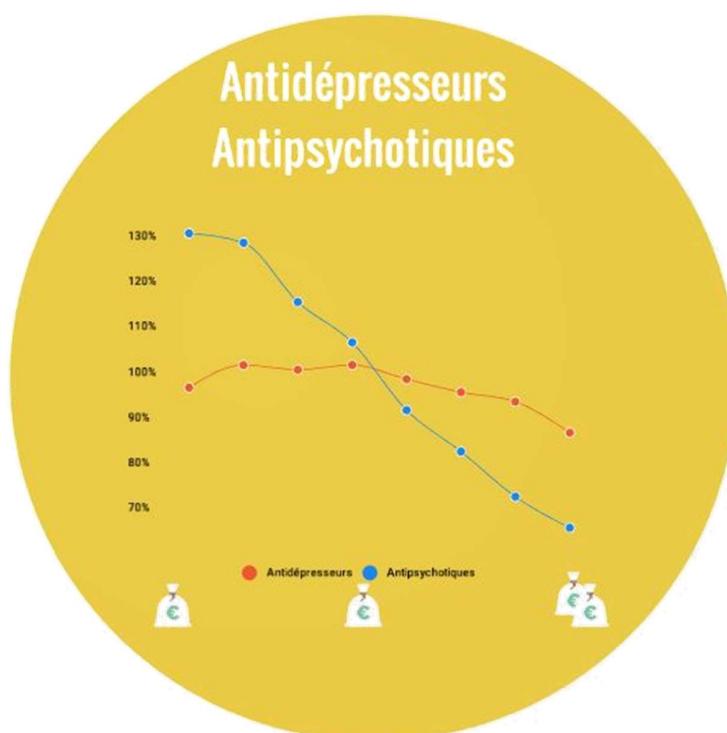
a) Consommation d'antidépresseurs et consommation d'antipsychotiques

Nous analysons ici la consommation d'antidépresseurs<sup>115</sup> et celle d'antipsychotiques<sup>116</sup> parmi nos différents sous-groupes de populations d'affiliés en 2016.

Si le gradient social est moins évident pour la consommation d'antidépresseurs (dans la mesure où les catégories de populations intermédiaires sont les plus grandes consommatrices d'antidépresseurs), on constate tout de même un écart non-négligeable lorsqu'on compare la population des plus précarisés avec celle des plus aisés, au niveau de l'indice standardisé (pour l'âge, le sexe et la région). Ils sont ainsi 98% à consommer des antidépresseurs parmi les premiers contre 88% parmi les seconds (Figure 36).

Ce clivage social est bien plus marqué lorsqu'on analyse la consommation d'antipsychotiques<sup>117</sup> : les plus précarisés sont deux fois plus nombreux à suivre un traitement par antipsychotiques que les plus nantis (Figure 36). Si on compare par rapport à la moyenne observée au niveau de l'ensemble de la population (fixée à 100%), il y a 32% de personnes en plus sous antipsychotiques tout en bas de l'échelle sociale alors qu'ils sont 33% en moins tout en haut de l'échelle sociale.

**Figure 36 : Proportion de personnes consommant des antidépresseurs et des antipsychotiques parmi les précarisés et les nantis, 2016**



Source : Solidaris (2016)

<sup>115</sup> Il s'agit des médicaments de la classe ATC-N06.

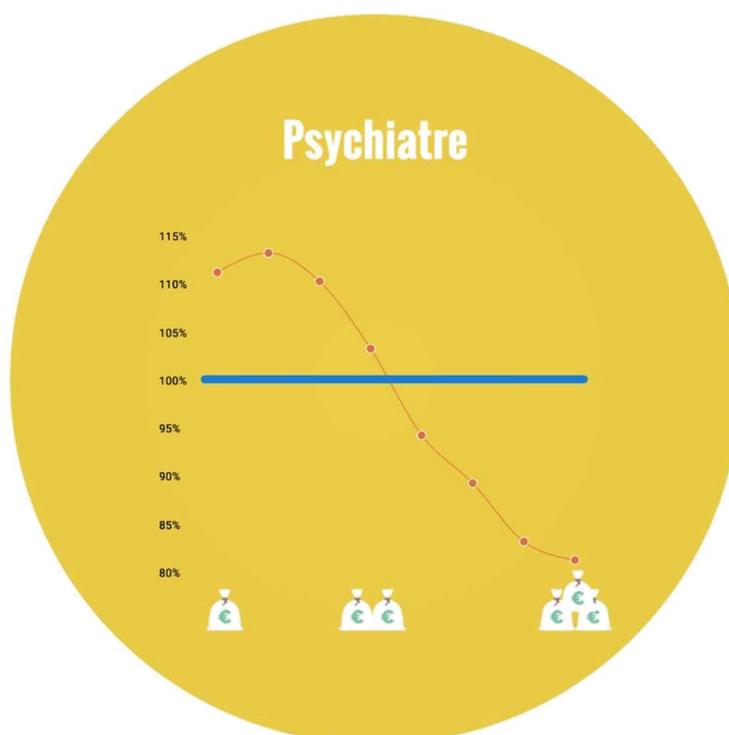
<sup>116</sup> Il s'agit des médicaments de la classe ATC-N05.

<sup>117</sup> Il s'agit des médicaments de la classe ATC-N05.

### b) Contact avec un psychiatre

Le clivage social reste marqué lorsqu'on examine les consultations auprès d'un psychiatre en 2016 (Figure 37): les populations issues des quartiers les plus précarisés sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu un contact avec un psychiatre que la moyenne (la différence étant de plus de 10%) alors que celles issues des quartiers les plus nantis sont moins nombreuses (la différence étant de près de 20% pour les plus nantis).

**Figure 37 : Proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un psychiatre par classe sociale, 2016**



Source : Solidaris (2016)

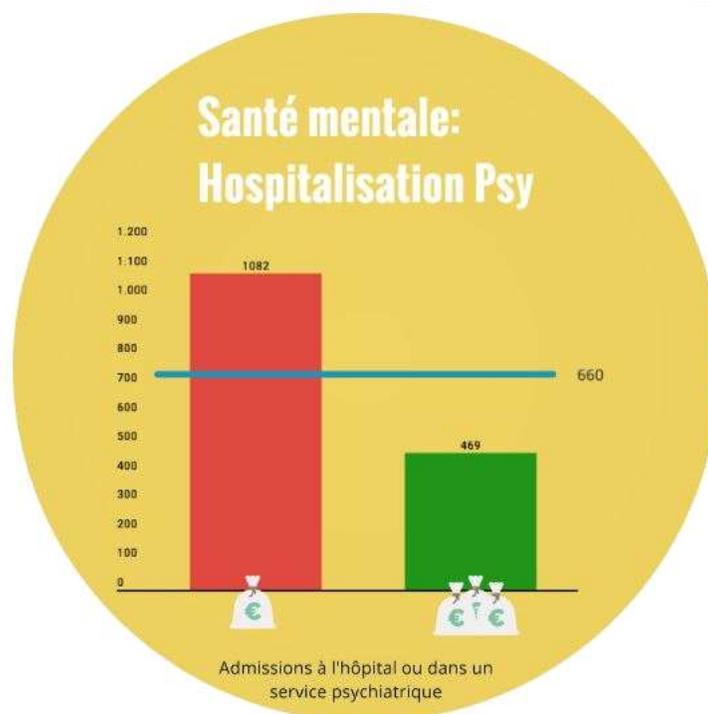
### c) Hospitalisation psychiatrique

Nous analysons ici les hospitalisations en hôpital psychiatrique et dans un service psychiatrique d'un hôpital général afin de rendre compte du mal-être psychologique parmi les affiliés en fonction de leur appartenance à un groupe social. Il s'agit des admissions en 2016 sur base desquelles nous avons calculé un indicateur standardisé pour l'âge, le sexe et la région.

La Figure 38 – qui reprend le nombre de cas d'hospitalisations – montre clairement un grand écart en terme de santé mentale : on estime qu'il y a 1.082 hospitalisations parmi les précarisés contre 469 parmi les nantis alors que cela concerne 660 cas parmi la population totale (pour 150.000 personnes). En d'autres mots, les précarisés sont 1,6 fois plus hospitalisés pour raison de santé mentale par rapport à la population et ils le sont 2,3 fois plus en comparaison aux nantis. Nos résultats confirment ainsi

ceux mis en évidence dans la revue de la littérature : les classes sociales défavorisées vont davantage être prises en charge à l'hôpital plutôt que par des consultations psychothérapeutiques.

**Figure 38 : Proportion de personnes hospitalisées pour raison de santé mentale parmi les précarisés et les nantis, 2016**



Source : Solidaris (2016)

#### 4.3.4 Prévention

La prévention joue un rôle important en matière de santé comme la revue de la littérature en atteste. Parmi les mesures de prévention, nous nous intéressons en particulier à celles qui portent sur les femmes au niveau du dépistage du cancer du sein ainsi que le dépistage du col de l'utérus. Nous analysons également les grossesses parmi les adolescentes.

Nous nous intéressons également à la prévention parmi les personnes âgées, au niveau de la vaccination contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus.

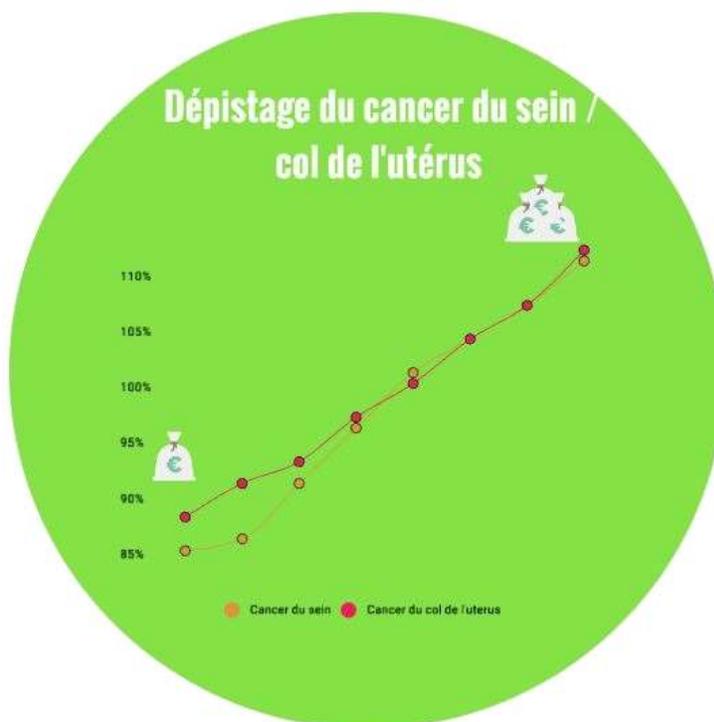
Enfn, un autre aspect de la prévention parmi la population est également analysé via les contacts préventifs chez le dentiste ou encore l'observance au traitement médicamenteux contre le cholestérol.

##### a) Dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Nos résultats confirment les constats mis en évidence par la revue de la littérature avec des inégalités persistantes en matière de dépistage du sein et ce malgré les différentes campagnes nationales qui ont eu lieu. La Figure 39 reprend ainsi l'écart observé au niveau de la couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus par rapport à la moyenne de la population féminine âgée entre 25-64 ans (fixé à 100%). Il ressort clairement que la couverture augmente avec le niveau de revenus

(chaque boule représentant un groupe social sur le graphique). La couverture des femmes issues du groupe le plus précarisé est ainsi de 14% inférieure à celle observée dans la population féminine totale au niveau du dépistage du cancer du sein et de 11% moindre dans le cas du dépistage du col de l'utérus. A l'inverse, les femmes issues du groupe social le plus élevé se font plus souvent dépister que la moyenne, l'écart étant de 12% dans le cas du cancer du sein et de 13% dans le cas du cancer du col de l'utérus.

**Figure 39 : Couverture du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus par classe sociale, 2016**



Source : Solidarités (2016)

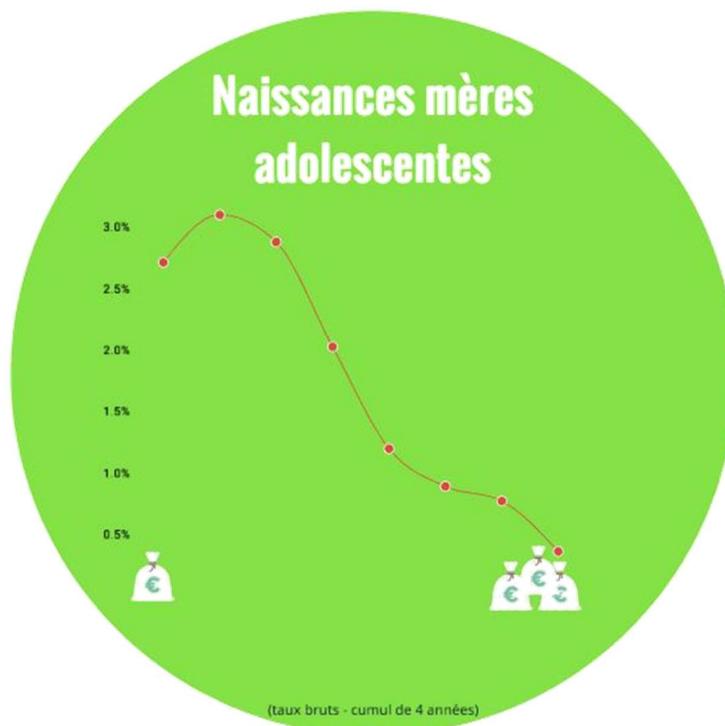
#### b) Grossesses parmi les adolescentes

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux naissances<sup>118</sup> parmi les adolescentes<sup>119</sup>, soit les jeunes filles âgées entre 12 et 18 ans, en tenant compte de la catégorie sociale car nous avons vu que la question de la contraception chez les jeunes reste peu évidente pour certaines. Nos résultats montrent clairement la présence d'un gradient social avec une proportion de mères adolescentes jusqu'à 7,5 fois plus élevée parmi les groupes sociaux les plus défavorisés en comparaison avec le groupe social le plus favorisé (Figure 40) ; ce qui constitue à son tour un facteur de risque de reproduction des inégalités sociales.

<sup>118</sup> Il s'agit des naissances survenues entre 2013 et 2016.

<sup>119</sup> A noter que toutes les grossesses précoces ne sont pas toujours non désirées.

**Figure 40 : Proportion de naissances parmi les adolescentes âgées entre 12-18 ans par classe sociale, 2012-2016**



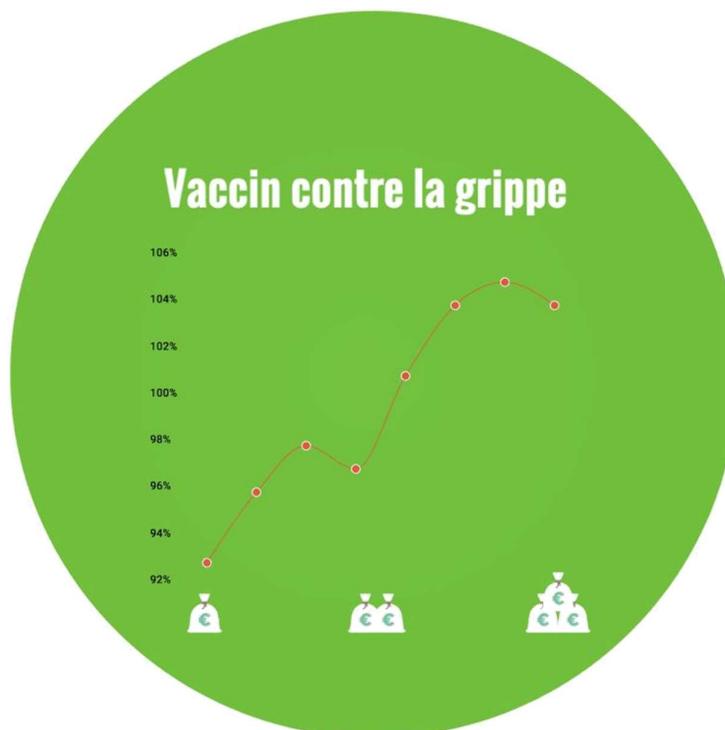
Source : Solidaris (2016)

c) Vaccination contre la grippe

Le taux de vaccination contre la grippe augmente en fonction de la catégorie socio-économique : les personnes âgées de 65 ans et plus se font moins vacciner contre la grippe dans les quartiers défavorisés (elles sont 7% en moins que la population totale) alors que c'est le contraire dans les quartiers les plus aisés (elles sont alors 4% de plus à se faire vacciner que la moyenne)<sup>120</sup>. La Figure 41 montre clairement le gradient social en matière de vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées.

<sup>120</sup> Précisons que les personnes âgées résidant en maison de repos et maison de repos et de soins n'ont pas été prises en compte pour le calcul de cet indicateur.

**Figure 41 : Taux de vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de 65 ans et plus par classe sociale, 2016**



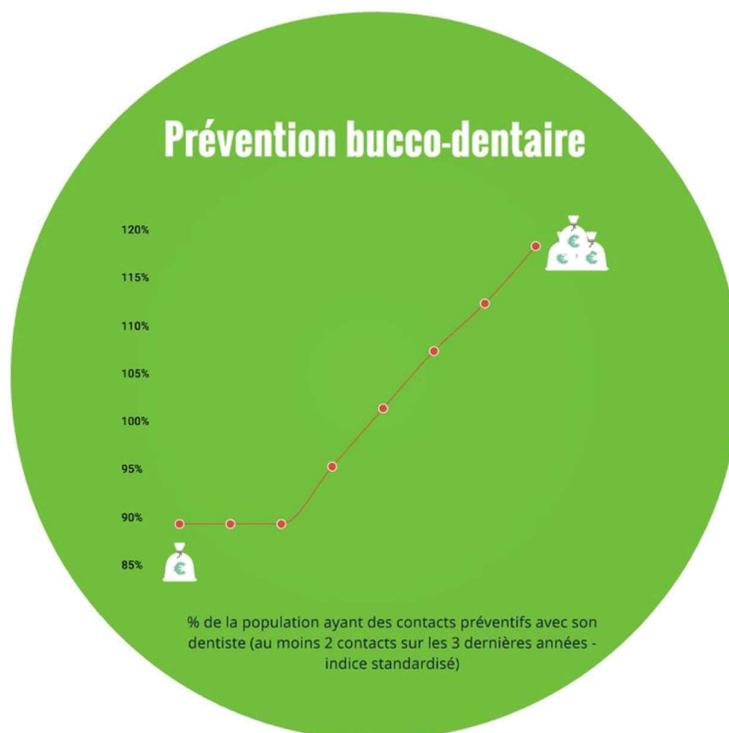
Source : Solidaris (2016)

#### d) Soins dentaires

Nous analysons les contacts préventifs chez le dentiste afin de rendre compte de comportements de prévention en la matière en fonction de la catégorie sociale. Il s'agit de la proportion de la population ayant eu au moins une prestation dentaire au courant de l'année 2015 et 2016, standardisée pour l'âge, le sexe et la région.

Nos résultats rejoignent ceux issus de la revue de la littérature et mettent en évidence que les soins dentaires préventifs sont moins nombreux parmi les classes sociales moins élevées : on a ainsi 10% de personnes en moins que la population moyenne (Figure 42). A contrario, le comportement préventif au niveau des soins dentaires devient plus important au fur et à mesure que l'on grimpe dans l'échelle sociale, avec 19% de personnes ayant des contacts préventifs chez le dentiste en plus que la moyenne tout en haut de l'échelle.

**Figure 42 : Proportion de personnes ayant eu au moins un contact préventif chez le dentiste par classe sociale, 2015-2016**



Source : Solidaris (2016)

#### e) Suivi d'un traitement médicamenteux

En matière de suivi de maladies chroniques et de prévention d'incidents, le patient doit bien souvent prendre un traitement médicamenteux de longue durée. Dans ce cas, son efficacité n'est pas toujours directement perçue par le patient alors qu'il peut en ressentir les effets secondaires et décider dès lors d'interrompre son traitement. Or, une mauvaise observance supprime les potentiels bénéfiques du traitement. Il est donc primordial que le patient respecte le traitement préconisé par le médecin.

Nous nous intéressons donc à l'observance du traitement prescrit par le médecin dans les différents groupes de populations, en particulier le traitement contre le cholestérol par statines<sup>121</sup> qui est un traitement à long terme. On mesure cette observance via deux dimensions<sup>122</sup> :

- La persistance, qui analyse la durée pendant laquelle le patient prend le traitement par rapport à la durée souhaitée.
- L'adhérence, qui reflète la mesure dans laquelle le patient prend correctement le traitement selon la posologie convenue avec le médecin.

<sup>121</sup> Il s'agit des médicaments de la classe ATC-C10AA.

<sup>122</sup> L'observance étant calculée comme suit : observance = (1 - %prise unique)\*adhérence. Pour plus d'informations, voir Boutsen et al. (2018).

La Figure 43 témoigne du lien entre la situation socio-économique et le fait de suivre son traitement : les personnes issues des quartiers défavorisés prenant moins bien leur traitement que celles issues des quartiers les plus aisés.

**Figure 43 : Observance aux statines par classe sociale, 2016**



Source : Solidaris (2016)

#### 4.3.5 Consommation de soins

Dans cette section, nous évaluons dans quelle mesure le recours et la consommation de soins de santé diffèrent entre les sous-groupes de populations et ce à plusieurs niveaux, que ce soit dans la première ligne ou à l'hôpital.

Nous analysons donc :

- Les contacts avec un médecin généraliste, en distinguant les consultations des visites ainsi que leur nombre moyen en 2016 ;
- Les consultations avec un médecin spécialiste ;
- Le recours aux urgences, sans référencement par un médecin généraliste ;

- Les hospitalisations<sup>123</sup> via 3 indicateurs :
  - o Le nombre d'hospitalisations qui reprend la proportion d'affiliés hospitalisés au moins une fois en 2016 ;
  - o La fréquence d'hospitalisation qui reprend la proportion d'affiliés hospitalisés au moins 6 fois en 2016 ;
  - o La durée d'hospitalisation qui reprend pour les personnes hospitalisées le nombre moyen de jours d'hospitalisation en 2016.

a) Contacts avec un médecin généraliste

La Figure 44 reprend la proportion de personnes ayant eu au moins un contact (en distinguant les consultations et les visites) avec un médecin généraliste en 2016 en fonction de la position sociale ainsi que le nombre moyen de contacts<sup>124</sup>.

Deux constats opposés se dessinent :

- La proportion de personnes ayant une consultation avec un médecin généraliste augmente quelque peu avec le niveau social, les personnes au bas de l'échelle sociale étant moins nombreuses à consulter un médecin généraliste (la différence étant de 3% lorsqu'on standardise pour l'âge, le sexe et la région);
- A l'inverse, la proportion de personnes ayant une visite d'un médecin généraliste diminue sensiblement à mesurer que le niveau social augmente. Sur base des taux standardisés et si on compare par rapport à ce qu'on observe en moyenne dans la population, il y a ainsi 5% de personnes en plus qui ont une visite d'un médecin généraliste parmi les défavorisés alors qu'ils sont 17% moins nombreux parmi les nantis.

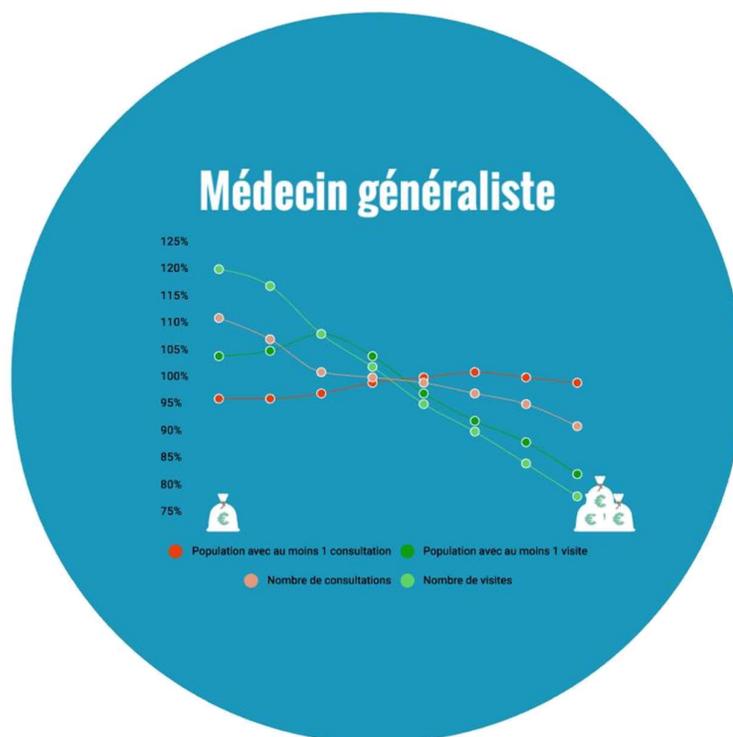
En revanche, que ce soit pour les consultations ou les visites, le nombre moyen de contacts en 2016 est systématiquement plus élevé parmi les personnes précarisées (1,2 fois plus de consultations et 1,5 fois plus de visites) en comparaison aux nanties.

---

<sup>123</sup> Notons qu'il s'agit uniquement des hospitalisations classiques (les hospitalisations de jours sont exclues).

<sup>124</sup> Sont exclus de cette analyse les affiliés abonnés à une maison médicale car nous ne disposons pas des données de consommation de soins de médecine générale pour ces affiliés.

Figure 44 : Contact avec un médecin généraliste par classe sociale, 2016



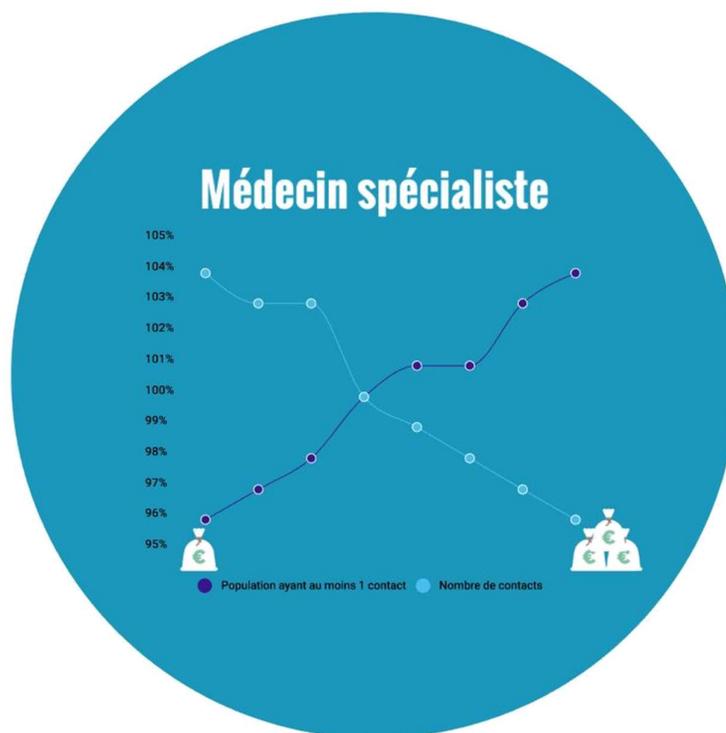
Source : Solidaris (2016)

En d'autres mots, les personnes issues des milieux plus précarisés sont moins nombreuses à aller consulter un médecin généraliste mais elles font davantage appel à lui à la maison, ce qui peut témoigner de problème de mobilité de ces groupes de populations ou d'un état de santé particulièrement dégradé au moment où l'avis du médecin est sollicité, cette hypothèse étant confirmée par le nombre de contacts bien plus élevé parmi les plus précarisés. Le recours au médecin diffère donc sensiblement entre les classes sociales : pour différentes raisons, les personnes précarisées attendent sans doute le dernier moment pour voir un médecin, ce qui se traduit notamment par plus de visites à domicile et plus de contacts avec celui-ci à partir du moment où elles y font appel.

#### b) Consultations avec un médecin spécialiste

Le même constat peut être dressé lorsqu'on analyse la situation avec les médecins spécialistes : la proportion de personnes ayant une consultation avec un spécialiste est plus faible parmi les personnes issues des classes sociales les plus défavorisées (-4% par rapport à la moyenne observée au sein de la population) et augmente avec la position sociale (+4% par rapport à la moyenne) (Figure 45). Mais une fois que les personnes défavorisées consultent un médecin spécialiste, elles vont le voir (lui ou un autre spécialiste) plus souvent sur une année.

**Figure 45 : Consultations avec un médecin spécialiste par classe sociale, 2016**



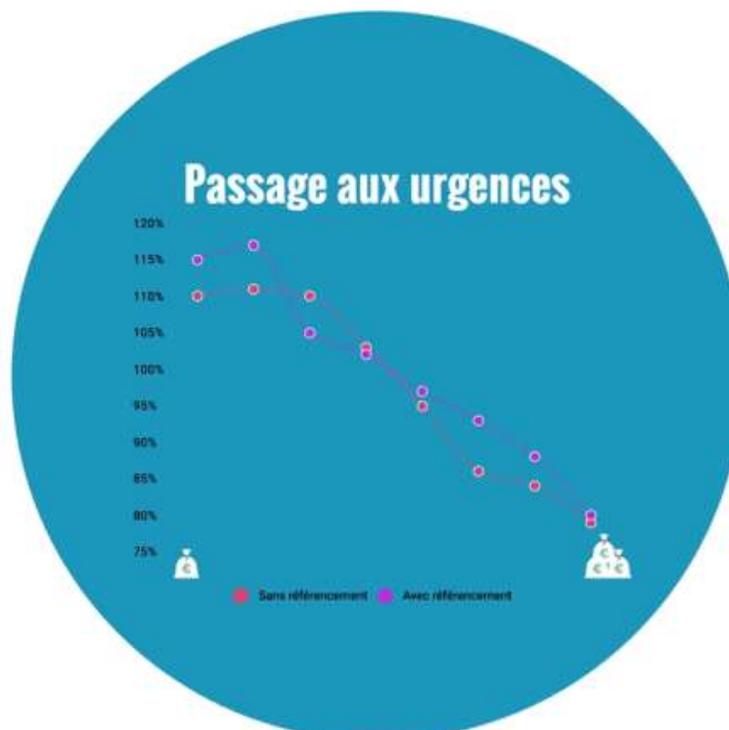
Source : Solidaris (2016)

### c) Recours aux urgences

L'indice de recours aux urgences reprend la proportion de personnes ayant été aux urgences en 2016 en fonction de la classe sociale. On distingue également le recours aux urgences avec ou sans référencement par un médecin généraliste.

Plus la position sociale est basse, plus le recours aux urgences est élevé. Les personnes les plus précarisées se rendent ainsi 1,4 fois plus aux urgences (que ce soit sous l'avis d'un médecin généraliste ou non) que les personnes les plus nanties (Figure 46).

**Figure 46 : Recours aux urgences (avec ou sans référencement par un médecin généraliste) parmi les précarisés et les nantis, 2016**



Source : Solidaris (2016)

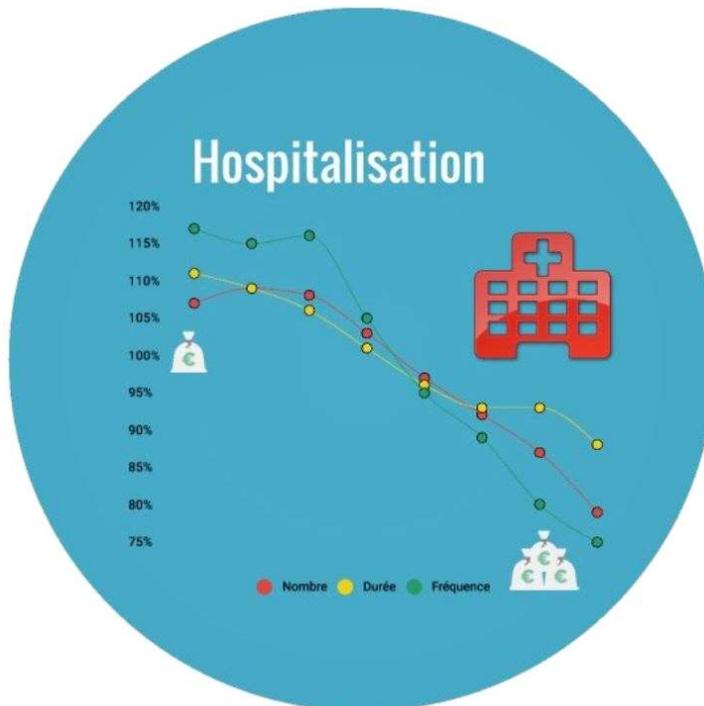
#### d) Hospitalisation

Les hospitalisations concernent bien plus souvent les personnes issues des groupes sociaux plus défavorisés. La Figure 47 montre ainsi que :

- La proportion d'affiliés hospitalisés au moins une fois en 2016 est plus élevée (entre +8% et +10% dans le premier et second groupe social) parmi les personnes défavorisées par rapport à la moyenne observée au sein de la population (100%) ;
- Ils sont plus nombreux à être hospitalisés au moins six fois sur l'année (+18% parmi les plus précarisés) et pour des durées plus longues (+12%) lorsqu'on compare ces chiffres à la moyenne observée au sein de la population (100%)<sup>125</sup> ;
- L'inverse est vrai parmi les groupes les plus nantis : la proportion d'affiliés hospitalisés est de 20% inférieure à la moyenne observée au sein de la population, celle hospitalisée au moins six fois sur l'année est de 24% moindre et pour une durée inférieure de 11%.

<sup>125</sup> Dans la population (100%), la durée moyenne d'une hospitalisation est de 6,7 jours.

Figure 47 : Hospitalisation parmi les précarisés et les nantis, 2016



Source : Solidaris (2016)

Les pratiques en matière de soins de santé, tant en ambulatoire qu'à l'hôpital, diffèrent sensiblement entre les sous-groupes de populations. L'état de santé plus dégradé et le moindre recours à la prévention des précarisés se traduisent par une consommation de soins plus élevée notamment à l'hôpital avec un recours aux urgences plus important alors que les plus nantis se font mieux suivre en première ligne.

## 5. ACTIONS ET LEVIERS DE SOLIDARIS POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES

La Mutualité est un acteur de première ligne dans la lutte des inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont un problème multifactoriel : elles ne renvoient pas uniquement à des problèmes d'accessibilité financière aux soins mais aussi aux difficultés d'accéder aux droits et d'entreprendre les démarches pour les obtenir, d'obtenir la bonne information et de pouvoir la comprendre, etc.

Solidaris dispose d'une série de leviers pour agir sur ces différentes dimensions :

- 1) En tant que gestionnaire de l'assurance maladie invalidité, la Mutualité est au cœur du système et se mobilise par exemple pour améliorer l'accès à la santé et garantir la sécurité tarifaire pour le patient, pour simplifier davantage les démarches administratives, rendre l'information encore plus claire, plus proactive et « sur mesure », etc.
- 2) En tant que prestataire full service, nous accompagnons – via nos conseillers, nos services sociaux et notre réseau d'ASBL – les affiliés dans les différentes démarches administratives et l'exercice de leurs droits ; nous développons des services et des avantages pour promouvoir la santé ; nous proposons des programmes d'information adaptés pour améliorer la littéracie en santé chez ces affiliés, c'est-à-dire leur capacité d'obtenir, de lire, de comprendre et d'utiliser des informations sur les soins de santé afin de prendre des décisions de santé appropriées, de suivre les instructions pour le traitement,...
- 3) En tant qu'acteur social et politique, nous pouvons formuler des propositions concrètes pour renforcer les mécanismes d'accessibilité financière aux soins et l'accessibilité aux droits de ces publics, nous sensibilisons la population – via nos services sociaux et notre réseau d'ASBL actives sur le terrain – aux enjeux de santé, organisons des campagnes de prévention et de promotion de la santé ou sur d'autres thématiques de société (handicap, égalité hommes-femmes, sécurité sociale,...),... A travers quelques exemples, nous donnons un aperçu de l'étendue et la diversité des actions menées par le réseau associatif et socio-sanitaire de la Mutualité : au milieu d'une manifestation pour défendre le droit à l'IVG, au travers d'un grand débat citoyen sur l'alimentation, au détour d'une interpellation politique sur l'euthanasie, via une campagne de sensibilisation à l'accessibilité ou par le biais d'une action encourageant la participation des jeunes à l'espace public. Le réseau de Solidaris se positionne en tant qu'acteur social et politique fort, ancré dans le quotidien de ses affiliés et porteur de revendications.

Sans être exhaustif, nous illustrons dans ce chapitre ces différents leviers dont dispose Solidaris pour améliorer l'accès à la santé et réduire les inégalités sociales à l'aide d'exemples concrets mis en œuvre au sein de la mutualité et à l'extérieur.

### 5.1. En tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité

#### 5.1.1 Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et la sécurité tarifaire pour le patient

Mis en place en 1945, le système de Sécurité sociale belge est fondé sur trois grands principes : la solidarité, la gestion paritaire et la concertation sociale. Dans le secteur des soins de santé, les mutualités sont un acteur de premier plan : elles siègent dans les différents organes de gestion et commissions de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

Parmi celles-ci se trouve la Commission nationale médico-mutualiste<sup>126</sup>, communément appelée « la médico-mut », au sein de laquelle les mutualités et les dispensateurs de soins (médecins, praticiens de l'art dentaire, kinésithérapeutes, logopèdes, infirmiers, etc.) se mettent autour de la table pour négocier des accords portant sur les tarifs des prestations médicales, les conditions de remboursement, les prestations à rembourser ou dérembourser lorsqu'elles sont peu efficaces, les honoraires des prestataires, l'indexation... L'objectif de ces négociations est de parvenir à un accord bisannuel qui est valable pour toute la Belgique ; l'enjeu pour Solidaris étant d'améliorer l'accès aux soins de santé et garantir la sécurité tarifaire pour tous les Belges et ce quel que soit leur origine socio-économique, en vue d'assurer un droit à la santé pour tous.

Les prestataires de soins qui adhèrent à ces accords et conventions – les « conventionnés » – s'engagent ainsi à respecter les tarifs négociés dans les accords tarifaires, sans demander de suppléments d'honoraires au patient (sauf exigences particulières de ce dernier). Par contre, les prestataires de soins non conventionnés sont libres de pratiquer les honoraires qu'ils souhaitent, le supplément étant à charge du patient<sup>127</sup>.

Lors du dernier accord médico-mut 2018-2019, publié au Moniteur belge le 13 février 2018 et qui est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019, 84% des médecins (généralistes et spécialistes) ont accepté de s'engager à respecter les tarifs fixés par la convention entre représentants des médecins et des mutuelles et *de facto* à ne pas réclamer des suppléments aux patients. A l'inverse cela signifie que 16% des médecins sont non conventionnés et peuvent donc facturer des suppléments d'honoraires aux patients.

Ces dernières années, les économies très importantes imposées à l'assurance maladie ont mis les accords et conventions tarifaires à rude épreuve. Non seulement ces accords ont souvent été plus difficiles à obtenir et le taux d'adhésion des prestataires de soins a aussi sensiblement diminué pour certaines disciplines, ce qui s'est traduit par une hausse importante des suppléments d'honoraires facturés aux patients à l'hôpital et en ambulatoire comme le montrent les Baromètres de Solidaris qui y sont consacrés<sup>128</sup>.

En 2017, les médecins généralistes, spécialistes, dentistes et kinésithérapeutes ont ainsi facturé un supplément d'honoraires dans un cas sur trois pour les soins en ambulatoire. Au total, ces suppléments sont estimés à 290 millions d'euros en 2017, soit 15% de plus par rapport à 2016. Un belge paie ainsi en moyenne 6 € de supplément par attestation de soins chez un médecin généraliste et près de 30 € chez un dentiste et chez un kinésithérapeute<sup>129</sup> mais dans un cas sur dix, ces montants dépassent 11 € chez le généraliste, 53 € chez le dentiste et 69 € chez le kinésithérapeute. Ces suppléments d'honoraires s'ajoutent aux tickets modérateurs de sorte qu'au total, les Belges paient de leur poche entre un tiers et la moitié du coût d'une consultation auprès d'un prestataire de soins non conventionné. La situation est d'autant plus inquiétante que, sous l'effet notamment de la politique d'austérité menée dans l'assurance maladie, un nombre croissant de prestataires de soins se déconventionnent, entraînant à la hausse la facturation de suppléments aux patients. Ainsi, 62% des soins dentaires et près de la moitié des consultations de spécialistes sont aujourd'hui attestés par des prestataires de soins non conventionnés. Dans certains arrondissements, il devient très difficile de trouver un dentiste,

---

<sup>126</sup> Cette Commission fait partie des organes de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et compte 12 représentants des mutualités qui défendent les intérêts des assurés, 12 représentants des médecins mais aussi des représentants de l'INAMI et des autorités.

<sup>127</sup> Les médecins et les dentistes peuvent également opter pour le conventionnement partiel leur permettant de demander des suppléments sous certaines conditions de temps et de lieu, sans pour autant dépasser 25% de leur pratique.

<sup>128</sup> De Wolf et al. (2019) et De Wolf et al. (2018).

<sup>129</sup> En moyenne, une attestation de soins du kinésithérapie comprend 4,5 séances.

un dermatologue ou un gynécologue conventionné chez qui le patient peut être soigné sans devoir payer des suppléments d'honoraires.

Nos résultats montrent ainsi que la sécurité tarifaire du patient n'est plus assurée pour toutes les disciplines médicales et paramédicales non seulement à l'hôpital – où les suppléments atteignent 563 millions € - mais également en dehors de celui-ci. Force est de constater que la marchandisation des soins de santé est en cours dans notre pays, ce qui participe à une médecine à deux vitesses et rend l'accès aux soins de santé de plus en plus difficile pour toute une frange de la population en situation difficile ou précaire alors que ces personnes ont d'autant plus besoin de soins de santé comme le démontre la présente étude, ce qui creuse davantage les inégalités sociales de santé.

Dans son memorandum, Solidaris revient de manière approfondie sur la marchandisation de soins et les moyens à mettre en œuvre pour la contrer à travers toute une série de recommandations<sup>130</sup>.

### 5.1.2 Evaluer les mécanismes favorisant l'accessibilité financière aux soins de santé

Pour assurer la bonne gestion de l'assurance obligatoire et l'accès aux soins de santé de qualité et efficaces pour tous les Belges, inconditionnellement par rapport à leur situation socio-économique, il convient d'évaluer les différents mécanismes d'accessibilité aux soins. Cette évaluation s'appuie sur un système de gestion des données performant, assurant la disponibilité des informations et des analyses en temps utile. À cet égard, les mutualités jouent un rôle central en matière d'exploitation, de mise à disposition et d'analyse des données socio-sanitaires. Elles disposent, en effet, d'une vaste banque de données statistiques reprenant des informations concernant leurs membres en termes de socio-démographie, de consommation médicale dans le secteur ambulatoire et hospitalier, de coûts à charge du patient et de l'assurance maladie obligatoire, de recours aux dispositifs favorisant l'accessibilité aux soins de santé et leur impact sur les inégalités sociales de santé, etc. Un intérêt particulier de ces données c'est qu'elles permettent une cartographie et un monitoring précis ainsi qu'un suivi des affiliés sur plusieurs années (suivi longitudinal).

Par exemple, Solidaris réalise régulièrement un monitoring du « tiers payant social » (TPS) et a par ailleurs réalisé une étude approfondie sur l'impact du TPS sur l'accès aux soins<sup>131</sup>. Le TPS est une disposition permettant au patient de ne payer au médecin généraliste que le ticket modérateur alors que la mutualité verse directement au prestataire l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, le tiers payant est devenu obligatoire pour les personnes à faibles revenus (soit les bénéficiaires de l'intervention majorée - BIM)<sup>132</sup> et peut également être appliqué par le médecin à la demande des patients en situation socio-économique précaire (les chômeurs de longue durée, les personnes en situation occasionnelle de détresse financière...) mais ceci étant laissé à la discrétion du prestataire. Ces derniers ne doivent ainsi plus avancer l'argent de la consultation chez le médecin généraliste mais régler uniquement le ticket modérateur qui s'élève à 1,50 € ou 1 € si le patient BIM a un Dossier Médical Global, ce qui peut ainsi lever la barrière financière pour les patients risquant de reporter des soins pour des raisons financières ou parce qu'ils ne sont pas en mesure d'avancer l'argent.

---

<sup>130</sup> Solidaris (2019).

<sup>131</sup> Laasman, Maron et Vrancken (2012).

<sup>132</sup> Si la loi prévoyait une entrée en vigueur progressive de la facturation en tiers-payant, celle-ci est devenue obligatoire pour tous les médecins généralistes depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Nos études ont montré que le TPS est un mécanisme fondamental qui améliore significativement l'accès aux soins de première ligne, en particulier pour une population jeune, davantage précarisée et plus malade<sup>133</sup>. Cette étude montre que la population avec TPS est plus fragilisée sur le plan de la santé, avec deux fois plus de malades chroniques, un tiers de plus de diabétiques, plus de personnes consommant des antidépresseurs ainsi que plus de personnes également plus souvent hospitalisées et pour des durées d'hospitalisation plus longues. L'octroi du TPS améliore sensiblement l'accès de ces populations aux soins du médecin généraliste, permettant un rattrapage au niveau de la consommation de soins – le nombre moyen de consultations de médecins généralistes augmentant de 65% grâce au TPS – mais ne provoque pas de surconsommation, comme certains le craignaient. Au contraire, l'octroi du TPS lève une barrière financière à l'accès au médecin généraliste pour une population ayant clairement besoin de soins. Sans ce mécanisme, cette population sous-consommerait des soins. En effet, pour des personnes à faibles revenus, avancer la totalité des frais (y compris ceux pris en charge par l'assurance obligatoire) peut être difficile, d'autant plus si de nombreux soins s'enchaînent<sup>134</sup>.

Solidaris s'est donc battue pour la mise en place de cette mesure qui relève de la justice sociale car elle contribue à faire en sorte qu'une personne qui ne dispose pas de beaucoup de moyens n'ait plus à se poser la question de savoir si elle a assez d'argent pour se soigner elle-même ou ses proches. En outre, Solidaris souhaite aller plus loin et rendre le tiers payant social obligatoire pour les malades chroniques, comme c'était prévu initialement (cf. recommandations, *supra*).

### 5.1.3 Lutter contre le non-recours au droit : le cas de l'intervention majorée

On ne peut aborder la question des inégalités sociales sans évoquer la problématique du non-recours aux droits. En effet, le non-recours au droit – soit le fait qu'une personne ne bénéficie pas d'un droit auquel elle pourrait prétendre – contribue aux phénomènes de pauvreté et d'inégalités. Le non-recours donne également une information en terme d'évaluation des politiques publiques, ces dernières n'étant pas pleinement efficaces, voire vaines, si les droits ne sont pas sollicités par les personnes éligibles. Selon une étude menée dans une dizaine de pays de l'Union européenne, le non-recours serait de 40%, tous droits confondus que ce soit la santé, le logement, etc. En d'autres mots, deux personnes sur cinq ne revendiqueraient pas les droits auxquels elles peuvent prétendre.

Nous illustrons cette problématique en matière de santé avec le cas de l'intervention majorée qui permet aux personnes sur base d'une situation sociale (bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, personnes handicapées, etc.) ou disposant de faibles revenus de se soigner à moindre coût. Le statut de « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) ouvre le droit à une réduction importante tant sur les tarifs de médicaments que sur les consultations du médecin et les frais d'hôpitaux. Selon une étude réalisée par Solidaris évaluant l'impact du statut BIM sur l'accessibilité aux soins<sup>135</sup>, un patient voit en moyenne ses dépenses annuelles de soins de santé diminuer de 48%, soit une économie pouvant aller jusqu'à plus de 450 € grâce au statut BIM. En moyenne, chaque ménage économiserait plus de 100 € de frais de santé grâce à ce système<sup>136</sup>.

---

<sup>133</sup> Laasman et al. (2012).

<sup>134</sup> Hermesse et de Spiegelaere (2012).

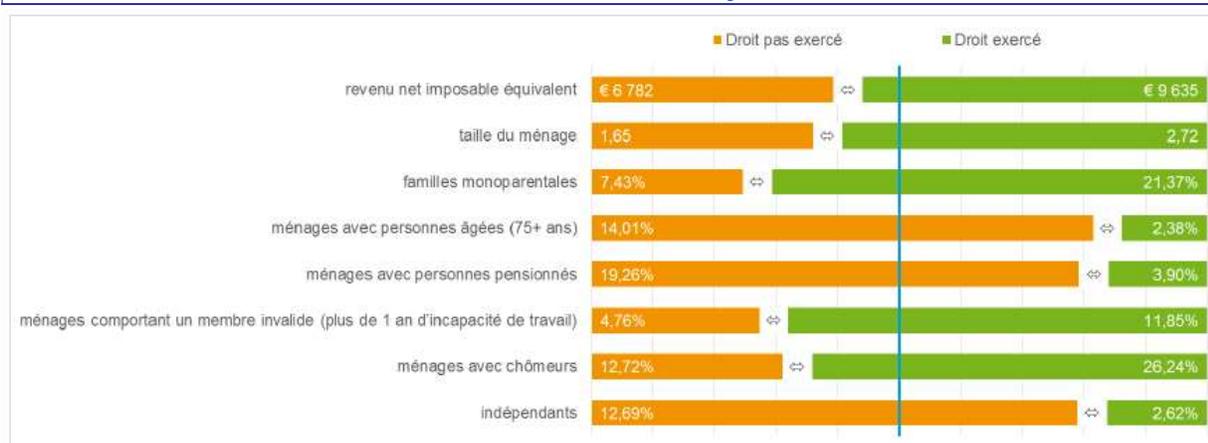
<sup>135</sup> Laasman et al. (2014a),

<sup>136</sup> KCE (2019b).

Aujourd'hui, si on recense plus de 2 millions de BIM, on estime pourtant que près de 500.000 Belges ne bénéficient pas de ce statut alors qu'ils en auraient pleinement le droit<sup>137</sup>. Cela représente un ayant droit sur cinq<sup>138</sup>. Le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a récemment estimé que le nombre de personnes ayant droit à l'intervention majorée augmenterait de près de 45% en cas d'utilisation complète de ce système, soit si toutes les personnes entrant dans les conditions pour en bénéficier exerçaient leur droit<sup>139</sup>.

Solidaris est très active pour informer ses affiliés de leurs droits et les inciter à y recourir. Concrètement, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, Solidaris contacte de manière proactive les titulaires d'une famille monoparentale et les chômeurs de longue durée pour les informer de leurs droits et leur proposer de se manifester auprès de la mutuelle pour un examen de leur dossier. On constate d'ailleurs que ces deux groupes sont désormais bien représentés parmi les personnes qui exercent leur droit à l'intervention majorée (Figure 48).

**Figure 48 : Profil socio-économique des ménages en fonction de leur recours à l'intervention majorée**



Revenu équivalent = revenu du ménage corrigé pour le nombre de personnes qui le composent. La ligne bleue verticale indique le point d'égalité entre les deux groupes. La taille des barres vertes et oranges ne peut être comparée que par variable, pas entre variables.

Source : KCE (2019b)

Afin d'aller plus loin, Solidaris a analysé de manière approfondie la problématique du non-recours en évaluant ses contacts proactifs<sup>140</sup>. Sur les 7.400 courriers envoyés par Solidaris au 1<sup>er</sup> semestre 2015, seuls 21% des affiliés wallons et 58% des affiliés bruxellois contactés ont répondu. Or, parmi ces répondants, la grande majorité (96% en Wallonie et 85% à Bruxelles) répondaient bien aux conditions et se sont effectivement vus octroyer l'intervention majorée après s'être manifestés auprès de leur mutualité. Ces résultats soulignent l'ampleur du non-recours et nous ont invité à investiguer d'avantage la problématique via des focus-groupes avec nos affiliés.

Les résultats de ces focus-groupes confirment que les principales difficultés rencontrées par les personnes sont liées à un manque d'information sur le statut, les amenant à ignorer, voire oublier le

<sup>137</sup> Conseil des Ministres du 24 octobre 2013. Le KCE ayant estimé ce chiffre à environ 480.000 personnes sur base de la situation en 2012 (KCE, 2019a).

<sup>138</sup> En 2017, 2,2 millions de Belges (soit 19,1% de la population) bénéficiaient d'une intervention majorée de l'assurance maladie sur leurs dépenses de soins de santé (Source : Atlas Ima).

<sup>139</sup> KCE (2019a).

<sup>140</sup> Maron et Vrancken (2017).

courrier envoyé (à Bruxelles, seule une personne sur quatre déclarait connaître le statut BIM) ainsi qu'une difficulté à appréhender les différentes démarches administratives qui peuvent être considérées comme lourdes, difficiles à comprendre, voire décourageantes (toujours à Bruxelles, 12% démarrent les démarches sans les terminer et 36% classent simplement le courrier à traiter plus tard) ou compliquées à remplir pour différentes raisons (cf. difficultés liées à la distance à laquelle se trouve le point de contact, des difficultés liées aux horaires d'ouverture pour les personnes qui travaillent ou doivent garder des enfants, des difficultés liées au temps nécessaire pour réaliser ces démarches, etc.). A l'inverse, les experts du vécu témoignent que le bouche à oreille fonctionne bien : avoir quelqu'un dans son entourage qui bénéficie de ce statut permet d'avoir une meilleure connaissance de l'avantage<sup>141</sup>.

Fait plus nouveau, le non-recours s'explique aussi par le fait que les personnes ne demandent plus l'octroi de leur droit par crainte d'être stigmatisé, de se sentir dégradé,... dans un contexte actuel de contrôle accru, où les demandeurs doivent sans cesse démontrer leur bonne volonté et leur proactivité et dans un contexte de chasse à la fraude sociale, où les personnes pauvres sont davantage soupçonnées<sup>142</sup>. Il existe en effet une corrélation entre la production d'une image dévalorisante par le politique, les médias, etc. et la baisse des demandes de droits<sup>143</sup>. Enfin, le non-recours au droit peut être lié au fait que les intervenants sociaux ne le proposent pas aux personnes éligibles parce qu'ils ne connaissent pas tous les droits qu'ils pourraient proposer, ce qui n'est certes pas évident étant donné les changements constants des réglementations, qu'ils ne savent pas toujours vers quelles institutions ou structures locales orienter au mieux ou encore qu'ils anticipent des échecs et ne préfèrent donc pas en parler aux personnes.

En conclusion, les causes du non-recours aux droits sont aussi bien liées à des facteurs individuels que collectifs ; elles peuvent être liées à la personne (qui ne désire pas faire les démarches ou qui aura des difficultés à les réaliser) mais également aux institutions qui doivent mettre tout en place afin de faciliter cet accès. Ces causes sont donc multiples et, par conséquent, les réponses doivent l'être aussi. En ce sens, la proactivité des mutuelles n'est pas suffisante ; outre s'adresser aux bénéficiaires potentiels, il faut également s'adresser aux professionnels en contact avec ces personnes, tant au niveau des services mutualistes que des prestataires de soins ou des associations.

#### 5.1.4 Vers une simplification administrative et l'automatisation de l'ouverture des droits en assurance maladie obligatoire

Soucieuse de l'efficacité du système en tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité et du respect des droits des patients en tant que syndicat des affiliés, les mutualités ont toujours été le moteur pour simplifier les procédures administratives. Par exemple, elles ont joué un rôle important dans la création de la plateforme fédérale « E-Health ». L'objectif de cette plateforme est de favoriser l'échange électronique de données médicales entre les acteurs des soins de santé, tout en garantissant la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et le respect du secret médical. Il s'agit d'optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé ainsi que la sécurité du patient et de simplifier les formalités administratives pour garantir l'accès aux soins de santé.

Mais la meilleure manière de garantir l'accès aux droits pour les patients – et donc d'éviter le report de soins particulièrement élevé parmi les populations les plus précarisées et qui accroît les inégalités

---

<sup>141</sup> Dembiermont (2016).

<sup>142</sup> De Boe (2016).

<sup>143</sup> *Ibidem*.

sociales de santé – est encore de maximiser le recours aux différents dispositifs et mécanismes prévus à cet effet par la réglementation dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Certaines mesures sont déjà octroyées automatiquement ou sous certaines conditions mais ce n'est pas le cas pour toutes. Cela peut impliquer des démarches administratives importantes, en particulier pour les personnes socio-économiquement défavorisées de sorte qu'elles peuvent être amenées à y renoncer. A cet égard, les mutualités ont toujours plaidé pour l'octroi automatique des droits des patients dans la mesure du possible, tout en respectant certaines conditions et contrôles afin que cela soit fait correctement.

Par exemple, notre étude consacrée à l'évaluation de l'impact de l'intervention majorée<sup>144</sup> montre que face au non-recours à ce droit, la meilleure option reste d'élargir le droit automatique<sup>145</sup> (cf. section précédente). Solidaris se bat donc depuis plusieurs années pour que l'automatisme de l'octroi du BIM soit effective pour de nouvelles catégories de populations fragilisées sur le plan socio-économique (voir recommandations, *supra*).

## 5.2 En tant que prestataire full service

### 5.2.1 Des métiers mutualistes davantage orientés « conseil »

Les progrès technologiques – qui ont instauré progressivement l'échange électronique de ces données, l'informatisation des procédures de remboursement des attestations de soins aux patients... – représentent un gain d'efficacité et de temps considérables. En déchargeant les intervenants du système de santé des tâches administratives, les collaborateurs de Solidaris – qui sont en première ligne et en contact direct avec les affiliés et les personnes en situation de précarité – voient leur métier changer progressivement. Leur rôle de pure guichetier évolue vers un rôle de conseiller : le temps dégagé est mis à profit pour développer davantage la fonction de conseil en accompagnant les affiliés ; l'objectif étant de proposer des solutions en adéquation avec leurs besoins individuels. Ces solutions font appel aux différents métiers de la mutualité : le conseil, les droits et avantages dans le cadre de l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire mais aussi les services proposés par le réseau associatif et socio-sanitaire.

En d'autres mots, le collaborateur devient la personne ressource qui privilégie le contact, la proximité et l'écoute de l'affilié. Le conseiller est *de facto* en première ligne pour informer l'affilié notamment sur ses droits, sur les dispositifs auxquels il peut recourir pour améliorer son accessibilité aux soins de santé.

Certaines mutualités de Solidaris organisent ainsi des « bilans mutualistes » pour toutes les personnes qui sont en demande de soutien social ou lorsque le conseiller mutualiste détecte une situation particulière. Le bilan mutualiste consiste à effectuer un « check-up » de la situation de l'affilié et de l'exercice de ses droits. Concrètement, lors de ce bilan, l'assistant(e) social(e) ou le conseiller mutualiste examine les droits de l'affilié afin de vérifier si ce dernier a bien activé tous les droits auxquels il peut prétendre (droit à une allocation pour personne handicapée, aides aux logements, droits liés à l'assurance obligatoire comme le DMG, le BIM, etc.). En effet, une étape capitale dans

---

<sup>144</sup> Laasman et al. (2014).

<sup>145</sup> Ce droit est déjà octroyé automatiquement pour certaines catégories de la population (bénéficiaire d'un revenu d'existence, d'un revenu garanti pour personnes âgées, etc.).

l'accompagnement social est d'aider les affiliés à recouvrer leur dignité en leur reconnaissant à la fois le statut de personne et d'ayant droit, et par là en leur reconnaissant le statut d'une personne ayant de nombreux droits tout en les aidant à les faire valoir pour améliorer leur situation socio-économique et leur santé.

Le bilan mutualiste est en ce sens un outil qui mériterait d'être généralisé dans la mesure où il optimise le recours aux droits favorisant l'accès aux soins de santé. Ce service recueille d'ailleurs un avis très positif auprès des affiliés en ayant bénéficié : 98% d'entre eux se déclarent satisfaits et ils sont 97% à déclarer qu'ils recommanderaient ce service à leurs connaissances<sup>146</sup>.

Il est par ailleurs primordial de veiller à maintenir une relation d'accompagnement et de proximité avec les affiliés mais aussi de s'engager à la réciprocité vers chacun. Solidaris entend ainsi continuer de se soucier de chacun, cet engagement de réciprocité et de proximité allant de pair avec des services relationnels de qualité. On sait en effet à quel point ces éléments sont d'autant plus fondamentaux pour les personnes confrontées à des situations difficiles.

### 5.2.2 Informer sur les coûts évitables de santé

En tant que syndicat des affiliés, la Mutualité a pour mission d'informer ces derniers sur les coûts de santé qu'ils peuvent éviter et sur les économies potentiellement réalisables au niveau du budget des soins de santé pour éviter que la personne ne puisse se soigner faute de moyens. Il s'agit de mettre à disposition différentes informations pour éclairer leur choix en matière de santé et que celui-ci soit fait en toute liberté et conscience.

A cet effet, les mutuelles mettent à disposition plusieurs brochures, dépliants ou encore outils pratiques dans leurs agences, chez les prestataires de soins ou encore sur internet. Par exemple, Solidaris donne une série de renseignements concernant les médicaments moins chers. Cette thématique est largement développée car les médicaments représentent le premier poste de dépenses dans le budget santé des ménages (35% des dépenses de santé) et qu'ils peuvent faire l'objet d'un report de soins : parmi les personnes qui se sont vues prescrire des médicaments, 18,6% déclarent avoir dû reporter ou renoncer à ces soins<sup>147</sup>. Près d'un Belge sur deux est d'ailleurs vraiment inquiet de la place de plus en plus importante que prennent les dépenses de médicaments dans leur budget, cette proportion étant en augmentation ces dernières années (48,6% en 2018 contre 45,2% en 2015)<sup>148</sup>.

L'achat de médicaments peut coûter cher, voire être impayable pour certains ménages, alors qu'il existe des alternatives meilleur marché dans la plupart des cas. Un médicament générique est, par exemple, au minimum 31% moins cher que le médicament original et il a le même effet thérapeutique. Afin de sensibiliser les patients sur cette question et de promouvoir l'utilisation de médicaments moins chers, Solidaris a publié une brochure reprenant des conseils pour mieux consommer et consommer moins cher. Elle est distribuée lors d'animations citoyennes ou de campagnes de sensibilisation menées dans des lieux de proximité (cf. distribution dans les gares belges). Ces actions sont régulièrement renouvelées à l'automne pour informer et rappeler aux patients qu'il est possible de faire des économies dans le budget consacré aux médicaments. Les patients peuvent également utiliser l'outil disponible en ligne sur le site de Solidaris<sup>149</sup> qui permet de comparer les prix des différentes marques de médicaments et de choisir le moins cher.

---

<sup>146</sup> Wauthy (2014).

<sup>147</sup> Institut Solidaris (2019b).

<sup>148</sup> *Ibidem*.

<sup>149</sup> [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be) > Remboursements et avantages > Se soigner moins cher > Trouver le médicament le moins cher.

De même, Solidaris met à disposition du patient une information « sur mesure » sur les coûts prévisibles et évitables au niveau des tarifs pratiqués par les différents prestataires de soins et du statut de médecin en fonction de son statut (conventionné ou non). Cet outil disponible sur le site de Solidaris via la page d'accueil ou sur la page pour se soigner moins cher<sup>150</sup> renseigne ainsi les patients à propos des médecins susceptibles de leur demander des suppléments d'honoraires. Cela permet aux patients d'être conscients que consulter ces prestataires leur coûte plus cher que s'ils se rendaient chez un médecin conventionné qui s'est engagé à respecter les tarifs légaux de l'INAMI. Solidaris met également à disposition un outil<sup>151</sup> estimant les implications financières d'un séjour hospitalier pour lequel les patients peuvent calculer les frais en fonction de l'intervention et comparer les prix en fonction de l'hôpital ou du type de chambre, etc.

### 5.2.3 Une assurance complémentaire financièrement accessible et innovante

Solidaris milite pour rendre les soins de santé accessibles à tous. Par le biais de son assurance complémentaire de qualité privilégiant les valeurs de solidarité, de prévoyance et d'entraide, elle propose une alternative aux compagnies d'assurances commerciales<sup>152</sup>. Elle offre à ses affiliés un grand nombre d'avantages, de services et de remboursements pour pallier aux risques non couverts par l'assurance maladie obligatoire :

- Elle offre un remboursement des tickets modérateurs – soit le reste à charge du patient après intervention de l'assurance maladie obligatoire – de 100% pour les enfants de moins de 18 ans et les adultes (moyennant une franchise de 25 €) pour un grand nombre de prestations<sup>153</sup>. Cela permet aux affiliés de ne pas se soucier des coûts des soins de santé lorsqu'ils se rendent chez un prestataire conventionné appliquant le tarif légal puisqu'ils récupèrent entièrement ce qu'ils ont déboursé.
- Elle intervient dans des soins peu ou mal remboursés par l'assurance maladie obligatoire comme pour les lunettes, la dentisterie (orthodontie, prothèses et implants dentaires), le remboursement de traitements liés aux maladies rares chez les enfants ou encore la psychothérapie pour lesquels on observe un report élevé parmi certaines catégories de la population alors que notre étude montre que le mal-être psychologique est marqué chez les personnes précarisées, etc.
- En matière de prévention, elle intervient pour les frais liés à la contraception, l'abonnement à un club de sport ou de fitness, la vaccination, le dépistage du cancer, l'arrêt du tabagisme...
- Elle offre également des services spécifiques tels qu'une aide juridique pour que les droits des affiliés en matière de soins et de santé soient respectés et protégés, etc.

---

<sup>150</sup> [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be) > Remboursements et avantages > Se soigner moins cher > Prestataires agréés et conventionnés.

<sup>151</sup> [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be) > Remboursements et avantages > Se soigner moins cher > Coût moyen d'une hospitalisation.

<sup>152</sup> Le prix de cette assurance n'est pas uniquement dicté par des considérations économiques mais par des considérations sociales et tenant compte des besoins de santé des affiliés. Le montant des cotisations réclamées aux membres pour l'assurance complémentaire d'une mutualité doit d'ailleurs être approuvé par son assemblée générale, constituée de membres élus parmi les affiliés de cette mutualité. En outre, les recettes générées par ces cotisations ne peuvent dépasser certains plafonds – nettement moins élevés que ceux autorisés dans le secteur des assurances commerciales – et leur affectation (par exemple, un placement financier) est fortement réglementée et contrôlée.

<sup>153</sup> A condition qu'ils disposent d'un Dossier Médical Global (DMG). Ce mécanisme a été instauré en 1999 en vue de fidéliser le patient à son médecin généraliste. Il donne notamment droit à une réduction de 30% du ticket modérateur lors d'une visite ou d'une consultation auprès de son médecin généraliste.

Il s'agit aussi de poursuivre le développement de ces avantages en phase avec les besoins des patients tout en tenant particulièrement compte des personnes qui ont le moins de moyens pour se soigner. Les mutuelles jouent un rôle de pionnières en démontrant que la couverture de soins essentiels par l'assurance complémentaire répond à des besoins réels. Certains de ces avantages sont d'ailleurs par la suite intégrés dans l'assurance obligatoire (comme cela a été le cas pour le remboursement de la contraception chez les jeunes de 14-20 ans, des soins dentaires préventifs chez les moins de 18 ans, etc.).

#### 5.2.4 Le développement de services

Dans une optique de droit à la santé pour tous, indépendamment de ses conditions socio-économiques, Solidaris se soucie d'offrir à ses affiliés des soins de qualité accessibles sur le plan financier, géographique, social et culturel.

Pour rencontrer cette préoccupation essentielle, la Mutualité développe – seule ou en collaboration avec d'autres partenaires de santé – ses propres services socio-sanitaires et ses propres structures médico-sociales. Cet important réseau regroupe des services spécifiques de proximité.

Ces services sont destinés à être présents aux côtés de l'affilié :

- En cas de situation inattendue, lorsqu'un enfant tombe soudainement malade et doit rester à la maison par exemple ;
- Pour lui offrir des facilités et l'accompagner dans les tâches quotidiennes en cas d'immobilisation au domicile après un accident, une maladie ou une opération ;
- Pour soigner, à domicile, les personnes atteintes d'un handicap, les personnes âgées ou encore celles recevant des soins palliatifs ;
- Pour offrir aux membres atteints d'une pathologie nécessitant une prise en charge globale et pluridisciplinaire une solution complète au départ de la mutualité.

Citons par exemple, les « Centrales d'aide à domicile (CSD) » qui offrent divers services à domicile, organisant toute l'assistance médicale ou sociale dont l'affilié a besoin (aides familiales ou ménagères, d'infirmières, de kinés...) et coordonnant un ensemble de services répondant au besoin de toute personne qui, temporairement ou non, souffre d'une autonomie diminuée. Soulignons que les CSD sont ouvertes à tous, que la personne soit affiliée ou non à la Mutualité Socialiste. Au nombre de 16, elles sont réparties sur tout le territoire francophone. Deux institutions de soins ont également été mises en place en partenariat avec la Mutualité Chrétienne dans l'objectif de limiter la concurrence entre les structures hospitalières au profit d'une utilisation optimale des ressources et de la qualité des soins offerts aux patients. Plus globalement, les structures médico-sociales de Solidaris représentent 65 polycliniques offrant des soins accessibles et de proximité, 2.000 lits d'hôpitaux et de places en hospitalisation, une maison de repos mais aussi un centre médical pédiatrique accueillant des enfants présentant des maladies chroniques, une obésité sévère ou encore des difficultés relationnelles.

Par ailleurs, dans la mesure où l'achat de lunettes représente souvent un budget important et par conséquent, peut faire l'objet d'un report parmi les ménages disposant de peu de revenus, Solidaris a mis en place une convention avec certains opticiens et avec la chaîne « Optique Point de Mire » (reprenant plus de 40 magasins) pour permettre à ses affiliés de bénéficier de prix intéressants à l'achat de montures et de verres de lunettes, outre les avantages prévus dans le cadre de son assurance complémentaire.

### 5.2.5 L'accompagnement par le Service social<sup>154</sup>

De par sa gratuité et son ouverture à tout un chacun sans discrimination d'affiliation mutualiste, le Service social rencontre des personnes dans une grande diversité de situations : étudiants et jeunes sans revenus, avec ou sans diplôme, personnes à la retraite, familles monoparentales, des femmes ou hommes seuls, des couples avec ou sans enfants, des personnes (sur)vivant de revenus de remplacement, des personnes ayant un emploi ou des travailleurs indépendants, des actifs précarisés etc. La majorité de ces personnes ont comme point commun qu'elles disposent d'un faible niveau de revenu (issu de leur(s) pension, indemnités, revenu d'intégration sociale, etc.), se situant en-dessous du seuil de risque de pauvreté ou à la limite du basculement dans la pauvreté, et qu'elles font face à un équilibre très précaire entre leurs ressources et leurs dépenses ordinaires de la vie quotidienne (factures d'énergie, loyer, alimentation...).

Cette situation de précarité peut-être liée à différents événements, comme ceux liés au monde du travail (perte d'emploi, incapacité de travail, chômage), à la situation familiale (séparation, monoparentalité) ou encore à la santé (maladie, hospitalisation). Ces événements peuvent parfois se cumuler et conduisent à une diminution des revenus (perte de salaire, recalcul des taux d'indemnisation) ; un changement de statut qui implique une attente liée à la mise en ordre administrative, une diminution des indemnités en cas de cohabitation ou la survie du ménage ne disposant plus que des ressources d'une seule personne ; et enfin aux coûts accrus des soins de santé générés par une maladie ou une hospitalisation.

Ces personnes font bien souvent appel au service social car elles font face à la complexité du système et des législations avec des réglementations foisonnantes et changeantes si bien qu'elles se retrouvent administrativement démunies. Elles ont déjà fait le tour de services qui n'ont pu apporter de réponse, qui ont apporté une réponse partielle à leur demande ou qui ne les ont pas orientés vers le service compétent. Notons également que les passages d'un statut à l'autre ne se font pas sans difficultés, en particulier entre les régimes de la sécurité sociale et les régimes résiduaux. Les demandes d'aide sont ainsi de plus en plus complexes et les situations administratives lourdes, voire inextricables, imbriquant santé, (non)emploi, dettes, logement, famille, énergie, etc. Les personnes ignorent ainsi ce à quoi elles ont droit, que faire pour y accéder et leurs devoirs. Elles ont besoin de professionnels qui soient des interprètes ou des guides dans des situations administratives et financières trop souvent incompréhensibles pour elles. Le besoin d'accompagnement est encore plus marqué chez les bénéficiaires disposant d'un faible niveau de scolarité.

En outre, fait nouveau, les personnes sont beaucoup plus préoccupées qu'auparavant par des questions financières, à savoir ce à quoi elles ont droit ou par les avantages ou les services dont elles pourraient bénéficier :

- Soit parce qu'elles attendent avec impatience les remboursements de l'assurance obligatoire soins de santé et/ou qu'elles demandent à être informées de l'état de leur compteur Maximum à facturer (MàF) car elles anticipent et s'informent quant à un remboursement éventuel et son délai alors qu'avant, ce remboursement était apprécié mais pas attendu.
- Soit parce qu'elles sollicitent l'assistant social (AS) pour l'examen du droit à l'intervention majorée alors qu'ils avaient jugé inutile de le faire lorsque l'AS leur avait proposé auparavant. D'autres personnes, dont les revenus se situent juste au-dessus du plafond BIM, viennent demander s'il n'y a pas possibilité de bénéficier de celui-ci.

---

<sup>154</sup> Cette section provient principalement de Lefèvre (2016), Laurent (2016) et Dechamps (2014).

- Soit parce qu'elles s'informent sur les droits et avantages sociaux auxquels elles peuvent prétendre en matière d'avantages sociaux suite à un manque d'information ou une information peu digeste ou encore elles s'informent sur les possibilités d'intervention de la Mutualité dans les frais de déplacement occasionnés par les soins de santé, ce qui était moins le cas auparavant
- Soit parce qu'elles sont en invalidité et qu'elles souhaitent vérifier leur dossier portant sur l'exactitude du montant du salaire de base pris en compte pour le calcul de leur indemnité journalière car elles ne s'en sortent plus financièrement.

Si le travail social est intimement lié à la notion de besoin et la mise à disposition de dispositifs, notamment à travers le recours aux droits pour répondre au besoin de ressources, le travail social consiste également à favoriser la participation sociale pour aider la personne dans son besoin de relations sociales et d'émancipation.

En outre, le fait d'aller à la rencontre des personnes (visite à domicile, être proactif, etc.) est primordial, non seulement pour aider les personnes à valoriser leur droits mais également pour leur apporter un soutien relationnel indispensable. Cette double action est essentielle pour enrayer le processus de précarisation. Par leur formation à l'écoute active et leur attention portée au non-verbal, les assistants sociaux ont l'habitude d'intervenir en envisageant l'ensemble des pistes susceptibles d'améliorer la situation des personnes, en allant donc au-delà de la demande explicite formulée par l'utilisateur. Le dépistage est une démarche qui consiste à anticiper et prévenir les éventuelles difficultés qui pourraient voir le jour dans une situation donnée et dont les personnes peuvent a priori ne pas avoir conscience. Il peut être effectué à l'occasion d'entretiens réalisés avec les personnes ou par biais d'interventions proactives. En ce sens, la réalisation de bilans, qu'ils soient mutualiste ou social, aident à identifier les droits et les avantages ainsi que l'éventail d'aides possibles pour la personne.

Ces différentes missions du Service social de Solidaris sont jusqu'à présent possibles grâce à une importante présence territoriale des AS via les nombreux points de contact, les permanences ou encore les visites à domicile qui limitent les déplacements des personnes sont précieuses, non seulement pour les personnes malades ou handicapées mais aussi pour bien d'autres bénéficiaires. En effet :

- Elles contribuent à l'instauration et au maintien d'un climat de confiance nécessaire au travail social et elles permettent de prendre le temps de parler et d'établir une communication « non violente » ;
- Elles permettent de briser l'isolement des personnes ;
- Elles permettent de dépister des problèmes et donc de les ajouter dans l'approche globale et intégrée dont nous nous revendiquons et ainsi de pratiquer une intervention multidimensionnelle
- Elles permettent une connaissance fine de l'offre sociale et de santé sur le secteur afin d'orienter au mieux les personnes ;
- Et aussi, dans une perspective plus collective, elle assure la présence d'un service social sur des territoires délaissés par les pouvoirs publics, y compris locaux, et par les commerces.

En tant qu'acteur social et citoyen, un autre aspect important du travail social relève de la mise en évidence des lacunes au sein des structures sociales afin de représenter et défendre les droits des personnes. Grâce à la pratique de terrain, l'assistant social est à même de signaler les lacunes des politiques sociales menées. Dans la prolongation de sa connaissance des mécanismes d'assurance et d'assistance sociale, il peut identifier et faire remonter les manquements dans la législation. Par sa connaissance des réalités locales, il se fait aussi le porte-parole des usagers pour réclamer la mise en place de structures adaptées là où cela s'avère nécessaire.

## 5.3 En tant qu'acteur social et politique

### 5.3.1 Etre une force de propositions déterminante dans la politique de santé

De par son expertise en tant que gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire, de par les évaluations statistiques qu'elle mène et de par leur expérience de terrain et de proximité avec leurs membres notamment via son vaste réseau associatif, Solidaris constitue une force de propositions en matière de politique de soins de santé. En tant que syndicat des affiliés représentant l'intérêt de ces derniers, la Mutualité formule des propositions et recommandations politiques visant à garantir et améliorer l'accès aux soins de santé pour réduire les inégalités sociales de santé.

C'est le cas par exemple lorsque Solidaris, son réseau associatif et l'Institut Solidaris réalisent des études et enquêtes auprès des citoyens, lors d'événements plus ponctuels comme l'organisation de symposium ou colloques ou encore de groupes de travail de réflexion rassemblant les acteurs de la santé ou de rencontres-débats avec les affiliés, lorsque sont élaborés des cahiers de revendications ou les memorandum en vue des élections, etc. Ces différentes initiatives donnent généralement lieu à des publications qui sont diffusées auprès des décideurs politiques, des stakeholders et partenaires sociaux, des professionnels de la santé, etc. mais aussi auprès de différents médias pour un relais vers les citoyens et les affiliés (cf. conférences et communiqués de presse, médias, sites internet, réseaux sociaux etc.).

Certaines de ces recommandations font l'objet d'un suivi et de discussions dans les différents organes de gestion de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et cabinets politiques en charge des matières de santé, et peuvent aboutir à leur concrétisation. Une série d'avancées significatives obtenues grâce à l'engagement politique des mutualités en témoignent.

Citons par exemple, les différentes mesures visant à limiter les prix et les suppléments facturés aux patients lors d'un séjour hospitalier. Suite aux différents rapports analysant de près les évolutions du secteur hospitalier depuis 1998, Solidaris s'est longuement battue en adressant une série de recommandations pour que la chambre à deux lits soit accessible à un tarif standard, c'est-à-dire sans supplément de chambre ou d'honoraires. Ces efforts ont porté leurs fruits et ont abouti à une politique supprimant progressivement les suppléments dans les chambres à deux lits et protégeant les patients à faibles revenus. Cette politique a eu un impact positif : en 2017, le coût du séjour en chambre commune ou à deux lits (248 €) est sensiblement inférieur à son niveau de 2002 (363 euros). Solidaris poursuit ses analyses depuis et ne cesse de dénoncer les suppléments d'honoraires qui restent élevés et continuent d'augmenter dans les chambres particulières ou encore les frais de matériel lors d'une intervention à l'hôpital pour lesquels les patients BIM ne sont pas protégés de sorte que ce type de coût est proportionnellement plus lourd à supporter pour eux que pour les autres ayants droits<sup>155</sup>. Un autre exemple est la politique visant à réduire les prix des médicaments hors brevet ou commercialisés depuis au moins 12 ans – combinée à l'encouragement à la prescription et à la délivrance de médicaments moins chers – a permis de diminuer de 16%, en moyenne, les tickets modérateurs pris en charge par le patient pour ses médicaments remboursables depuis 2006<sup>156</sup>. Aujourd'hui, environ un médicament prescrit sur deux est un médicament moins cher<sup>157</sup>, c'est cinq fois plus que début des

---

<sup>155</sup> De Wolf et al. (2017).

<sup>156</sup> Laasman et al. (2013 c).

<sup>157</sup> Ce pourcentage reste toutefois inférieur au quota que chaque médecin généraliste doit prescrire en médicaments « les moins chers » qui est passé de 50% à 60% du total de ses prescriptions depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

années 2000<sup>158</sup>. Solidaris continue d'évaluer la prescription de médicaments moins chers et a d'ailleurs récemment montré qu'en 2017, les patients auraient pu économiser 47 millions € - soit près de 11% de la facture à la pharmacie - si on avait permis au pharmacien de leur délivrer systématiquement le médicament identique le moins cher (exactement la même molécule, le même dosage et la même taille de conditionnement)<sup>159</sup>. Ce résultat est interpellant, surtout lorsqu'on sait que le report de soins concerne bien souvent les médicaments.

### 5.3.2 La prévention et promotion de la santé

Pour Solidaris, la prévention et la promotion de la santé constituent un des piliers essentiels de la bonne santé. Elles représentent un levier fondamental pour améliorer le bien-être général et diminuer les inégalités sociales de santé en conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci<sup>160</sup>. Des actions individuelles et collectives sont ainsi possibles pour répondre à certains problèmes de santé.

Consciente que les comportements préventifs sont marqués par de grandes inégalités sociales, Solidaris développe déjà depuis de nombreuses années toute une série de projets en prévention et promotion de la santé. En matière de prévention, on a bien souvent tendance à responsabiliser l'individu par rapport à sa santé en oubliant que celle-ci ne dépend pas directement de lui mais est fonction des déterminants sociaux et de l'environnement dans lequel il évolue. Les actions de Solidaris concernent donc tant la prévention que la promotion de la santé. Le promotion de la santé vise ainsi à associer la prévention à un ensemble de stratégies et d'actions ciblant les déterminants de la santé, l'objectif étant de créer un environnement favorable à la santé.

C'est dans ce contexte que le Service Promotion de la Santé de Solidaris a pour mission principale de susciter, soutenir, organiser et coordonner des campagnes générales et/ou spécifiques de promotion de la santé dans le but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social des personnes. *De facto*, agir sur l'ensemble des déterminants, de manière globale et transversale, plutôt que tout faire reposer sur l'individu constitue un réel tremplin pour le changement. C'est l'approche préconisée par la promotion de la santé depuis la Charte d'Ottawa de l'OMS rédigée en 1986<sup>161</sup>.

Solidaris et son vaste réseau associatif de proximité se mobilisent ainsi à travers des actions d'information, de formation, des campagnes qui s'adressent à la fois au grand public ainsi qu'aux professionnels de la santé et du secteur psychomédico-social. Il s'agit d'offrir une information performante, accessible et vulgarisée. Les associations d'éducation permanente du réseau mutualiste ont également pour mission « l'analyse critique de la société, la stimulation d'initiatives démocratiques et collectives, le développement de la citoyenneté active et l'exercice des droits sociaux, culturels, environnementaux et économiques dans une perspective d'émancipation individuelle et collective des publics en privilégiant la participation active des publics visés et l'expression culturelle » .

Parmi les différentes actions de prévention et de promotion de la santé au niveau de Solidaris et de son réseau associatif, citons entre autres :

- L'intervention de Solidaris dans les prestations liées à une consultation psychologique et ce, sans limite d'âge : l'intervention de l'assurance complémentaire s'élève à 20 € par séance avec

---

<sup>158</sup> *Ibidem* et Hendrickx et Vrancken (2018).

<sup>159</sup> Hendrickx et Vrancken (2018).

<sup>160</sup> Charte d'Ottawa, OMS (1986).

<sup>161</sup> OMS (1986).

un maximum de 8 séances par année civile et par bénéficiaire à condition qu'il dispose d'un Dossier Médical Global (DMG) en cours de validité.

- Le développement d'actions de prévention en points de contacts mutuellistes : une très large majorité de nos affiliés – dont les profils socio-économiques sont variés avec une représentation importante de bénéficiaires de l'intervention majorée – viennent en agence. L'agence est donc un endroit propice pour rencontrer et sensibiliser des publics difficiles à toucher dans d'autres circonstances. Avec des dispositifs légers et suscitant la confiance, on peut donner à ces publics « captifs » (dans la salle d'attente, ils ont du temps à consacrer à l'activité) l'occasion et la chance de découvrir que la prévention cela peut être aussi pour eux. C'est pourquoi les chargés de prévention ont par exemple mené des actions pour expliquer aux affiliés qui attendent en points de contacts le pharmakit. Ce pharmakit est un outil de gestion de la pharmacie familiale pour aider à une consommation raisonnée des médicaments<sup>162</sup>. D'autres actions de prévention sont menées : sur les maladies cardiovasculaires, par exemple, une action de prévention tabac ; d'autres actions sur le stress, l'activité physique et l'alimentation sont également prévues ; etc.
- Le programme et la Plateforme de débat pour un accès de tous à une alimentation de qualité<sup>163</sup> disponible en ligne depuis 2015. L'objectif de ce programme est de s'attaquer à cette problématique pour prévenir l'obésité et les nombreuses maladies liées à une alimentation surabondante et déséquilibrée. Il s'est notamment décliné en animations (comment bien manger quand les fins de mois sont difficiles ? Comment changer concrètement ses mauvaises habitudes en terme d'alimentation ?), recettes de saison et calendrier commenté des fruits et légumes de saison, un mini-guide d'achat malin pour déjouer les pièges à la consommation, un manuel pour mener des projets en classe autour de l'alimentation, etc.
- La publication du « Livre Blanc - Pour un accès de tous à une alimentation »<sup>164</sup>, suite au programme « Goûtez-moi ça ! » reprenant six axes d'actions et 35 recommandations en la matière en vue d'un plan global et concerté pour un accès de tous à une alimentation de qualité, saine, durable et éthique. Il s'agit également de participer à la conception et la mise en œuvre de la politique de prévention des risques et de promotion de la santé, en partenariat avec d'autres acteurs de la santé.
- Le projet « Du pain sur la planche » mené par le mouvement mutualiste « Femmes Prévoyantes Socialistes » a consisté en un forum politique des usagers pour valoriser leur parole sur la thématique alimentation. Une quinzaine de groupes de travail ont été organisés pour échanger sur les perceptions et les représentations des citoyens sur l'alimentation en lien avec la santé. Ces réflexions ont abouti à la formalisation de revendications en lien avec leurs expériences au quotidien et ont été exprimées de manière originale (théâtre, chanson, exposition, etc.).
- A destination des professionnels de la santé, l'Outilthèque Santé mise sur pieds par le Service Promotion de la Santé de Solidaris en 1999 dans le cadre du programme « Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé (PIPSa) »<sup>165</sup> qui se veut être un Centre de référence rassemblant les jeux et outils pédagogiques susceptibles de soutenir des démarches actives et participatives en promotion de la santé. Ce programme fonctionne depuis avec l'aide de tout un réseau de partenaires et grâce aux subventions de la Région wallonne, de la COCOF et la Région de Bruxelles-Capitale.

---

<sup>162</sup> Plus d'informations : <http://www.solidaris.be/BW/infos-sante/medicaments/pharmacie-familiale/Pages/le-pharmakit-pour-gerer-et-ranger-vos-medicaments.aspx>.

<sup>163</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet [www.alimentationdequalite.be](http://www.alimentationdequalite.be).

<sup>164</sup> Voir <http://www.alimentationdequalite.be/livre-blanc/>.

<sup>165</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be).

- « Un pass dans l'impasse »<sup>166</sup> qui est le centre de prévention du suicide et d'accompagnement dont la mission est de faciliter une prise en charge rapide, efficiente et gratuite des personnes suicidaires et l'accompagnement de leur entourage en intervenant à différents niveaux (écoute active et entretiens psychologiques, accompagnement du deuil après suicide, accompagnement social, formation et sensibilisation autour de la thématique du suicide) .

### 5.3.3 Le réseau associatif

Au cœur du projet collectif de solidarité et de justice sociale, Solidaris est forte de son vaste réseau associatif et socio-sanitaire qui accompagne au mieux les personnes, et ce quel(le) que soit leur origine sociale ou leur milieu socio-économique.

Au plus proche des citoyens, ces services sont implantés partout en Wallonie et à Bruxelles. La Mutualité permet ainsi à chaque affilié de trouver réponse à ses besoins particuliers via ses associations (ASBL) en phase avec la réalité de terrain, ancrées dans leur quotidien, et qui développent des politiques d'actions sur le terrain en faveur de publics ayant des besoins spécifiques : femmes, jeunes et enfants, seniors ou encore les personnes en situation de handicap. Ces différentes associations accompagnent ainsi les affiliés et les non-affiliés qui le souhaitent tout au long de leur vie.

Ce vaste réseau renforce le rôle d'acteur social et politique de la Mutualité en pesant dans les débats publics : en tant que mouvement mutualiste militant, ces différentes associations portent des revendications politiques et mènent des actions pour une société plus égalitaire et pour lutter contre les inégalités de santé. Cela se traduit par des conférences, des campagnes, des publications, des projets d'éducation permanente concernant la santé, la prévention et la promotion de la santé, les droits et la citoyenneté, l'égalité pour tous, la sexualité, etc.

Dans cette section, nous nous intéressons en particulier à trois de ces ASBL qui sont en première ligne en matière de lutte contre les inégalités sociales : « les Femmes Prévoyantes Socialistes » (ou FPS) et de sa Fédération des centres de planning (FCPF), l'organisation de jeunesse « Latitude Jeunes » et l'association pour la Personne Handicapée « ASPH ».

#### a) L'Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH)

L'ASPH<sup>167</sup> – Association Socialiste de la Personne Handicapée – défend les personnes en situation de handicap et/ou atteintes de maladie grave et invalidante. Si le handicap, qu'il soit de naissance ou la conséquence d'un accident, peut bouleverser la vie d'une personne et celle de sa famille indépendamment de leur milieu socio-économique, notre étude approfondie a montré que les personnes situées en bas de l'échelle sociale ont 3 fois plus de risque de connaître une situation de handicap par rapport aux personnes les plus nanties. À cela s'ajoutent des inégalités liées au handicap même qui complexifient le quotidien des personnes concernées qui cherchent, souvent désespérément, des informations claires et adaptées leur permettant de pallier aux difficultés qu'elles rencontrent. Le champs de ces difficultés est vaste : droit bafoué, aménagement du domicile, adaptation du temps de travail, scolarisation des enfant en situation de handicap, couverture des frais médicaux et paramédicaux, etc.

---

<sup>166</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet [www.lesuicide.be](http://www.lesuicide.be).

<sup>167</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet <http://www.asph.be>.

Ces difficultés rencontrées peuvent être d'autant plus compliquées dans le cas de personnes connaissant une situation socio-économique précaire, surtout que les situations de handicap génèrent souvent des charges importantes supplémentaires qu'il peut être compliqué d'assurer financièrement. Les personnes concernées peuvent se retrouver dans des situations d'insécurité financière extrêmement lourdes qui les amènent parfois à renoncer partiellement ou totalement au suivi médical ou psychologique nécessaire. Le conseil et l'accompagnement de ces familles apparaît indispensable.

Depuis plus de 100 ans, l'ASPH se veut donc être le véritable syndicat des personnes en situation de handicap et agit concrètement pour accompagner et faire valoir les droits de ces personnes via le lobby politique, la lutte contre toutes formes de discriminations, les campagnes de sensibilisations, les services d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Ainsi une de ses missions principales est d'informer précisément et rapidement sur les des droits et devoirs dans des domaines tels que la reconnaissance du handicap, les aides matérielles, le droit de recours, le droit au logement, le travail de reconnaissance de l'aidant proche, l'accessibilité, l'anti-discrimination, l'enseignement, l'emploi, etc.

Parmi ces services d'aide et d'accompagnement, citons en particulier :

- Le contact center<sup>168</sup> qui est disponible pour toute question sur le handicap ou les maladies graves et invalidantes via un numéro de téléphone unique : 02/515.19.19 ;
- Les multiples relais régionaux ASPH qui proposent des services et des activités de conseil, d'accompagnement et de défense des personnes en situation de handicap, leur famille et leur entourage ; informent et sensibilisent le plus largement possible sur les handicaps et les maladies graves et invalidantes ; promeuvent l'accessibilité et l'inclusion dans tous les domaines de la vie ; militent pour plus de justice sociale ; etc.
- Le service « Handyaccessible » compétent en accessibilité pour effectuer des visites de sites et proposer des aménagements adaptés, analyser des plans et vérifier si les réglementations régionales sont respectées, etc.
- Le service « Handydroit® » qui est un service de défense en justice auprès des juridictions du Tribunal du Travail et compétent pour les matières liées aux allocations aux personnes handicapées, aux allocations familiales majorées, aux reconnaissances médicales, aux décisions de remise au travail et aux interventions octroyées par les Fonds régionaux. En 2018, le montant des arriérés que l'équipe Handydroit® de l'ASPH a pu récupérer pour les affiliés auprès des Juridictions du Travail s'élève à 390.844,6 €<sup>169</sup>.
- Le service « Handyprotection » qui est un service technique spécialisé dans le conseil, la guidance et l'investigation dans le cadre des législations de protection de la personne handicapée.
- La Cellule Anti-discrimination via l'ASPH qui constitue un point d'appui UNIA (anciennement Centre pour l'Égalité des Chances) en ce qui concerne les situations discriminantes « handicap » afin d'introduire un signalement (plainte).

Tous ces services se veulent accessibles à tout un chacun, affiliés solidaris ou non, quelle que soit sa situation socio-économique. Ils permettent ainsi de guider et d'accompagner les personnes en situation

---

<sup>168</sup> Le contact center est disponible via le numéro téléphonique 02/515.19.19 du lundi au jeudi de 8h30 à 15h et le vendredi de 8h30 à 11h.

<sup>169</sup> En collaboration avec les Centres de Services Sociaux de Solidaris et le travail rigoureux des avocats, le service Handydroit® œuvre depuis 1996 en faveur du droit des personnes en situation de handicap.

de handicap et celles qui sont particulièrement démunies car elles cumulent cette situation avec une précarité socio-économique.

b) Les Femmes Prévoyants Socialistes (FPS) et leur Fédération des Centres de Planning Familial (FCPF)

Les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS)<sup>170</sup> est un mouvement d'éducation permanente – regroupant 9 régionales et plus de 200 groupes locaux situés sur l'ensemble du territoire en Wallonie et à Bruxelles – dont l'objectif est notamment de développer des actions pour favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes et pour réduire les inégalités en matière de santé.

Nos chiffres ont montré la présence d'un important gradient social au niveau des inégalités sociales de santé : les groupes sociaux situés au bas de l'échelle de revenus – parmi lesquels on retrouve 4 fois plus de familles monoparentales (à la tête desquelles se trouvent le plus souvent les femmes<sup>171</sup>) – présentent ainsi un moins bon état de santé et apparaissent moins sensibilisés aux comportements préventifs par rapport aux groupes les plus nantis avec par exemple, des taux de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus moindres ou une pratique de la contraception très différenciée selon les groupes sociaux avec jusqu'à 7,5 fois plus de mères adolescentes parmi les groupes sociaux les plus défavorisés.

En outre, le risque de précarité n'a cessé d'augmenter chez les femmes ces dernières années : les femmes sont ainsi plus souvent en incapacité de travail que les hommes, bénéficient davantage du revenu d'intégration sociale ou de l'intervention majorée de remboursement de soins (BIM) ; ce qui peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé entre femmes et hommes mais également parmi les femmes en fonction de leur position sociale.

En 2010-2011, une recherche-action menée par les FPS et la mutualité Solidaris avait établi un diagnostic social similaire à celui-ci<sup>172</sup>. En s'interrogeant sur le taux de dépistage du cancer du sein en Wallonie, les intervenants ont mis en évidence que la précarité a une mauvaise influence sur la santé des femmes. Ayant pas ou peu de moyens, elles se soignent seulement s'il reste du temps et de l'argent. De plus, elles ont tendance à faire passer la santé de leur conjoint et celle des enfants avant la leur. Le dépistage du cancer du sein arrive donc très loin dans leurs préoccupations. Les résultats de cette recherche ont été le point de départ d'une série d'actions concrètes mises en œuvre par les FPS. Ainsi, par exemple, suite au constat que les femmes du sud de la Province de Namur rencontraient des problèmes de mobilité pour participer au dépistage, les FPS et le Plan de Cohésion Sociale (PCS) de Couvin se sont associés. Deux fois par an, le bus du PCS conduit les femmes de l'entité jusqu'au centre de dépistage le plus proche. Sur place, elles sont accueillies par les animatrices FPS. Pendant que chacune passe l'examen à tour de rôle, le groupe échange autour d'une tasse de café. Ce moment de convivialité est fort apprécié pour apaiser les craintes liées au passage de la mammographie. Pour les participantes, c'est aussi un moment privilégié pour questionner les animatrices FPS sur leurs droits au niveau de la mutuelle et des soins de santé.

Dans cette perspective, les actions des FPS consistent à informer, sensibiliser et mobiliser les citoyens autour de différentes thématiques (égalité entre hommes et femmes, santé et prévention, alimentation, droits et citoyenneté, éducation, sexualité, etc.) via des animations et des actions de terrain organisées

---

<sup>170</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet <http://www.femmesprevoyantes.be>.

<sup>171</sup> Les chiffres du SPF-Economie indiquent que dans plus de 4 cas sur 5, la famille monoparentale a à sa tête une femme.

<sup>172</sup> FPS (2012).

au niveau local mais également via des évènements, des analyses et études, des brochures ou encore des campagnes organisées en tant qu'acteur social et politique. Ces différentes actions ont pour volonté de permettre une meilleure égalité entre femmes et hommes mais également entre différents groupes socio-économiques. Mais elles visent aussi l'amélioration des conditions de vie, de ce qu'on appelle les déterminants de santé, via des projets relevant du pouvoir d'action et de la valorisation des compétences visant :

- D'une part à créer les conditions d'une meilleure prise en charge par les citoyen(ne)s de leur santé en affirmant la santé comme un droit fondamental, individuel et collectif.
- D'autre part à influencer les politiques de santé au plan local ou global et d'améliorer par là le bien-être, la qualité de vie et l'égalité sociale.

C'est également dans cette optique que les différentes Ecoles de promotion sociale des FPS permettent un enseignement accessible à tous, hommes et femmes de milieux sociaux différents qui désirent réactualiser ou approfondir leurs connaissances, se donner de meilleures chances de trouver un emploi, réorienter leurs carrières professionnelles, etc. En parallèle, les Centres d'insertion socioprofessionnelle (CISP) des FPS proposent différentes formations en insertion socio-professionnelle pour renouer avec la vie active.

Enfin, les FPS c'est également une Fédération des Centres de Planning Familial (FCPF), active depuis 25 ans, qui s'occupe de la coordination et la promotion de l'action de ses 17 centres de planning familial situés en Wallonie et à Bruxelles. Les Centres de planning familial constituent des lieux d'accueil où chacun peut trouver un soutien et une aide, en toute confidentialité, pour toute question liée à la vie sexuelle et affective, concernant des sujets variés tels que la contraception, la grossesse, l'avortement, les maladies sexuellement transmissibles (MST), etc. mais également un endroit où se procurer la pilule du lendemain, un test de grossesse, des préservatifs,...

Par leurs multiples services et actions, les FPS contribuent à lutter contre les inégalités sociales en matière de santé mais également dans les autres domaines (l'éducation et l'emploi, la position sociale, les modes de vie et habitudes, les conditions de vie, etc.) qui agissent en tant que déterminant social.

### c) Latitude jeunes

Latitude Jeunes<sup>173</sup> est l'Organisation de Jeunesse partenaire de Solidaris. Elle déploie son offre de services et d'activités sur le territoire francophone à travers 6 antennes régionales. Via son approche éducative qui se veut globale et participative, Latitude Jeunes place la citoyenneté responsable, critique et solidaire, ainsi que la promotion de la santé, au coeur de ses actions. Un de ses objectifs est de tendre à un modèle de société égalitaire pour tous, en particulier les enfants et les jeunes et ce, quelle que soit leur origine socio-économique. Si les projets de Latitude Jeunes ne sont pas uniquement dédiés à la réduction des inégalités sociales, leur approche est fondée sur le principe d'universalisme proportionné qui est intégré dans les réflexions autour de l'élaboration d'une activité, animation, publication...

La relation étroite qui existe dès le plus jeune âge entre le milieu socio-économique et la reproduction des inégalités sociales n'est plus à démontrer. Notre étude a d'ailleurs mis en évidence que dès la naissance, la proportion de personnes en situation de handicap est deux fois plus élevée parmi les

---

<sup>173</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet <http://www.latitudejeunes.be>.

précarisés. En outre, il existe un gradient social important lorsqu'on analyse les grossesses parmi les jeunes âgées entre 12 et 18 ans avec une proportion de mères adolescentes jusqu'à 7,5 fois plus élevée parmi les groupes sociaux les plus défavorisés en comparaison avec le groupe social le plus favorisé. Il y a dès lors à son tour un facteur de risque de reproduction des inégalités sociales. Les facteurs socio-économiques ont un impact déterminant sur l'espérance de vie, l'état de santé et les comportements de santé des jeunes, comme le montrent notamment les enquêtes réalisées parmi les élèves de fin de primaire et du secondaire dans le Hainaut<sup>174</sup>.

C'est dans ce contexte que Latitude Jeunes propose notamment aux professionnels de la jeunesse des outils et des supports pédagogiques, des formations aux outils et des animations en milieu scolaire ou associatif pour notamment aider à la prévention et à la diminution de risques en santé par exemple. Elle forme aussi des jeunes animateurs et coordinateurs de centres de vacances. L'ASBL propose également des activités et actions d'information, de sensibilisation et de prévention, des formations et des animations aux enfants et aux jeunes âgés de 3 à 25 ans mais aussi de l'accueil extrascolaire, des écoles de devoirs, une offre de séjours résidentiels, stages et plaines à ses publics. Parmi ses activités, nous pouvons citer en particulier le site internet « I Feel Good »<sup>175</sup> qui s'adresse aux jeunes et répond aux questions qu'ils peuvent se poser en matière de sexualité et de moyens de contraception, de drogues et de dépendances, de stress et dépression, d'alimentation, d'études et de vie active, etc. Ou encore la campagne « Dream for Life » menée il y a quelques années pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale à travers de nombreuses actions dont le message était que la pauvreté et la richesse ne sont pas qu'une histoire d'argent mais que des petits gestes au quotidien font la différence. Cette campagne a donné lieu à l'organisation d'un colloque<sup>176</sup> réunissant jeunes et professionnels (enseignants, éducateurs, animateurs...) en vue d'informer et échanger via différents ateliers pour lutter contre la précarité et récolter les revendications de la jeunesse à travers plusieurs questions : que pensent les jeunes de la précarité ?, comment la vivent-ils ?, comment parler avec eux d'exclusion sociale et qu'en disent-ils ?, quelles sont les bonnes pratiques pour susciter expressions et revendications ?. De ces réflexions et revendications a émergé un memorandum « Dream for Life » ainsi que des pistes d'animation.

Notons également que depuis trois ans, Latitude Jeunes propose le projet européen « Filgood » dans les écoles. L'objectif premier de ce projet est de donner de l'empowerment aux jeunes afin qu'ils puissent être acteurs pour améliorer leur santé globale et ce quel que soit leur origine socio-économique. Il se décline en trois grandes phases :

- Les élèves passent un test sur la perception qu'ils ont de leur santé globale en se basant sur les 6 déterminants de la santé<sup>177</sup> abordés dans l'enquête internationale HBSC (Heath Behaviour in School-aged Children) qui porte sur la santé des adolescents. Lors de ce test, ils participent à une animation sur la notion de santé globale et s'en suit une discussion sur les facteurs de protection à mettre en place pour l'améliorer.
- Latitude Jeunes analyse les résultats et revient dans les classes avec les résultats individuels et collectifs en les comparant aux balises belges issues de l'enquête HSBC et les élèves sont amenés à proposer des pistes d'actions concrètes pour améliorer leur bien-être à l'école.

---

<sup>174</sup> Voir les travaux de l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH).

<sup>175</sup> Voir [www.ifeeldood.be](http://www.ifeeldood.be).

<sup>176</sup> Voir [https://cjc.be/IMG/pdf/colloque\\_dreamforlife.pdf](https://cjc.be/IMG/pdf/colloque_dreamforlife.pdf).

<sup>177</sup> Il s'agit de : 1. l'hygiène de vie (sommeil, petit-déjeuner, stress) ; 2. l'environnement (temps passé devant un écran, risques auditifs, moyens de déplacement) ; 3. les conduites à risques (tabac, alcool, sécurité routière) ; 4. la vie sociale (respect des règles de vie de groupe, partage des moments avec des ami-es, respect filles-garçons) ; 5. la vie familiale (respecter ses parents, parler avec ses parents, prendre le repas du soir en famille) et 6. l'estime de soi (être encouragé, avoir confiance en soi, être bien dans sa peau).

- Latitude Jeunes rencontre l'équipe éducative pour leur communiquer les résultats de leur école et leur propose des pistes d'action ainsi que les projets souhaités par les élèves tout en proposant un soutien pour leur mise en place.

Ce projet prend chaque année un peu plus d'ampleur si bien que Latitude Jeunes a la volonté de le déployer davantage, et notamment avec plusieurs partenaires européens.

Enfin, dans son Memorandum 2019<sup>178</sup>, Latitude Jeunes revient sur la question de la justice sociale alors que ses animateurs constatent une précarisation accrue des familles sur le terrain. Elle plaide notamment pour un accueil de qualité dès la petite enfance et une école émancipatrice et inclusive, conditions indispensables pour se prémunir des risques de précarité lorsqu'on sait le rôle que joue l'éducation en la matière. Elle revient également sur différentes pistes concrètes de recommandations pour permettre à la jeunesse d'accéder au bien-être par des activités de prévention et de promotion de la santé ainsi que leur permettre d'avoir les clés pour atteindre l'autonomie via un enseignement financièrement accessible à tous, une politique de l'emploi juste et équitable sans oublier un accès facilité à un logement de qualité. En effet, l'enquête Thermomètre Solidaris sur les travailleurs pauvres montrait que la transition entre l'adolescence et l'âge adulte, traditionnellement faite par le travail et la prise d'autonomie, est aujourd'hui largement mise à mal de sorte que se lancer dans la vie adulte et construire des projets d'avenir peut s'avérer très compliqué, surtout pour les moins diplômés et pour ceux qui ne bénéficient pas de l'aide familiale avec le risque de les faire basculer dans une grande précarité, avec tout ce que cela peut impliquer en matière de santé. Le memorandum de Latitude Jeunes pointe ainsi la nécessité d'appréhender les inégalités sociales dans leur globalité et de manière intégrée car elles sont la résultante de différents domaines touchant à la santé mais également à l'éducation, l'emploi, le logement, l'environnement, etc.

### 5.3.4 L'organisation de campagnes et d'évènements ainsi que la publication de supports

En tant qu'acteur social et politique, Solidaris et son réseau associatif organise régulièrement des évènements tels que des journées de réflexion, des rencontres de terrain, des colloques à destination des acteurs de la santé et des citoyens, des campagnes de prévention et de promotion de la santé ou sur d'autres thématiques de société (inégalités sociales, handicap, égalité hommes-femmes, sécurité sociale,...).

Citons par exemple :

- o La récente campagne « Ne détricotez pas mes droits ! »<sup>179</sup> menée par les Femmes Prévoyantes Socialistes en mai 2019 et qui se veut être une campagne d'information et de sensibilisation sur les enjeux des élections en matière de justice sociale. L'objectif est notamment de sensibiliser les citoyens pour que les inégalités ne se creusent pas davantage, que chacun puisse être aidé en cas de coup dur de la vie, pour maintenir la solidarité et parce que les droits ne sont jamais acquis. Cette campagne s'appuie sur quatre thématiques portées par quatre femmes : la politique migratoire, les pensions, l'assurance chômage et le séjour en maternité. Il s'agit également de sensibiliser la population quant à la prise en compte effective de la dimension de genre dans

<sup>178</sup> Latitude Jeunes (2019).

<sup>179</sup> Pour plus d'informations, voir : [http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/04/dossier-presse\\_campagne2019-1.pdf](http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/04/dossier-presse_campagne2019-1.pdf)

l'ensemble des décisions prises par les pouvoirs publics, et ce quelle que soit la compétence politique qui est traitée.

- Le colloque de l'Institut Solidaris « Où en sont les inégalités aujourd'hui ? »<sup>180</sup> organisé le 15 mai 2019 et faisant suite à la 11<sup>ème</sup> grande enquête du Thermomètre Solidaris qui interrogeait plus de 1.000 personnes sur leur ressenti face aux inégalités sociales. L'objectif était d'organiser un débat et de pouvoir rassembler experts, économistes, sociologues, travailleurs de terrain et toute personne intéressée pour échanger sur cette thématique déclinée en quatre débats : les inégalités dans l'accès aux soins de santé, l'accès au logement, la lutte contre les paradis fiscaux et l'augmentation de la pauvreté et le maintien du pouvoir d'achat.
- La rencontre « A la rencontre des besoins non rencontrés des personnes en situation de pauvreté » organisée le 3 avril 2019 en collaboration avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté à travers l'intervention de Christine Mahy qui est revenue sur le vécu des personnes en situation de précarité/d'exclusion car elles sont dans le trop peu de tout et confrontées à de multiples problèmes (cf. la section 3.6).
- La campagne et la plateforme « Un toit, mon droit »<sup>181</sup> menée par les Femmes Prévoyantes Socialistes en 2017 et dont l'objectif est de sensibiliser le grand public sur la problématique de l'accessibilité au logement décent, dans la mesure où le logement est devenu un facteur d'exclusion supplémentaire pour les publics fragilisés et fait partie intégrante des déterminants sociaux de la santé, les ménages les plus modestes consacrant 42% de leur budget à leur habitation contre 25% pour les plus riches en 2016<sup>182</sup>. Cela se traduit par des difficultés à préserver un équilibre financier dans ces conditions et certains ménages sont contraints d'occuper des logements plus petits et en moins bon état, pouvant être confronté à des problèmes d'humidité, de moisissures, de mauvaise isolation thermique et acoustique, etc. alors qu'à l'inverse, les ménages plus riches sont plus souvent propriétaires ou à tout le moins occupent un logement de meilleure qualité. Cette campagne a par ailleurs donné lieu à une série de revendications politiques sur base des témoignages d'experts du vécu.
- La journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation »<sup>183</sup> organisée par le Service social en 2016. L'objectif de cette journée était notamment de comprendre le processus de précarisation et réfléchir aux voies empruntées pour l'enrayer mais aussi de réfléchir ensemble à nos pratiques et nos processus organisationnels.
- Etc.

La Mutualité et ses partenaires développent également des publications, guides, répertoires, brochures, ainsi que d'autres supports aussi bien à destination des professionnels de terrain que de la population (cf. section précédente)<sup>184</sup>.

---

<sup>180</sup> <http://www.institut-solidaris.be/index.php/colloque-ouensontlesinegalitesaujourd'hui/>.

<sup>181</sup> Pour plus d'informations, voir le site internet [www.untoitmondroit.be](http://www.untoitmondroit.be).

<sup>182</sup> Calculs propres à partir de l'Enquête de budget des ménages du SPF Economie (2017).

<sup>183</sup> Les actes de cette journée sont disponibles, cf. Solidaris (2016).

<sup>184</sup> Ces supports sont disponibles sur le site de Solidaris, [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be) > Publications.

## CONCLUSIONS

Solidaris a mené une étude approfondie sur le lien entre inégalités sociales et de santé, basée sur la revue de la littérature mais surtout sur une propre analyse. Cette analyse a porté sur les données de quelques 3 millions de Belges affiliés à Solidaris (classés en huit sous-groupes de population en fonction de leurs revenus fiscaux mesurés au niveau du quartier statistique en 2016) et a débouché sur la production d'une cinquantaine d'indicateurs couvrant les différentes dimensions de la santé.

De cette vaste étude, nous pouvons tirer aujourd'hui **trois enseignements majeurs** :

- 1) Tout d'abord, malgré les progrès en matière de santé publique survenus ces dernières décennies (avec une amélioration des conditions de vie et des soins de santé, se traduisant notamment par une progression de l'espérance de vie de plus de deux mois par an ces 20 dernières années<sup>185</sup>) et notre système de protection sociale qui offre encore une large accessibilité aux soins de santé comme le démontre de nombreux classements<sup>186</sup>, il ressort que **les besoins en santé sont bien loin d'être rencontrés pour tous** comme en témoigne notre étude ainsi que la revue de la littérature. En outre, **les inégalités sociales de santé ne se résorbent pas au cours du temps** et les résultats de la dernière Enquête de santé (2018) publiés récemment en attestent également. Paradoxalement, les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux se sont globalement renforcées ces dernières décennies, comme en témoigne la revue de la littérature. Les Belges ne bénéficient pas des progrès médicaux et sociaux dans la même mesure : les personnes issues de milieux sociaux moins aisés ne voient pas leur santé s'améliorer autant que ce qui serait possible alors que ceux tout en bas de l'échelle ne connaissent aucun changement, ou pire voient leur situation s'aggraver<sup>187</sup>. Le dernier Baromètre Solidaris<sup>188</sup> montre par ailleurs des écarts marqués et qui augmentent : l'indice global de bien-être et de confiance, résultant d'une batterie de plus de 200 questions a diminué pour les 25% des belges (francophones) les plus précarisés (passant de 26,5% à 23,5%) entre 2015 et 2018 alors que ce même indice a augmenté parmi les 25% les plus aisés (et est passé de 80,8% à 81,6%). En outre, ce Baromètre met en évidence que pour le Belge, la santé est le premier critère qui détermine son bien-être, bien avant le revenu, le statut professionnel ou les relations sociales.
- 2) Ensuite, les chiffres de Solidaris sont sans appel : **s'il y a bien une chose face à laquelle les citoyens ne sont pas égaux, c'est la santé...** Cela s'explique en grande partie par l'origine sociale – liée au revenu, au niveau d'éducation, etc. – qui offre à ceux en haut dans la pyramide sociale une assurance tous risques contre les aléas de la vie alors que cela pèse lourd dans le bilan médical pour ceux tout en bas de la pyramide sociale. Notre étude démontre ainsi la **relation étroite qui existe entre l'état de santé d'une personne et son niveau socio-économique**. Plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé (tant physique que mental) se dégrade, plus on est confronté à des maladies graves, chroniques et invalidantes avec un risque de mortalité bien plus élevé. Ce qui s'explique parce que les personnes dans le besoin ont moins de moyens pour se soigner (4 personnes sur 10 ont renoncé au moins à un soin pour des raisons financières en Wallonie et à Bruxelles<sup>189</sup>) ; elles ont moins de moyens

---

<sup>185</sup> Direction générale Statistique (2017).

<sup>186</sup> Voir notamment le dernier rapport « Health Euro Health Consumer Index 2018 » (Björnberg et Phang, 2019) qui classe la Belgique en deuxième position (après la Suisse) en matière d'accessibilité aux soins de santé sur base d'une série d'indicateurs tels que la facilité d'accès des patients au médecin généraliste, l'accès direct à un spécialiste, le délai pour avoir un traitement, etc.

<sup>187</sup> Fondation Roi Baudouin (2010).

<sup>188</sup> Institut Solidaris (2019a).

<sup>189</sup> Institut Solidaris (2019b).

pour vivre sainement et n'ont pas l'occasion de se préoccuper de leur santé car d'autres priorités vitales (qui auront d'ailleurs un impact sur la santé) rythment leur quotidien (savoir comment manger tous les jours, avoir du chauffage tous les mois, payer la facture d'eau, etc.) ; elles vivent plus de stress permanent, ce qui cause une usure prématurée et a des effets multiples sur la santé et donc sur l'espérance de vie. De même, le recours au système de santé a lieu lorsque l'état de santé ne peut plus passer au second plan tant il devient dramatique, de sorte que les personnes dans le besoin n'ont plus d'autres alternatives et doivent impérativement se soigner, ce qui se traduit notamment par des hospitalisations plus fréquentes et plus longues. Enfin, le recours à la prévention est nettement moindre malgré plusieurs dispositifs prévoyant la gratuité de certains soins (cf. dépistage gratuit du cancer du sein, soins dentaires de base pour les enfants et les BIM, etc.).

- 3) Enfin, **les inégalités sociales de santé ne se résument pas à un clivage entre les plus pauvres et les plus riches mais se marquent tout au long de l'échelle sociale**, ce qui démontre la persistance d'un gradient social au sein de la population belge. Ainsi, les inégalités sociales de santé sont l'affaire de tous et touchent tous les Belges et pas uniquement ceux issus des milieux défavorisés, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Nos résultats montrent également que les classes moyennes sont également aussi de plus en plus touchées.

Cette étude permet par ailleurs de quantifier ces inégalités sociales de santé et apporte un éclairage nouveau dans un domaine où les études sont essentiellement qualitatives. Nos résultats mettent en évidence que **ces inégalités se retrouvent à plusieurs niveaux, révélant des conditions sociales et de vie très différentes au sein de la population belge** :

- **La situation socio-économique est sensiblement différente au sein de la population**, en particulier lorsqu'on compare les deux groupes de populations situés aux extrémités de l'échelle sociale (environ 157.000 affiliés dans chacun de ces groupes). On recense ainsi jusqu'à 7 fois plus de BIM et 25% de chômeurs de longue durée en plus, en moyenne, parmi les personnes les plus précarisées en comparaison aux plus aisées.
- **Le risque de mourir avant l'âge symbolique de la pension est 2 fois plus élevé chez les personnes issues des milieux les plus précaires** comparativement aux milieux les plus nantis. On estime, pour une population de 150.000 personnes, qu'il y a 402 décès parmi les personnes précarisées contre 174 décès parmi les personnes aisées ; soit 2,3 fois plus ou encore 228 personnes qui décèdent en plus sur une année à cause de leurs conditions sociales et économiques. D'une manière plus générale, le taux de mortalité avant 65 ans diminue globalement à mesure que le niveau social augmente.
- **Outre une mortalité plus élevée, les personnes issues des milieux défavorisés vivent en moins bonne santé et chaque groupe social a un état de santé supérieur à celui du groupe d'en-dessous.** Si on compare les deux groupes extrêmes sur l'échelle sociale, on retrouve 3 fois plus de personnes en situation de handicap parmi les précarisés. Fait plus marquant encore : ces problèmes de santé existent dès la naissance et se cumulent tout au long de la vie, creusant davantage les écarts en matière de santé entre les plus précarisés et les plus aisés, et ce jusqu'à 60 ans environ, âge au-delà duquel les personnes sont de plus en plus égales face à la maladie. Nos chiffres montrent également que par rapport à la population moyenne, il y a 43% de personnes souffrant de diabète en plus parmi les précarisés alors qu'à l'inverse, ils sont 30% en moins parmi les nantis. On retrouve ainsi 2 fois plus de personnes souffrant de diabète au sein du groupe social le plus bas par rapport à celui le plus élevé.
- **Cet état de santé dégradé se traduit également par un mal-être important** parmi les personnes en bas de l'échelle sociale : les précarisés sont 2,3 fois plus nombreux à être hospitalisés pour des problèmes de santé mentale par rapport aux plus aisés. On estime qu'il y

a 1.082 hospitalisations parmi eux contre 469 parmi les nantis alors que cela concerne 660 cas parmi la population totale (pour 150.000 personnes).

- **Ces résultats sont à mettre en rapport au moindre recours à la prévention, le recours aux soins préventifs étant aussi très marqué par le clivage social**, notamment en matière de dépistage du cancer (sein et col de l'utérus) pour lequel la couverture est nettement plus faible : l'indice de dépistage est ainsi inférieur respectivement de 14% et 11% pour les femmes précarisées par rapport à la population moyenne alors qu'il est supérieur de 12% et 13% parmi les femmes aisées. Il en va de même au niveau des grossesses chez les adolescentes (âgées entre 12-18 ans) qui sont jusqu'à 7,5 fois plus nombreuses parmi les populations situées en bas de l'échelle sociale ; ce qui constitue à son tour un facteur de risque d'aggravation et de reproduction des inégalités sociales.
- **La conséquence est une consommation de soins nettement plus élevée par la suite** avec 1,4 fois plus de personnes hospitalisées et pour des durées 1,3 fois plus longues parmi les personnes issues des milieux précarisés. Plus globalement, le risque d'hospitalisation diminue d'un groupe social à l'autre et en fonction des revenus.

Cette recherche approfondie conforte ainsi l'étude réalisée récemment par l'Agence intermutualiste<sup>190</sup> et couvrant l'ensemble des Belges.

**Pour conclure, les inégalités sociales continuent de nuire gravement à la santé**, comme en atteste cette étude, et ce malgré les actions et dispositifs existants au niveau national. Notre étude démontre que les inégalités sociales représentent aujourd'hui une des principales causes des différences de santé au sein d'une population.

Ces inégalités de santé ne sont pas le produit du hasard ou des facteurs biologiques, elles s'expliquent par la catégorie socio-économique à laquelle appartiennent les individus. **Les inégalités de santé sont le fruit d'une construction sociale et sont, par conséquent, évitables.** Ces inégalités de santé – responsables de maladies, de report de soins, de décès... à grande échelle – sont d'autant plus injustes que les évolutions médicales et technologiques permettraient des progrès considérables. Notre dernier Baromètre Confiance et Bien-être de l'Institut Solidaris montre par ailleurs qu'en 2018, six Belges sur 10 estiment que les inégalités dans l'accès aux soins de qualité sont vraiment importantes dans notre pays.

Les inégalités sociales de santé sont un problème multifactoriel. Elles renvoient à des problèmes d'accessibilité financière, de couverture sociale, au fait de devoir avancer les frais de santé (bien que le principe de tiers payant social soit prévu et même obligatoire dans certains cas), aux coûts des soins de santé (certains soins étant peu, voire pas du tout, remboursés). Ces inégalités renvoient également au manque d'information, aux difficultés d'accéder aux droits et d'entreprendre les démarches pour les obtenir, aux obstacles administratifs, pour obtenir la bonne information et de pouvoir la comprendre et l'interpréter, etc. Elles sont aussi liées aux obstacles culturels, à la crainte du contrôle social, de la stigmatisation, aux obstacles pratiques, à des problèmes de mobilité ou de déplacement par rapport à des lieux de soins ou encore aux autres priorités incombant à la personne, faisant passer la santé au second plan tant qu'elle ne devient pas urgente à traiter.

---

<sup>190</sup> Avalosse et al. (2019).

## RECOMMANDATIONS

Si les Belges ne seront évidemment jamais égaux face à la maladie, il est inacceptable que les inégalités sociales débouchent sur des inégalités de santé. La santé est une condition nécessaire à l'émancipation de l'individu, à sa participation pleine et entière à la société en tant que citoyen, c'est pourquoi le droit à la santé est un droit de l'Homme internationalement reconnu.

Solidaris réaffirme l'importance de la santé comme ressource essentielle pour la société. La réduction des inégalités sociales de santé est une question de justice sociale et doit devenir un objectif prioritaire transcendant tous les domaines d'action politique dans une approche holistique de la santé.

Il est urgent d'activer les leviers nécessaires en assurance maladie pour lever tout obstacle financier aux soins de base pour l'ensemble de la population. Aujourd'hui, le niveau de remboursement insuffisant, voire inexistant, de la prise en charge de ces problèmes de santé par l'assurance maladie obligatoire – de même que l'application de tickets modérateurs sur les soins de première ligne – génèrent un report de soins, facteur à son tour d'accentuation des inégalités. Nos enquêtes mettent en évidence un grand report de soins croissant, surtout en matière de santé mentale et de soins dentaires.

Mais il faut aussi renforcer les mécanismes de protection des populations plus fragiles sur le plan socio-économique et de la santé, lever les freins et combattre les exclusions à l'accès aux droits. Cela passe également par le renforcement des politiques de prévention et de promotion de la santé.

Enfin, le système de sécurité sociale doit être renforcé. Il est inadmissible que l'arrêt forcé d'une activité suite à la maladie expose au risque de pauvreté. Les malades de longue durée doivent bénéficier d'un niveau d'indemnité suffisant pour que la maladie ne débouche pas elle-même sur la précarité.

Tout ceci débouche sur une série de recommandations qui sont concrètement développées ci-dessous.

Solidaris émet **9 recommandations** pour réduire les inégalités sociales de santé :

- 1. ETABLIR UN PLAN STRATEGIQUE INTERFEDERAL POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DE MOITIE D'ICI 2030**
- 2. LEVER TOUT OBSTACLE FINANCIER A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE BASE**
- 3. COMBLER LE CLIVAGE SOCIAL EN SANTE MENTALE**
- 4. PROTEGER LES POPULATIONS LES PLUS FRAGILES SUR LE PLAN SOCIO-ECONOMIQUE ET DE LA SANTE**
- 5. PROMOUVOIR UN SYSTEME DE SECURITE SOCIALE FORT POUR QUE LA MALADIE NE DEBOUCHE PAS SUR LA PRECARITE**
- 6. COMBATTRE LES EXCLUSIONS DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE**
- 7. RENFORCER LES POLITIQUES DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE ENVERS LES POPULATIONS LES PLUS PRECARISEES ET LES PLUS JEUNES**
- 8. RENDRE EFFECTIVE L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS NOTRE SOCIETE**
- 9. L'ACCES EFFECTIF A LA CONTRACEPTION ET LA CONTRACEPTION D'URGENCE AINSI QUE LA RECONNAISSANCE DE L'IVG COMME UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**

## 1. ETABLIR UN PLAN STRATEGIQUE INTERFEDERAL POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Les inégalités sociales de santé ne sont pas inéluctables ou une fatalité. Le système de santé n'est pas le seul en cause pour expliquer les inégalités sociales en santé. Ces dernières sont révélatrices de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société et renvoient aux déterminants sociaux de la santé.

La santé est la résultante de multiples facteurs pour la plupart en dehors de la sphère strictement médicale (facteurs sociaux, culturels mais aussi environnementaux...). L'accès aux soins de santé dépend notamment du coût général de la vie. Face à un loyer important, au coût de l'énergie, aux frais liés à l'alimentation et les vêtements, au coût de l'éducation des enfants... certains ménages n'ont pas d'autre choix que de reporter leurs soins de santé, ce qui creuse les inégalités sociales de santé. La santé est intimement liée directement ou indirectement aux politiques menées dans différents domaines.

Les inégalités apparaissent ainsi comme le fruit d'une construction sociale et sont liées à notre modèle de société. **L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit dès lors devenir un axe stratégique prioritaire transcendant tous les domaines d'action politique dans une approche holistique de la santé.** Préalablement à toute décision politique, il faut évaluer son impact potentiel sur la santé de la population et singulièrement sur celle des publics vivant l'une ou l'autre forme de précarité. La dimension santé doit ainsi systématiquement être intégrée dans toutes les politiques et actions menées, conformément au concept de « **Health in all policies** » : les soins de santé au sens large mais aussi la sécurité sociale, l'environnement, le logement, l'énergie, l'emploi, l'éducation et la formation, l'accueil de la petite enfance, la mobilité, l'aménagement du territoire...

Solidaris appelle dès lors tous les niveaux de pouvoirs à se fixer un objectif politique ambitieux pour **réduire les inégalités sociales de santé de moitié à l'horizon 2030**. L'atteinte de cet objectif nécessitera l'élaboration d'un plan stratégique interfédéral avec des objectifs clairs et mesurables ainsi qu'une approche coordonnée des politiques à mettre en œuvre par les les autorités publiques (fédérales, communautaires et régionales).

La réduction des inégalités sociales de santé ne doit pas viser exclusivement les plus défavorisés : il a été démontré que les actions devaient être universelles (c'est-à-dire accessibles à tous) mais avec des modalités et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale et qui varient selon les besoins identifiés. Par exemple, offrir à toutes les familles un accès à des places en crèche, tout en procurant des accompagnements ou des services spécifiques pour les familles qui vivent des situations plus difficiles. On parle d'**universalisme proportionné** ou de mesures universelles proportionnées. Autrement dit, Solidaris appelle à **des politiques et actions pour tous les Belges mais selon leurs besoins** pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Solidaris formule ci-dessous des propositions concrètes dans le domaine de la santé pour contribuer à réaliser cet objectif.

## 2. LEVER TOUT OBSTACLE FINANCIER A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE BASE

Afin d'améliorer l'accès aux soins de base et renforcer le rôle central du médecin généraliste en première ligne, Solidaris propose que tout patient ayant ouvert un dossier médical global (DMG) auprès de son médecin traitant ait droit au **remboursement intégral des consultations du médecin généraliste et des soins dentaires de base** (cf. consultations, soins dentaires préventifs, extractions). Le remboursement à 100% ne serait d'application que chez les prestataires de soins qui respectent les

tarifs de la convention. De cette manière, on évite que l'impact sur l'accessibilité d'un meilleur remboursement ne soit annihilé par une augmentation des suppléments d'honoraires. Par ailleurs, on renforce l'incitant pour le prestataire de soins à se conventionner, ce qui garantit la sécurité tarifaire pour le patient.

Solidaris plaide également pour le **soutien au développement des maisons médicales basées sur le système forfaitaire**. Aujourd'hui quelque 360.000 Belges sont soignés gratuitement par des médecins généralistes, des infirmiers et des kinésithérapeutes dans les maisons médicales au forfait. Ces patients ne doivent ainsi pas avancer le ticket modérateur pour la consultation, la mutualité se chargeant de payer directement un forfait mensuel par patient à la maison médicale. Une étude menée par Solidaris<sup>191</sup> montre que les maisons médicales constituent aujourd'hui un maillon essentiel de prise en charge en première ligne ; en particulier pour une population plus jeune, plus fragile sur le plan socio-économique et dès lors davantage exposée aux risques de pauvreté et de report de soins. Les maisons médicales s'inscrivent par ailleurs dans un modèle de soins de première ligne pluridisciplinaire, offrant des soins globaux, intégrés, continus et accessibles tout en permettant un cadre de travail humain et qualitatif aux professionnels de la santé. Ce modèle de prise en charge répond clairement aux souhaits d'une partie croissante de la population si on en croit le développement important des maisons médicales observé ces dernières années.

Solidaris propose ainsi :

- i. De **reconnaître les maisons médicales** en tant qu'acteur innovant et incontournable dans le secteur des soins de santé<sup>192</sup> ;
- ii. D'**étendre le modèle des maisons médicales au forfait** aux prestations de base des dentistes et des psychologues cliniciens ;
- iii. De mettre en place des **soutiens à la création et au développement**<sup>193</sup> des maisons médicales ;
- iv. Une **planification territoriale** des nouvelles installations favorisant les zones à fort report de soins ainsi que les territoires à faible densité de médecins généralistes.

A noter que cette recommandation fait notamment écho au souhait des experts du vécu qui citent en seconde position la gratuité maximale en matière de santé physique, mentale et préventive parmi leurs 10 priorités d'action concernant la question de la gratuité pour bénéficiaire de services, biens communs et politiques publiques ; l'accès à l'eau occupant la première place<sup>194</sup>.

### 3. COMBLER LE CLIVAGE SOCIAL EN SANTE MENTALE

Le dernier rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé<sup>195</sup> pointe le secteur de la santé mentale comme un secteur en carence et les soins de santé mentale comme les parents pauvres du système, notamment en raison du report de soins, des traitements inappropriés ou encore des délais d'attente parfois considérables avant un premier contact. Or, les inégalités sociales de santé sont

<sup>191</sup> Boutsen et al. (2017a). Voir également Boutsen et al. (2017b) et Van Tichelen (2019).

<sup>192</sup> Reconnaître les maisons médicales comme des institutions de soins rassemblant des professionnels de première ligne sous un même toit.

<sup>193</sup> Planifier l'installation des structures de première ligne sur le territoire veillant à ce que ce modèle de soins soit accessible et disponible sur tout le territoire, et plus particulièrement dans les zones en pénurie de médecins généralistes et / ou à forte concentration de report de soins de santé.

<sup>194</sup> RWLP (2019).

<sup>195</sup> KKCE (2019a).

particulièrement marquées en matière de santé mentale. Notre étude montre un état de santé mentale des personnes issues des milieux précarisés sensiblement plus dégradé avec une consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques jusqu'à deux fois plus élevée par rapport aux personnes en haut de l'échelle sociale ainsi que des hospitalisations dans des services ou hôpitaux psychiatriques deux fois plus fréquente (les personnes socioéconomiquement fragilisées étant davantage prises en charge à l'hôpital plutôt que par des consultations psychothérapeutiques).

Solidaris propose donc le **remboursement des huit premières séances du psychologue pour tous** via l'assurance obligatoire :

- Sans prescription ;
- Sans suppléments d'honoraires ;
- Sans ticket modérateur pour le patient titulaire d'un DMG.

#### **4. PROTEGER LES POPULATIONS LES PLUS FRAGILES SUR LE PLAN SOCIO-ECONOMIQUE ET DE LA SANTE**

##### **i. Le tiers-payant obligatoire généralisé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques**

Aujourd'hui, c'est près de trois personnes sur 10 qui déclarent souffrir d'une maladie chronique ; ce pourcentage ayant augmenté régulièrement au cours des 20 dernières années, en particulier chez les personnes les moins instruites<sup>196</sup>. En outre, il y a deux fois plus de personnes rapportant la présence d'au moins deux maladies chroniques qu'il y a 20 ans<sup>197</sup>, avec tout ce que cela implique dans la vie quotidienne. Il existe par ailleurs un gradient social marqué qui perdure au cours du temps : les personnes les moins scolarisées ont un risque accru de rapporter une maladie chronique de 40%. Or, ce sont également elles qui disposent de moins de revenus et qui ne sont pas toujours en mesure d'avancer l'argent pour se faire soigner.

Le système du tiers payant permet au patient de ne pas devoir avancer l'argent d'une consultation chez un prestataire de soins. Grâce à ce système, le patient ne débourse que le ticket modérateur, soit le montant qui reste à sa charge après remboursement de la mutualité. Le tiers-payant est dès lors un système très efficace pour lutter contre le report de soins comme l'a montré une étude de Solidaris<sup>198</sup>.

Le tiers-payant est aujourd'hui obligatoire pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée (BIM) lors des consultations des médecins généralistes. Solidaris propose que **l'obligation d'appliquer le tiers-payant lors des consultations des médecins généralistes soit étendue aux malades chroniques**. En moyenne, les dépenses de soins de santé d'un patient atteint d'une maladie chronique s'élèvent à 25.556 € par an, dont 1.347 € directement à leur charge. Il est évident que ces patients ne recourent pas aux soins de santé « pour le plaisir » et que la mission première des acteurs du secteur des soins de santé doit être de les soulager au maximum tant sur le plan financier que sur le plan administratif.

---

<sup>196</sup> Voir Van der Heyden et Charafeddine (2019) pour la dernière Enquête de santé réalisée en 2018.

<sup>197</sup> La proportion de personnes ayant signalé souffrir d'au moins deux maladies chroniques est passée de 8,9% en 1997 à 15,2% en 2018 (Van der Heyden et Charafeddine, 2019) .

<sup>198</sup> Laasman, Maron et Vrancken (2012).

Solidaris propose également d'**étendre l'obligation de tiers-payant pour les BIM et les malades chroniques à toutes les prestations de soins en ambulatoire** parallèlement à la mise à disposition des différents prestataires de soins des outils de facturation électroniques (E-Fac) qui supprimeront la charge administrative liée au tiers-payant papier<sup>199</sup>.

**ii. Lutter contre le non-accès aux droits sociaux par l'octroi automatique du droit à l'intervention majorée aux familles en difficulté et le renforcement des centres de service social**

Grâce au statut Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM), les ménages à faibles revenus respectant certaines conditions (avantage social ou examen de revenus ) ont droit à une intervention majorée de l'assurance maladie – et dès lors à un ticket modérateur réduit sur une série de prestations de soins.

L'intervention majorée est un dispositif essentiel pour assurer l'accessibilité aux soins de santé des familles plus fragilisées socialement comme l'ont démontré différentes études. Une étude de Solidaris<sup>200</sup> a montré qu'un patient qui obtient le statut BIM voit sa facture annuelle de soins de santé ambulatoires diminuer en moyenne de 50%, ce qui représente une économie pouvant aller jusqu'à plus de 450 € par ménage. De plus, ce statut permet d'autres avantages hors assurance maladie-invalidité (tarifs préférentiels sur le coût des transports en commun et sur l'énergie, exonération de la taxe redevance télédistribution accordée par certaines administrations communales, intervention du fonds social chauffage,...). Notre étude montrait également qu'en levant ces obstacles financiers, l'octroi du statut BIM augmentait sensiblement l'accès aux soins de santé de première ligne, renforçant l'efficacité, la qualité et l'équité du système de soins de santé.

Aujourd'hui, plus de 2 millions de Belges bénéficient du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (soit près de 20% de la population) mais on estime que quelque 500.000 personnes ne bénéficieraient pas de cet avantage alors qu'ils en ont pleinement le droit<sup>201</sup>. De nombreuses personnes qui sont dans les conditions du BIM n'en profitent donc pas alors que dans le même temps le report de soins reste important parmi certaines catégories de populations. En effet, le droit à l'intervention majorée n'est pas automatique et les actions de dépistage de la Mutualité pour contacter proactivement les BIM potentiels restent encore bien trop souvent sans réponse de la part des affiliés concernés qui n'entreprennent pas les démarches<sup>202</sup>.

Sur base des données dont elles disposent, les mutualités peuvent identifier les ménages dont on peut raisonnablement supposer qu'ils cumulent des faibles revenus inférieurs au plafond pour l'octroi du BIM. Ces familles précarisées pourraient dès lors se voir octroyer ce droit automatiquement par leur mutualité, ce qui permettrait de supprimer l'obstacle souvent insurmontable que constituent les démarches administratives à remplir<sup>203</sup> pour obtenir ce droit.

---

<sup>199</sup> Ces outils de facturation sont déjà déployés pour les médecins généralistes, les dentistes et les spécialistes. Le timing de déploiement suivant est prévu pour les autres prestataires de soins : 2018 pour les sages-femmes, 2020 pour les kinés, 2021 pour les logopèdes.

<sup>200</sup> Laasman et al. (2014a).

<sup>201</sup> Conseil des Ministres (2013) et KCE (2019b).

<sup>202</sup> Maron et Vrancken (2017).

<sup>203</sup> C'est en effet la mutualité qui se chargerait des procédures d'octroi et de gestion du droit à l'intervention majorée. Pour la mutualité, cela représenterait aussi une simplification de la procédure dans la mesure où elle ne devrait plus passer par le fisc pour détecter ces ménages et par une déclaration sur l'honneur pour octroyer le statut BIM.

Solidaris propose ainsi d'**accorder automatiquement le droit BIM** aux ménages suivants :

- Familles monoparentales avec titulaire chômeur de longue durée, en incapacité de travail depuis au moins 6 mois ou en invalidité ;
- Ménage avec titulaire chômeur de longue durée isolé ou chef de ménage ;
- Ménage avec titulaire en incapacité de travail depuis plus de 6 mois, isolé ou chef de ménage ;
- Ménage avec titulaire en invalidité isolé ou chef de ménage.

Pour répondre adéquatement à la problématique du nonaccès aux droits sociaux, Solidaris appelle aussi au **renforcement des Centres de service social** afin de développer leurs actions d'accompagnement social, par le soutien, par l'information, par l'aide et le conseil. En effet, les travailleurs sociaux œuvrent à l'intégration des publics marginalisés et sont donc des partenaires indispensables de la lutte contre la pauvreté ainsi que des contributeurs de premier plan au développement social local.

### iii. Une meilleure protection pour les ménages cumulant des coûts de soins de santé importants

Le mécanisme du maximum à facturer (MàF) a pour objectif de plafonner à un montant maximum les tickets modérateurs à déboursier par une famille au cours d'une année. A partir du moment où les tickets modérateurs cumulés par un ménage atteignent ce plafond, les soins de santé sont ensuite intégralement remboursés par la mutualité. Les montants maximaux à partir desquels le mécanisme du MàF est activé varient en fonction du statut social et des revenus du ménage.

Le plafond le plus bas, d'application pour les ménages avec les revenus les plus faibles<sup>204</sup> et les BIM, est de 477,54 € par ménage en 2019<sup>205</sup>, ce qui reste une somme importante pour les familles en difficulté. Nous proposons de **diminuer le seuil d'application du maximum à facturer à 250 €** de tickets modérateurs pour ces familles afin de renforcer le mécanisme de protection face aux coûts élevés de soins de santé. Selon une étude récente du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)<sup>206</sup>, cette mesure concernerait plus de 96.000 ménages qui toucheraient des remboursements plus élevés grâce à la diminution du seuil des tickets modérateurs de 250 €, dont la moitié d'entre eux ne bénéficiaient pas du MàF étant donné que leurs dépenses en tickets modérateurs étaient supérieures à 250 € mais inférieures à 450 €.

Nous proposons également d'**intégrer dans les « compteurs Màf » les tickets modérateurs payés sur le prix de journée en hôpital psychiatrique pour les séjours de longue durée (plus d'un an)**. Notre étude a montré que la santé mentale des personnes en bas de l'échelle sociale est sensiblement plus dégradée avec un risque plus élevée de se voir séjourner dans un hôpital psychiatrique. Or cela implique un budget élevé pour les familles concernées lorsque la durée du séjour dépasse une année. En effet, actuellement, le ticket modérateur lié aux frais de séjour lors d'une hospitalisation psychiatrique n'est pris en compte dans le calcul du Màf que pour une durée d'un an maximum ; le patient devant payer de sa poche le ticket modérateur dès la deuxième année (même si le maximum à facturer a été atteint). Comme l'a montré récemment le KCE<sup>207</sup>, cela représente des sommes importantes qui peuvent atteindre plus de 2.000 € par an pour les BIM et près de 6.000 € pour les

---

<sup>204</sup> Tranche de revenus entre 0 et jusque 19.003,89 €.

<sup>205</sup> Les plafonds de tickets modérateurs sont réduits de 106,12 € pour les malades chroniques.

<sup>206</sup> KCE (2019b).

<sup>207</sup> *Ibidem*.

assurés ordinaires, ces sommes étant encore sensiblement plus élevées après 6 ans d'hospitalisation<sup>208</sup>. Toujours selon cette étude, cette mesure représente pour un petit groupe de patients et leur famille<sup>209</sup> un avantage énorme en terme d'accessibilité aux soins de santé.

## 5. PROMOUVOIR UN SYSTÈME DE SECURITE SOCIALE FORT POUR QUE LA MALADIE NE DEBOUCHE PAS SUR LA PRECARITE

Fin 2017, il y avait plus de 400.000 invalides et 450.000 cas d'incapacité de travail en Belgique. Une étude de Solidaris<sup>210</sup> montre que dès la première année, les personnes en incapacité de travail ont – en raison de leur état de santé fortement dégradé – davantage de contacts avec le système de santé (médecins généralistes et spécialistes), elles sont 6 fois plus souvent hospitalisées et consomment 50% de médicaments en plus. Les troubles mentaux sont une des principales causes d'arrêt maladie et d'entrée en invalidité : les personnes en incapacité de travail sont trois fois plus traitées par antidépresseurs ou antipsychotiques que les autres, même quatre fois plus pour les personnes en incapacité de plus de six mois. La dernière enquête sur la confiance et bien-être des Belges réalisée par Solidaris<sup>211</sup> mettait par ailleurs en lumière que 41% des personnes en incapacité de travail estiment ne pas avoir réussi sa vie contre 32% en moyenne.

Etre en incapacité de travail n'est donc pas une partie de plaisir pour le moral et cela vaut aussi pour le portefeuille. Alors même qu'elles doivent faire face à une forte diminution de leur pouvoir d'achat (l'indemnité étant plafonnée à 60% de la rémunération perdue), les personnes en incapacité de travail voient leur facture de soins de santé multipliée par quatre<sup>212</sup>. Les dépenses de santé restent importantes : un an après l'arrêt maladie, elles sont encore trois fois plus élevées qu'un an avant l'incapacité de travail. A noter que ces dépenses peuvent se révéler tellement élevées que de nombreuses personnes sont contraintes de reporter leurs soins. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les personnes en incapacité de travail sont les plus touchées par le report de soins alors que c'est justement celles qui en ont le plus besoin puisqu'elles sont par définition malades. Alors que la pression sur ce groupe de la population s'est intensifiée sous la dernière législature pour limiter les arrêts de travail, on ne leur donne pas la capacité, ni les moyens de se soigner correctement : 42% de ces personnes malades ont dû renoncer à une visite chez un spécialiste, 32% à acheter un médicament prescrit et 28% à consulter le généraliste<sup>213</sup>. De plus, 32% des personnes avec une incapacité de travail de plus de six mois ont le statut BIM et une personne sur cinq est en détresse financière occasionnelle parmi les assurés ordinaires (c'est trois fois plus que ce qui est observé chez les actifs sans incapacité de travail).

Ces chiffres témoignent de la situation difficile vécue par les personnes en incapacité de travail, tant au niveau de leur santé (avec d'importants décrochages des personnes en incapacité de travail sur la santé mentale et sur la santé physique) qu'au niveau de leur situation socio-économique (les déterminants du bien-être – conditions de vie, qualité du relationnel de proximité, etc. – étant aussi clairement affectés) alors que leurs revenus se retrouvent sensiblement diminués avec en même temps des coûts de soins de santé croissants. L'indemnité minimale pour une incapacité de travail se situe

---

<sup>208</sup> Si le prix de la journée s'élève à 5,66 depuis le 1er janvier 2018

<sup>209</sup> En 2012, un peu plus de 5.500 ménages comptaient au moins un membre admis dans un hôpital psychiatrique pour une durée supérieure à un an.

<sup>210</sup> Laasman, Maron et Vrancken (2016).

<sup>211</sup> Institut Solidaris (2019a).

<sup>212</sup> Laasman, Maron et Vrancken, *Ibidem*.

<sup>213</sup> Institut Solidaris (2019b).

ainsi tout juste au niveau du risque de pauvreté<sup>214</sup> pour une personne isolée et bien en-deça (80%) pour les couples avec enfants<sup>215</sup>.

Au vu de ces constats, Solidaris plaide pour une indemnisation ou une compensation juste et équitable le temps du rétablissement et, le cas échéant, pour tenir compte de la réduction de capacité de gain. Il est en effet inadmissible que l'arrêt forcé d'une activité débouche sur la précarité. Concrètement, Solidaris propose de **relever les indemnités minimales jusqu'à 10% au-delà du seuil de pauvreté actualisé dès le premier jour d'incapacité de travail**.

Solidaris plaide également pour **revenir sur les mesures prises par le Gouvernement Michel 1<sup>er</sup> qui ont entraîné une diminution significative des indemnités** pour certains assurés sociaux, parmi les plus fragiles (cf. jeunes, chômeurs, travailleurs à bas salaire). Autrement dit, Solidaris propose de :

- Restaurer la période de stage de 6 mois qui a été portée à un an sous cette législature ;
- Restaurer le salaire de référence pour le calcul de l'indemnité qui a été diminué par le Gouvernement actuel ;
- Restaurer le complément chômage pour le chômeur qui tombe en incapacité qui a été supprimée ;
- Revoir les règles de calculs des indemnités en cas de reprise à temps partiel, la récente réforme prise en la matière ayant fortement pénalisé les travailleurs à bas et moyens salaires.

Enfin, Solidaris recommande de **mettre en oeuvre l'individualisation des droits sociaux, à commencer par un alignement du statut de cohabitant sur celui de personne isolée, notamment dans le secteur des indemnités**. En effet, le niveau des indemnités perçues de l'assurance obligatoire est faible en Belgique et ce quelle que soit la catégorie de revenus puisque les indemnités sont plafonnées à des niveaux très bas, voire inférieurs au seuil de pauvreté dans certaines situations, notamment pour les cohabitants comme nous l'avons vu précédemment.

La modulation familiale des droits sociaux (distinction entre statuts « chefs de ménage », « isolés » et « cohabitants ») mise en place début des années 80 essentiellement pour les prestations de chômage et d'incapacité de travail, ne correspond plus à l'état actuel de la société. Les arguments pour une individualisation progressive des droits sociaux sont les suivants<sup>216</sup> :

- Le statut de cohabitant est une discrimination indirecte au désavantage des femmes, cette discrimination s'ajoutant à toutes celles auxquelles elles sont confrontées sur le marché du travail (« pay gap », temps partiel, difficultés de conciliation vie privée/vie professionnelle...) ;
- Les droits dérivés représentent un coût très important et valorisent le rôle traditionnel de la femme en les incitant à rester en dehors du marché du travail ;
- La neutralité des choix de vie n'est pas assurée, pire, la solidarité informelle est pénalisée ;
- La cohabitation donne lieu à des contrôles de plus en plus intrusifs (visites domiciliaires largement facilitées depuis 2015) quoique parfois plus symboliques qu'efficaces.

---

<sup>214</sup> En 2016, le seuil de pauvreté est de 13.670 € net par an, soit 1.139 € net par mois pour un isolé ou de 2.392 € pour un ménage composé de 2 adultes et de 2 enfants de moins de 14 ans.

<sup>215</sup> SPF (2018).

<sup>216</sup> Extrait de la note « Méthodes de couverture des risques sociaux : quelques défis et perspectives », Jean-François Neven Magistrat – Maître de conférences à l'UCL et à l'ULB.

L'individualisation des droits rencontre dès lors quatre préoccupations sociétales : la neutralité de la sécurité sociale devant les choix individuels de vie, l'égalité entre femmes et hommes ; l'équité<sup>217</sup> et la lutte contre la précarité<sup>218</sup>.

L'individualisation des droits doit donc être mise en place en plusieurs phases, **la priorité étant d'appliquer l'individualisation des droits aux nouvelles générations**. Solidaris propose donc :

- L'individualisation complète des prestations de chômage et d'indemnités par un alignement des prestations cohabitants sur le taux isolé, avec maintien temporaire du taux chef de ménage (à terme uniquement lorsqu'il y a des enfants à charge d'un parent vivant seul).
- La suppression progressive des droits dérivés en matière de pensions avec maintien des droits acquis<sup>219</sup>.

## 6. COMBATTRE LES EXCLUSIONS DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Dans notre pays, l'accessibilité aux soins de santé reste complexe pour certains groupes de populations particulièrement vulnérables qui se voient dès lors contraints de reporter, voire de renoncer, aux soins de santé. Il s'agit des **personnes telles que les personnes en séjour irrégulier et les demandeurs d'asile ainsi que les personnes sans domicile fixe**<sup>220</sup>.

Plusieurs systèmes « subsidiaires » ont été mis en place pour ces personnes qui ne cotisent pas à la sécurité sociale et qui ne peuvent, par conséquent, être prises en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Néanmoins chaque CPAS ou partenaire organise de manière autonome son propre système et on constate des lectures différentes de l'Aide Médicale Urgente (AMU) ce qui engendre sur le terrain de l'insécurité, des inégalités, de longs délais d'attente et même de l'exclusion pour ces groupes de populations.

Les soins de santé des **détenus** doivent également faire l'objet d'une attention particulière. Actuellement, ceux-ci sont gérés par le SPF Justice. Vu le désinvestissement dans le secteur de la Justice, les soins de santé des détenus sont sous-financés et la situation est réellement dramatique.

Ces populations ont aussi droit à la santé et **nous devons dès lors avoir l'ambition de leur offrir la même couverture sociale en soins de santé que celle dont bénéficient les autres citoyens de ce pays**.

---

<sup>217</sup> Par exemple, les droits dérivés ne sont pas contributifs et ils tendent à avantager les ménages mariés à revenu élevé.

<sup>218</sup> Le faible montant des allocations sociales pour les cohabitants est clairement un facteur de pauvreté, les poussant aussi à développer des stratégies de contournement de ce statut.

<sup>219</sup> Selon les dernières statistiques mensuelles disponibles au Service fédéral des Pensions (SFP), datant de janvier 2016, 500.493 personnes bénéficieraient d'une pension de survie (dont une écrasante majorité de femmes : 482.552).

<sup>220</sup> A savoir que depuis 2018, l'INAMI prend en charge les frais médicaux (remboursables) d'une personnes internée de la même manière qu'une personne soumise au régime général de l'assurance maladie. Le Service Public Fédéral Justice prend en charge le ticket modérateur pour cette catégorie de personnes. Les personnes internées sont donc désormais intégrées au niveau de l'assurance maladie. Il est par ailleurs prévu de transférer la responsabilité des soins de santé en prison du Ministre de la Justice à celui de la Santé publique afin d'intégrer les détenus dans l'assurance maladie. Actuellement, c'est le Service Public Fédéral Justice (département Service des soins de santé en prison - SSSP) qui assure la gestion et la surveillance des soins de santé en prison.

Concrètement Solidaris propose de :

- Mettre en œuvre les moyens nécessaires pour **garantir par voie légale un accès équitable pour tous, quel que soit son statut, aux soins de santé** nécessaires dans le respect de la dignité humaine la plus élémentaire.
- **Investir dans l'accompagnement des personnes** pour les aider à régulariser leur situation et renforcer l'effectif du personnel administratif et social dans les mutualités et les CPAS.
- Simplifier les procédures administratives en les envisageant comme des facteurs d'inclusion plutôt que des facteurs d'exclusion. En particulier, au niveau de l'aide médicale urgente, il convient de **simplifier, centraliser et harmoniser les procédures d'octroi de l'AMU** pour éviter les différences d'interprétation selon le CPAS. Concrètement :
  - o Le CPAS qui reçoit la demande est *de facto* compétent, la visite domiciliaire est facultative pour les personnes sans domicile fixe ;
  - o La définition de l'AMU retenue pour son opérationnalisation et son évaluation est à celle de l'Arrêté Royal de 1996 et couvre tant les soins préventifs que curatifs. Ce qui signifie que la demande de l'AMU ne doit plus être conditionnée à l'obtention d'un certificat médical, elle doit être facilitée en dehors des périodes de maladie ; idéalement son nom est revu pour mieux correspondre à l'esprit de « Couverture santé pour personnes en séjour irrégulier » ;
  - o La distinction entre un octroi pour une couverture ambulatoire et une couverture hospitalière est abandonnée ;
  - o Le droit est assorti d'une durée de validité déterminée d'un an, qui reste valable en cas de déménagement du bénéficiaire vers une autre commune afin de garantir la continuité des soins, les soins couverts sont identiques où que la demande ait été introduite, il n'y a plus de restriction possible concernant les lieux de soins ;
  - o La durée de la procédure est raccourcie (un mois), une couverture temporaire pour les soins de première ligne et les urgences médicales est accordée durant la procédure d'octroi.
- **Etendre MédiPrima<sup>221</sup>** (cf. système informatisé qui permet la gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS) **aux acteurs de la première ligne de soins rapidement.**
- **Renforcer le financement des médiateurs interculturels** dans les institutions de soins et en ambulatoire pour contribuer à lever les obstacles supplémentaires liés à la langue et à la culture que rencontrent les personnes issues de l'immigration dans l'accès aux soins de santé.

## 7. RENFORCER LES POLITIQUES DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE ENVERS LES POPULATIONS LES PLUS PRECARISEES ET LES PLUS JEUNES

Investir aujourd'hui dans la politique de prévention et de promotion de la santé est fondamental pour réduire les inégalités sociales mais aussi pour répondre aux grands problèmes de santé publique qui sont et seront générateurs de coûts futurs importants pour nos systèmes de soins de santé.

---

<sup>221</sup> Plus d'informations sur <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>.

Des efforts supplémentaires doivent également être déployés pour lutter contre les déterminants principaux (cf. tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, consommation d'alcool, manque d'activité physique, etc.) des maladies chroniques qui sont en forte hausse ces 20 dernières années en tenant compte du contexte psychosocial de l'individu, comme le démontrent nos résultats ou encore la dernière Enquête de santé publiée récemment<sup>222</sup>. Ces chiffres témoignent une fois de plus de fortes inégalités sociales, notamment au niveau de la prévalence de maladies chroniques avec les conséquences que cela a sur la vie quotidienne (qualité de vie, douleurs et gênes, limitations fonctionnelles). Les personnes se situant en bas de l'échelle sociale doivent donc non seulement faire face à un risque plus élevé de morbidité, mais une fois malades, elles sont aussi confrontées à un impact plus important sur leur vie. Il faut donc en tenir compte si l'on ne veut pas sous-estimer les inégalités sociales en matière de santé.

**La santé étant un droit humain universel, l'élaboration et l'évaluation de programmes de prévention et promotion de la santé visant à contrer ces inégalités socio-économiques demeurent une priorité.**

Solidaris appelle donc à :

- Doubler le budget consacré à la prévention et à la promotion de la santé en Belgique pour prendre résolument la tête des pays de l'OCDE dans ce domaine.
- Définir, mettre en oeuvre et évaluer des plans de prévention et promotion de la santé, coordonnés aux différents niveaux de pouvoir, sur des thématiques prioritaires.
- Renforcer l'ancrage local et la transversalité de la prévention et promotion de la santé notamment en favorisant le développement de réseaux locaux et en donnant davantage de moyens et de missions aux Centres locaux de Promotion de la Santé.
- Mieux définir les besoins des publics précarisés en matière de prévention et promotion de la santé via des initiatives de recherche-action.
- Mettre la priorité sur des politiques de sensibilisation et d'accompagnement adaptées à ces besoins et ce, dès l'école.
- Supprimer le mécanisme de pénalisation financière prévu dans les trajets de soins buccaux qui aboutit à creuser davantage les inégalités sociales en matière de recours aux soins dentaires<sup>223</sup>.
- Renforcer la réduction des risques en milieu festif via la mise sur pied de plateformes réunissant les acteurs de la prévention et les organisateurs d'évènements et la généralisation de la labellisation d'évènements festifs responsables sur base du modèle Quality Nights.
- Clarifier la loi sur la vente, l'offre et le service de boissons alcoolisées.

## **8. RENDRE EFFECTIVE L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS NOTRE SOCIÉTÉ**

Aujourd'hui, plus d'un tiers de la population est en état de mobilité réduite<sup>224</sup>. Tout Belge peut se retrouver, au cours de sa vie, en situation de handicap et notre étude montre que c'est particulièrement

---

<sup>222</sup> Van der Heyden et Charafeddine (2019).

<sup>223</sup> Voir Laasman et al. (2018).

<sup>224</sup> « Une personne est à mobilité réduite lorsque sa taille, son état, son âge, son handicap permanent ou temporaire sont la cause d'une gêne dans ses mouvements. Les appareils ou instruments qu'elle doit utiliser pour se déplacer peuvent également la gêner. Ainsi, les utilisateurs de chaises roulantes, les personnes déficientes visuelles, auditives, intellectuelles, les

le cas dans les classes sociales en bas de l'échelle sociale. L'inclusion des personnes en situation de handicap constitue un enjeu sociétal, commun et universel. Il s'agit que tous les citoyens, en situation de handicap ou non, puissent participer pleinement à la société, selon un principe d'égalité de droit. Depuis 10 ans, la Belgique s'est engagée en faveur de l'inclusion, en signant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées qui précise, dans l'article 19, que [les États signataires] « *reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit* ».

Solidaris et l'Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH) appellent à **l'inclusion effective des personnes en situation de handicap dans notre société à tous les niveaux et ce quel que soit l'âge et le handicap de la personne**. Il s'agit de<sup>225</sup> :

- **Tenir compte en permanence des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs familles** en soutenant des conseils consultatifs aux différents niveaux de compétences car les personnes en situation de handicap ont, dans la grande majorité des cas, les capacités physiques et mentales d'user de leur droit à l'autodétermination et la participation citoyenne. Il est primordial de les consulter car elles sont les mieux placées pour parler de leur situation.
- **Soutenir les associations qui représentent les personnes en situation de handicap par des financements structurels** pour leur travail spécifique de défense de ces personnes. Afin de pérenniser leur activité face à un public en constante augmentation, les associations de personnes handicapées reconnues ont besoin de davantage de ressources pour mener leur travail politique d'analyse et de réflexions des politiques actuelles et à construire.
- **Intégrer les politiques rendant la personne handicapée libre et autonome dans un environnement accueillant et ouvert à la diversité, ce dans tous les domaines** (loisirs, culture, justice, hébergement, enseignement, services publics, etc.). C'est la société qui doit s'adapter à l'ensemble des citoyens. Il n'est plus tolérable de restreindre l'accès des personnes en situation de handicap aux endroits publics. De gros chantiers de mise en accessibilité sont indispensables. Par ailleurs, nous demandons de soutenir tous projets, politiques et initiatives rendant la personne en situation de handicap libre et autonome dans un environnement ouvert. Cet engagement politique commence dès la crèche et passe par les loisirs, la culture, la justice, l'enseignement, l'emploi, le logement, les structures d'hébergement, mais aussi les différents services généraux ou publics (administration communale, services sociaux, écoles, transports publics...). Pour Solidaris, la pleine autonomie des personnes en situation de handicap n'est pas une utopie. Il est essentiel de leur permettre tant que possible de vivre de manière autonome, de prendre pleinement part à la vie collective, de décider pour elles-mêmes quand c'est possible et de renforcer l'inclusion sur tous les axes de la vie.

## **9. L'ACCES EFFECTIF A LA CONTRACEPTION ET LA CONTRACEPTION D'URGENCE AINSI QUE LA RECONNAISSANCE DE L'IVG COMME UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**

Notre étude montre un gradient social en matière de prévention, notamment au niveau du recours aux moyens contraceptifs. Cela se traduit notamment par une proportion de mères adolescentes jusqu'à 7,5 fois plus élevée parmi les groupes sociaux les plus défavorisés en comparaison avec le groupe

---

*personnes s'appuyant sur des cannes, les personnes âgées, les personnes de taille inhabituelle (enfants, personnes en surpoids...), les futures mamans, les parents avec landau, les personnes cardiaques, les personnes atteintes d'insuffisance respiratoire... sont tous des personnes à mobilité réduite.* » Source : Wiki wallon pour l'information des personnes handicapées.

<sup>225</sup> Plus d'informations, voir ASPH (2019).

social le plus favorisé bien que d'autres facteurs interviennent également pour expliquer les naissances parmi les mères adolescentes issues de quartiers défavorisés (besoin de reconnaissance, combler le vide émotionnel, trouver sa place dans la société, etc.). Cela peut aggraver la situation socio-économique de la mère adolescente qui est contrainte d'interrompre sa scolarité, ne bénéficie pas d'une situation financière stable, etc. mais également constituer à son tour un facteur de risque de reproduction des inégalités sociales.

Solidaris et les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) recommandent la **sensibilisation des filles et des garçons à la thématique de la contraception et de la protection dès le plus jeune âge**, notamment à travers des animations à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

**Nous encourageons également le prochain Gouvernement à appliquer effectivement la gratuité des contraceptifs, conformément à la proposition de loi portant à 25 ans l'âge de remboursement des contraceptifs (fixé jusqu'à lors à 21 ans) approuvée le 12 mars 2019** au sein de la Commission Santé de la Chambre des représentants. Ce texte propose aussi que la pilule du lendemain soit gratuite, quel que soit l'âge de la femme. Solidaris et les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS)<sup>226</sup> se réjouissent de l'adoption d'une telle proposition de loi élargissant l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence. Afin d'être effectif, ce texte doit toutefois être approuvé par le gouvernement fédéral, via un arrêté royal. Nous invitons également l'INAMI à étudier la faisabilité de garantir à toutes les femmes la gratuité de la contraception et prioritairement aux plus précarisées (statut BIM/Omnio/AMU).

En ce qui concerne la pilule, il s'agit également d'exiger la transparence sur les produits pharmaceutiques, de mettre à disposition des femmes et des prescripteurs des informations claires et enfin, faciliter le choix éclairé des femmes pour se protéger des grossesses non désirées. Nous demandons **l'adaptation de la loi fédérale relative aux médicaments de 1964 afin de rendre légale la distribution de pilule de lendemain dans les Centres de Planning familial** par un staff expérimenté non médical et ainsi garantir le droit effectif à la contraception.

Nous demandons également au prochain Gouvernement de **s'engager en matière d'interruption volontaire de grossesse** :

- Reconnaître **l'IVG comme une véritable question de santé publique** en supprimant les sanctions pénales à l'égard des femmes et des médecins en cas de non-respect des conditions imposées par la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 15 octobre 2018.
- **Améliorer les conditions d'accès à l'IVG** ce qui sous-entend :
  - L'allongement du délai légal au cours duquel une IVG peut être pratiquée. La Fédération des Centres de Planning Familial (FCPF)-FPS soutient la Clause de l'Européenne la plus favorisée (Gisèle Halimi). On y mentionne que la Suède propose la meilleure loi en matière d'IVG. L'IVG y est autorisée jusqu'à 18 semaines de grossesse sur simple demande de la femme. La prise en charge des IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre nécessite des structures spécialement équipées et des équipes multidisciplinaires composées de professionnels formés. La FCPF-FPS soutient donc la création, par région, de structures disposant du matériel adapté pour une bonne prise en charge des IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre.
  - La suppression de l'obligation d'un délai de réflexion de 6 jours entre le premier contact et le jour de l'avortement. Il s'agit de supprimer une condition qui, potentiellement, freine l'accès à l'IVG dans certaines situations en favorisant une souplesse d'organisation sans

---

<sup>226</sup> Plus d'informations, voir FPS (2019).

menacer la femme et la/le professionnel-le. Néanmoins, la situation singulière de chaque patiente doit être prise en compte et maintenir un temps de réflexion doit demeurer une option. En effet, si une femme désire prendre le temps de mûrir davantage sa réflexion ou si elle n'est pas encore sûre de sa décision, elle doit pouvoir revenir quelques jours plus tard pour aborder le sujet à nouveau avec les professionnel-le-s ou pour interrompre sa grossesse.

- La prise en charge de toutes les mesures nécessaires pour assurer, par tous les canaux de communication, une information complète, exacte et neutre sur le droit et l'accès à l'IVG. Cela passe notamment par un référencement adéquat et une mise à disposition des coordonnées de toutes les structures agréées à la pratique de l'IVG sur les sites internet officiels (tels que le site d'informations et des services officiels [www.belgium.be](http://www.belgium.be) et le site du SPF Santé publique, [www.health.belgium.be/](http://www.health.belgium.be/)).
- La nécessité d'être attentif aux tentatives d'attribuer un statut à l'embryon et au fœtus. Cette personnification constitue un moyen de pression visant indirectement à culpabiliser les femmes ayant décidé de ne pas poursuivre une grossesse. L'accès à l'avortement est un droit fondamental devant être accessible à toutes les femmes, sans pression sociale, sans tabou et sans culpabilisation.
- Le recours à l'objection de conscience. La FCPF-FPS soutient le maintien de la clause de conscience individuelle pour les médecins. Toutes les mesures doivent être prises par les autorités publiques pour empêcher, et sanctionner au besoin, la clause de conscience institutionnelle. Toutefois, il relève de l'obligation du praticien qui refuse de pratiquer une interruption de grossesse d'en informer la femme dès le premier contact et de la référer immédiatement à un collègue ou une institution pratiquant l'IVG dont les coordonnées sont clairement identifiées.

La Fédération des CPF des FPS souligne enfin la nécessité de **transformer la Commission nationale d'évaluation en un organisme de recherche** qui rassemble en son sein des experts en sociologie, en épidémiologie et en santé sexuelle et reproductive afin de récolter des données permettant des analyses scientifiques et de pouvoir davantage objectiver les inégalités sociales dans ces domaines.

## BIBLIOGRAPHIE

Association Socialiste de la Personne Handicapée – ASPH (2019), « Memorandum 2019-2024 – Nos priorités », p. 32, <http://www.asph.be/SiteCollectionDocuments/Mémorandum%20ASPH%202019-%202024.pdf>.

Avalosse, Maron, Lona, Guillaume, Allaoui et Di Zinno (2019), « Inégalités sociales en santé », Agence intermutualiste – AIM, Mai 2019, p. 104.

Björnberg et Phang (2019), « Euro Health Consumer Index 2018 », Health Consumer Powerhouse, p. 90

Bonnell (2004), « Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and the UK », *Culture, Health and Sexuality*, volume 6, n°3, p. 255-272.

Boutsen, Hendrickx, Robert et Vrancken (2018), « Mesure de l'observance des traitements chez les patients chroniques : quels outils et quels enseignements ? Illustration avec les statines », Direction Etudes, Solidaris, *Stat Info Solidaris*, Mai 2018.

Boutsen, Laasman, Maron et Pirson (2017a), « Les maisons médicales à la loupe », Direction Etudes, Solidaris, Octobre 2017, p. 36.

Boutsen, Camilotti, Di Zinno, Pauline Van Cutsem et Vervoort (2017b), « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssysteem voor de eerstelijnszorg in België: een update », Agence intermutualiste – AIM, Décembre 2017, p. 126.

Buffel et Nicaise (2018), « ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare – Belgium », p. 24.

Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé – KCE (2019a), « Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse », KCE Reports 313B, p. 124.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé – KCE (2019b), « Impact global et effet redistributif des mesures de protection sociale en matière de coûts de santé – Synthèse », KCE Reports 309bs, p. 54.

Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009), « Comblé le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux », Rapport final, p. 260.

Commission européenne, 2010, Eurobaromètre spécial , 345/Wave 73.2 Mental Health – TNS Opinion & Social.

Conseil des Ministres (2013), « Réforme de l'intervention majorée de l'assurance », Conseil des Ministres du 24 octobre 2013, Communiqué de presse, <http://www.presscenter.org/fr/pressrelease/20131024/reforme-de-lintervention-majorée-de-lassurance>.

Conseil supérieur de promotion de la santé – CSPS (2011), « La réduction des inégalités sociales de santé – Un défi pour la promotion de la santé », Avril 2011, p. 28.

Dahlgren et Whitehead (1991), « *Policies and Strategies to promote social equity in health* », Institute of Future Studies, Stockholm.

De Boe (2016), « Le non-recours au droit », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Namur, 28 novembre 2016.

Demarest, Charafeddine, Puddu et Van Oyen (2010), « L'évolution des inégalités sociales en comportements associés à la santé et en états de santé », dans : Les inégalités sociales en Belgique, Van Oyen et al. (Eds), Gent : Academia Press, Chapitre 4, p. 43-76.

Dembiermont (2016), « Le non-recours aux droits dans le cas de l'intervention majorée », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Namur, 28 novembre 2016.

De Wolf, Laasman, Maron et Willaert (2019), « Baromètre suppléments d'honoraires facturés en ambulatoire en 2016-2017 », Direction Etudes, Solidaris, Mars 2019, p. 56.

De Wolf, Laasman et Vrancken (2018), « Baromètre coûts hospitaliers 2017 », Direction Etudes, Solidaris, Novembre 2018, p. 56.

Direction générale Statistique – Statistics Belgium (2018), Tables de mortalité et espérance de vie, <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie#news>.

Drieskens (2014a), « La pratique d'activités physiques », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 2 : Comportements de santé et mode de vie, Gisle et Desmaret (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 82.

Drieskens (2014b), « Etat nutritionnel », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 2 : Comportements de santé et mode de vie, Gisle et Desmaret (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 76.

Drulhe (2000), « Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? », in Leclerc, Fassin, Grandjean et al., Les inégalités sociales de santé.

European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS (2016), « Health Expectancy in Belgium », Advanced Research on European Health Expectancies, Country Reports, Issue 10 - Figures 2014, December 2016, p. 4  
[http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/CountryReports\\_Issue10/Belgium\\_Issue10.pdf](http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/CountryReports_Issue10/Belgium_Issue10.pdf).

European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS (2016), « Health Expectancy in Belgium », Advanced Research on European Health Expectancies, Country Reports, Issue 7 - Figures 2011, April 2014, p. 4  
[http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/CountryReports\\_Issue7\\_Add%20Nat%20Page/Belgium.pdf](http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/CountryReports_Issue7_Add%20Nat%20Page/Belgium.pdf).

Femmes Prévoyantes Socialistes – FPS et Fédération des Centres de Planning Familial (FCPF) des FPS (2019), « Memorandum 2019 », p. 82, [http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/memorandum-2019-FINAL\\_compressed-1.pdf](http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/memorandum-2019-FINAL_compressed-1.pdf).

Femmes Prévoyantes Socialistes – FPS (2017a), « Grande enquête - Contraception 2017 », Institut Solidaris, Février 2017, <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>.

Femmes Prévoyantes Socialistes – FPS (2017b), « Un toit, mon droit ! – Douze femmes en colère », Etude FPS, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Etude2017-Logement.pdf>.

Femmes Prévoyantes Socialistes – FPS (2013), « Stress, angoisse, déprime : et si on parlait ? », Campagne FPS - 2013.

Femmes Prévoyantes Socialistes – FPS (2012), « Dépistage du cancer du sein : actions de terrain avec les acteurs locaux », Rapport de la recherche-action des Femmes Prévoyantes Socialistes et de la Mutualité Socialiste-Solidaris, p. 84, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/10/Etude2012-rapport-ZAP-cancer-du-sein.pdf>.

Fondation Roi Baudouin (2010), « L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique », Tackling Health Inequalities in Belgium, Conclusion du rapport, p. 23.

Fondation Roi Baudouin (FRB) (2007), « Les Belges inégaux face à la santé », *Education Santé*, n°225, Août 2007.

Gisle (2014), « Santé mentale », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 1 : Santé et bien-être , Gisle et Desmaret (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 168.

Hendrickx et Vrancken (2018), « Relèvement du quota de prescription des médicaments les moins chers : une occasion manquée ? », Direction Etudes, Solidaris, *Stat Info Solidaris*, Décembre 2018.

Humblet (2007), « Inégalités sociales de santé et politiques publiques », *Santé conjugquée*, n°40, Avril 2007, p. 22-24.

Institut National de l'Assurance Maladie - Invalidité – INAMI, 2014, *Statistiques des indemnités*, [http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques\\_indemnitees\\_2012\\_2013.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnitees_2012_2013.pdf)

Institut Solidaris (2019a), « Baromètre Confiance et bien-être des Belges 2019 – Présentation des résultats pour la Belgique (données 2018) », Direction Marketing, Solidaris, Février 2019, p. 73, <http://www.institut-solidaris.be/index.php/belgique2019/>.

Institut Solidaris (2019b), « Rapport d'enquête – Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières », Direction Marketing, Solidaris, p. 19.

Institut Solidaris (2018), « Baromètre Confiance et Bien-être 2017 », Direction Marketing, Solidaris, Février 2018, p.146, <http://www.institut-solidaris.be/index.php/belgique2018/>.

Institut Solidaris (2013), Thermomètre Solidaris : « Comment percevons-nous l'offre de produits alimentaires ? », Direction Marketing, Solidaris, Thermomètre Solidaris, n°4, Novembre 2013, p.75, <http://www.alimentationdequalite.be/IMG/pdf/enquete-alimentation-th4.pdf>.

Institut Solidaris (2012), Thermomètre Solidaris : « Le moral des Belges : après l'anxiété, une soif d'espoir », Direction Marketing, Solidaris, Thermomètre Solidaris, n°1, Juin 2012, p. 196, <http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Therm1-Comment-allons-nous.pdf>.

Laasman, Fernandez, Maron et Vrancken (2014a), « L'intervention majorée : Pour qui ? pour quelle accessibilité aux soins de santé ? », Direction Etudes, Solidaris, Avril 2014, p. 36.

Laasman, Maron et Vanoverloop (2014b), « Les patients souffrant de bronchite chronique : quel profil socio-sanitaire ? Quelle consommation de soins ? », Direction Etudes, Solidaris, *Stat Info Solidaris*, Juin 2014.

Laasman, Maron et Vrancken (2018), « La responsabilisation financière du patient : solution ou punition ? L'exemple de trajets de soins buccaux », Direction Etudes, Solidaris, *Stat Info Solidaris*, Novembre 2018.

Laasman, Maron et Vranken (2016), « L'incapacité de travail : briser les idées reçues ! », Direction Etudes, Solidaris, Mars 2016, p. 10.

Laasman, Maron et Vranken (2012), « Le tiers payant social : Pour quel accès aux soins ? », Direction Etudes, Solidaris, Avril 2012, p. 20.

Latitude Jeunes (2019), « Memorandum 2019 », p.33, <http://www.latitudejeunes.be/Documents/Memorandum%202019%20Latitude%20Jeunes.pdf>

Laurent (2016), « Le service social : intervention en réponse à des besoins sociaux », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Thème 5 : Accompagnement social et sens de l'action sociale, Namur, 28 novembre 2016.

Lefèvre (2016), « Qui pousse la porte du service social ? », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Thème 5 : Accompagnement social et sens de l'action sociale, Namur, 28 novembre 2016.

Lejeune (2016), « Parler d'action sociale », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Thème 5 : Accompagnement social et sens de l'action sociale, Namur, 28 novembre 2016.

Office National de l'Enfance – ONE (2009a), « Les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois », Rapport ONE de la banque de données médico-sociales de l'ONE 2006-2007, Chapitre 3 – « Les inégalités sociales de santé », p. 143-157.

Office National de l'Enfance – ONE (2009b), « Réduire les inégalités sociales : un défi majeur », Rapport ONE de la banque de données médico-sociales de l'ONE 2006-2007, Chapitre 3 – « Les inégalités sociales de santé », p. 127-135.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques – OCDE et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2017), « Belgium : Country Health Profile 2017 - State of Health in the EU », p. 20.

Organisation Mondiale de la Santé – OMS (1986), Charte d'Ottawa, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17–21 novembre 1986.

Maron et Vrancken (2017), *Non-recours aux droits dans le domaine de la santé : le cas de l'intervention majorée*, Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté - 2016, Observatoire de la santé et du social à Bruxelles, Commission communautaire commune, Bruxelles, p. 200-203.

Paquet (1994), *Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort*, in Dumont, Langlois et Martin, *Traité des problèmes sociaux*, Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, p. 223-244.

Panneels (2016), « Santé et travail », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Namur, 28 novembre 2016.

Potvin, Moquet et Jones (2010), « Réduire les inégalités sociales en santé », Guide INPES, Dossiers Santé en action, p. 386.

Régnier et Masullo (2009), « Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. », *Revue Française de Sociologie*, 2009, vol. 50, p. 747-773.

Renard et Devleeschauwer (2019), « Health Status Report 2019 », L'état de santé en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano, p. 48.  
[https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/hsr/HSRReport2019\\_FR.pdf](https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/hsr/HSRReport2019_FR.pdf)

Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2009), « Les inégalités sociales de santé – Animation pédagogique », <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/RISS-animation-pedagogique.pdf>.

Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté – RWLP (2019), « Une stratégie wallonne pour sortir de la pauvreté », p. 22.

Selig (2014), « Les inégalités sociales de santé », CRIPS Ile-de-France, Janvier 2014, p. 10  
[http://www.prc-idf.org/arkothèque/client/prc\\_eps/depot\\_arko/articles/194/telecharger-le-dossier-documentaire\\_doc.pdf](http://www.prc-idf.org/arkothèque/client/prc_eps/depot_arko/articles/194/telecharger-le-dossier-documentaire_doc.pdf).

Service Public Fédéral (SPF) Economie (2018), « The evolution of the social situation and social protection in Belgium - Increasing pressure on social protection adequacy », p. 116.

Service Public Fédéral (SPF) Economie (2017), Enquête sur le budget des ménages - 2016.

Solidaris (2019), « Pour une protection sociale et des soins de santé renforcés - Mémoire en vue des élections européennes, fédérales et régionales de mai 2019 », p. 44.

Solidaris (2016), « Solidaris dans sa lutte contre les inégalités sociales et la précarisation », Direction Service Social, Actes de la Journée de réflexion, Namur, 28 novembre 2016, p.180.

Tafforeau (2014), « Dépistage du cancer », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 5 : Prévention, Desmaret et Charafeddine (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 100.

Van der Heyden et Charafeddine (2019), « Maladies et affections chroniques », dans : Enquête de santé 2018, Sciensano, Bruxelles, p. 537.

Van der Heyden (2014a), « Maladies chroniques », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 1 : Santé et Bien-être, Van der Heyden et Charafeddine (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 624.

Van der Heyden (2014b), « Santé bucco-dentaire », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie, Gisle et Desmaret (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 66.

Van Oyen, Deboosere, Lorant et Charafeddine (2010a) *Les inégalités sociales en Belgique*, Van Oyen et al. (Eds), Gent : Academia Press, p. 206.

Van Oyen, Charafeddine, Deboosere, Cox, Lorant et Demarest (2010b), « L'évolution des inégalités en espérance de vie en santé », dans : *Les inégalités sociales en Belgique*, Van Oyen et al. (Eds), Gent : Academia Press, Chapitre 3, p. 27-42.

Van Tichelen (2019), « Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ? », Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique – IWEPS, p. 108.

Wauthy (2014), « Marketing et stratégie de développement », Intervention dans le cadre du Master 2 Professionnel en Gouvernance Mutualiste – Module 6, jeudi 22 mai 2014, La Verrière, France.

Whitehead et Dahlgren (1991), « What can we do about inequalities in health », *The lancet*, 1991, n° 338, p. 1059–1063.

Whitehead et Dahlgren (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1*, Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, p. 34.





LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT  
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be)



DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ  
DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN  
RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES  
Téléphone : 02/515.03.93. – mail : [Etudes@solidaris.be](mailto:Etudes@solidaris.be)

EDITEUR RESPONSABLE :  
JEAN-PASCAL LABILLE  
Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles